

CASE REPORT

**CARCINOMA METAPLASICO DE LA MAMA TIPO
PRODUCTOR DE MATRIZ. PRESENTACIÓN DE UN CASO.**

Dra. Ana M. Castro Morillo¹, Dra Diana M. Herbández Fernández¹, Dra. Ângela M. Castañeda Muñoz¹, Dra. Diana Gonzáles Rodríguez¹, Dra. Dianelys Diaz Vecino¹, Est. Renato Catarino Pessoa Vieira Lima¹

RESUMEN

El carcinoma metaplásico de mama es un tipo de neoplasia maligna muy infrecuente (<1% del total de cáncer mamario). Tiene carácter invasor y alto grado histológico. Se caracteriza por asociar un componente epitelial y un componente escamoso o sarcomatoide, con fenotipo variable (matriz ósea, condroide o fusiforme).

Presentamos un caso de una paciente de 74 años que acude a consulta por aumento de volumen en la mama izquierda, no doloroso, poco movable, localizado en cuadrante infero-interno, sin adenomegalias al examen físico. Se realiza BAAF cuyo resultado fue positivo de células neoplásicas después de lo cual se realiza excéresis con biopsia por congelación positiva, cirugía radical de mama y linfadenectomia axilar donde se concluye el diagnóstico enviándose para inmunohistoquímica.

La importancia de conocer e identificar los cambios metaplásicos radica en que se presentan en un grupo amplio de entidades patológicas de la mama, especialmente en los tumores, y puede ser de gran ayuda para el correcto diagnóstico de los mismos estableciendo el pronóstico correspondiente.

Palabras claves: Carcinoma metaplásico de la mama

INTRODUCCIÓN.

El carcinoma metaplásico de la mama es un tipo de neoplasia maligna muy infrecuente (<1% del total de casos)¹. Tiene carácter invasor y alto grado histológico². Se caracteriza por asociar un componente epitelial y un componente escamoso o sarcomatoide, con fenotipo variable (matriz ósea, condroide o fusiforme)³. El término carcinoma metaplásico fue introducido

por primera vez por Huvos, et al. en 1973. En el año 2000, la World Health Organization (WHO) reconoce el carcinoma metaplásico de mama como una entidad patológica única. Desde entonces, la incidencia parece incrementarse, presumiblemente por un aumento de su identificación por parte de los patólogos^{3,4}

PRESENTACIÓN DEL CASO.

Paciente de 74 años que acude a consulta por aumento de volumen en la mama izquierda, no doloroso, poco movable, localizado en cuadrante infero-interno, sin adenomegalias al examen físico. Se realiza mamografía donde se informa BIRADS 4

Se realiza BAAF el cual fue positivo de células neoplásicas, Carcinoma ductal de la mama con componente necrótico. Se decide exéresis resultando la biopsia por congelación positiva, el tamaño de la zona tumoral correspondió a 6.4 cm. x 3.5 x 4cm color blanco grisáceo aspecto heterogéneo con áreas lobulares y presencia de formaciones quísticas pequeñas la mayor de 0.6 cm. con bordes definidos parcialmente sobre todo en las zonas de aspecto lobulado. El informe de la cirugía radical de mama y linfadenectomía axilar concluye el diagnóstico siendo enviado para inmunohistoquímica



Aspecto macroscópico de la pieza quirúrgica donde se observa área blanco grisácea lobulada. Con presencia de formaciones quísticas.

DISCUSIÓN

La incidencia del carcinoma metaplásico de mama es muy baja, alrededor del 0.02% en algunas series, siendo menos frecuente aún que el principal componente sea el estromal⁵. Se considera que el componente sarcomatoide tiene un origen epitelial, como en los carcinomas metaplásicos de otros órganos⁵. Los estudios moleculares apoyan esta teoría. Ha habido además algún grado de confusión con respecto a la terminología de estas lesiones. Actualmente se recomienda evitar términos como tumor mixto (porque alude a los tumores mixtos de glándula salival benignos), y el término carcinosarcoma debe limitarse a tumores en los que hay un componente sarcomatoide bien definido y componente epitelial originándose en esa lesión, como sería el caso excepcional de un carcinoma ductal que se origina en un tumor filodes maligno⁶. El tipo celular preciso que da origen al carcinoma metaplásico aún no está definido, sin embargo, se ha demostrado clonalidad en los componentes epitelial y pseudosarcomatoso, lo cual sugiere que se originan de una misma célula⁶. Tiene carácter invasor y alto grado histológico. Se caracteriza por asociar un componente epitelial y un componente escamoso o sarcomatoide, con fenotipo variable (matriz ósea, condroide o fusiforme)⁷ siendo en el caso presentado de tipo condroide

El término carcinoma metaplásico engloba a todos aquellos tumores con

diferenciaciones no esperadas de forma habitual, tal y como ocurre en el carcinoma ductal o lobulillar de mama

Ejemplos: **carcinoma productor de matriz** (ósea o cartilaginosa), carcinoma de células fusiformes (monofásico), carcinosarcoma (bifásico epitelial y estromal), carcinoma de células escamosas y carcinoma metaplásico con células gigantes osteoclasticas. La forma histológica más frecuente es carcinoma escamoso^{6, 7}. El tumor productor de matriz es una variante de carcinoma metaplásico heterólogo con una transición directa a matriz estromal cartilaginosa u ósea, sin que se vean en la transición células fusiformes u osteoclasticas. En cuanto a la presentación clínica, no difieren significativamente de la presentación del carcinoma ductal usual⁶, es un tumor que aparece más frecuentemente en mujeres de edad más avanzada (55-60 años de media) que en el carcinoma no metaplásico y el tamaño inicial suele ser mayor (5 cm de media), en este caso la edad fue de 74 años y el tamaño del tumor se encontró en el rango descrito en la literatura revisada. La mayoría de estos tumores son circunscritos o nodulares y ocasionalmente tiene bordes infiltrativos. Muchos de estos tumores muestran márgenes microscópicamente invasivos, aunque ocasionalmente puede verse crecimiento por empuje, forma presentada en este caso. Microscópicamente el elemento carcinomatoso es el de un adenocarcinoma moderado o poco

diferenciado e infrecuentemente puede tener focos de metaplasia escamosa o apocrina, en esta paciente no constatamos estos cambios metaplásicos del componente epitelial. Muchos de estos tumores tienen áreas de carcinoma mucinoso⁷. Aunque hay mucina en las áreas cartilaginosas, las células que forman cartílago no tienen mucina. La matriz cartilaginosa tiene propiedades de mucopolisacárido ácido y es condroitin sulfato. Son positivos para queratina, EMA, S-100 y negativos para Vimentina^{7, 8}. Los receptores de estrógeno y progesterona suelen ser negativos en los carcinomas metaplásicos de la glándula mamaria, sólo aparecen en 3.9 y 5.9% de los casos y el Her2 sólo aparece en 15.7% de los tumores.^{9,10} EGFR se ha identificado incluso en 70 a 80% de los casos^{11,12} y se ha demostrado mayor expresión de Ki-67 incluso en $35.5 \pm 26.2\%$.⁹ Estos factores se han asociado con mal pronóstico de la enfermedad^{8, 9}. Las metástasis son muy frecuentes. No tiene predilección por ningún cuadrante, y se asocia a rápido crecimiento.

Análisis multivariantes muestran un peor pronóstico en los pacientes afectados por carcinoma metaplásico frente al carcinoma ductal o lobulillar infiltrante. Esta circunstancia es independientemente del estatus ganglionar. Asimismo, existe un peor pronóstico para los metaplásicos y lobulillares triple negativo que para los triples negativos de carcinoma ductales infiltrantes. Habitualmente, se consideran

cambios metaplásicos sólo a unos pocos tipos de metaplasia (apocrina, escamosa o fusocelular)¹⁰. Sin embargo, hay otros tipos de metaplasia que deben tenerse en cuenta porque algunos tumores mamarios están en relación con cambios metaplásicos.

La importancia de conocer e identificar los hallazgos citológicos de los cambios metaplásicos radica en que se presentan en un grupo amplio de entidades patológicas de la mama, especialmente en los tumores, y puede ser de gran ayuda para el correcto diagnóstico de las diferentes patologías en material de PAAF. En cuanto al pronóstico, el factor de riesgo más importante, influyendo claramente en la evolución, es el tamaño del tumor en el momento de la presentación, observándose que por encima de 5 cm el pronóstico empeora¹¹. Debe destacarse que es difícil extraer conclusiones definitivas en cuanto al pronóstico y tratamiento de estas lesiones, porque son muy infrecuentes y la mayor parte de las series publicadas incluyen muy pocos casos.

En cualquier caso, al igual que ocurre con el pronóstico, es difícil sacar conclusiones para consensuar un tratamiento ya que la bibliografía actual se basa en series de pocos casos^{11,12}

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Romero Velásquez, Ana María; Peña Colmenares, Josepmilly; Chacín, Blas; Parra, Jackson. Título: Carcinoma metaplásico de mama en una paciente menor de 30 años / Fuente: [Rev. venez. oncol](#);25(1):39-45, ene.-mar. 2013.
2. Rosai J. Rosai and Ackerman's surgical pathology – 10th ed© 2011, Elsevier Inc. All rights reserved.
3. yazmín velásquez, gonzalo barrios, nasser smaili, José suárez, eleazar tirado, carlos quintero. Carcinoma metaplásico de mama. a propósito de un caso. *rev venez oncol* 2008;20(2):108-110
4. Salim Abraham Barquet Muñoz, Silvia Patricia Villarreal Colin, David Francisco Cantu de Leon, Hugo Alfredo Rangel Nava, Rogelio Armando Lozano Galvan, Ricardo Alberto López Narváez, y Daniella Gómez Pué. Cáncer de mama metaplásico: descripción de factores clínicos. *Gaceta Médica de México*. 2012;148:339-48
5. Córdoba Iturriagoitia A., Arrechea Irigoyen M.A., Beloqui PérezR., Gómez Dorronsoro M. L. Martínez-Peñuela Virseda J.M. Carcinoma metaplásico de mama variante «productor de matriz». Expresión de CD99 y P63. *Rev. Española de Patología*. Vol. 41, n.º 1, 2008
6. Lazo Valladares L., Fallas Muñoz M., Alfaro Alcocer E. Carcinoma metaplásico de mama. Revisión de 6 casos diagnosticados en el hospital de México, durante el periodo 2000-2006. *AMC*, Vol. 49 (4), 2007.
7. Rosen P. “Patología mamaria de Rosen”. 2da. Edición, editorial. AMOLCA. Venezuela, 2005: 425-452.

8. José Sebastián Villalón-López,¹ Rosalía Souto-del Bosque,² Marco Vinicio Alonso-Briones,³ Ana Patricia Trujillo-de Anda⁴ Carcinosarcoma mamario una rara entidad con pronóstico fatal. A propósito de un caso. *Cir Cir* 2013;*81*:328-332.
9. Jung SY, Kim HY, Nam BH, Min SY, Lee SJ, Park C, et al. Worse prognosis of metaplastic breast cancer patients than other patients with triple-negative breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2010;*120*:627-637.
10. Siegel R, Naishadham D, Jemal . Cancer statistics, 2012. *CA ACancer J Clin* 2012;*62*:10-29.
11. Niño-Hernández L.M, García-Tolosa R.Fabiola Donado, Jesús Pérez, Cindy Arteta-Acosta, Gustavo Aroca. Carcinoma metaplásico de la mama tipo células escamosas: reporte de caso y revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 62 No. 3 • Julio-Septiembre 2011 (261-266)
12. Pérez B, Hardisson D, Tejerina E., Esteban I, Suárez A. Carcinoma metaplásico versus carcinosarcoma de mama. ¿Dos nombres, una entidad? Revisión de 7 casos. Dpto. Anatomía Patológica Hospital Universitario La Paz. Madrid España. VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica. 2005: 1-6. <http://conganat.uninet.edu/IVCVHAP/PDF/C040.pdf>