

6 A. Millet^a
M.A. Canet^a
C. Vázquez^b

^aServicio de Ginecología y Obstetricia.
Hospital Clínico Universitario. Valencia.
^bJefe de Servicio de Cirugía.
Instituto Valenciano de Oncología. Valencia.

Correspondencia:
Dr. A. Millet Serrano.
Servicio de Ginecología y Obstetricia.
Hospital Clínico Universitario de Valencia.
Avda. Blasco Ibáñez, 17. 46010 Valencia.
Correo electrónico: amillet@comv.es

Fecha de recepción: 25/4/01
Aceptado para su publicación: 1/6/01

Carcinoma oculto de mama asociado a adenopatía axilar

Occult carcinoma of the breast associated with axillary adenopathy

A. Millet, M.A. Canet, C. Vázquez. Carcinoma oculto de mama asociado a adenopatía axilar. *Prog Obstet Ginecol* 2001;44:276-280.

CASO CLÍNICO

Paciente de 48 años de edad con menarquia a los 11 años y fórmula menstrual normal; historia obstétrica: G2P2; lactancia natural; sin antecedentes médicoquirúrgicos de interés y con controles ginecológicos anuales normales.

La paciente consulta a su médico de cabecera por un nódulo en axila izquierda de 2 meses de evolución sin otra sintomatología asociada.

En la exploración física se palpaba una tumoración axilar izquierda, pétreo, de aproximadamente 3 cm de diámetro, firmemente adherida al plano profundo. La exploración mamaria resultó normal.

Se biopsia la tumoración y la anatomía patológica informaba de "metástasis masiva por neoplasia epitelial con caracteres morfológicos compatibles con carcinoma ductal de origen mamario". Los receptores hormonales -estrógenos y progesterona- eran positivos.

Ante este diagnóstico se remitió a la paciente al servicio de mastología donde se realizaron una exploración física (infructuosa), una mamografía y una

ecografía de mama y axila (figs. 1a y b, y 2). Asimismo, se realizó una TC mamaria.

Las mamografías (figs. 1a y b) informaban de "microcalcificaciones de aspecto benigno sobre un patrón micronodular de mastopatía fibroquística bilateral". La ecografía axilar (fig. 2) objetivó masa de aspecto heterogéneo ya conocida y la ecografía mamaria no aportó hallazgos significativos.

Los valores de CEA y de Ca 15,3 eran normales, así como la hematología, la ecografía hepática y la gammagrafía ósea.

Ante la no detección de tumor primario se realizó una tomografía por emisión de positrones (PET) de cuerpo entero con 18 FDG (fluoro-deoxi-glucosa) (fig. 3). Se observó una "acumulación intensa en la axila anterior izquierda de 1,5 cm de diámetro y un valor SUV (standardized uptake value) de 5,2, muy superior al umbral benigno/maligno de 2,5". Se trataba probablemente de una adenopatía maligna. Además, se encontraba un depósito patológico, de poca intensidad (SUV = 2,2) y diámetro entre 1 y 1,5 cm en el cuadrante superoexterno de la mama izquierda. A pesar de que el SUV de esta lesión no su-

