

## CONTENIDO

## POSTERS

[Abstract](#)[PDF](#)[Comentarios](#)[Título](#)[Resumen](#)[Introducción](#)[Material](#)[Resultados](#)[Discusión](#)[Conclusiones](#)[Referencias](#)[Imágenes](#)**CARCINOMA METAPLÁSICO DE MAMA. ESTUDIO CITOLÓGICO DEL MATERIAL OBTENIDO POR PAAF.***Ortega E., Seguí J., Payá A., Pérez H., Aranda F.I., Niveiro M.**Servicio de Patología, Hospital General Universitario de Alicante, España.*

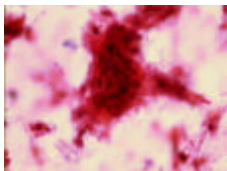
IV-CVHAP 2001 PÓSTER-E - 094

Fecha recepción: 15/02/2001

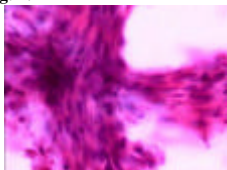
Fecha publicación: 17/09/2001

Evaluación: [Ver "Taller de Citopatología"](#)**RESUMEN**

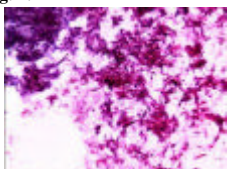
El carcinoma metaplásico de mama es una patología poco frecuente en la que se incluye carcinomas ductales con metaplasia epitelial, principalmente escamosa y carcinomas con metaplasia sarcomatosa que pueden incluir o no elementos heterólogos. La interpretación de los hallazgos de la PAAF pueden resultar problemática. Presentamos dos casos de carcinoma metaplásico en mujeres de 33 y 88 años de edad comparándolos con la histología definitiva de la pieza quirúrgica. El primer caso se presenta en una mujer embarazada con un nódulo de rápido crecimiento en CSE de mama izq. En la PAAf se observó un carcinoma ductal de alto grado con un componente estromal atípico. El diagnóstico en la pieza de mastectomía fue de carcinoma sarcomatoso de 4,5 cm. con ganglios linfáticos negativos. Inmunohistoquímicamente las células del estroma fueron positivas para vimentina, EMA y alfa actina. El segundo caso corresponde a una mujer con un nódulo de 3 cm. en contacto con piel en CSE de mama izq. En la punción se diagnosticó de carcinoma metaplásico con células gigantes tipo osteoclastico. La biopsia confirmó el diagnóstico, siendo las células del estroma positivas para vimentina y alfa actina y las células gigantes para CD68.

**Palabras clave:** carcinoma metaplásico | citología | PAAF | citopatología | mama**IMÁGENES**

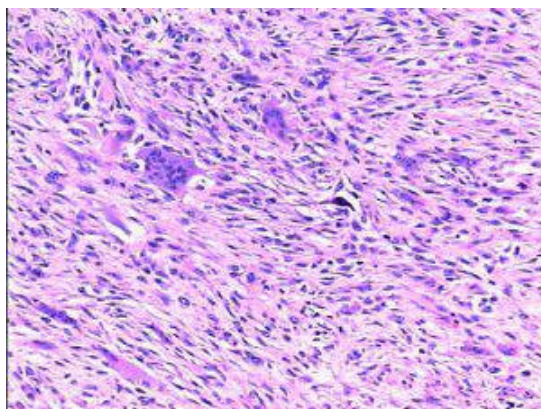
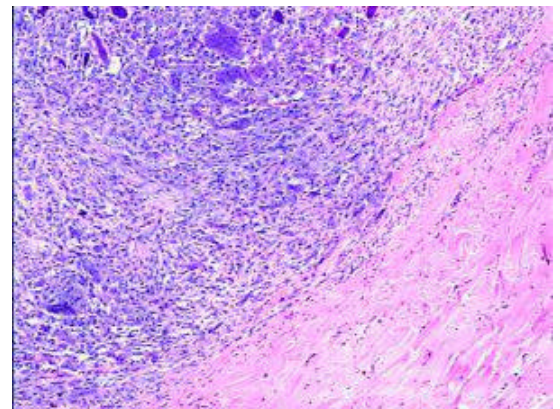
ig. 1.

