

J. C. Jordán*
E. Buch*
M. D. Ruiz*
A. Pallas*
A. Lluch**
J. V. Roig*

Cáncer oculto de mama con metástasis axilar

Occult breast cancer with axillary metastases

SUMMARY

Purpose: *The occult breast carcinoma with axillary presentation, is a rare form that occurs in less than 1% of all the breast cancers. The purpose of this work is to review the diagnostic and therapeutic attitude in these patients.*

Patients and methods: *We have studied 8 women that consulted for an axillary tumor as clinical presentation without presence of primary breast tumor.*

Results: *The median age of the patients was 52 years. The clinical exploration showed axillary tumor in all the patients without mammary findings in any case. The mammographic study only evidenced alterations in one of them. No metastases were found in any. Hystologic examination reported adenocarcinoma of probable mammary origin in all the cases. All patients were subjected to surgical treatment. In 50% of the patients evidences of malignant pathology were not found. The stage was Ila in 5 cases, and in 1 case IIb, IIIa and IIIb. The follow-up was 5.83 years showing metastases in two cases. The disease-free interval was 4.8 years in general in the whole series.*

Conclusions: *Conservative treatment of the occult breast cancer may be an alternative to surgical radical treatment.*

* Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Sagunto.
** Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Correspondencia:
J. C. Jordán.
Periodista Azzati, 2, pta. 1.
46520 Port de Sagunt (Valencia).

Palabras clave

Cáncer de mama oculto, Afectación axilar, Diagnóstico y tratamiento.

Key words

Occult breast cancer, Axillary affectation, diagnostic and treatment.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer, con una incidencia que presenta un aumento constante en los últimos años.¹

El carcinoma oculto, con afectación axilar como única manifestación clínica, es una rara forma de presentación que ocurre en menos del 1% de todos los cánceres de mama.²⁻⁵ La primera descripción de esta patología corresponde a Halsted⁶ en 1907, posteriormente se han publicado en la literatura diversas series que en general recogen pocos casos, siendo la serie de Veronesi² la más larga recogida con 60 pacientes.

Históricamente el tratamiento ha consistido en la mastectomía radical, pero en la actualidad resulta

motivo de controversia debido a que con el empleo de procedimientos menos agresivos localmente se obtienen resultados similares en cuanto a la supervivencia, por lo que debido a esto se ha vuelto a replantear el interés por el tema.

El objetivo de este trabajo es revisar nuestra actitud diagnóstica y terapéutica en estas pacientes con carcinoma oculto de mama con afectación axilar clínica en nuestro medio.

PACIENTES Y MÉTODO

Hemos estudiado de forma retrospectiva a ocho mujeres que consultaban por presentar una tumoración axilar. En esta revisión se incluyeron 2.430 pa-

cientes diagnosticados de cáncer de mama en el Hospital de Sagunto y en el Hospital Clínico Universitario de Valencia entre los años 1984 y 1997.

A todas ellas se les realizó en la primera visita exploración clínica en la que se incluía la exploración de la tumoración axilar por la que consultaban de ambas mamas, axila contralateral y del espacio supraclavicular.

Posteriormente se les practicó estudio radiológico que abarcaba mamografía bilateral, ecografía axilar y radiología de tórax.

En la mamografía se valoró la presencia de lesiones sospechosas de malignidad como lesiones estrelladas, microcalcificaciones (localización ductal y lobular, tamaño menor de 0,5 mm, distribuidas en racimos de forma heterogénea) y lesiones nodulares (tamaño mayor de 1 cm, forma irregular o distorsión parenquimatosa, contorno irregular, alta densidad).⁷ En la radiología simple de tórax se buscó imágenes sugestivas de metástasis o tumor primario.

Tras el estudio radiológico se les realizó examen anatomopatológico de la tumoración axilar, practicando punción citológica y biopsia abierta en todas las pacientes y punción con trocar en cinco.

Se valoró en todas ellas el tratamiento al que fueron sometidas, abarcando cirugía; radical o conservadora, radioterapia; adyuvante o como único tratamiento y quimioterapia; neoadyuvante o adyuvante.

Finalmente se analizó el estadio tumoral anatomopatológico, el tiempo de seguimiento y el tiempo libre de enfermedad.

