

J. Verge Schulte,
A. Arcusa Lanza,
J. Sala Pedros,
A. Biete Sola,
E. Batiste Alentorn,
F. Sala Cascante

Propuesta terapéutica del carcinoma mamario oculto con metástasis en adenopatías axilares (T0 N1)

SUMMARY

We are going to present a therapeutic proposition for de cases of patients in which the metastised axilar adenopathies constitute the only sign or symptom of the occulf breast cancer. For this possibility we consider that a threatment consisting in a axilar ganglionar revome continued of radiotherapy of the homolateral breast and chemotherapy or hormone therapy is the best option, against the clasical planning of the radical mastectomy.

Hospital General de Vic,
Hospital de Terrassa y
Hospital Clinic. Barcelona.

Correspondencia:
Josep Verge Schulte-Eversum.
Hospital General de Vic.
Francesc Pla «El Vigatà», 1
08500 Vic (Barcelona).

Palabras clave

Carcinoma de mama, T0 N1.

Key words

Breast cancer, T0 N1.

INTRODUCCION

Las adenopatías axilares metastásicas como primer síntoma de una neoplasia es una eventualidad que se presenta con relativa frecuencia en la clínica cotidiana. Generalmente con una detallada historia clínica y exploración física, seguidas de exploraciones complementarias (mamografías, radiológica de tórax, gammagrafía tiroidea, etc.) se llega a un diagnóstico etiológico de la enfermedad.

Existe, sin embargo, una proporción de aproximadamente un tercio de estos pacientes, en que no se consigue averiguar la localización de la neoplasia primitiva.¹

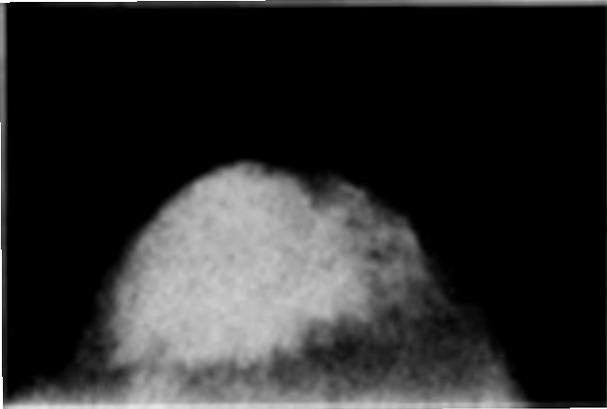
La posibilidad de que un carcinoma mamario debute con la aparición de adenopatías axilares como único signo clínico y radiológico es un hecho infrecuente, pero comprobado.^{1, 2, 3}

Si excluimos los linfomas que constituyen la primera causa de adenopatías axilares neoplásicas, cuando

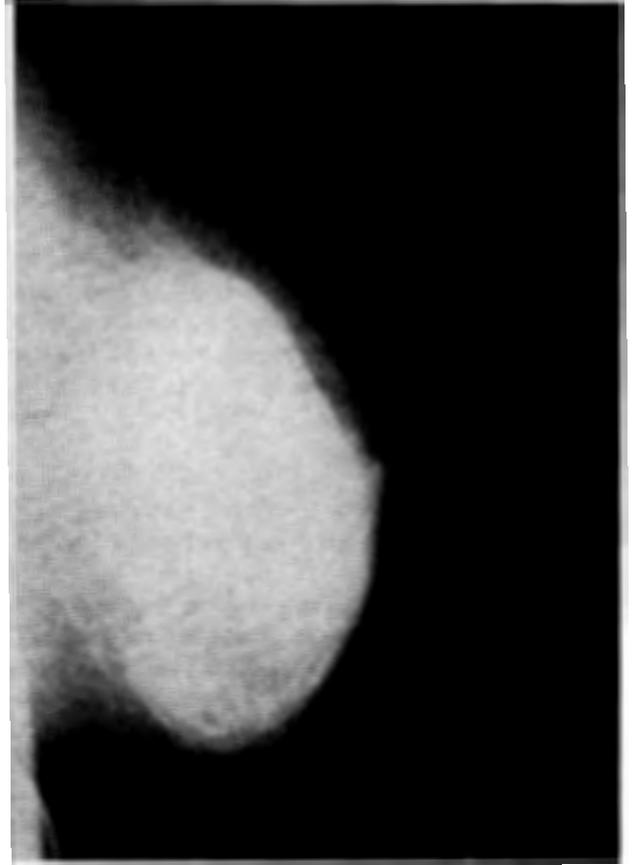
una mujer presenta adenopatías axilares metastásicas de un carcinoma, la primera posibilidad es que el origen sea la mama homolateral.² Otros posibles orígenes son tumores cutáneos, carcinomas de tiroides, glándulas sudoríparas de la axila, bronquios y con mucho menor frecuencia los de origen digestivo y urogenital.