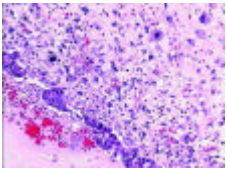


ig. 2.

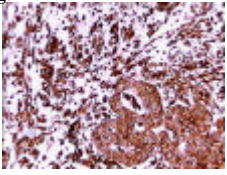


ig. 3.

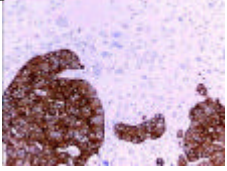
**Figura 4****Figura 5**



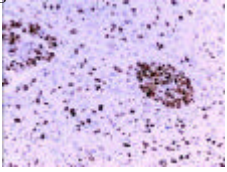
ig. 14.



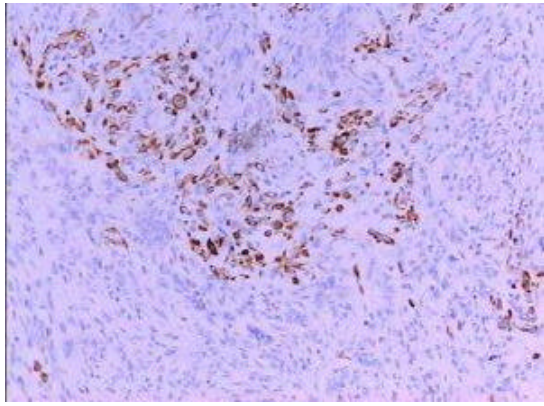
ig. 15.



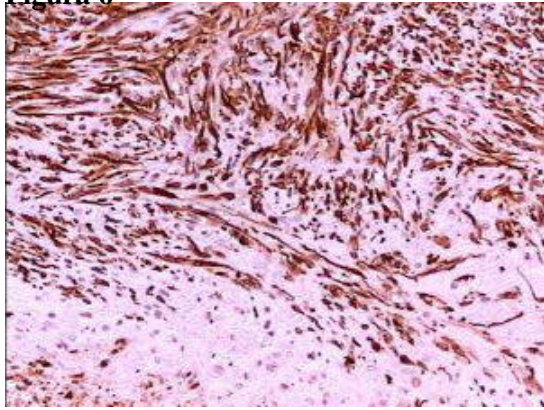
ig. 16.



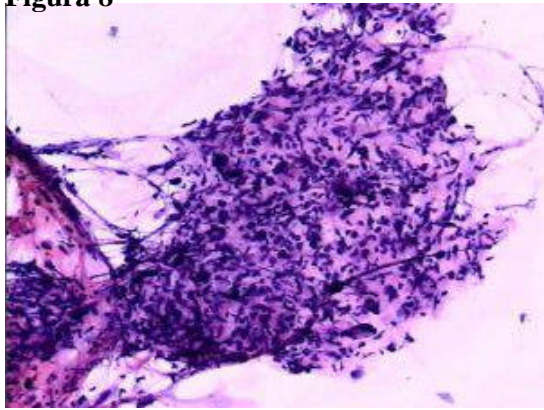
ig. 17.