Se realizó estadística descriptiva de los datos obtenidos en la revisión.

RESULTADOS

La edad media de las pacientes estudiadas fue de 52 años, con una desviación estándar (DE) de 14,57 años y con un intervalo de confianza del 95% (IC95%) de 33-71 años.

El examen clínico inicial evidenció una tumoración axilar en todas las pacientes, localizándose cuatro en la axila derecha y cuatro en la izquierda. La exploración mamaria no evidenció tumoraciones ni otros signos de afectación glandular ni cutánea; no se apreciaron adenopatías supraclaviculares homolaterales ni contralaterales a la axila afecta.

De las ocho pacientes revisadas, el estudio mamográfico sólo evidenció alteraciones en una de ellas (12,5%), consistentes en nidos de microcalcificacio-

nes sospechosas de malignidad. En las pocas pacientes en que se realizó ecografía de la región axilar, ésta no reveló diagnóstico alguno. En el estudio radiológico de tórax no se apreciaron imágenes sugestivas de patología en ningún caso. Ninguna paciente tras el estudio clínico y radiológico presentaba metástasis a distancia.

En la biopsia realizada de las tumoraciones axilares a estudio el resultado anatomopatológico fue de adenocarcinoma de probable origen mamario en todos los casos. Todas las punciones citológicas fueron sospechosas de malignidad y de las cinco punciones con trocar sólo se estableció el diagnóstico en dos, siendo en el resto insuficiente el material de la muestra para el diagnóstico.

En una de las pacientes se realizó tratamiento con quimioterapia neoadyuvante (NA) con cinco ciclos de FEC-75, siendo nula la respuesta axilar a la misma. Posteriormente las pacientes fueron sometidas a tratamiento quirúrgico según se muestra en la tabla 1. Se realizó en cinco pacientes mastectomía radical modificada (MRM), en dos cuadrantectomía con vaciamiento axilar y en una vaciamiento axilar exclusivamente.

De las siete pacientes a las que se les realizó tratamiento quirúrgico sobre la mama, en tres de ellas (37,5% del total de la serie) se evidenció un carcinoma ductal infiltrante (CDI). En el 50% de las pacientes no existió evidencia de patología maligna en la

TABLA 1
SEGUIMIENTO DE LAS OCHO PACIENTES ESTUDIADAS

	Tipo intervención	Tratamiento oncológico	Histología	Tamaño AP (tumor mamario)	Número ganglios	pTNM
1	MRM		CDI + CDIS	3 × 2,5	N2/2	T4bN1
2	MRM	NA	CLIS	4,5 × 4,5	N3/14	T2N1
3	MRM		CDI	0,5 × 0,5	N3/10	T1N1
4	MRM		MFQ	0	N4/10	TxN2
5	C + V	RT	CDI tipo comedo	0,9 × 0,8 1,8 × 1,8	N2/10	T1N1
6	MRM		Sin hallazgos	0	N1/11	TxN1
7	C + V	RT	Sin hallazgos	0	N2/9	TxN1
8	V		hallazgos		N2/13	TxN1

MRM: mastectomía radical modificada; C + V: cuadrantectomía con vaciamiento axilar; V: sólo vaciamiento axilar; NA: quimioterapia neoadyuvante o de inducción; CLIS: carcinoma lobulillar *in situ*; CDI: carcinoma ductal infiltrante; MFQ: mastopatía fibroquística; tamaño AP: tamaño anatomopatológico en centímetros.

glándula mamaria. La mediana del tamaño tumoral considerando el diámetro mayor fue de 2,8 cm, con un rango intercuartil (RIC) de 0,5-4,5 cm. El número de adenopatías aisladas osciló entre una y 14 y el número de adenopatías positivas o afectas entre una y cuatro. El estadio tumoral fue en cinco casos pIIa, en uno pIIb, pIIIa y pIIIb según la clasificación TNM anatomopatológica.

Durante el seguimiento la paciente a la que se realizó cuadrantectomía más vaciamiento axilar con radioterapia posterior, en la cual no se evidenció patología maligna en el estudio anatomopatológico de la pieza extirpada, a los 2 años de seguimiento se evidenció una lesión sospechosa de malignidad en los controles radiológicos, se diagnosticó anatomopatológicamente de CDI, realizándose posteriormente una MRM.