Las series revisadas en la literatura,^{1, 2, 3, 4, 5, 6} coinciden en que un tercio de las adenopatías axilares invadidas corresponden a carcinomas mamaros ocultos.

Los métodos histopatológicos convencionales aportaban escasos datos sobre la naturaleza de neoplasias probablemente diferenciadas. La incorporación de técnicas modernas tales como la histoquímica para demostrar la presencia de fosfatasa ácida en pacientes masculinos que demuestran su origen prostático o los receptores estrogénicos para los carcinomas mamaros o ginecológicos, permiten un diagnóstico diferencial en estos casos. La aplicación del microscopio electrónico y la inmunohistoquímica ayudan a averi-



Figs. 1 y 2. Corresponden a la mamografía de la paciente del caso 2. No se evidencia ningún signo radiológico sospechoso de malignidad.



guar la naturaleza de muchas neoplasias que sin estas técnicas podían quedar sin aclarar.

Menos diferencia ha habido clásicamente en cuanto al tratamiento. La mayoría de cirujanos indican la mastectomía homolateral cuando sospechan hallarse ante un carcinoma oculto de mama.

La evolución en cuanto a conceptos terapéuticos en el carcinoma de mama, unido a la mayor precisión en los métodos diagnósticos, es lo que nos ha inducido a intentar un tratamiento conservador.

MATERIAL Y METODOS

En los últimos 4 años hemos tenido ocasión de diagnosticar y tratar a 3 pacientes afectas de sendos cuadros de adenopatías axilares metastásicas de un carcinoma oculto.

Caso 1

Mujer de 59 años de edad, postmenopáusica, sin antecedentes de interés, que acude por presentar una tumoración axilar izquierda, móvil, sugestiva de una adenopatía.

Se efectuaron diversas exploraciones locorregionales que resultaron negativas, incluida una mamografía bilateral. La punción citológica resultó positiva para carcinoma.

Fue intervenida quirúrgicamente, practicándose un

vaciamiento ganglionar axilar. El estudio anatomopatológico informó de carcinoma metastásico en un ganglio de 25 mm de diámetro. Otros 13 ganglios resultaron negativos. No se efectuó estudio de receptores hormonales.

Con la sospecha histopatológica y clínica de que se tratara de un carcinoma de origen mamario, se efectuó una radioterapia de la mama homolateral y se administró tamoxifeno durante 2 años.

A los 42 meses de la intervención la paciente sigue libre de enfermedad, resultando negativos todos los controles.

Caso 2

Paciente de 47 años de edad, perimenopáusica, sin antecedentes patológicos de interés, que consulta por presentar varias adenopatías en la axila derecha.

Entre otras exploraciones que resultaron negativas

se practicó una punción citológica de las adenopatías, que fue informada como metastásica de un adenocarcinoma.

Las mamografías no aportaron ninguna imagen sospechosa (figs. 1 y 2).

Se practicó un vaciamiento ganglionar radical de la axila, aislándose 18 de 21 ganglios afectados de un carcinoma metastásico.

Los receptores hormonales resultaron negativos.

Se aconsejó radioterapia de la mama y áreas ganglionares, seguida de quimioterapia (6 ciclos de CMF).

A los 39 meses del primer tratamiento la paciente se encuentra asintomática y libre de enfermedad.

Caso 3

Mujer de 81 años de edad que consulta por un módulo axilar izquierdo.

La mamografía no mostraba ninguna imagen sugestiva de malignidad. El estudio detallado de extensión y exploraciones complementarias resultó negativo, siendo la punción citológica de la adenopatía informada como positiva a carcinoma.

Practicado el vaciamiento de la axila afecta se demostró la presencia de 2 ganglios metastásicos de los 17 aislados. Los receptores hormonales resultaron positivos.