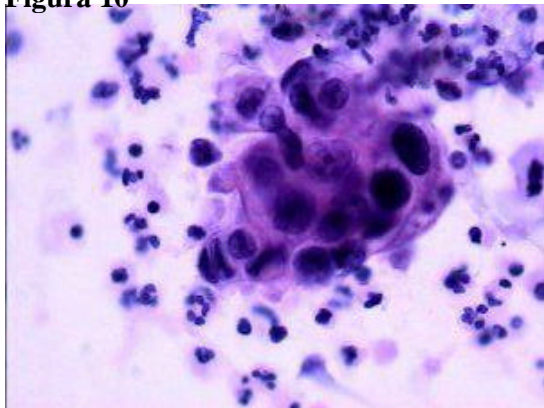
**Figura 6**



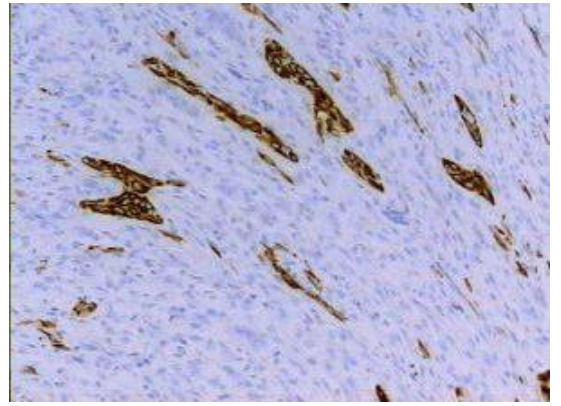
**Figura 8**



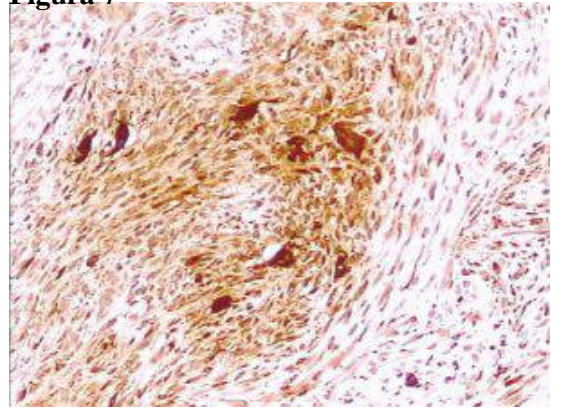
**Figura 10**



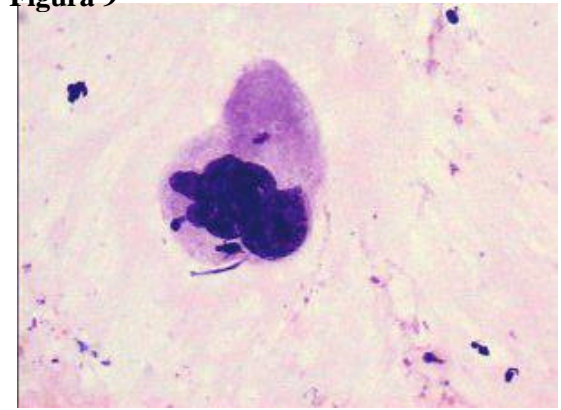
**Figura 12**



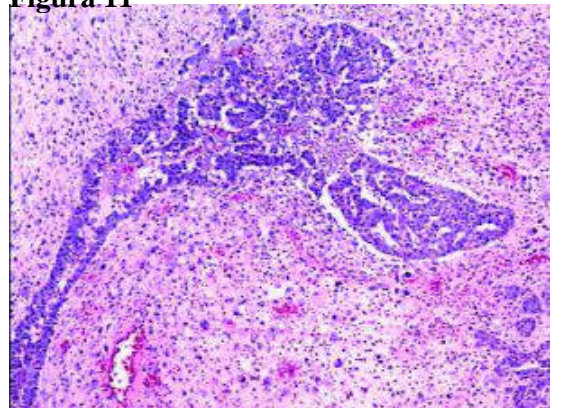
**Figura 7**



**Figura 9**



**Figura 11**



**Figura 13**

## INTRODUCCIÓN

Los carcinomas metaplásicos de mama suponen menos de un 5% de los tumores malignos de mama. Es un término confuso que incluye varios tumores con múltiples componentes neoplásicos. Algunos piensan que derivan de células indiferenciadas multipotenciales, sin embargo, otros creen que su origen es mioepitelial. Presentan numerosos patrones de combinación, según predomine el componente ductal, escamoso, sarcomatoso (incluso heterólogo) y células gigantes multinucleadas tipo osteoclastico.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos dos casos de carcinoma metaplásico de mama (CMM) en material obtenido por PAAF, en mujeres de 33 y 88 años; comparándolos con la histología definitiva de la pieza quirúrgica. Se utilizó en ambas una aguja de 0,5 mm manteniendo presión negativa con un dispositivo estándar tipo Cameco. El material aspirado se fijó rápidamente en alcohol de 96°, tiñéndose posteriormente con hematoxilina eosina y papanicolaou.

