

Introducción.

El carcinoma apocrino representa menos del 1% de todos los tumores invasores de mama. Este tipo de cáncer, no muestra características mamográficas ni ecográficas específicas. En comparación con el carcinoma invasor de ningún tipo especial, no hay diferencias en la afectación de los ganglios linfáticos axilares al inicio, ni en el pronóstico.

Un pequeño porcentaje de los tumores de mama triple negativo, tiene receptores de andrógenos positivos. Suele diagnosticarse en mujeres de edad avanzada, y ser tumores grado 1-2. Este subgrupo se ha asociado a mejor pronóstico, peor respuesta a quimioterapia, y menor respuesta patológica completa tras tratamiento neoadyuvante.

Caso clínico.

Mujer de 79 años, que acude a la consulta de mama en noviembre de 2017 por autopalpación de un nódulo en mama derecha. Antecedentes personales: natural de Malasia. Menarquia a los 13 años. Menopausia a los 50 años. G2P2. Edad del primer embarazo a los 28 años. Lactancia materna durante 3 meses. Tomó anticonceptivos orales durante 4 meses. No terapia hormonal sustitutiva.



Figura nº 1

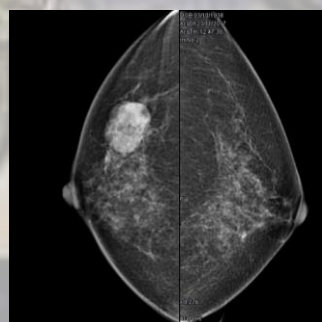


Figura nº 2

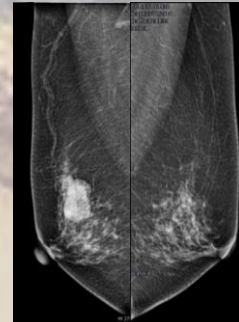


Figura nº 3



Figura nº 4

A la exploración se palpa un nódulo de 5.5 cm, duro, poco móvil, en cuadrante súpero-externo (CSE) de mama derecha (figura nº1). No se detectan adenopatías axilares ni supraclaviculares.

La mamografía muestra en CSE de mama derecha, un nódulo ovalado, hiperdenso, de 32mm (figura nº 2 y 3).

Por ecografía se identifica un nódulo de márgenes microlobulados, heterogéneo, hipervascularizado, paralelo, con refuerzo acústico posterior, de 43mm x 17,4mm, de moderada sospecha. No se observan adenopatías de sospecha axilares, supra ni infraclaviculares. BIRADS 4b (figura nº 4).

La biopsia con aguja gruesa del nódulo informa de carcinoma infiltrante con diferenciación apocrina, grado 1 combinado de Nottingham. Los receptores de estrógenos y de progesterona resultaron negativos, como en la mayoría de carcinomas apocrinos, y el Her-2 también fue negativo. Los receptores de andrógenos resultaron positivos. El Ki-67 fue del 20% (figura nº 5).

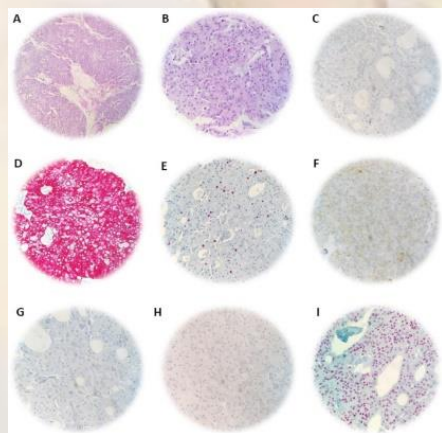


Figura nº 5

Nota a figura 5. A. H&E (10x). Proliferación neoplásica con patrón solido-cribiforme. B. H&E (40x). Proliferación neoplásica con diferenciación apocrina (amplios citoplasmas eosinófilos) que muestra escaso pleomorfismo. C. IHQ. P63 negativo, ausencia de celularidad mioepitelial. D. IHQ. CK19 positiva. E. IHQ. Índice de proliferación celular Ki67 del 20%. F. IHQ. Her-2 dudoso (2+) que con estudios tipo FISH/SISH resultó negativo. G. IHQ. Receptores de estrógenos negativos. H. IHQ. Receptores de progesterona negativos. I. IHQ. Receptores de andrógenos positivos (tinción nuclear).