Dadas las condiciones de la paciente, se decidió administrar tamoxifeno como único tratamiento.

A los 43 meses de la intervención no presenta evidencia de recidiva ni metástasis.

DISCUSION

Las metástasis ganglionares de origen idiopático representan de un 6-15% de las neoplasias.

La incorporación de técnicas de histoquímica, inmunología y microscopía electrónica ha permitido reducir estos porcentajes.

En la axila más del 30% de las adenopatías metastásicas de origen idiopático corresponden a carcinomas mamarios ocultos, la mayoría de los cuales son diagnosticables mediante exploraciones complementarias y una correcta histología.

El dilema se plantea a la hora de indicar el tratamiento. Clásicamente la mayoría de autores indicaban una mastectomía radical. De todas formas sólo en un

40% de los casos se conseguía encontrar el carcinoma originario dentro de la pieza de mastectomía. Otros autores abogan por efectuar la exéresis sólo del cuadrante superoexterno por ser esta la localización más frecuente de los tumores mamarios. En estos casos se aíslan un 25% de los carcinomas ocultos.

Estos resultados, unidos a la evolución en el concepto del tratamiento del cáncer de mama, es lo que nos ha inducido a intentar un tratamiento menos agresivo.

¿Si no extirpamos la mama ante un T1 N1, por qué hacerlo ante un T0 N1?

Por motivos terapéuticos no tiene razón de ser y como finalidad diagnóstica creemos que no está justificado, sobre todo si tenemos en cuenta el bajo porcentaje de positividad obtenido por los autores que efectúan un tratamiento quirúrgico.

A esto habría que añadir el que tenemos pacientes en que tras un determinado período de tiempo, la neoplasia inicial presenta unos signos o síntomas que nos demuestran su origen, en ocasiones extramamario.

Por todo ello consideramos que el esquema terapéutico para un carcinoma mamario en estadio T0 N1 M0 ó T0 N2 M0 debe ser básicamente el mismo que aplicaríamos ante un T1 N1 M0 una vez extirpado el tumor originario, es decir, radioterapia seguida de quimio u hormonoterapia.

Recientemente hemos tenido la satisfacción de comprobar que otros autores como el Prf Spitalier⁷ tienen el mismo concepto terapéutico.

En otras regiones ganglionares es cada vez más habitual una sistemática similar. Por ejemplo, ante adenopatías metastásicas cervicales de origen idiopático, generalmente se indica un vaciamiento ganglionar cervical seguido de irradiación de cávum.

En casos de edad avanzada, especialmente si los receptores estrogénos son positivos, posiblemente esté menos indicada la radioterapia y sea suficiente la administración de antiestrógenos.

RESUMEN

Presentamos una propuesta terapéutica para los casos de pacientes en que las adenopatías axilares metastatizadas constituyen el único signo o síntoma de un carcinoma mamario oculto. Para esta posibilidad consideramos que un tratamiento consistente en un vaciamiento ganglionar axilar seguido de radioterapia

de la mama homolateral y quimio u hormonoterapia es la mejor opción, frente al planteamiento clásico de mastectomía radical.

REFERENCIAS

1. De Vita VT, Jr. Cancer, principles and practice of oncology. Ed JB. Pippincott Co. Philadelphia 1989; 1197-1260.
2. Ringenberg QS. Tumors of unknown origin. Med Pediatr Oncol 1985; 13: 301-6.
3. Haupt HN, Rosen PP, Kinne PW. Breast carcinoma presenting with axillary lymph node metastases. An analysis of specific histopathologic features. Am J Surg Pathol 1985; 9: 165-175.
4. Copeland BM, McBride OM. Axillary metastases from unknown primary sites. Ann Surg 1973; 178: 25-27.
5. Patel J, Nemoto T, Rosner D. Axillary lymph node metastasis from an occult breast cancer. Cancer 1981; 47: 2923-27.
6. Inglehart JD, Ferguson BJ, Shingleton WW. An ultrastuctural analysis of breast carcinoma preventing as isolated axillary adenopathy. Ann Surg 1982; 196: 8-13.
7. Spitalier JM. V Reunió de Senologia als hospitals comarcals. Vic 29 i 30 de juny de 1990.