La mediana del tiempo de seguimiento ha sido de 5,83 años (RIQ: 4,6-6,8 años). Han existido dos casos de metástasis a distancia; uno a nivel pulmonar al 1,12 años de seguimiento y otro en axila contralateral a los 6,67 años de seguimiento, siendo los dos casos de éxitos.

El tiempo libre de enfermedad ha sido de 4,8 años (DE: 2,37) en general en toda la serie.

DISCUSIÓN

La extensión metastásica en la axila sin evidencia de tumor primario puede ser el primer signo clínico de un carcinoma de mama.¹ Se trata de una rara forma de presentación que supone entre el 1 y el 0,5% de todos los cánceres de mama;^{3-5, 8} en nuestro caso fue del 0,33%. Sin embargo, la presencia de una adenopatía axilar no es un problema tan infrecuente, aunque en la mayoría de ocasiones se trata de un proceso benigno, y en caso que se trate de un tumor maligno lo más frecuente es que se corresponda con un linfoma³ o una diseminación metastásica de cualquier tipo de neoplasia maligna.³ La actitud terapéutica ante estos pacientes suscita la pregunta de hasta dónde tenemos que llegar en estos pacientes en el diagnóstico en busca del origen del tumor para iniciar el tratamiento.⁸

En caso de encontrar un carcinoma primario en la axila de origen desconocido el origen más frecuente es mamario. Aunque otros adenocarcinomas también metastatizan en nódulos axilares, los más co-

munes son el pulmón, tiroides, estómago y colorrectales, pero raramente son la forma inicial de manifestación de la enfermedad.³

La valoración inicial dirigida a encontrar un tumor primario en la mama mediante exploración clínica suele ser negativa; en nuestra serie ninguna de las pacientes presentaba tumoración mamaria palpable. Generalmente la evaluación diagnóstica se complementa con la realización de una mamografía; el resultado de nuestra serie revela que solamente en una paciente se evidenciaron imágenes sospechosas de malignidad. Similares porcentajes se han obtenido en las series consultadas.^{2, 9, 10} Aunque tradicionalmente la sensibilidad y especificidad de la mamografía para la detección de lesiones ocultas mamarias ha sido baja, actualmente la sensibilidad es del 29% y la especificidad del 73%, con una exactitud global de 44% debido a la mejora técnica.^{3, 4} La evaluación rutinaria además incluye la realización de una radiografía de tórax para valorar la existencia de metástasis pulmonares previamente al tratamiento. La realización de otras exploraciones radiológicas más exhaustivas como la TAC son cuestionables, ya que ofrecen poco valor en ausencia de signos o síntomas localizados y no están indicadas rutinariamente.^{3, 9} Todos estos métodos diagnósticos suelen ser negativos como ocurrió en nuestro estudio, siendo preciso complementarlo con la biopsia de la tumoración axilar para establecer el diagnóstico histológico.

El tratamiento recomendado tradicionalmente ha consistido en la mastectomía con vaciamiento axilar. El examen del espécimen quirúrgico en nuestro estudio evidenció que en casi el 40% existía patología maligna en la mama. Según otros estudios la existencia de cáncer de mama se encontraba entre el 8 y 82% de las pacientes⁵ y en el 40% cuando se realizan resecciones segmentarias.^{3, 4, 9} Merson et al² en 1992 realizó un estudio en el que concluyó en la no existencia de diferencias significativas en pacientes tratadas con cirugía inmediatamente después del diagnóstico y las no tratadas, incluso no obtuvo diferencias con las tratadas con quimioterapia, por lo que pensó que esta forma de presentación presenta mejor pronóstico que los estadios II de cáncer de mama no oculto. A esta misma conclusión también llegan otros autores como Rosen.¹⁰ Sin embargo, en nuestra serie, en contraste con otras series publicadas,^{2, 10} el resultado final no fue del todo favorable, ya que de las ocho pacientes, en dos se desarrolla-

ron metástasis a distancia, siendo en ambas su causa de muerte; para Jackson¹¹ las pacientes con esta patología tampoco presentaban mejor pronóstico.

En estudios recientes^{2, 3, 9} se ha demostrado que las pacientes tratadas con procedimientos menos radicales, como son la cuadrantectomía con vaciamiento axilar de los tres niveles de Berg más RT y QT, presentan similares curvas de supervivencia que aquellas tratadas mediante MRM. Existen autores^{3, 9} que consideran más aceptables tratamientos menos agresivos, no indicado siempre un tratamiento quirúrgico agresivo cuando no se evidencia signos del tumor primario en la exploración clínica ni en el estudio mamográfico. Sin embargo, otros autores^{4, 12} se apoyan para justificar el empleo de la MRM en la escasa efectividad del diagnóstico por la imagen y al mismo tiempo en el hallazgo en un número importante de casos, que puede llegar hasta el 82%, de carcinoma en el estudio anatomopatológico de la mama.

A pesar que en nuestra serie en la mayoría de las pacientes se practicó tratamiento radical de inicio, creemos que el vaciamiento axilar seguido de RT es una alternativa al tratamiento quirúrgico radical en estos casos debido a la experiencia obtenida en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama palpable mediante cirugía conservadora.

Los resultados del tratamiento conservador del cáncer de mama son similares a los de la cirugía radical. La recidiva local posterior a cirugía conservadora no parece modificar el pronóstico en el cáncer de mama. Estos hechos permiten defender un tratamiento conservador en el cáncer de mama con tumor primario oculto, pensando que el cáncer primario se puede controlar con RT local o tratar quirúrgicamente de manera diferida cuando se haga evidente clínica o radiológicamente.

Creemos que se debe realizar un seguimiento estricto de las pacientes, y si durante el mismo aparecieran lesiones sospechosas en la exploración clínica o en estudios radiológicos deben tratarse adecuadamente. Creemos que su pronóstico es similar al de los cánceres no ocultos con el mismo grado de afectación axilar.

RESUMEN

Fundamento. El carcinoma oculto con afectación axilar como única manifestación clínica es una rara

forma de presentación que ocurre en menos del 1% de todos los cánceres de mama. El objetivo de este trabajo es revisar la actitud diagnóstica y terapéutica en estas pacientes en nuestro medio.

Método. Hemos estudiado de forma retrospectiva a ocho mujeres que consultaban por una tumoración axilar como presentación clínica sin presencia de tumor primario en la mama.

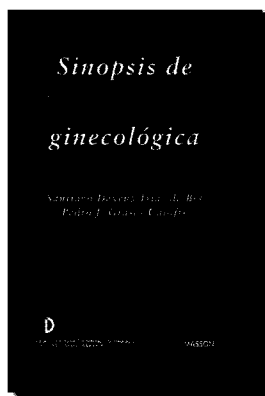
Resultado. La edad media de las pacientes fue de 52 años (DE: 14,57 años, e IC95%: 33-71 años). El examen clínico evidenció tumoración axilar en todas las pacientes, no existiendo patología mamaria en ningún caso. El estudio mamográfico sólo evidenció alteraciones en una de ellas. Ninguna paciente tras el estudio clínico y radiológico presentaba metástasis a distancia. El resultado de la biopsia de las tumoraciones axilares fue de adenocarcinoma de probable origen mamario en todos los casos. Todas las pacientes fueron sometidas a tratamiento quirúrgico. En el 50% de las pacientes no existió evidencia de patología maligna en la glándula mamaria. El estadio tumoral fue Ila en cinco casos y en uno IIb, IIIa y IIIb. El tiempo de seguimiento ha sido de 5,83 años, evidenciando solamente dos casos de metástasis a distancia. El tiempo libre de enfermedad ha sido de 4,8 años en general en toda la serie.

Conclusiones. El tratamiento conservador del cáncer de mama con tumor primario oculto puede ser una alternativa válida al tratamiento quirúrgico radical.

