



CARCINOMA OCULTO DE MAMA: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: Jimena Cantero Piñeiro^a, Juana María Brenes Sánchez^a, Miriam De La Puente Yagüe^a, M^{ra} José Ciudad Fernández^b, Jorge Ruiz Rodríguez^a, María Jesús Merchán Morales^a, Alejandro Pascual Martín^c, María Herrera De La Muela^a.

^a Obstetricia y Ginecología. ^bRadiodiagnóstico. ^cAnatomía Patológica. Unidad de Patología Mamaria. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

OBJETIVO: El carcinoma oculto de mama es una forma de presentación poco común del Cáncer de mama que puede suponer un dilema diagnóstico y terapéutico. Su incidencia oscila entre el 0,1% - 0,8% de todos los cánceres de mama y sus tasas de supervivencia se equiparan a las del carcinoma de mama no oculto estadio II.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 73 años que acude por auto-palpación de nódulo en axila izquierda.

- **Exploración:** se objetiva un conglomerado adenopático axilar izquierdo patológico, sin palpase lesiones mamarias.
- **En el estudio radiológico con mamografía ecografía mamaria y RMN mamaria** no se objetivan lesiones en ambas mamas (**Figura 1**). **En la axila izquierda se observan varios ganglios patológicos (Figura 2), con engrosamiento cortical y pérdida del hilo graso, realizándose punción radioguiada.**
- **PET-TAC:** adenopatías axilares izquierdas, la mayor de 22mm, con captación patológica de FDG (SUVmax de hasta 6,1), sugerente de malignidad (**Figura 3**). No se aprecian nódulos ni otras alteraciones en ambas mamas.
- **Resultado histopatológico:** Tejido de órgano linfático, que muestra una metástasis de carcinoma compatible con origen mamario no tipo específico, grado II (**Figura 4**).
- **Perfil IHQ:** RE 8/8, RP 0/8, Ki67: 5%, Herceptest equivoco 2+, con FISH Her2 no amplificado, CK 19 positivo y E-Cadherina positiva (**Figuras 5 y 6**).

Con diagnóstico de *carcinoma oculto de mama estadio IIA (cT0 cN1 M0)*, se inicia *tratamiento neoadyuvante* quimioterápico con docetaxel x 4 y adriamicina/ciclofosfamida x 4 ciclos con posterior cirugía.

Se realiza *linfadenectomía axilar izquierda niveles I y II de Berg* y se aislan 17 ganglios linfáticos, de los cuales 5 presentan metástasis de carcinoma, midiendo la mayor de ellas 1.5cm con afectación tumoral extracapsular.

Posteriormente la paciente recibe *radioterapia externa* sobre mama izquierda y ganglios axilo-supraclaviculares homolaterales así como en *mamaria interna y hormonoterapia*.

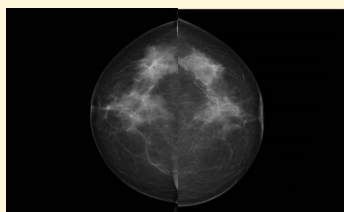


Figura 1. Mamografía sin lesiones mamarias.

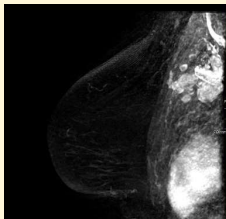


Figura 2. RMN en la que se observa ganglios de aspecto patológico en axila izquierda.

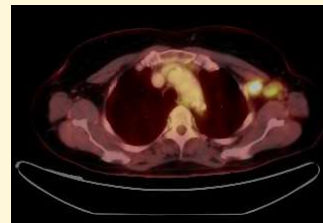


Figura 3. PET-TAC con adenopatías axilares izquierdas con captación patológica de FDG.

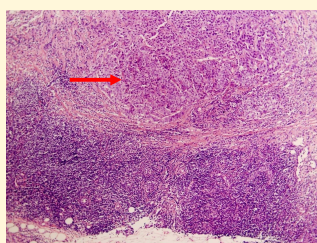


Figura 4. BAG del ganglio linfático. En la parte superior, se identifica la presencia de una metástasis de carcinoma, con patrón de crecimiento sólido.

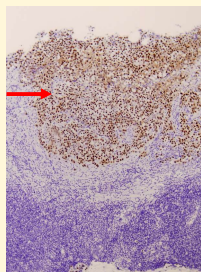


Figura 5. IHQ para receptores de estrógenos positiva. Tinción nuclear.

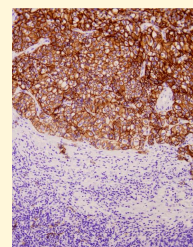


Figura 6. IHQ para E-Cadherina positiva. Tinción de membrana.

CONCLUSIONES:

- ❑ El diagnóstico del carcinoma oculto de mama se basa en el examen histológico de la adenopatía axilar teniendo en cuenta su perfil inmunohistoquímico.
- ❑ Es necesario realizar un diagnóstico diferencial con otras neoplasias o carcinoma sincrónico contralateral.
- ❑ Su tratamiento se basa en la radioterapia externa sobre la mama, la linfadenectomía axilar con posterior radioterapia axilar y/o supraclavicular y tratamiento oncológico médico.