



Sociedad de
Patología mamaria

XVII Curso BIANUAL
2018-2019

Cáncer de mama en situaciones especiales

CARCINOMA OCULTO DE MAMA

Dra. Pamela Roqué

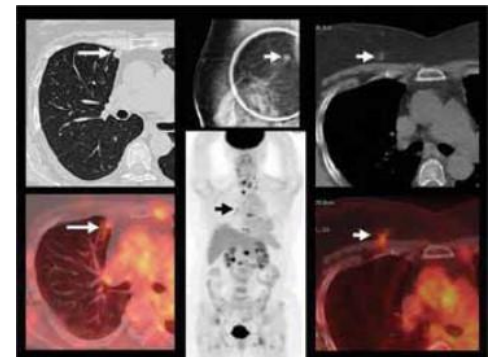
Agosto 2019

CONCEPTO

Por definición:

Cáncer de origen primario desconocido

Enfermedad metastásica de aparición reciente sin poderse identificar su sitio de origen en el momento de la presentación

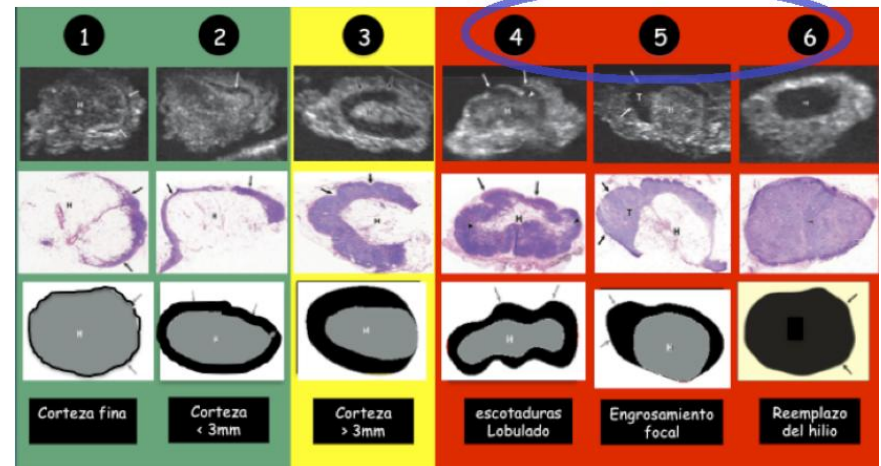
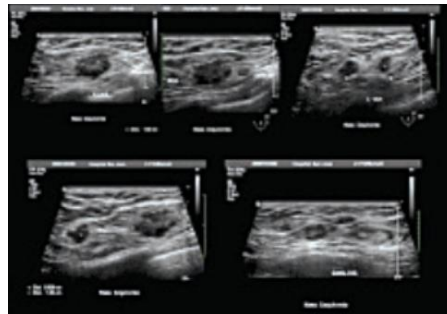
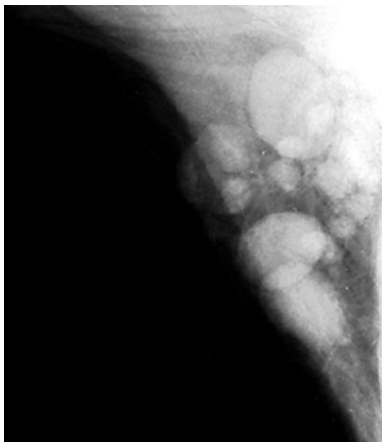


CONCEPTO

En orden general:

Cáncer primario oculto con metástasis axilares

Enfermedad metastásica axilar clínica, sin que pueda SOSPECHARSE la presencia del tumor primario en la mama tanto por clínica como por imágenes



DEFINICIÓN

CLÍNICA

- T0 N1/N2

IMAGENOLÓGICA

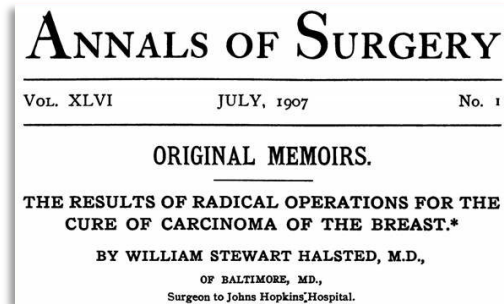
- BIRADS I

PATOLÓGICA

- pTx pN1/pN2

HISTORIA

- Mencionado por primera vez por William Halsted en 1907
- 3 pacientes con masas axilares sin tumor mamario evidente



FRECUENCIA

- Incidencia 0,3 - 1% casos
- Edad media 50-58 años
- Inusual en el hombre

TABLA I

LOCALIZACIONES DEL PRIMARIO DE ADENOCARCINOMAS DE ORIGEN DESCONOCIDO

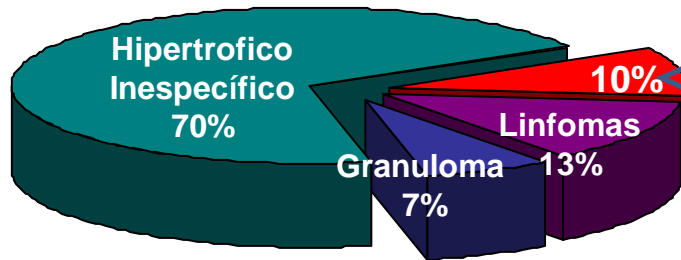
Localización	Frecuencia
Páncreas	25%
Pulmón	20%
Tracto gastrointestinal y hepatobiliar	2-8%
Riñón	5%
Mama, ovario y próstata	2-3%
Otras localizaciones	<1%

Harris J, Lippman M, Morrow M, Osborne C. enfermedades de la mama. 4º edición. 2011. Ed Lippincott Williams y Wilkins

Merson M, Andreola S, Galimberti, Bufalino R, Marchini S, Veronesi U. Breast carcinoma presenting as an axillary metastases without evidence of a primary tumor. Cancer 1992; 70: 504-8.

ETIOLOGIA

Adenopatías axilares



MTTs

- **Mama**
- Melanoma
- Tiroides
- Pulmón
- Aparato digestivo
- Ovario

MANEJO

Core biopsia / PAAF / biopsia
escisional

```
graph TD; A[Core biopsia / PAAF / biopsia escisional] --> B[Estudios de estadificación]; B --> C[Otros estudios complementarios para determinar el origen];
```

Estudios de estadificación

Otros estudios complementarios
para determinar el origen

Estudio del ganglio

- Hematoxilina/eosina

- IHQ

- **CEA**

- **CK 7 y 20**

- **RE y RP**

- **GCDFP / BRST2**

- **Mammaglobina**

- **TTF-1**

CEA

- Mama
- Pulmón
- gastrointestinal

CK20

- Gastrointestinal
- Urotelio
- Células de Merkel

CK7

- Pulmón
- Ovario
- Endometrio
- Mama

TTF-1

- Pulmón
- Tiroides

CA125

- Ovario
- Mama (10%)

ER/EP

- Mama
- Ovario
- Utero
- Estómago
- Hepatobiliar

BRST2

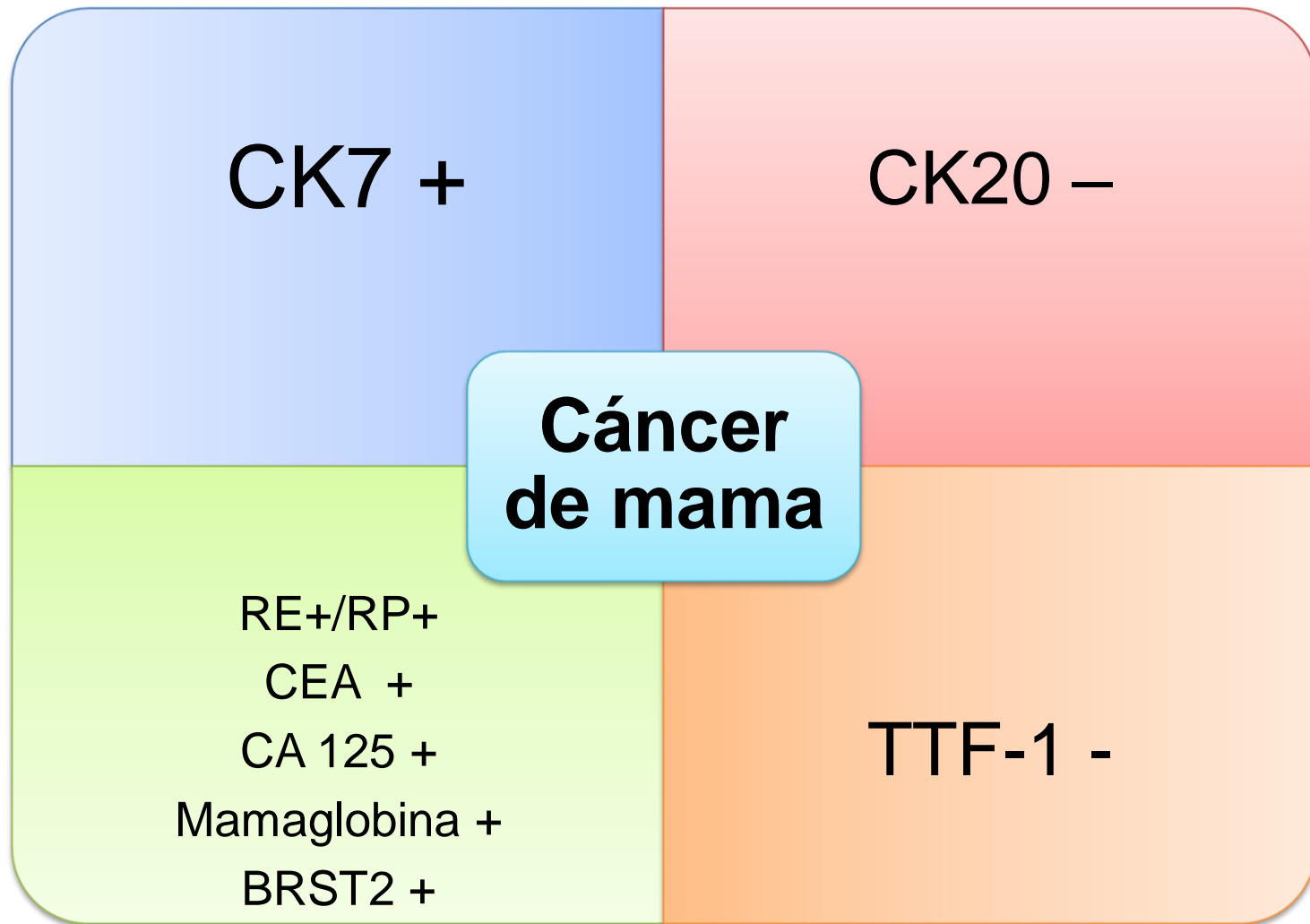
- Mama 60-80% casos
- Altamente específico

Mammoglobina

- Mama
- Ginecológico
- Pulmón
- Colon
- tiroides

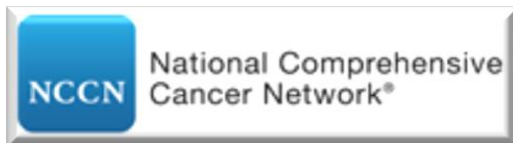
HER2

No es utilizado, carece de especificidad (18-20%)



Estudios de estadificación

- TAC tórax y abdomen
- Centellograma solo para ptes sintomáticos o con elevación de la FAL



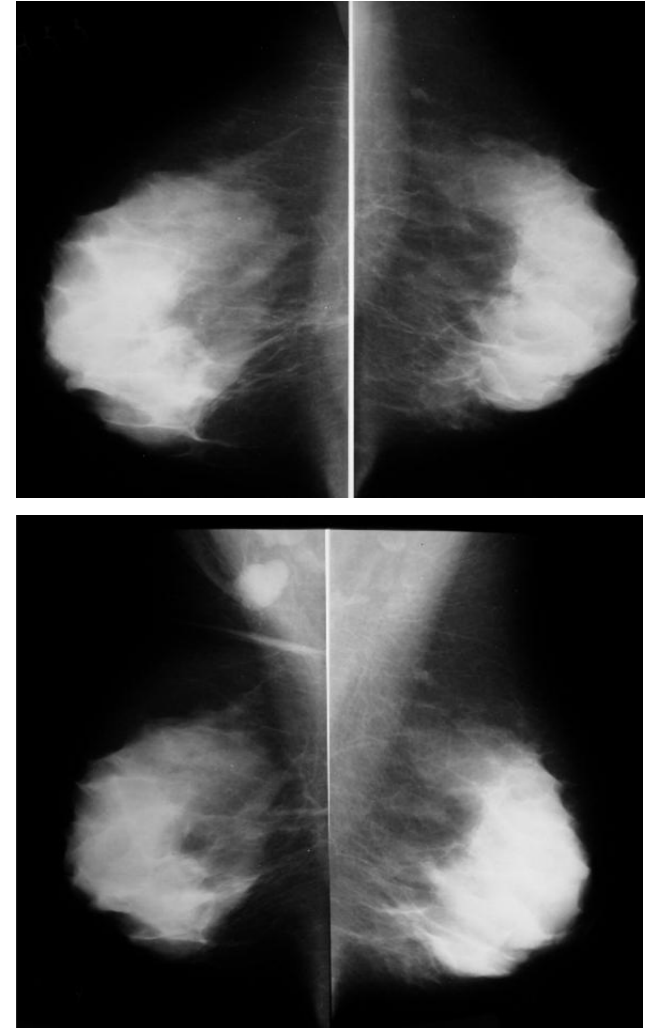
NCCN Clinical practice guidelines in oncology.
https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/aml.pdf

Estudios para determinar origen

- ✓ Meticulosa exploración clínica
- ✓ TAC / Rx tórax
- ✓ Marcadores tumorales: páncreas, colon
- ✓ Mamografía y ecografía mamaria
- ✓ RMN mamaria
- ✓ PEM - PET mamario

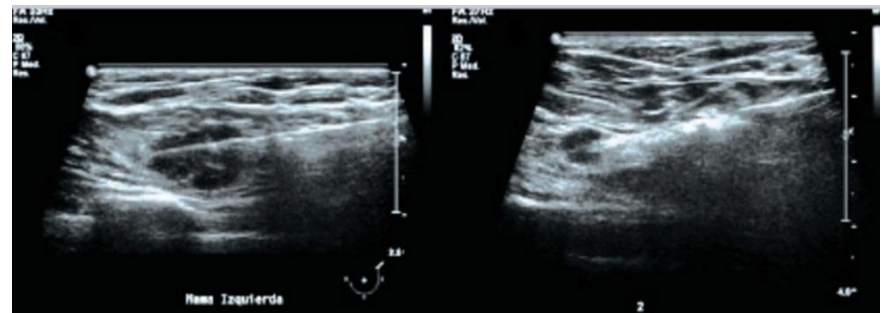
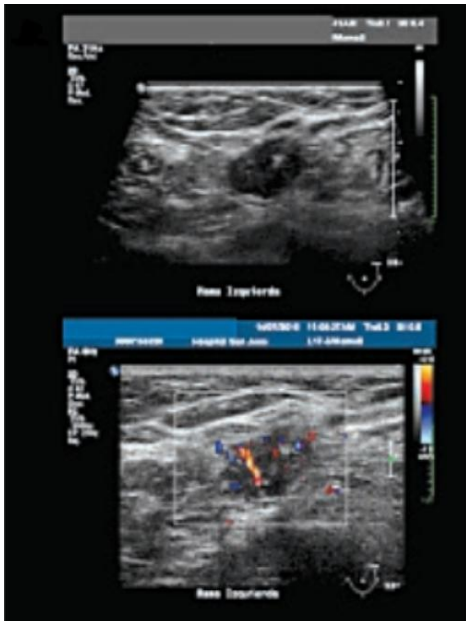
Mamografía

- ✓ Identifica lesiones en aproximadamente 10-20% de los casos
- ✓ Una mamografía anormal no necesariamente indica cáncer de mama como primario



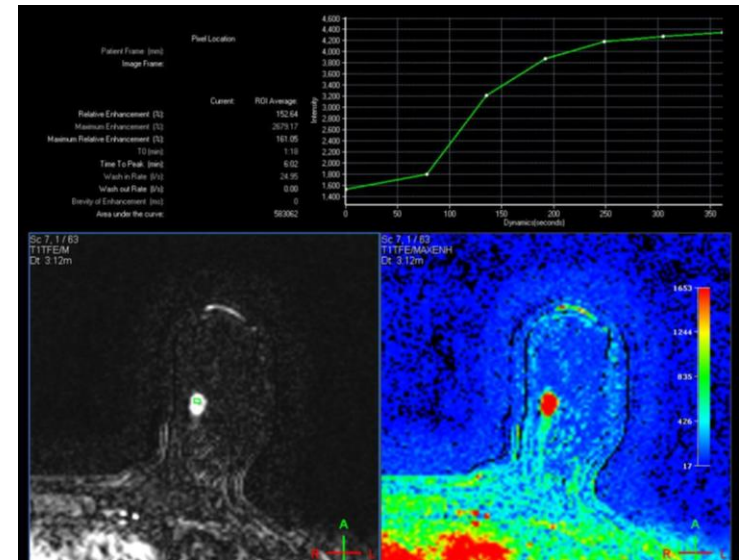
Ecografía

- ✓ Sensibilidad de 73% para encontrar el primario
- ✓ Método de elección para evaluar la adenopatías axilares (Bedi / BRN)
- ✓ Método guía para core biopsia y PAAF



RMN mamaria

- ✓ Método estándar
- ✓ Detecta tumor mamario en 75% de los casos
- ✓ 2 problemas:
 - Alto porcentaje de falsos +
 - Localizar y señalar pequeñas lesiones no visibles en second look ecográfico



de Bresser J, de Vos B, van der Ent F, Hulsewe K. Breast MRI in clinically and mammographically occult breast cancer presenting with an axillary metastasis: a systematic review. Eur Surg Oncol 2010

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Patología no tumoral

- Procesos inflamatorios
 - TBC
 - Artritis Reumatoidea
 - infección partes blandas de MMSS
 - post vacuna

Patología Tumoral

- Linfoma
- Mts de otros ca. no mamarios:
 - melanoma
 - tiroides
 - pulmón
 - páncreas
 - colon
 - estómago
 - ovario
 - utero

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

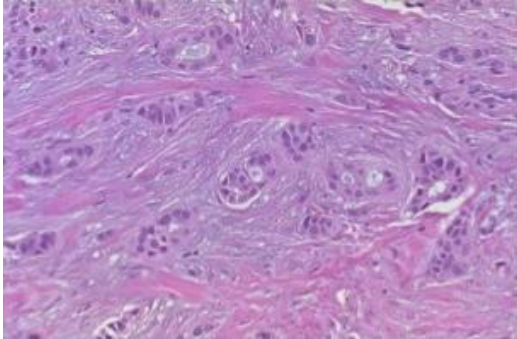
NO DEJAR PASAR



- Mtts ca mama contralateral
- Tumor de la cola de Spence



ANATOMÍA PATOLÓGICA



- 70% carcinoma invasor ductal tipo NOS
- Otros: ca mucinoso, ca medular
- 15-20% son carcinomas poco diferenciados

CONDUCTA TERAPÉUTICA

La *heterogeneidad* de los tratamientos y el *limitado número de casos* dificulta la estandarización de las opciones terapéuticas

CONDUCTA TERAPÉUTICA

En la mama

- Observación
- Segmentectomía
- Mastectomía
- Radioterapia



En la axila

- Linfadenectomía axilar
- Radioterapia

Sistémico

- Quimioterapia
- Hormonoterapia

Observación



¿Por qué sólo observación?

