

# Carcinoma epidermoide primario de mama: revisión a propósito de un caso

Epidermoid carcinoma breast primary review a propos of a clinical case

Jesús Ortiz<sup>1</sup>, Pierina Petrosino<sup>2</sup>, Asmiria Arenas<sup>2</sup>, Melisse Milano<sup>2</sup>, Pedro Fernández<sup>3</sup>

Asociación Científica Universitaria de Estudiantes de Medicina de la Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela.

<sup>1</sup> Cirujano Mastólogo, Instituto Autónomo Hospital, Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.

<sup>2</sup> Profesor, Cátedra de Anatomía Patológica, Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.

<sup>3</sup> Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.

## RESUMEN

El cáncer epidermoide de mama es una enfermedad poco frecuente y representa menos del 1% de las neoplasias malignas de mama. Presentamos una paciente femenina de 52 años de edad, natural y procedente del estado Mérida, Venezuela. Quien presentó tumoración en mama derecha de crecimiento rápido, sin concomitantes. Como antecedentes personales, terapia hormonal de reemplazo desde hace 3 años y niega antecedentes oncológicos familiares. Al examen físico tiene mamas voluminosas, simétricas, con tumoración en la mama derecha de 7cm de diámetro en eje horario 12, a 1cm del borde areolar, de forma regular, superficie lisa con bordes definidos, duro, móvil y no dolorosos. El caso presentado en este artículo, corresponde al primer caso de carcinoma epidermoide primario registrado en el estado de Mérida.

**Palabras Clave:** Carcinoma, Neoplasias de la Mama, Carcinoma de Células Escamosas.

## ABSTRACT

The cell squamous carcinoma of the breast is a rare disease, accounting for less than 1% of all breast malignancies. We present the case of a 52-year-old patient. Natural from Mérida state. Who presented a quick growth tumor on her right breast, without concomitant symptoms. Personal antecedents: hormonal therapy of substitution for 3 years. No family oncological antecedents are referred. Physical exam: voluminous breast, symmetrical, with a palpable tumor in her right breast of 7cms on the upper quadrant at 1cm of the areolar border, of regular shape, flat surface with defined borders, hard, mobile and not painful. The case presented in this article corresponds to the first case of primary squamous cell carcinoma registered in the state of Mérida.

Keywords: Carcinome, Breast Neoplasms, Squamous Cell Carcinoma.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer epidermoide de mama es una enfermedad poco frecuente y representa el 0,06-1,1% de las neoplasias malignas de mama<sup>(1,2)</sup>; raramente aparece en varones. Puede ser un tumor primario, cuyo origen es controvertido (absceso, quiste, etc.), o secundario a un tumor epidermoide de otra localización (pulmonar, laringe, esófago, vejiga y cérvix). Su histogénesis no está clara.

La clínica es parecida a otros tumores mamarios, pero radiológicamente es frecuente que se presenten como quistes complejos<sup>(3-5)</sup>. Su tratamiento no difiere del resto de tumores

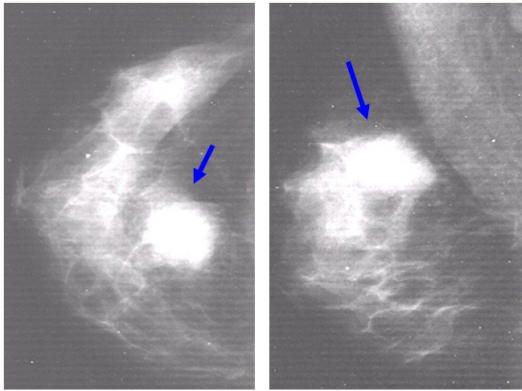
de mama, aunque suele presentar un curso rápido y agresivo, con tasas de recurrencia de alrededor de 25%<sup>(4)</sup>. El caso presentado corresponde al primer caso de carcinoma epidermoide de mama, registrado en el estado de Mérida.

## CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 52 años de edad, de raza blanca, natural y procedente del estado de Mérida; quien presentó tumoración en mama derecha de crecimiento rápido, sin concomitantes. Recibió terapia hormonal de reemplazo desde hace tres años y niega antecedentes oncológicos familiares.

Al examen físico se aprecian mamas voluminosas, simétricas, con tumoración en la mama derecha de 7cm de diámetro en eje horario 12, a 1cm del borde areolar, de forma regular, superficie lisa con bordes definidos, duro, móvil y no dolorosos, sin adenopatías. Resto del examen sin alteraciones.

Se realiza radiología mamaria en dos planos que mostró una imagen nodular de bordes poco definidos en la unión de cuadrantes superiores de mama derecha, que mide 3x4cm. Mama izquierda sin alteraciones, músculo pectoral sin alteraciones (Figura 1).