BIBLIOGRAFÍA

1. Muir C. Cancer incidence in five continents. IARC 1992;6:120.
2. Merson M, Andreola S, Galimberti, Bufalino R, Marchini S, Veronesi U. Breast carcinoma presenting as axillary metastases without evidence of a primary tumor. Cancer 1992;70:504-8.
3. Moore MP, Yahalom J. Occult primary tumor with axillary metastases. En: Harris JR, Hellman S, Henderson IC, Kinne DW, eds. Breast diseases. Philadelphia: JB Lippincott Company; 1987;817-20.
4. Kemeny MM, Rivera DE, Terz JJ, Benfield JR. Occult primary adenocarcinoma with axillary metastases. Am J Surg 1986;152:43-7.
5. Van Ooijen B, Bontenbal M, Henzen-Logmans SC, Koper PC. Axillary nodal metastases from an occult primary consistent with breast carcinoma. Br J Surg 1993;80:1299-300.
6. Halsted WS. Results of radical operation for the cure of carcinoma of breast. Am Surg 1907;46:1-19.
7. Dähnert W. Differential diagnosis of breast disorders. En: Mitchell CV, ed. Radiology review manual. Baltimore: Williams and Wilkins; 1996. p. 408-9.

8. Vega V, Pérez P, Hernández JR, Larrea J, Santana JR, Núñez V. Adenopatía axilar de cáncer de mama oculto. *Cir Esp* 1995;6:558-9.
9. Baron PL, Moore MP, Kinne DW, Candela FC, Osborne MP, Petrek JA. Occult breast cancer presenting with axillary metastases. Updated management. *Arch Surg* 1990;125:210-4.
10. Rosen PP, Kimmel M. Occult breast carcinoma presenting with axillary lymph node metastases: a follow-up study of 48 patients. *Hum Pathol* 1990;21:518-23.
11. Jackson B, Scott-Conner C, Moulder J. Axillary metastases from occult breast carcinoma: diagnosis and management. *Am Surg* 1995;61:431-4.
12. Rosato EF, Curcillo PG. Surgical considerations in the management of breast cancer. Fowble B, ed. *Breast cancer treatment*. St Louis: Mosby-Year Book Inc; 1991. p. 102.



Sinopsis de oncología ginecológica

Protocolos de actuación del Instituto Universitario Dexeus

Directores:

S. Dexeus Trias de Bes
P.J. Grases Galofré

Autores:

S. Dexeus Trias de Bes
P.J. Grases Galofré
R. Fábregas Xauradó
X. Fabregat Mayol
B. Guix Melcior
R. Labastida Nicolau
M. Llobera Serentill
L. López Marín
M.A. Pascual Martínez
F. Tresserra Casas
I. Tusquets Trias de Bes

Formato: 16 x 24 cm
Nº de páginas: 270
Figuras en color: 113
Figuras en b/n: 17
Encuadernación: Tapa dura
ISBN: 84-458-0459-6 ©1996

INDICE DE CAPÍTULOS:

1. Bases morfológicas. Diagnóstico y tratamiento (generalidades)	1
2. Cáncer de vulva	17
3. Cáncer de vagina	45
4. Cáncer de cuello uterino	59
5. Tumores del cuerpo uterino	127
6. Cáncer de trompa uterina	177
7. Cáncer de ovario	187
Apéndice	239
Índice alfabético de materias	249

● Información de utilidad práctica en un campo del conocimiento médico, en el cual se han logrado avances significativos, resultado de la contribución de diversas disciplinas.

● Ofrece las bases morfológicas (Anatomía e Histología) para la mejor comprensión de la histogénesis de las modalidades del cáncer ginecológico, aspectos relevantes de la clínica, métodos diagnósticos, clasificación y estadiaje de los tumores, y pautas de tratamiento y seguimiento.

● Contiene un glosario y apéndices para facilitar la comprensión de los estudios complementarios.

TARJETA DE PEDIDO

Sí, deseo remitir a mi nombre esta obra:

DEXEUS-GRASES:

Sinopsis de oncología ginecológica (cód. 0459)

PVP: 9.450 Ptas. con IVA y 9.087 sin IVA

FORMA DE PAGO:

Contra reembolso sin cargo alguno.

Nombre _____

1º Apellido _____

2º Apellido _____

Año nacimiento _____

Teléfono _____

Especialidad _____

Dirección _____

Localidad _____

FIRMA



Puede dirigirse a su librería habitual o remitir esta Tarjeta de Pedido

MASSON, S.A.

MASSON

Rda. General Mitre, 149

08022 BARCELONA (España)

Fax: 93-253 05 15

e-mail: grupo.masson@bcn.servicim.es

Nota: ORFAD: Si usted no desea recibir información con respecto a otras empresas, por favor...