- *Porque el estudio patológico exhaustivo de las piezas de mastectomías **no logra encontrar el carcinoma primitivo** en un porcentaje elevado de casos (20-30%)*

Observación

¿Por qué NO observación?

- Alta recurrencia 50% o más
- No hay recomendaciones en ninguna guía internacional

Autores	Aparición de cáncer / mamas no tratadas	Fallas (%)	IL (meses)
Atkins y Wolff	5 / 9	55	9 – 17
Ellerbroek et al.	5 / 9	55	11 – 47
Feigenberg et al.	0 / 4	0	-
Feuerman et al.	0 / 1	0	-
Haagensen	2 / 3	66	12 y 24
Halsted	2 / 3	66	12 y 24
Kemeny et al.	0 / 7	0	-
Klopp	1 / 1	100	48
Van Ooijen	3 / 14	21	16 – 56
Campana et al	2 / 2	100	9 y 67
Merson et al.	9 / 17	53	2 – 34

Tratamiento Qx



¿Por qué cirugía conservadora?

- Porque el **CSE** es el lugar más frecuente de su ubicación
- Porque las **cifras de RL** son aceptables cuando se complementa con Rxt
- Porque la **SG** no difirió de la mastectomía

Tratamiento Qx

¿Por qué mastectomía?

- *Por la incertidumbre de su localización en la mama*
- *Las ptes que van a **mastectomía + LA** tienen **mejor sobrevida** que las que solo fueron a LA e iguales resultado que aquellas con Radioterapia de volumen mamario + LA*

Tratamiento Qx

Linfadenectomía axilar

- Control local de la axila
- Información pronóstica
- En un 50% de los casos se encuentran 4 o más ganglios comprometidos

Radioterapia



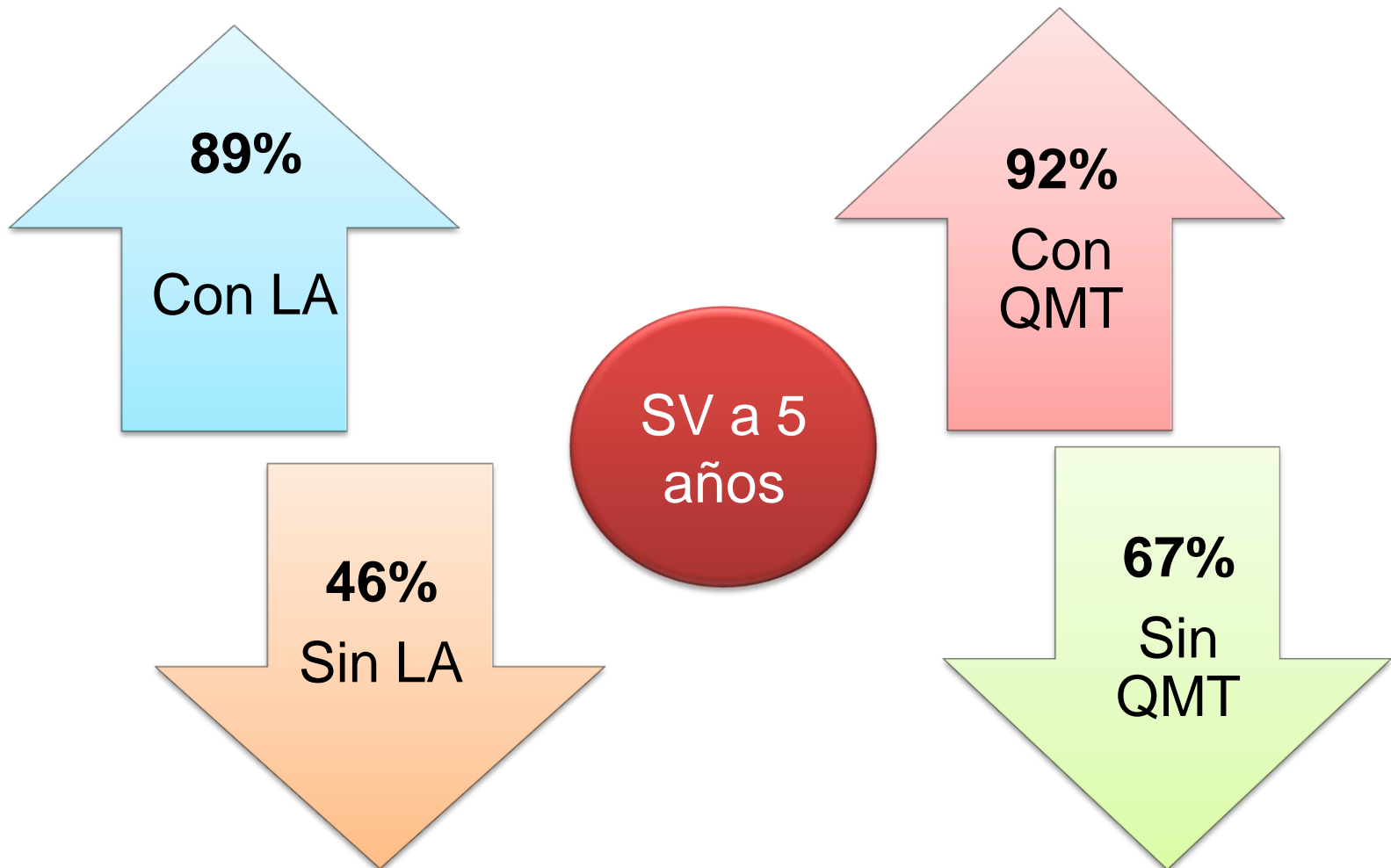
- Como parte del tratamiento conservador
- Como único tratamiento no modifica SV
(sin VAC sobrevida 46% vs con VAC 88,9%)
- Irradiación axilar, según compromiso axilar (>3-4 ganglios +)

Tratamiento adyuvante sistémico

- Siempre
- Es fundamental
- Es razonable (ganglio axilares +)
- Tanto QMT como hormonoterapia basadas en el estado de los RH y Her 2 neu



CONDUCTA TERAPÉUTICA



PRONOSTICO

- Es pobre, sobretodo en presencia de enfermedad residual axilar (SV 20 %)
- Ligeramente mejor que el de otra paciente Estadío II con tumor evidente clínica o imagenológicamente
- Se comporta igual que T1 N1, pero con mejor SVG y SVL

En resumen

- ✓ Poco frecuente
- ✓ Es un reto diagnóstico: valor de la RMN
- ✓ Es un problema terapéutico: mastectomía vs cx conservadora + Rxt
- ✓ Realizar VAC para obtener información pronóstica y para control local
- ✓ Tratamiento adyuvante sistémico como en cualquier otra pte con ganglios +
- ✓ Pronóstico ligeramente mejor que EII con tumor evidente

CASO CLÍNICO



Información General

- 58 años – Reside en Cba capital
- Nuligesta
- Controles anuales con GyO
- Menarca 10 años, Menopausia 52 años
- Hipotiroidismo, toma T4
- Tabaquista desde los 18 años
- No antecedentes fliares

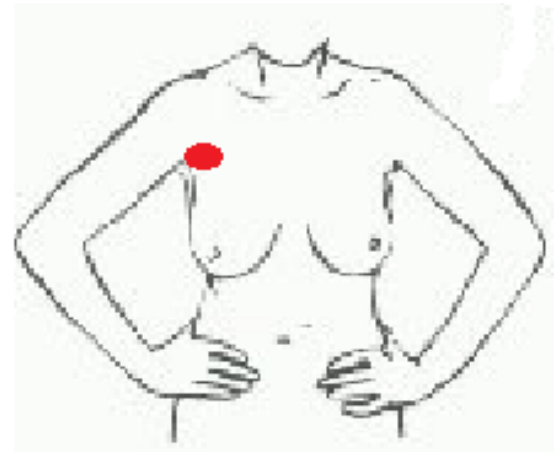
Motivo de consulta

- Adenopatía axilar en estudios de imágenes
- Derivan del Servicio de Imágenes

Examen Físico

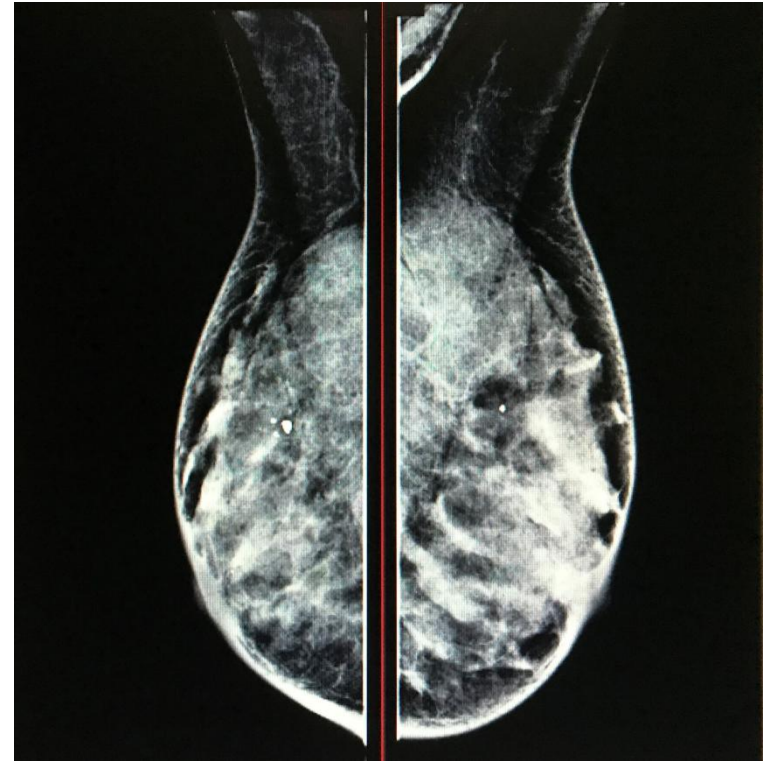
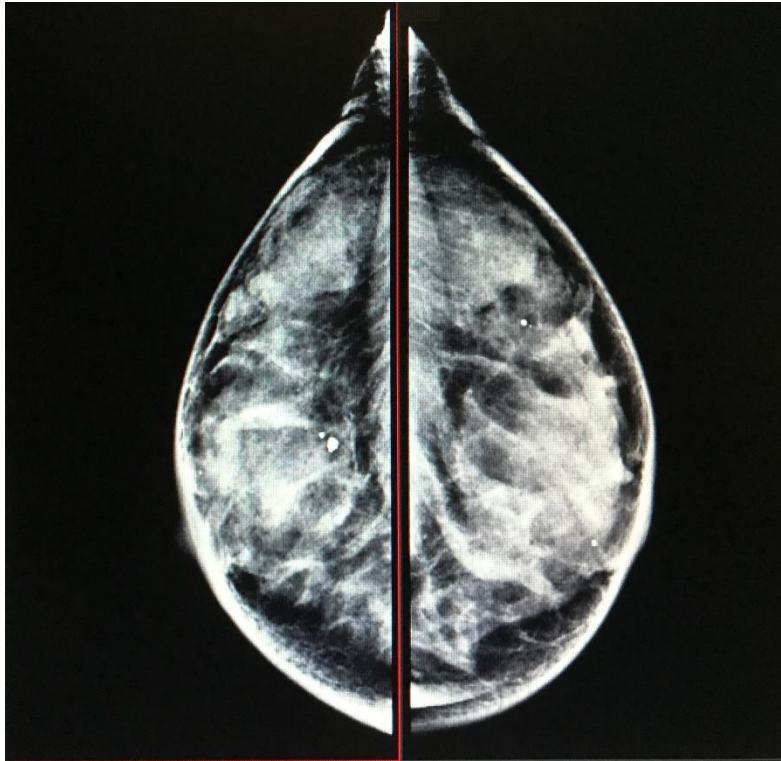
Examen mamario y axilar:

- Mamas sin nódulos dominantes
- Adenopatía axilar derecha de 2cm, pétrea, móvil en línea axilar media, no ganglios supraclaviculares



Estudios Complementarios

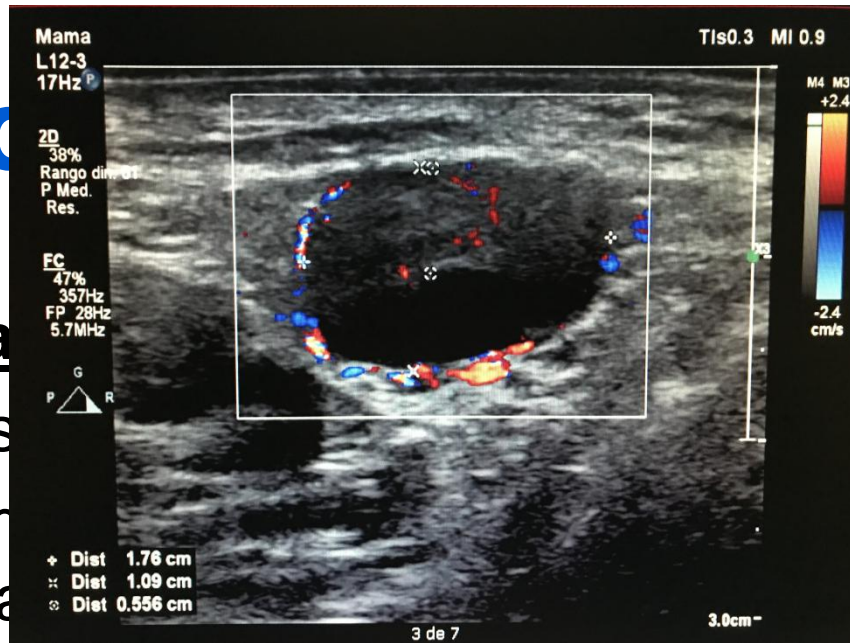
- Mamografía: BI RADS 0 ACR d



Estudio

Anteriores

- Ecografía
nódulo sólido
nódulo
que podría
quística



RN IV

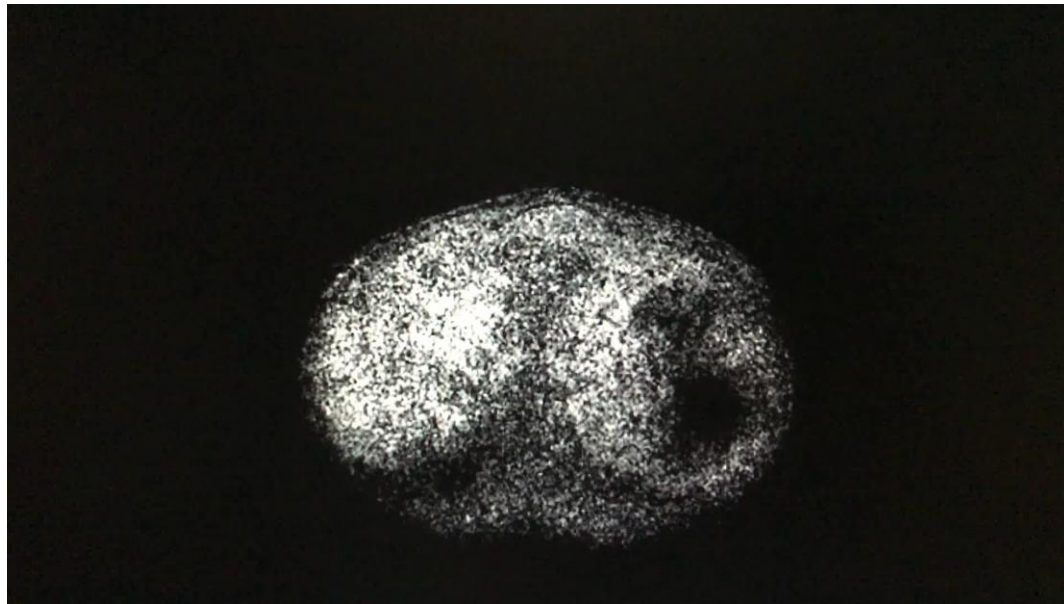
mm

mm, vascularizado
con degeneración



Estudios Complementarios

- **RMN**: Sin evidencia de masas ni áreas de captación patológica. Adenopatía axilar derecha de 18 mm

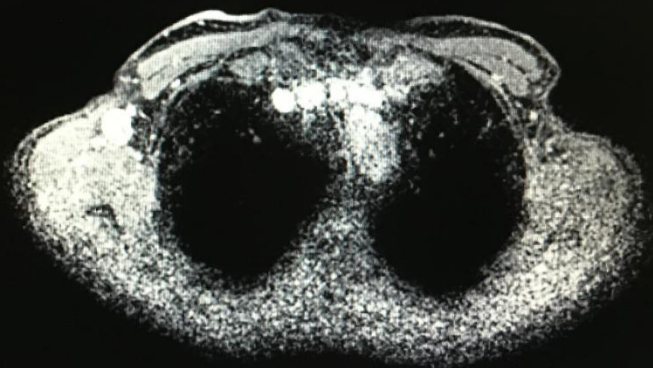




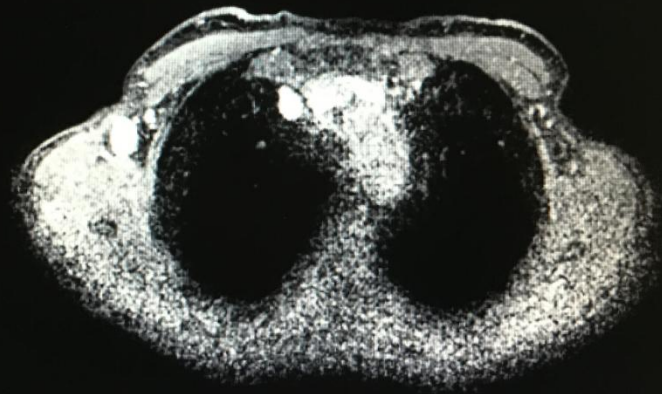
P
118 de 239



P



P
196 de 239



P
192 de 239

Conducta inicial

- Punción biopsia axilar derecha bajo guía ecográfica
- Se toma material con aguja fina y con aguja gruesa



Anatomía Patológica

PAAF

- Linfocitos asilados y en colgajos marcadamente desecados
- MUESTRA NO APTA PARA DIAGNÓSTICO

CORE BX

- Tejido ganglionar con células macrocarióticas e hipercromáticas en nidos sólidos y colgajos
- METÁSTASIS DE CARCINOMA

Evaluación / Estadificación clínica

- **TAC torax y abdomen:** adenomegalia axilar derecha y estructura osteodensa en alerón sacro izquierdo
- **Centellograma óseo:** focos en articulación sacroilíaca izq y metáfisis femoral homolateral
- **PET:** negativo

Tx N1 M0

Linfadenectomía axilar derecha

10 ganglios



1 con mts de carcinoma de origen mamario

RE -

RP -

HER2 +

KI67
30%

Mamoglobina
+

Tratamientos adyuvantes

- AC x 4 cada 21 días
- Paclitaxel asociado a Trastuzumab semanal

Consideraciones del Caso Clínico

**Al finalizar el tratamiento adyuvante
¿Qué conducta sería conveniente tomar?**

- Mastectomía
- Cuadrantectomía + Rxt
- Rxt del volumen mamario solamente

Muchas Gracias

