

Bruno Andrés García,
José Aguilar
Jiménez^a,
Luis Carrasco
González^a,
María Martínez
Gálvez^b,
José Luis Aguayo
Albasini^a.

Carcinoma escamoso primario de la mama

Primary squamous cell carcinoma of the breast

Unidad de mama.
Servicios de ^aCirugía y
^bRadiología.
Hospital Universitario "JM
Morales Meseguer".
Murcia.

Bruno Andrés García.
Servicio de Cirugía.
Hospital Universitario "JM
Morales Meseguer".
c/ Marqués de los Vélez
s/n. 30008 Murcia.
Tel.: 968360900 (ext. 2359);
Fax: 968232484;
brunov.deandres@carm.es

RESUMEN

Presentamos el caso de una mujer de 64 años que consultó por una masa en la mama derecha. En las pruebas de imagen correspondía a una tumoración quística que estudiada histológicamente se caracterizó como carcinoma escamoso primario de la mama. El tratamiento practicado fue tumorectomía amplia con linfadenectomía axilar ipsilateral y quimioterapia. Este carcinoma es un cáncer invasivo raro, de comportamiento clínico y pronóstico incierto. Para diagnosticarlo es imprescindible demostrar que se trata de un tumor primario y puro de la glándula mamaria. El tratamiento recomendado es el quirúrgico no existiendo consenso respecto a la terapia adyuvante.

PALABRAS CLAVE

carcinoma escamoso primario, neoplasia mamaria.

SUMMARY

We present the case of a 64-year-old woman admitted for a lump in the right breast. Imaging tests showed it to be a cystic tumour, which histology characterised as a primary squamous carcinoma of the breast. Treatment included an extensive tumourectomy with ipsilateral axillary lymphadenectomy and chemotherapy. This carcinoma is a rare invasive cancer, with an uncertain clinical and prognostic behaviour. Diagnosis requires proof that it is a pure primary tumour of the mammary gland. Recommended treatment is surgery, there being no consensus on adjuvant therapy.

KEY WORDS:

primary squamous carcinoma, breast neoplasm.

INTRODUCCION

El carcinoma escamoso o epidermoide primario de la mama (CEPM) es un tumor muy infrecuente¹⁻³. Aunque se proponen diversas teorías, su verdadera histogénesis es desconocida^{4,5}. Para establecer su diagnóstico es necesario descartar que se trate de un carcinoma procedente de la piel de la mama o de una metástasis a distancia y demostrar la diferenciación escamosa en al menos el 90% del tumor^{1,4,6,7}. Sus características clínicas, radiológicas y

terapéuticas no difieren substancialmente de las del cáncer de mama común y su pronóstico es incierto^{1,4,6,7}.

Nuestro objetivo es presentar el caso de una paciente afectada de CEPM y comentar los aspectos más interesantes de esta enfermedad revisando la literatura.

CASO CLÍNICO

Mujer de 64 años sin antecedentes familiares ni personales de interés salvo diabetes mellitus tipo II. Consultó

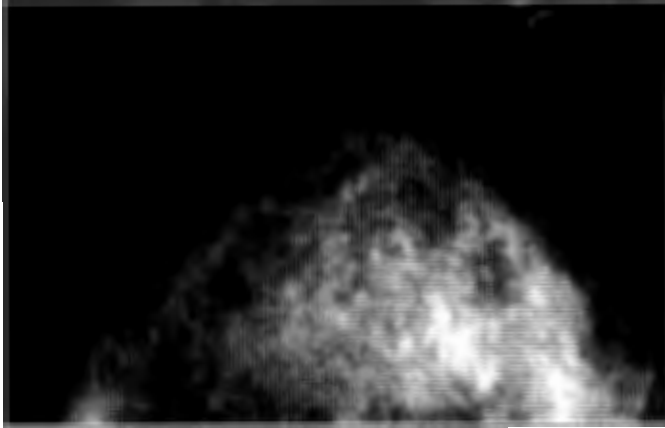


Fig. 1. Mamografía craneocaudal. Nódulo parcialmente visible en cuadrantes internos.

