

Carcinoma oculto de la mama: un reto de la medicina

Los objetivos de la medicina, además de la prevención, son el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. A lo largo de la historia se han ido adquiriendo conocimientos y creando nuevos utensilios y técnicas para la detección de enfermedades, a ser posible en sus fases iniciales para que su tratamiento sea más efectivo. Es por ello que el diagnóstico constituye uno de los grandes retos de la medicina y un ejemplo de ello es el carcinoma oculto de la glándula mamaria, tema tratado en este número de la *Revista de Senología y Patología Mamaria* por Verge y cols. En esta circunstancia la enfermedad debuta con la afectación metastásica de uno o más ganglios linfáticos, generalmente de la axila, sin que se haya puesto de manifiesto una lesión en la mama. Ello puede ocurrir tanto en mujeres como hombres, de cualquier edad, con igual frecuencia en ambos lados y en todos los territorios ganglionares en los que drena la glándula mamaria (axila, cadena mamaria interna, región supraclavicular, intramamarios y ocasionalmente, axila contralateral), evidenciándose clínicamente o por técnicas de imagen y confirmándose por punción aspiración con aguja fina o biopsia.

Ante esta situación el reto empieza para el patólogo que ante una biopsia de un ganglio con afectación metastásica deberá decidir si el origen es mamario. En este caso la morfología es fundamental, pues en muchas ocasiones la metástasis presentará patrones similares a los del carcinoma de mama. No obstante, las técnicas de inmunohistoquímica, que detectan antígenos celulares específicos, pueden ayudar a descartar que la metástasis sea de otro órgano como el pulmón, tiroides, piel (melanoma) o incluso un proceso linfoproliferativo. La expresión de receptores hormonales y de GCDFP-15, propia de muchos tumores mamarios, ayuda a atribuir un origen mamario a la metástasis ganglionar, aunque en ocasiones la expresión de receptores hormonales en el tumor mamario y la metástasis no es la misma. Una vez determinado que la lesión puede te-

ner un origen mamario ha de establecerse su origen metastásico, pues en ocasiones aunque excepcionales, hay inclusiones de tejido glandular mamario en los ganglios linfáticos que pueden malignizarse constituyendo entonces un tumor primario y no una metástasis.

Ante la conclusión de que la lesión ganglionar es una metástasis de un carcinoma mamario empieza un nuevo reto para todo el equipo multidisciplinar implicado en el diagnóstico que integra la senología. La exploración radiológica y ecográfica de la mama son sin duda dos técnicas de vital importancia y que, con el conocimiento de la existencia de una metástasis, pueden detectar lesiones mínimas. La resonancia magnética sobre todo con la implantación de sistemas de marcaje también puede ser de gran ayuda para encontrar el tumor primario. Finalmente la tomografía por emisión de positrones (PET) puede utilizarse para detectar otras lesiones metastásicas.

Si alguna de estas técnicas resulta exitosa el carcinoma deja de ser "oculto" y puede tratarse atendiendo a los protocolos establecidos del cáncer de mama. Si continúa tratándose de un carcinoma oculto de la mama, ahora el reto pasa a los especialistas relacionados con el tratamiento. Ha de considerarse la enfermedad asumiendo que existe un carcinoma infiltrante en la mama. Se han aplicado diversas pautas, bien conservando la mama con o sin radioterapia o practicándose una mastectomía o la posibilidad de efectuar un seguimiento mediante técnicas de imagen y esperar a que el tumor primario se manifieste. En cualquier caso los resultados evolutivos son similares y series históricas señalan que el carcinoma oculto tiene mejor pronóstico que el carcinoma patente o "no oculto" de la mama.

Si el tratamiento es la mastectomía, el reto vuelve al patólogo. Teniendo en cuenta que la probabilidad de encontrar la lesión primaria en la mama está en relación con la exhaustividad con que se estudie el tejido del que se dispone. En la mayoría de ocasiones el tumor se detectará macroscópicamente pero en ocasiones sólo se pondrá de

manifiesto mediante el estudio de múltiples secciones del tejido mamario obtenidas aleatoriamente.

Aun así hay veces en que la lesión no se encuentra y tras todo este largo proceso diagnóstico y terapéutico nos encontramos ante el verdadero “carcinoma oculto de la mama”, un reto de la medicina.

F. Tresserra

*Servicio de Anatomía Patológica y Citología.
USP-Institut Universitari Dexeus. Barcelona*

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Verge J, Encinas X, Bengoechea MJ, Fumana V, Arcusa A, Biete A. Evolución en el diagnóstico y tratamiento del carcinoma oculto de mama con metástasis ganglionar (T0 pN1): ratificación de la propuesta terapéutica. *Rev Senología Patol Mam* 2009; 22(1): 10-3.
2. Rosen PP. *Rosen's breast pathology*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2001.
3. Ashikari R, Rosen PP, Urban JA, Senoo T. Breast cancer presenting as an axillary mass. *Ann Surg* 1976; 183: 415-7.
4. Haupt HM, Rosen PP, Kinne DW. Breast carcinoma presenting with axillary lymph node metastases. An analysis of specific histopathologic features. *Am J Surg Pathol* 1985; 9: 165-75.
5. Patel J, Nemoto T, Rosner D, Dao TL, Pickren JW. Axillary lymph node metastasis from an occult breast cancer. *Cancer* 1981; 47: 2923-7.
6. Tresserra F, Fournier S, Garrido M, Marco V, Cusido MT, Feu J, et al. Carcinoma oculto de mama metastático en ganglio intramamario. *Rev Senología Patol Mam* 2007; 20: 26-8.
7. Iglehart JD, Ferguson BJ, Shingleton WW, Sabiston DC Jr, Silva JS, Fetter BF, et al. An ultrastructural analysis of breast carcinoma presenting as isolated axillary adenopathy. *Ann Surg* 1982; 196: 8-13.
8. Lloyd MS, Nash AG. 'Occult' breast cancer. *Ann R Coll Surg Engl* 2001; 83: 420-4.
9. Capobianco G, Spaliviero B, Dessole S, Rocca PC, Cherchi PL, Ambrosini G, et al. Lymph node axillary metastasis from occult contralateral infiltrating lobular carcinoma arising in accessory breast: MRI diagnosis. *Breast J* 2007; 13: 305-7.
10. Matsuoka K, Ohsumi S, Takashima S, Saeki T, Aogi K, Mandai K. Occult breast carcinoma presenting with axillary lymph node metastases: follow-up of eleven patients. *Breast Cancer* 2003; 10: 330-4.