Se solicita resonancia magnética, en la que el nódulo es irregular, con áreas hemorrágicas en su interior, patrón de realce heterogéneo y curvas de captación tipo 3 (lavado). Sus dimensiones aproximadas son: 41mm (cc) x 30mm (t) x 20mm (ap). No se observan adenopatías axilares ni en cadena mamaria interna. BIRADS 6. Estadio radiológico: cT2 N0 (figura nº 6).

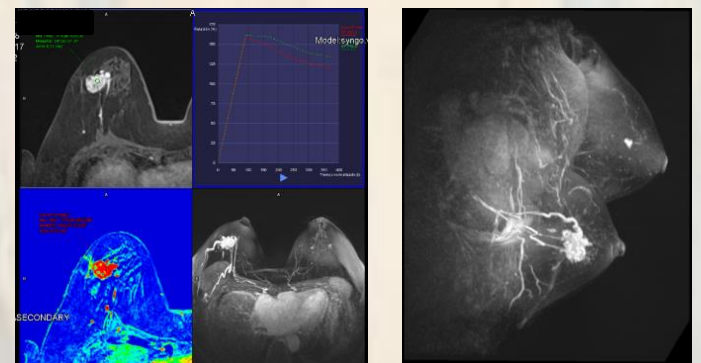


Figura nº 6

Se presenta el caso en comité multidisciplinar de tumores de mama, y se decide tratamiento sistémico primario.

La biopsia selectiva de ganglio centinela previa al inicio de la quimioterapia neoadyuvante resulta negativa.

Recibe Taxol semanal – Ciclofosfamida. Tras el 3º ciclo se suspende quimioterapia por toxicidad intolerable.

La resonancia magnética de control informa de masa irregular en mama derecha, con áreas hemorrágicas en su interior en correlación con carcinoma conocido, que muestra incremento de su tamaño de aproximadamente un 20% respecto a resonancia previa (en el límite para hablar de progresión de la enfermedad según criterios RECIST), de medidas: 49mm (cc) x 37mm (t) x 23mm (ap) (41 x 30 x 20mm en previo). No se observan adenopatías axilares ni en cadena mamaria interna. BIRADS 6 (figura nº 7).



Figura nº 7

Se decide intervención quirúrgica mediante mastectomía simple. El informe anatomopatológico de la pieza refiere: carcinoma apocrino infiltrante con márgenes libres. Grado 1-2 de respuesta histológica (Miller y Paine). Grado combinado de Nottingham: G1. Receptores de estrógenos y progesterona negativos, Her-2 negativo, receptores de andrógenos positivos.

Estadio (TNM, AJCC 8ª Edición): cT3 (55mm por exploración física) cT2 (41mm por RMN) ypT2 pN0 (sn – 0/3) Mx

Recibe radioterapia externa adyuvante sobre pared torácica derecha, que finaliza en agosto 2018.

Última revisión en consulta de oncología en diciembre de 2018, se encuentra libre de enfermedad.

Discusión:

El interés del caso clínico que se expone radica, en primer lugar, en su tipo histológico, carcinoma apocrino invasor, por su rareza. Para algunos autores, se trata más de una curiosidad morfológica, que de una entidad clinicopatológica diferente.

Por otro lado, la paciente padece un tumor que pertenece a un subgrupo de cánceres de mama triple negativo, con alta expresión de receptores de andrógenos. Las investigaciones, en la actualidad, se están dirigiendo hacia terapias antiandrogénicas como una alternativa sin quimioterapia para las pacientes insensibles a ésta. La determinación de estos receptores en el examen anatomopatológico de rutina permitirá diseñar el plan terapéutico e incluso establecer el pronóstico, en este subtipo de cáncer triple negativo.