por una masa en la mama derecha que advirtió unos meses antes de la consulta. En la exploración se apreciaba un tumor situado en unión de cuadrantes internos a nivel de la línea paraesternal, duro, indoloro, regular definido, adherido a planos profundos y de unos 3 cm. de diámetro. En la mamografía (Fig. 1) se observaba una imagen nodular, sólo visible en la proyección cráneo-caudal, en unión de cuadrantes internos, redondeada, de márgenes parcialmente definidos y lobulados y alta densidad. Ecográficamente correspondía a un nódulo de ecoestructura mixta, con amplia área quística y componente sólido irregular periférico, morfología ovalada, de 2,6 cm. de diámetro mayor y refuerzo acústico posterior. También se practicó una neumouistografía (Fig. 2) apreciándose una cavidad de paredes bien definidas, con persistencia de área densa mamográfica en relación con el componente sólido periférico visualizado en la ecografía. En el estudio citológico se distinguían células epiteliales articuladas mediante puentes intercelulares, con citoplasmas amplios, densos, eosinófilos, con queratinización y forma alargada, núcleos grandes, hiper cromáticos, irregulares, con frecuente multinucleación, nucleolos prominentes y en ocasiones múltiples. Se informó como positivo para carcinoma con signos de diferenciación escamosa. Se practicó biopsia escisional bajo anestesia local obteniéndose una tumoración quística, de contenido hemático, con pared engrosada e irregular y de 2,5 cm. de diámetro máximo. Microscópicamente (Fig. 3) se trataba de una neoplasia con amplia necrosis central rodeada por tejido mamario normal y sin presencia de componente carcinomatoso ductal. La neoplasia estaba constituida por una proliferación de células de citoplasma amplio, queratinizado, con ocasionales globos córneos y núcleos pleomórficos. No existía conexión con el epitelio escamoso epidérmico o de

los anejos cutáneos. Presentaba negatividad para los receptores hormonales de estrógeno y progesterona. El diagnóstico fue de carcinoma epidermoide bien diferenciado con los márgenes quirúrgicos ampliamente respetados. Para descartar un origen extramamario del tumor se practicó TAC tóraco-abdominal, esofagoscopia, colposcopia y PET que fueron normales. Posteriormente fue intervenida para completar la cirugía practicando una linfadenectomía axilar ipsilateral aislándose 20 ganglios sin afectación metastática. Se administró quimioterapia adyuvante mediante el esquema clásico CMF (ciclofosfamida, metotrexate y 5-fluoruracilo) y no recibió radioterapia complementaria por negativa de la paciente. Tres años tras la cirugía la paciente sigue libre de enfermedad.

DISCUSIÓN

El CEPM es un tumor extremadamente raro. Su frecuencia estimada es del 0,04 al 0,1% de todos los cánceres de mama invasivos^{1,2} y se cifra en menos de 60 los casos descritos en la literatura³. En la glándula mamaria también pueden aparecer carcinomas escamosos no primarios como son las metástasis o un carcinoma de la propia piel de la mama que se manifieste como una lesión ulcerada e incluso adenocarcinomas que presenten áreas de metaplasia escamosa. La frecuencia de estos casos es más alta y alcanza hasta el 4% de los cánceres de mama⁴. La histogénesis del CEPM es desconocida. La mayoría de autores^{5,6} consideran que procede de una metaplasia del epitelio ductal. Desde este punto de vista los adenocarcinomas con metaplasia escamosa y los CEPM diferirían únicamente en la extensión de la metaplasia. En los segundos los cambios moleculares que dan lugar a la metaplasia ocurrirían antes en el proceso de



Fig. 2. Neumouistografía. Cavidad nodular de paredes bien definidas con persistencia de área densa.

