

O. Valencoso*,
P. Culell**,
J. Giménez*,
A. Collado*,
C. Yanguas*

Rotura de un carcinoma papilar intraquístico por la compresión aplicada en la mamografía

Rupture of an intracystic papillary carcinoma by compression during mammography

SUMMARY

The compression exercised during mammography, even if normal pressure is applied, may be sufficient to rupture a cyst. Here we describe the case of an intracystic papillary carcinoma which lost some of its liquid content while the mammography was being carried out, presenting an image of what looked like a local infiltration. A later mammography showed that there was no component outside the cyst, a fact confirmed after surgery.

We should be aware of the possibility of patients suffering this complication in order to avoid clinical and radiological misinterpretation.

* Servicio de Radiodiagnóstico.
** Servicio de Cirugía.
Centre Hospitalari i Cardiològic de Manresa.
Manresa (Barcelona).

Correspondencia:
O. Valencoso Gilabert.
Servicio de Radiodiagnóstico.
Centre Hospitalari i Cardiològic de Manresa.
Avda. Bases de Manresa, 6-8.
08240 Manresa (Barcelona).
E-mail: 28560ovg@comb.es

Palabras clave

Carcinoma papilar intraquístico, Mamografía técnica, Quiste de mama.

Key words

Intracystic papillary carcinoma, Mammography technique, Breast cyst.

INTRODUCCIÓN

La compresión es uno de los aspectos fundamentales para obtener una mamografía de calidad. Es una técnica que prácticamente nunca presenta complicaciones, aunque puede ocasionar moderado dolor.

Presentamos un caso de carcinoma papilar intraquístico en el que se produce rotura del quiste al realizar la compresión durante la mamografía. La extravasación del líquido contenido en la lesión simula en la mamografía una infiltración neoplásica de los tejidos adyacentes al quiste. Existen pocos casos descritos en la literatura de rotura de quistes simples tal como se refleja en la escasa bibliografía que hemos encontrado; no existe ninguna referencia bibliográfica de rotura de un carcinoma intraquístico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 76 años de edad que consulta por palpase una tumoración en mama izquierda no dolorosa. La mamografía muestra un nódulo entre cuadrantes externos de mama izquierda, periareolar, de 3 cm de diámetro (Fig. 1). Presenta contornos bien definidos con una pequeña área de desflecamiento en su zona posterior. Se practica ecografía complementaria, visualizándose un quiste con una formación sólida de 1 cm en su interior (Fig. 2). La punción citológica obtiene grupos papilares de células epiteliales ductales sin atipia.

Ante la confirmación de hallarnos frente a una lesión papilar se recomienda exéresis de la misma. No obstante, no se realiza la intervención porque la paciente la rechaza.

Un año después la paciente consulta por crecimiento de la lesión. En la palpación se confirma la

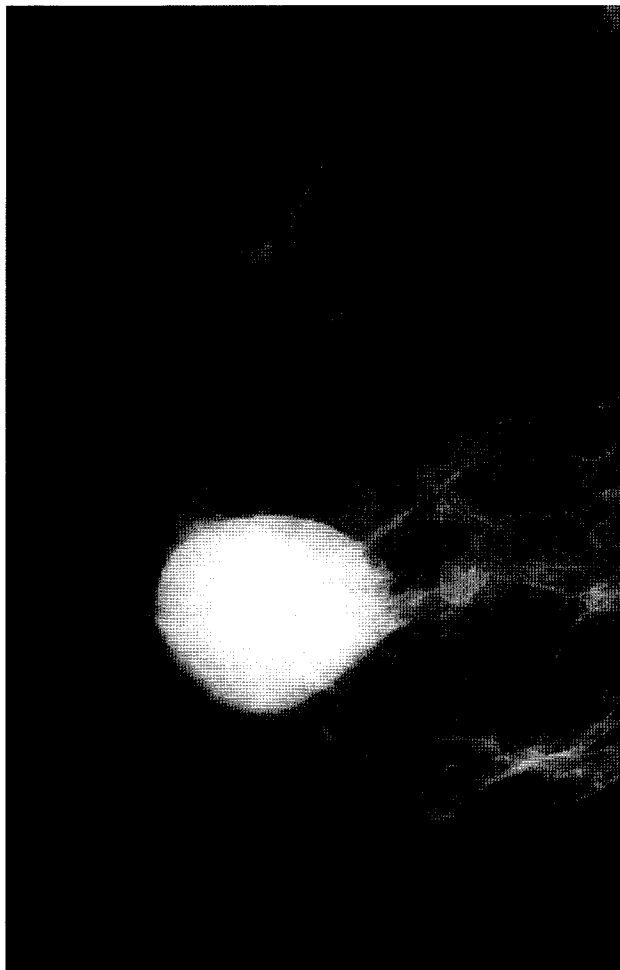


Fig. 1. La tumoración que se palpaba correspondía a un nódulo retroareolar bien definido, salvo en una pequeña porción de su contorno posterior de 3 cm de diámetro.

presencia de una tumoración en mama izquierda, blanda, móvil y no adherida a planos profundos. En la mamografía se aprecia crecimiento del nódulo (4,5 cm de diámetro) y aparición por detrás del mismo de un área densa heterogénea y mal definida (Fig. 3 A). Este segundo componente de la lesión contacta con el quiste habitado, aunque se observa parcialmente un halo radiolúcido entre ambos. La ecografía es superponible a la del año anterior, evidenciándose crecimiento del quiste y de la formación sólida (ahora 1,5 cm) sin conseguir poner de manifiesto el componente extraquistico de nueva aparición.

Ante la sospecha de carcinoma papilar intraquistico con infiltración del área adyacente se decide exéresis



Fig. 2. La ecografía mostraba un nódulo hipoeoico compatible con quiste que en su cara posterior presentaba una formación sólida parietal que resultó ser un carcinoma papilar.

de la lesión. Puesto que existe discordancia entre la radiografía y la exploración clínica (donde la lesión parece móvil y no adherida), se realiza una segunda mamografía prequirúrgica 14 días después de la primera. Se observa desaparición del componente extraquistico, quedando únicamente un área de contornos bien definidos en forma de semiluna junto a la pared del quiste (Fig. 3 B), lo que hace pensar que había existido una rotura del quiste al realizar la primera mamografía.

La paciente refiere dolor durante y algunos días después de la realización de la mamografía de 14 días antes.

Se interviene a la paciente y la anatomía patológica confirma que se trata de un carcinoma papilar en el interior de una formación quística sin infiltración tumoral del parénquima adyacente (Fig. 4). No existe componente extraquistico.

Posteriormente la paciente recibe tratamiento con tamoxifén. No se ha observado recidiva en los controles posteriores hasta la actualidad (15 meses desde la intervención).