**Figura 1.** Mamografía mamaria en dos planos, muestra imagen nodular de bordes poco definidos en la unión de cuadrantes superiores de mama derecha, que mide 3x4cm

Se complementó la exploración con ultrasonido de alta resolución, identificando una imagen sólida de bordes irregulares, que mide 2,2x2, 4x1, 5cm discretamente lobulado. El diagnóstico imagenológico sugiere imagen nodular (sólida) en mama derecha sospechosa de tumoración tipo a.C. BI-RADS IV. Se realizó una punción aspiración con aguja fina (PAAF) en la mama derecha cuyos hallazgos celulares fueron compatibles con malignidad. Se realiza una biopsia Trucore, cuyos resultados corresponden a neoplasia maligna de estirpe epitelial, constituida por células con abundante a moderada cantidad de citoplasma, núcleos pleomórficos, algunos hiper cromáticos, otros con cromatina en grumos y reforzamiento de la membrana nuclear. Dichas células se disponen formando masas sólidas, con presencia de formación de puentes intercelulares y presencia de queratinización individual. Presencia de mitosis atípicas. El diagnóstico histopatológico fue carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado.

Finalmente, se completó los estudios paraclínicos mediante la técnica de Avidina – Estreptavidina y utilizando el método de recuperación de antígenos se realizó la investigación de Queratina AE1-AE3, p53 y CEA. Se utilizaron controles positivos adecuados. Se observó positividad con Queratina 34BE12, Queratina AE1-AE3 y p53 en las células neoplásicas. El CEA fue negativo. Además, se realizó exploración ecográfica de órganos anexos para descartar proceso metastático, sin mayores hallazgos. Se establece el diagnóstico de carcinoma epidermoide de mama derecha T3N0M0, estadio IIb.

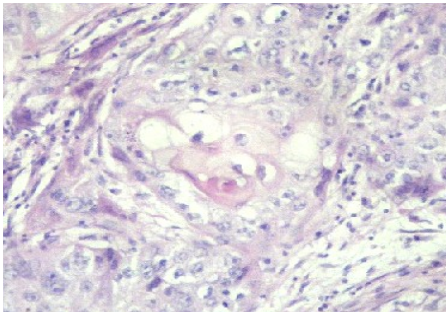
Se decide realizar ganglio centinela, previo a practicar mastectomía radical preservadora. Veinte minutos previos a la cirugía, se exploró quirúrgicamente la axila homolateral

extirpándose el ganglio que fue de 1cm de diámetro y localizado en el nivel 2. El estudio histopatológico del ganglio fue negativo para malignidad. Luego se realiza mastectomía radical preservadora de mama derecha. Se extrae glándula mamaria derecha en su totalidad, la biopsia postoperatoria concluye como carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado de 7,5x5cm, con permeación tumoral vascular linfática y borde quirúrgico posterior con lesión tumoral a 0,1cm del margen profundo, resto de los bordes libres de lesión, los hallazgos microscópicos revelan tejido glandular mamario que se alterna en zonas con tejido queratinizado, con puentes intercelulares, células con abundante citoplasma y núcleos en la periferia (figura 2).

### DISCUSIÓN

Los tumores malignos de la mama se clasifican en tumores epiteliales de células ductales y lobulares, y las malignidades no epiteliales del estroma circundante. Los carcinomas invasivos ductales constituyen la enfermedad más común representando más del 70% de los carcinomas invasivos de la mama. Los carcinomas lobulillar, infiltrante, medular, coloide, la enfermedad de Paget y otros tipos puros o combinados de carcinoma representan el 30% restante<sup>(1)</sup>. En tanto que el carcinoma escamoso o epidermoide es muy raro y representa entre 0,06 y 1,1% de las neoplasias malignas de mama, raramente aparece en varones<sup>(2)</sup>. Este carcinoma es una forma de carcinoma metaplásico, el término debe restringirse para lesiones compuestas de carcinoma escamoso queratinizante o una de sus formas variantes, con el objeto de distinguir estos carcinomas de los ejemplos usuales de carcinoma mamario con metaplasia escamosa<sup>(3)</sup>.

Su forma de presentación es variable, pero la descripción más habitual es la presencia de un absceso en la mama que no responde al tratamiento quirúrgico, al debridamiento y al tratamiento antibiótico; de ahí la importancia de realizar una PAAF en los casos en que se diagnostique un absceso mamario de evolución tórpida<sup>(6)</sup>. También puede presentarse como una masa de crecimiento rápido. En la ecografía o mamografía puede aparecer una lesión sólida o con componente quístico, en cuyo caso hay que hacer el diagnóstico diferencial con el carcinoma papilar, el carcinoma medular, el tumor phyllodes y el carcinoma coloide<sup>(4-8)</sup>



**Figura 2.** Corte histológico de pieza post operatoria. Hallazgos microscópicos compatibles con carcinoma epidermoide (100x).

El curso clínico del carcinoma epidermoide de la mama es rápido y agresivo, la enfermedad recurre en 25% de los pacientes y se produce metástasis en alrededor del 50%. La supervivencia media varía entre 9 y 54 meses, según las series publicadas<sup>(4)</sup>. El carcinoma epidermoide de mama se puede originar de la epidermis, del pezón o de la transformación maligna de quistes asentados en tejidos profundos<sup>(5)</sup>. Para clasificar un tumor como carcinoma epidermoide primario de mama, algunos criterios deben ser cumplidos; estos son: no deben haber otros elementos neoplásicos presentes en el tumor, el tumor debe estar independiente de las estructuras cutáneas adyacentes y no debe existir otro carcinoma epidermoide primario en el paciente<sup>(9)</sup>.

Los carcinomas epidermoides de mama tienden a ser algo más grande que otros tipos de carcinoma mamario y el tamaño varía de 1 hasta 10cm<sup>(9)</sup>. Es muy común que presenten degeneración quística central, especialmente en los tumores mayores a 2cm, en los cuales la cavidad se llena con restos escamosos necróticos<sup>(10)</sup>. Los estudios ultraestructurales de inmunohistoquímica permiten confirmar el carácter escamoso del tejido, pero los canículos intracelulares vistos ultraestructuralmente en algunas células es evidencia de que pueden persistir los hallazgos glandulares en algunos de estos tumores<sup>(10)</sup>.

Las características citológicas de estas neoplasias son células escamosas malignas con citoplasma queratinizado, núcleos hiper cromáticos densos, cromatina gruesa y membranas nucleares engrosadas<sup>(8)</sup>. Estos tumores deben ser distinguidos de otros tipos de carcinomas metaplásicos mamarios. Algunos autores aseguran que esta diferenciación puede tener una importancia meramente académica pero no mucha significancia clínica. Sin embargo, otros autores enfatizan en que esta diferenciación acarrea gran importancia debido a que estos se comportan mucho más agresivos cuando los comparamos a otros carcinomas metaplásicos<sup>(10)</sup>.

El carcinoma epidermoide de la mama es usualmente negativo a receptores de estrógenos y progesterona, por tanto se tratan con terapia hormonal adyuvante. En los casos donde el receptor es positivo, el tamoxifeno se puede usar como terapia adyuvante de elección. Los pacientes que son negativos a estos receptores pueden requerir quimioterapia adyuvante, especialmente las pacientes premenopáusicas<sup>(10)</sup>.

El carcinoma epidermoide primario de mama, es una entidad muy inusual y por ello, no se suele tener presente a la hora de realizar diagnósticos diferenciales a la hora de examinar a una paciente con tumores mamarios. Por esto es importante conocer su presentación y características clínicas, para reconocerlas a las hora de presentarse y poder guiar el diagnóstico presuntivo hacia carcinoma epidermoide, y luego con pruebas paraclínicas poder confirmar o descartar este diagnóstico.

El carcinoma epidermoide es una neoplasia de evolución tórpida y muy agresiva, por ello debemos tenerlo presente para realizar un diagnóstico temprano y poder dar tratamiento oportuno.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fisher ER, Gregorio RM, Fisher B. The pathology of invasive breast cancer: a syllabus derived from the findings of the National Surgical Adjuvant Breast Project (Protocol No 4). *Cancer*. 1975; 36:1-85.
2. Balsalobre MD, Rodríguez JM, Torregrosa NM, Ríos A, Illana J, Martínez E, Parrilla P. Carcinoma Epidermoide de la mama en el varón, ¿Primario o secundario? *Cir Esp*. 2004. 76(5):333-4.
3. Kokufu I, Yamamoto M, Fokuda K. Squamous cell carcinoma of the breast: three case reports. *Breast cancer*. 1999; 6:63-8.
4. William R, Wrightson M, Edwards J, McMasters KM. Primary squamous cell carcinoma of breast presenting as a breast abscess. *Am Surg*. 1999; 65:1103-5.
5. Harrington SW, Miller JM. Intramammary squamous cell carcinoma. *Proc Mayo Clin*. 1939; 14: 484-7
6. Alonso Garcia A, Jorge Fernandez M, Garcia J, y Col. Carcinoma epidermoide de mama: descripción de un caso y revisión de la literatura. *Oncología (Barc)*. 2006; 29(7):38-40.
7. Pricolo R, Croce P, Voltolini F, Paties C, Schena C. Pure and primary squamous cell carcinoma of the breast. *Minerva Chir*. 1991; 46:215-9.
8. Zoltan TB, Konick L, Coleman RJ. Pure squamous cell carcinoma of the breast in a patient with previous adenocarcinoma of the breast: a case report and review of the literature. *Am Surg*. 2001;67:671-3.
9. Chen KTK. Fine needle aspiration cytology of squamous carcinoma of the breast. *Acta Cytol*. 1990; 34:664-8.
10. Toikkanen S. Primary squamous cell carcinoma of the breast. *Cancer*. 1981; 48:321-324.

Correspondencia:

Pedro Fernández Rodríguez

Paseo La Feria, Calle Magdalena Residencias Primavera, Torre B Apartamento

B-33. Mérida, Venezuela.

Correo\_e: pedrojavierfernandezrodriguez@hotmail.com

Manuscrito recibido: 18 de setiembre de 2007

Aceptado para publicarse: 11 de diciembre de 2007