oncogénesis, resultando un tumor con fenotipo mayoritariamente escamoso³. La aparición del CEPM también se ha relacionado con quistes dermoides o epidérmicos formados en el inicio del desarrollo embrionario y con inflamaciones crónicas de la mama (abscesos crónicos) que darían lugar a la metaplasia escamosa y posteriormente al carcinoma. En este sentido se han publicado casos de aparición de CEPM en pacientes con implantes mamarios^{8,9}. Para establecer el diagnóstico de CEPM es esencial excluir que se trate de un carcinoma escamoso de la piel de la mama, de una metástasis de un tumor primario extramamario (pulmón, esófago y cuello de útero principalmente) y, además, demostrar la diferenciación escamosa en al menos el 90% del tumor (menos del 10% glandular)^{1,4,6,7}. Las características clínicas y radiológicas suelen ser semejantes a las formas más comunes de cáncer de mama^{1,7}. La edad de presentación más frecuente se sitúa entre los 50 y los 60 años. Aproximadamente el 65% de estos tumores son quísticos o presentan cierto componente quístico⁴ que será revelado por la ecografía. La neumoquistografía tiene utilidad para demostrar el componente sólido presente en la lesión. La citología por punción suele sugerir el diagnóstico^{10,11} como ocurrió en nuestro caso. Los receptores hormonales prácticamente siempre son negativos⁶. Con respecto al tratamiento, el quirúrgico no difiere del indicado para el tipo histológico común (-tumorectomía amplia y radioterapia vs. mastectomía- y linfadenectomía axilar)^{1,3,4,6,7} pero no existe un consenso claro acerca de la terapia adyuvante a aplicar (radioterapia y/o quimioterapia). Debe considerarse que los carcinomas epidermoides en general suelen ser radiosensibles y más susceptibles al metotrexate que a las antraciclinas, por este motivo a nuestra paciente se le administró el esquema CMF. Aunque el pronóstico del CEPM es un tema controvertido no parece presentar diferencias significativas tanto en relación al adenocarcinoma habitual como al que posee áreas de metaplasia escamosa^{1,4,6,7}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cardoso F, Leal C, Meira A, Azevedo R, Mauricio MJ, Leal da Silva JM, et al. Squamous cell carcinoma of the breast. *The Breast* 2000; 9:315-19.
2. Eggers JW, Chesney TM. Squamous cell carcinoma of the breast: A clinicopathologic analysis of eight cases and review of literature. *Hum Pathol* 1984; 15:527-31.
3. Weigel RJ, Ikeda DM, Nowels KW. Primary squamous

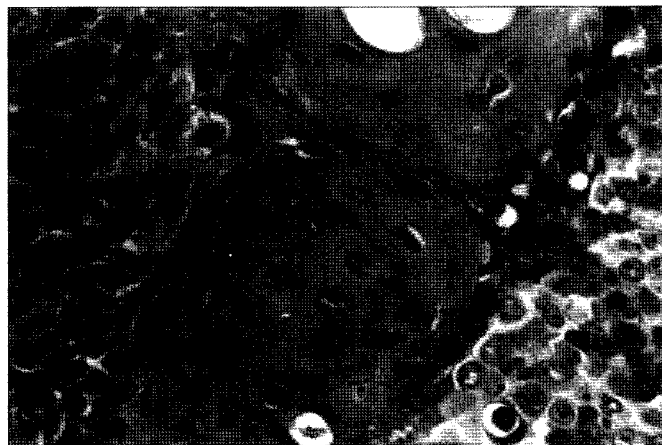


Fig. 3. Especimen de biopsia. Globos córneos, puentes intercelulares y núcleos anaplásicos. (HE, x400).

- cell carcinoma of the breast. *South Med J* 1996; 89:511-5.
4. Wargotz ES, Norris HJ. Metaplastic carcinomas of the breast. *Cancer* 1990; 65:272-6.
5. Tavassoli FA. Infiltrating carcinoma, special types. *Pathology of the breast*. Norwalk, Connecticut, Appleton-Lange, 1992, pp 353-60.
6. Rosen PP. Breast pathology. Philadelphia, Lippincott-Raven, 1997, pp 397-403.
7. Jin Y, Campana F, Vilcoq JR, Vielh P, Schlienger P, Mathieu G, et al. Carcinoma epidermoide primitif du sein. Etude clinique, histopathologique et pronostique de 14 patientes. *Bull Cancer* 1992; 79: 675-9.
8. Kitchen SB, Paletta CE, Shehadi SI, Bauer WC. Epithelization of the lining of a breast implant capsule. Possible origins of squamous cell carcinoma associated with a breast implant capsule. *Cancer* 1994; 73: 1449-52.
9. Talmor M, Rothaus KO, Shannahan E, Cortese AF, Hoffman LA. Squamous cell carcinoma of the breast after augmentation with liquid silicone injection. *Ann Plast Surg* 1995; 34: 619-23.
10. Nakayama K, Abe R, Tsuchiya A, Watanabe T, Furukawa Y, Nihei M, et al. Squamous cell carcinoma of the breast. Report of a case diagnosed by fine needle aspiration cytology. *Acta Cytol* 1993; 37: