

P. Trillo,
A. Fernández,
M. I. Redondo,
C. Alvarez,
F. J. Gómez

Quiste mamario gigante y carcinoma mamario: Caso clínico inusual de presentación

Giant cyst of the breast associated with breast carcinoma as an unusual clinical form

SUMMARY

We introduce a case of fibrocystic disease with a single giant cyst in the right breast, wich masks a concomitant ductad infiltrating carcinoma. We evaluate the principal diagnostic methods overemphasizing the correct reevaluation of the breast after aspiration of its cystic contents.

Palabras clave

Quiste gigante de mama, Neumoquistografía, Neoplasma de mama.

Key words

Gigantic cyst of the breast, Neumocystography, Breast neoplasm.

Unidad de Patología Mamaria.
Servicio de Cirugía General.
Hospital Cristal Piñor.
Orense.

Correspondencia:
P. Trillo Parejo.
Progreso, 145.
32003 Orense.

INTRODUCCION

En el mundo occidental alrededor de un 7% de las mujeres adultas desarrollarán un quiste palpable de mama.¹ De ellas aproximadamente la mitad tendrán un quiste único, un tercio desarrollarán entre 2 a 5 quistes y las restantes tendrán más de 5.¹

La enfermedad macroquística de la mama, de desarrollo hormonal, se caracteriza por la presencia de estructuras quísticas mayores de 3 mm de diámetro y su relación con el cáncer de mama permanece poco claro. El desarrollo de un cáncer de mama dentro del propio quiste presenta unas cifras que oscilan entre el 0,3 al 1,3%,^{2,3} pero parece que es de 2 a 4 veces más frecuente en mujeres con enfermedad macroquística de la mama, sobre todo si asociado con hiperplasia epitelial en el tejido mamario.^{4,5,6}

Presentamos 1 caso de quiste mamario gigante (contenido aproximado de 1 litro) asociado a un carcinoma de mama.

CASO CLINICO

Paciente de 45 años de edad. Antecedentes familiares y personales sin interés. Acude a nuestra Unidad de Patología Mamaria por presentar historia de 1,5 meses de evolución de dolor y crecimiento mamario derecho. A la palpación presenta una gran masa redonda, lisa, no adherida a planos profundos, no dolorosa, que ocupa la práctica totalidad de la mama derecha (fig. 1). Se le practica una mamografía en la que se aprecia una masa homogénea, redondeada que ocupa la totalidad de la mama. La ecografía mamaria demuestra la existencia de un quiste gigante de mama de bordes lisos y sin defectos de repleción en su interior. Se practica una punción evacuadora

Recibido: 24-IV-1995.



Fig. 1. Aumento de volumen mamario producido por el quiste.

del mismo, obteniendo un total de 920 cc de contenido seroamarillento, practicándose una neumquistografía (fig. 2) en la que se aprecia una cavidad de bordes homogéneos, sin espiculaciones, rodeado de tejido mamario sin aparente patología. La citología es negativa para malignidad. Tras ser sometida a revisión se aprecia la persistencia del quiste motivo por el cual es necesaria la práctica de nuevo drenaje del mismo para la evacuación completa. Es dada de alta para su control ambulatorio, apreciándose tras la descompresión de la mama la existencia de una tumoración palpable sin adenopatías axilares que en la mamografía de control, practicada al mes de la inicial, ocupa los cuadrantes externos y superiores de bordes espiculados sugerente de proceso maligno (fig. 3), motivo por el cual se le toma biopsia. El resultado de la misma es de carcinoma ductal infiltrante grado III de Scarf-Bloom-Richardson, con focos de carcinoma intraductal. Se decide practicar quimioterapia neoadyuvante con 3 ciclos de FAC, presentando la enferma buena respuesta al tratamiento y estando a la espera de la cirugía definitiva.

DISCUSION

La mastopatía quística macroscópica aparece como una alteración del fenómeno de involución mamaria al desaparecer el estroma de los lóbulos mamarios, quedando el epitelio acinar a merced de los influjos hormonales y producirse fenómenos de obstrucción ductal.⁷

