

J. Sabaté Díaz*, **,
A. Lazo Ramos**,
J. A. Virizuela Echaburu*,
A. Jiménez Cazorla*,
A. Lozano Mancha*

Características radiológicas del carcinoma intraquístico de mama

SUMMARY

The intracystic carcinoma is an infrequent variety of cancer of the breast, its average incidence is between 0.3 a 1.3% of the total malignant tumors of the breast.

We have studied 8 cases of this type of neoformations, and we have given special semiologic attention about these tumors, which shows in mammography, ultrasonography and neumocystography.

We describe the radiological signs that we suspect are present.

* Centro Regional de Oncología.
Sevilla.

** Facultad de Medicina. Sevilla.

Correspondencia: J. Sabaté Díaz.
Ecotest.
San Vicente, 9.
41002 Sevilla.

Palabras clave

Carcinoma de mama, Carcinoma papilar de mama, Carcinoma intraquístico.

Key words

Carcinoma of the breast, Intracystic carcinoma of the breast, Mammography.

INTRODUCCION

El carcinoma papilar es una variedad histológica del carcinoma de mama, caracterizada por desarrollar en su crecimiento tejido epitelial adenoideo de finas papilas. El crecimiento de esta neoplasia puede ser exclusiva o preferentemente intraductal o bien infiltrar una lesión quística, denominándose este último carcinoma papilar intraquístico o carcinoma intraquístico.^{1,2}

Dado que se trata de una entidad infrecuente^{2,3,4} y existen escasas publicaciones al respecto, presentamos nuestra experiencia en cuanto a las características radiológicas observadas en 8 casos de carcinoma intraquístico histológicamente confirmados.

MATERIAL Y METODO

Se ha realizado una revisión del archivo de historias clínicas del Centro Regional de Oncología de Sevilla, obteniéndose una muestra de 1.000 casos diagnosti-

cados anatomopatológicamente de carcinoma de mama.

Entre éstos se han seleccionado aquellos cuyo diagnóstico ha sido el de carcinoma intraquístico, prestando especial atención a los estudios radiológicos practicados y a la semiología que en los mismos han presentado estos tumores.

RESULTADOS

Hemos podido estudiar 8 (0,8%) casos de pacientes con carcinoma intraquístico del total de historias revisadas, cuya edad media ha sido de 74,7 años. La totalidad (100%) de las mismas han sido múltiparas que se hallaban en situación postmenopáusica.

En todas nuestras pacientes se practicó senografía y en todas ellas (100%) se identificó un nódulo relativamente bien delimitado, de contornos policíclicos en 2 (25%) ocasiones, cuyo tamaño oscilaba entre 2 y 7 cm de diámetro. Característicamente se observó en

TABLA I
IMAGENES DIAGNOSTICAS EN EL CARCINOMA
INTRAQUISTICO (N-8)

	N.º ptes.	%
Nódulo relativamente bien delimitado* ...	8	100
Neoformación sólida dentro de un quiste (ecografía)**	4	100
Formaciones polipoides dentro de una cavidad (neumocistografía)**	4	100

* En 3 casos existían microcalcificaciones en la zona mal delimitada del nódulo.
** Esta exploración sólo se realizó en 4 pacientes.

todas ellas (100%) en su contorno algún área irregular, mal definida, con espiculaciones en 4 (50%) enfermas. En 3 (37,5%) casos existían microcalcificaciones asociadas.

Estos hallazgos se recogen en la tabla I.

Se consideró útil practicar ecografía y neumocistografía en 4 (50%) de nuestros casos, demostrándose por ambos métodos en primer lugar los hallazgos observados en la mamografía, y en segundo lugar la estructura de los nódulos, que correspondió en los 4 (100%) casos a una formación sólida tumoral, incluida en una lesión quística (tabla I).

La sensibilidad alcanzada por la radiología en el diagnóstico del carcinoma intraquístico ha sido del 100%.

DISCUSION

El carcinoma intraquístico es una entidad infrecuente en la patología tumoral de la mama, señalando diversos autores,^{2, 3, 4, 5} una incidencia que oscila entre el 0,3 y el 1,3% de los carcinomas de mama, opinión que compartimos, ya que en nuestra serie la frecuencia registrada ha sido del 0,8%.

Debido a su alta sensibilidad, la senografía juega un importante papel en el diagnóstico de la patología mamaria.^{1, 6, 7, 8} En nuestra serie la sensibilidad de la senografía en lo que al carcinoma intraquístico se refiere ha sido del 100%.

En esta patología el hallazgo radiológico suele consistir en la presencia de un nódulo solitario, polilobulado o no, en el que puede identificarse un halo perinodular, y en cuyos contornos pueden presentar un área de irregularidad, mal delimitada. Es posible encontrar igualmente microcalcificaciones.⁹ Estas características

radiológicas son inespecíficas y obligan a plantear el diagnóstico diferencial entre patología benigna o maligna, señalando al respecto Hoeffken¹ y Matilla et al.,¹⁰ que en la senografía el carcinoma intraquístico sólo puede reconocerse cuando el crecimiento infiltrante de la neoplasia se ha iniciado en el tejido peri-quístico, provocando áreas de mala definición e irregularidad en su contorno. Coincidimos con estos criterios, pues éstos han sido los hallazgos radiológicos obtenidos en nuestra serie, siendo la pérdida de definición en algún punto del contorno de la lesión el signo que ha hecho sospechar, junto con la clínica, la posible etiología maligna del proceso y la que ha inducido en 4 (50%) enfermos de nuestra casuística, a la práctica de estudios radiológicos complementarios.

La neumocistografía consiste en la punción de un quiste, aspiración de su contenido, inyección de aire y práctica de senografía. Está indicada cuando la mamografía ponga de manifiesto imágenes redondeadas, lisas, con aspecto de benignidad, pero que presentan alguna irregularidad en su contorno, que sugiere posible patología maligna. Este método permite además el estudio citológico del material aspirado, que junto al propio estudio en sí proporcionan en múltiples ocasiones el diagnóstico y establecen la diferencia entre nódulos sólidos o líquidos.¹ La neumocistografía muestra utilidad en el diagnóstico de crecimiento intraquístico, ya que pone de manifiesto la presencia de un polo sólido en el interior del quiste gracias al contraste aéreo, lo cual no es posible mediante mamografía simple.^{1, 10}

Sin embargo, la realización de una neumocistografía conlleva una inevitable punción, con la lógica repercusión psicológica en la paciente. Actualmente, debido a la mayor disponibilidad de equipos de ultrasonografía, este medio se utiliza cada vez más en el estudio de la patología mamaria.¹¹ Se ha descrito la capacidad de la ultrasonografía en la diferenciación de lesiones líquidas o sólidas en la mama, así como la utilidad que posee en los casos de masas palpables con abundante tejido fibroglandular de la mama que impide un estudio fiable en senografía.^{12, 13, 14, 15} Diversos autores consultados resaltan cómo el uso conjunto de mamografía y ecografía ha logrado aumentar el porcentaje de diagnósticos de carcinoma de mama.^{12, 13, 14, 15, 16}

Nosotros hemos practicado estudio ultrasonográfico previo a neumocistografía en 4 (50%) de nuestras pacientes, obteniendo una sensibilidad del 100% en el diagnóstico del carcinoma intraquístico, consistiendo el hallazgo ecográfico en la detección de una lesión

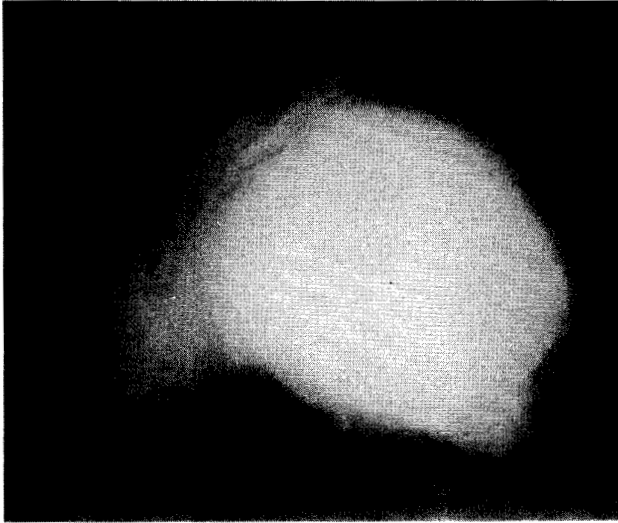


Fig. 1. Nódulo perfectamente bien delimitado, excepto en un área. Carcinoma papilar intraquístico.

quística, líquida, conteniendo en su interior un polo sólido, hallazgos idénticos a los publicados por otros autores.⁹

Con posterioridad se practicó neumocistografía a estas pacientes, confirmándose mediante este método los hallazgos ecográficos.