## RESULTADOS

Un caso se diagnosticó por punción de carcinoma metaplásico con células gigantes multinucleadas tipo osteoclastico basándonos fundamentalmente en la presencia de necrosis, células gigantes y elementos fusiformes atípicos siendo el componente epitelial maligno escaso y de difícil identificación (Figura 1, Figura 2, Figura 3). El otro caso fue diagnosticado en la punción de carcinoma ductal de alto grado, a pesar de identificar fragmentos de estroma denso con elementos atípicos (Figura 10), por la abundancia de células de carcinoma ductal grado nuclear 3 (Figura 11, Figura 12). La biopsia confirmó el diagnóstico en el primero (Figura 4, Figura 5), diagnosticando el segundo de carcinoma sarcomatoso (Figura 13, Figura 14). El estudio inmunohistoquímico mostró en el primer caso positividad de las células epiteliales para queratinas (Figura 6, Figura 7) y de las estromales para vimentina, alfa-actina (Figura 8) y CD68 (Figura 9); siendo en el segundo caso también las epiteliales positivas para queratinas (Figura 16) y las estromales para vimentina (Figura 15), alfa-actina y EMA; con una actividad proliferativa mayor (50%) en el componente epitelial que en el estromal (20%) (Figura 17).

## DISCUSIÓN

El CMM es una variante rara de carcinoma de mama, que incluye un grupo muy heterogéneo de neoplasias caracterizadas por una mezcla de adenocarcinoma junto con áreas de diferenciación ósea, condroide, fusiforme o escamosa. El segundo (o segundos) componente de la neoplasia puede ser benigno o maligno.

Estos tumores tienden a crecer rápidamente y la mayoría son negativos para receptores hormonales. Más de un 50% muestran metástasis locales o a distancia en los primeros cinco años. El pronóstico es incierto, dependiendo del tamaño del tumor, tipo histológico, grado, ganglios linfáticos y quizás más directamente del tipo y grado del componente mesenquimal. La supervivencia a los cinco años suele ser de un 40%.

El diagnóstico diferencial citológico depende de los elementos presentes: si predominan los escamosos, habría que hacerlo con un absceso subareolar y con la metástasis de carcinoma escamoso. Si predomina los elementos mesenquimales el diagnóstico diferencial sería con un tumor filodes, sarcoma, angiosarcoma y metástasis de sarcoma.

El criterio diagnóstico fundamental consiste en identificar varios componentes benignos o malignos acompañando a las células epiteliales malignas.

## CONCLUSIONES

Pensamos que es posible realizar el diagnóstico de CMM en el material obtenido mediante PAAF, si tras el examen cuidadoso se identifican dos o más componentes neoplásicos distintos.

**Correspondencia:** E. Ortega. Servicio de Patología, Hospital General Universitario de Alicante España. [mailto:ortega\\_eli@gva.es](mailto:ortega_eli@gva.es)

## REFERENCIAS

1. Peter W. Jebsen, Bjorn M. Hagmar, Jahn M. Nesland: Metaplastic Breast Carcinoma. A Diagnostic Problem in Fine Needle Aspiration Biopsy. *Acta Cytol* 35:396-492,1991.
2. Terri I. Johnson, Sudha R. Kini: Metaplastic Breast Carcinoma: A Cytohistologic and Clinical Study of 10 Cases. *Diagn Cytopathol* 14:226-232, 1995.
3. Raj K. Gupta. Cytodiagnostic Patterns of Metaplastic Breast Carcinoma in Aspiration Samples: A Study of 14 Cases. *Diagn Cytopathol* 20:10-12, 1998.
4. Eric S. Wargotz, Henri J. Norris: Metaplastic Carcinomas of the Breast IV. Squamous Cell Carcinoma of Ductal Origin. *Cancer* 65:272-276,1989.
5. Oberman HA: Metaplastic carcinoma of the breast: a clinicopathologic ...