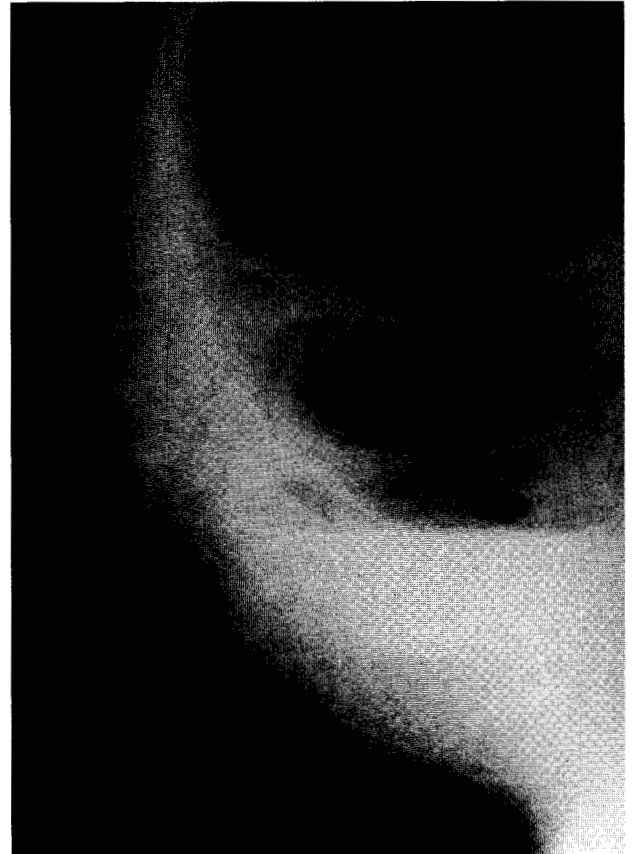


Fig. 2. Imagen de la neumquistografía en proyección axilar.

Los quistes macroscópicos de mama pueden evolucionar a quistes de gran tamaño en determinadas ocasiones por fusión de varios quistes, teniendo paredes trabeculares.⁸

Clínicamente pueden aparecer como masas sobresaliendo en la superficie de la mama,⁹ produciendo asimetría de la misma y en ocasiones fenómenos inflamatorios producidos por la tensión a la que se encuentran, lo que conlleva a veces un difícil diagnóstico diferencial del carcinoma inflamatorio. Normalmente son asintomáticos, produciendo únicamente dolor en casos de ruptura y vaciado de su contenido dentro de un ducto. El 55% de los quistes son encontrados en la mama izquierda, cifras similares a las del fibroadenoma.⁹

Para su diagnóstico es necesario la utilización de la mamografía, pudiendo complementarse con la ecografía dada la exactitud que ofrece. La neumo-



Fig. 3. Imagen de la mamografía en proyección axilar. Se aprecia imagen de masa con bordes espiculados.

quistografía se demuestra útil, ofreciendo una buena visualización de las paredes del quiste, lo que ya nos puede orientar hacia la existencia de una tumoración intraquistica sospechosa de carcinoma papilar intraquistico, al aparecer defectos de contorno en la pared del quiste o irregularidades del mismo.

Para un correcto manejo del mismo es necesario seguir una serie de premisas diagnósticas que evitarán fallos en su tratamiento. Ante quistes de estas características siempre es aconsejable una primera

aspiración-citología del líquido obtenido, máxime si éste es hemorrágico.¹⁰

Una vez conseguida la desaparición del mismo, una cuidadosa reexploración de la mama es necesaria para tratar de encontrar masas o tumores enmascarados por el tamaño del quiste. Si esto último es positivo la utilización de la mamografía y de la punción-aspiración con aguja fina es del método de elección para el diagnóstico correcto.

RESUMEN

Presentamos un caso de mastopatía quística macroscópica, con quiste único gigante de mama derecha, que enmascaraba un carcinoma ductal infiltrante coincidente en la mama. Evaluamos los principales métodos diagnósticos, haciendo hincapié en la correcta reevaluación de la mama tras la aspiración del contenido quístico.

REFERENCIAS

1. Haagensen CD, Bodian C, Haagensen DE. Breast carcinoma risk and detection. Saunders. London, 1981: 55-80.
2. Gatchell FT, Dockerty MB, Clagett OT. Intracystic carcinoma of the breast. *Surg Gynecol Obstet* 1958; 106: 347-350.
3. Devitt JE. The clinical recognition of cystic carcinoma of the breast. *Surg Gynecol and Obst* 1984; 159: 130-132.
4. Haagensen CD. The relationship of gross cystic disease of the breast and carcinoma. *Ann Surg* 1977; 185: 375-376.
5. Dupont DD, Page DL. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. *NEJM* 1985; 312: 146-151.
6. Dixon JM, Lumsden AB, Miller WR. The relationship of cyst type to risk factors for breast cancer and the subsequent development of breast cancer in patients with breast cystic disease. *Eur J Cancer Clin Oncol* 1985; 21: 1047-1050.
7. Azzopardi JG. Problems in breast pathology. Saunders. London, 1979; 295.
8. Haagensen CD. Gross cystic disease. *Diseases of the Breast*. Saunders. London, 1986: 277.
9. Hughes LE, Mansel RE, Webster DJT. Cysts of the breast. *Benign disorders and diseases of the breast*. Ballière Tindall. London, 1989: 96.
10. Cowen PN, Benson EA. Cytological study of fluid from benign breast cysts. *Br J Surg* 1979; 66: 209-211.