En resumen, el carcinoma intraquístico suele presentarse en senografía bajo el aspecto de lesiones benignas. La identificación de áreas de irregularidad o mala definición en su contorno debe hacer sospechar posible patología maligna, en cuyo caso es conveniente practicar estudio ultrasonográfico que permita establecer la naturaleza sólida o quística de la lesión, y en el caso que nos ocupa, el carcinoma intraquístico, una vez confirmada la estructura líquida del proceso, la presencia de un polo sólido de crecimiento interno. Si bien la neumocistografía proporciona idéntica información, se trata de un método más cruento y, por tanto, pensamos debe practicarse en aquellos lugares que no se disponga de equipos de ecografía o en aquellos casos en que a pesar de la valoración ultrasonográfica persistan las dudas diagnósticas.

RESUMEN

El carcinoma intraquístico es una variedad infrecuente de cáncer de mama cuya incidencia oscila en-

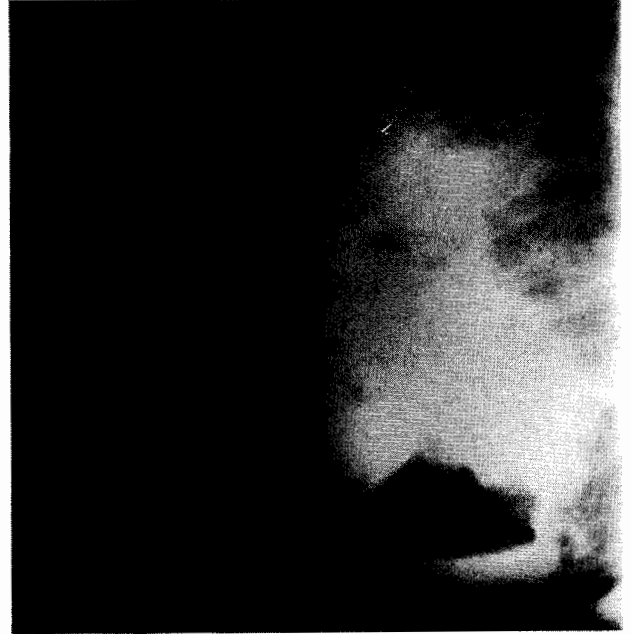


Fig. 2. Neumocistografía. Cavidad quística con formaciones polipoideas en su interior. Carcinoma papilar intraquístico.

entre el 0,3 y el 1,3% de la totalidad de la patología neoplásica de la mama.

Hemos estudiado 8 casos de esta entidad, prestando especial atención a la semiología que éstos han presentado en mamografía, ecografía y neumocistografía.

Se describen los signos radiológicos (mamografía, ecografía y neumocistografía) que pueden hacer sospechar su presencia, basándose en los hallazgos obtenidos en 8 casos.

REFERENCIAS

1. Hoeffken W, Lanyi M. Mamografía. Ed. Labor. Barcelona, 1978.
2. Haagensen CD. Diseases of the breast. Ed. Saunders. Philadelphia, 1970.
3. Gatchell FT, Dockerty MB, Clagett OT. Intracystic carcinoma of the breast. Surg Gynecol Obstet 1958; 106: 347-350.
4. Gros Ch M. Radiographie des cancer intracystiques du sein. J Int Coll Surg 1958; 30: 674-678.
5. Dean PB, Tabar L. Valor diagnóstico y terapéutico de la punción de quistes de mama y neumocistografía. Comunicación al XVI Congreso Nacional de Radiología. Madrid, 1982.
6. Egan RL. Mamografía. Ed. Toray. Barcelona, 1974.

7. Frankl G, Rosenfield DD. Xeroradiographic detection of occult breast cancer. *Cancer* 1975; 35: 542-545.
8. Strax P, Venet L, Shapiro S. Value of mammography in reduction of mortality from breast cancer in mass screening. *Radiology* 1973; 3: 117-120.
9. Sabaté J, Jiménez A, Lozano A. Carcinoma intraquístico de mama. Valor de la ultrasonografía en su diagnóstico. *Radiología* 1981; 25, 2: 173-176.
10. Matilla A, Galera H. Cáncer de mama. Patología básica, diagnóstico y tratamiento. Ed. Facultad de Medicina. Málaga, 1981.
11. Wild JJ, Reid JM. Further pilot echographic studies on the histologic structure of living intact human breast. *Am J Pathol* 1952; 28: 839-845.
12. Kalisher L. Factors influencing false negative rates in xeromammography. *Radiology* 1979; 133: 297-300.
13. Feig SA, Shaber GS, Patchefsky A. Analysis of clinically occult and mammographically occult breast tumors. *AJR* 1977; 128: 403-407.
14. Teixidor HS, Kazam E. Combined mammographic-sonographic evaluation of breast masses. *AJR* 1977; 128: 409-412.
15. Laing FC. Ultrasonographic evaluation of breast masses. *J Ca Assoc Radiol* 1976; 27: 278-281.