

CARCINOMA DE MAMA EN TEJIDO MAMARIO ECTÓPICO AXILAR

LASAGA ARANA I, VESGA ARRUTI A, CENTURIÓN I, CASADEVALL E, PÉREZ FERNÁNDEZ I, MARTÍNEZ DE BUJO GANZABAL L, ZEBERIO GANZARAIN N. Hospital Universitario Álava

INTRODUCCIÓN

La incidencia global del tejido mamario ectópico se estima en torno al 2%-6%, y su localización más frecuente es axilar (58%). El carcinoma primario del tejido mamario ectópico es una entidad rara e infrecuente, siendo un 0,3%-0,6% de todos los casos de cáncer de mama, más frecuentemente localizado en región axilar.

CASO CLÍNICO

Mujer de 70 años

Antecedentes personales: HTA, DM2, Dislipemia, Asma bronquial, enfermedad quística renal, lumbalgia por espondilodiscartrosis.

Antecedentes quirúrgicos: histerectomía vaginal + plastia anterior.

Antecedentes familiares: Madre con ca de mama (diagnóstico a los 80 años) en tratamiento con hormonoterapia neoadyuvante si cirugía.

Derivada a Dermatología por hallazgo en TAC de lesión hipervascular de 1 cm en axila derecha solicitado por Medicina Interna en estudio de hipersudoración.

Lesión nódulo-quística de 1-1,5cm coloración rosada de consistencia semisólida, bien delimitada, móvil y no adherida en axila derecha, se decide su extirpación.

AP: **infiltración dérmica por carcinoma infiltrante de probable origen mamario (GATA3 y CK7+) con RE intensos en 100%, RP moderados en el 80% y hercepstest 1+**. Lesión en contacto con margen profundo y lateral.

Unidad Patología Mamaria: exploración mamaria, mamografía, ecografía normales y **RMN mamaria bilateral: engrosamiento de plano cutáneo en región axilar derecha, extensión de 26mm**. No otras lesiones sospechosas en mamas ni adenopatías axilares patológicas. PET-TAC: normal. Comité Oncológico: **reescisión de lesión cutánea y ganglio centinela diferido**.

AP: carcinoma lobulillar infiltrante, grado histológico 2 y cancinoma lobulillar in situ, de 15x10mm KI 67<10%, receptores de estrógeno intensos en 100% y de progesterona moderados en el 80%. Margen de resección posterior afectado 2mm por el componente infiltrante. Cuatro ganglios centinela, el primero con metástasis (OSNA 41400 copias) **Carcinoma lobulillar infiltrante pT1cN1 (sn, ¼), EIIA, Luminal A**.

En Comité Oncológico: valoración por oncología médica y terapia coadyuvante con radioterapia y hormonoterapia.



Lesión en axila derecha



RMN mama bilateral

DISCUSIÓN

La regresión incompleta del tejido mamario durante la embriogénesis puede condicionar la aparición de tejido mamario ectópico, con una incidencia de 2%-6%. La incidencia de carcinoma en tejido ectópico es del 0,3% de todos los cánceres de mama y la localización más frecuente es la axila. Histológicamente la mayoría son ductales infiltrantes y se suele diagnosticar como tumor palpable.

El diagnóstico se debe realizar con los mismos métodos utilizados en el resto de la patología mamaria incluyendo el diagnóstico por imágenes (mamografía, ecografía mamaria y axilar y RMN) y el anatomopatológico (PAAF o BAG) y suele ser tardío, en estadio avanzado de la enfermedad, con metástasis ganglionares o tumor irreseccable. Se ha informado metástasis de ganglios linfáticos en el 58%-88% de los cánceres del tejido mamario ectópico, en comparación con 51% del cáncer de mama habitual.

El enfoque terapéutico es similar al tratamiento de los tumores en la mama normal con misma estadificación TNM, y se debe realizar una extirpación completa del tejido mamario ectópico con inclusión del tumor. La biopsia selectiva del ganglio centinela, aunque no está clara su uso, se aplica con la misma indicación que el resto de tumores mamarios.

El tratamiento adyuvante complementario se realiza de la misma forma que el carcinoma de la mama anatómica, así como la radioterapia externa en el caso de cirugía conservadora. La quimioterapia adyuvante se utiliza con mayor frecuencia por afectación axilar mas frecuentemente observada, con mismo esquemas que para el cáncer mama habitual.

El pronóstico es peor comparado con el cáncer de mama normotópica, debido al pequeño tamaño del tejido, lo que podría favorecer la rápida diseminación a la piel, pared torácica y ganglios linfáticos.

CONCLUSIÓN

La incidencia de carcinoma en tejido ectópico es de 0,3% de todos los cánceres de mama. Los métodos diagnósticos y el tratamiento debe seguir las mismas recomendaciones que el cáncer de mama normotópico, con igual estadio TNM.

El caso debe ser especialmente individualizado, ya que no existen grandes series ni estudios randomizados.

BIBLIOGRAFÍA