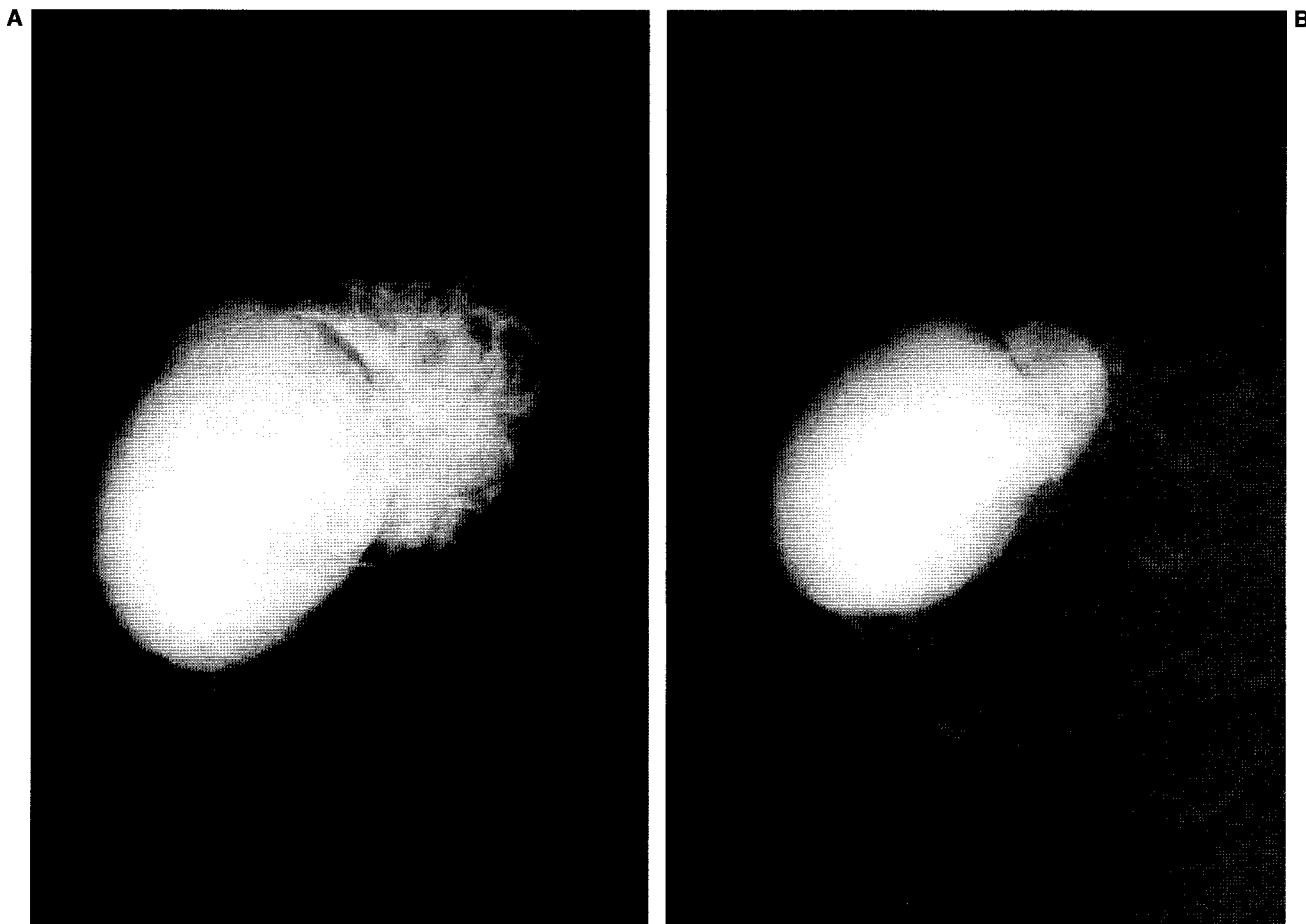


Fig. 3. A: El nódulo ha crecido de tamaño. Por detrás del mismo existe un área de aumento de densidad mal definido que correspondía al líquido extravasado del interior del quiste al romperse, aunque simulaba invasión local. B: La mamografía realizada posteriormente demuestra la desaparición de la imagen producida por el líquido del quiste.

DISCUSIÓN

Uno de los factores que más influyen en la calidad de una mamografía es la correcta compresión de la mama.^{1, 2} Si esta técnica se aplica con excesiva energía puede causar dolor, aunque en general no se lesionan los tejidos comprimidos. Sin embargo, algunas comunicaciones sugieren que la compresión ejercida durante la realización de una mamografía aunque se aplique la presión habitual puede ocasionalmente ser suficiente para romper quistes, produciendo desaparición de masas mamarias.³

En los casos descritos en la literatura la rotura del quiste produce la aparición de un área de aumento de densidad mal definido que presumiblemente co-

rresponde al líquido que estaba en el interior del quiste. Las mamografías realizadas poco después muestran rápidas variaciones en la imagen, con disminución de tamaño del área densa.^{3, 4} En nuestro caso la imagen mamográfica es similar, observándose la lesión quística junto a un área densa mal definida, lo que llevó al diagnóstico erróneo de probable carcinoma papilar intraquístico con invasión local. Asimismo existe una rápida evolución, pues la mamografía obtenida a los 14 días ya no muestra este componente extraquístico.

En algunos casos la rotura de un quiste simple ha sido considerada como terapéutica,⁵ aunque puede crear situaciones de confusión clínica y radiológica como nos ocurrió en este caso. Además nos plantea-



Fig. 4. Sección macroscópica de la lesión, apreciándose en el interior del quiste la formación sólida que correspondía al carcinoma papilar. No existía invasión local.

mos la duda de si la extravasación del líquido del quiste comporta una siembra de células papilares en el tejido adyacente que podría facilitar la recidiva local. Hasta la actualidad en los controles clínicos y mamográficos efectuados a lo largo de 15 meses no hay indicios radiológicos de recidiva.

Está fuera de toda discusión que es importante continuar con el uso de una compresión energética en la realización de mamografías, aunque debemos

asumir que en ocasiones puede haber rotura de lesiones quísticas. El conocimiento de este hecho ayudará a evitar confusiones.

RESUMEN

La compresión ejercida durante la realización de una mamografía, aunque se aplique la presión habitual, puede ser suficiente para romper quistes. Presentamos un caso de carcinoma papilar intraquistico que perdió parte de su contenido líquido al practicarse la mamografía, resultando una imagen que simulaba invasión local. Una mamografía posterior demostró que no existía componente extraquistico, dato confirmado tras la cirugía.

Debemos tener presente la posibilidad de sufrir esta complicación para evitar confusiones clínicas y radiológicas.

REFERENCIAS

1. Kopans DB. Mammographic positioning. En: Breast imaging, 1.^a ed. Philadelphia: JB Lippincott Co; 1989. p. 43-4.
2. Bassett LW. Quality determinants of mammography: clinical image evaluation. RSNA Categorical Course in Breast Imaging; 1995. p. 57-67.
3. Pennes DR, Homer MJ. Disappearing breast masses caused by compression during mammography. *Radio-logy* 1987;165:327-8.
4. Novak R. Rupture of a cyst during compression at mammography. Report of a case. *Acta Radiol* 1989;30: 57-8.
5. Pennes DR. Mammogram as therapy (letter). *AJR* 1986; 146:1100.