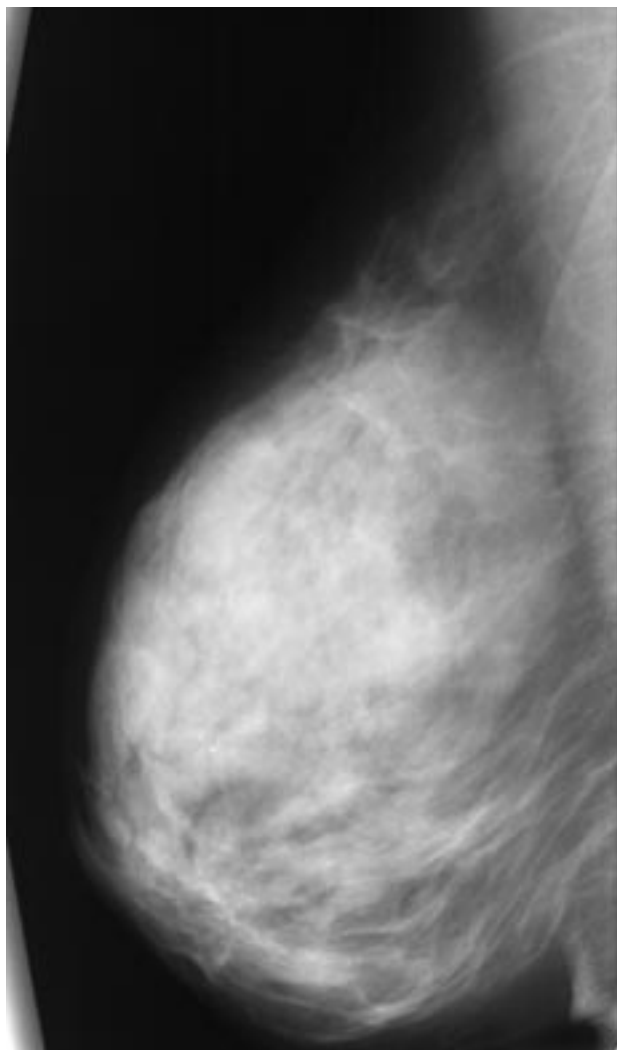


Figura 1a. Mamografía de mama izquierda. Proyección oblicua.

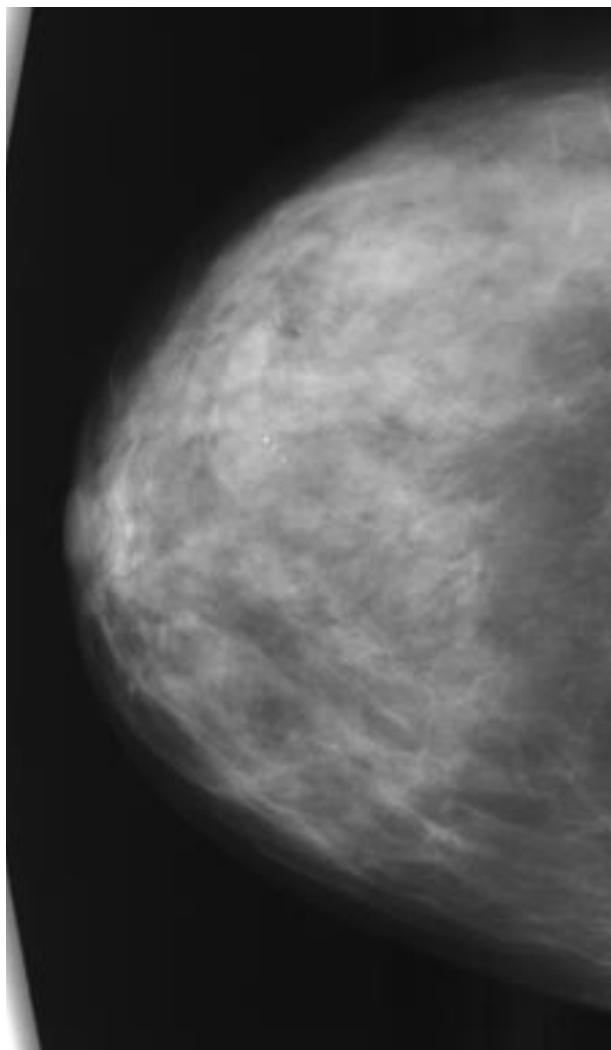


Figura 1b. Mamografía de mama izquierda. Proyección craneocaudal.

peraba el umbral benigno/maligno, podía tratarse del tumor primitivo. En el resto del cuerpo no existían depósitos sospechosos. Las fijaciones fisiológicas se detectaban principalmente en el cerebro, el miocardio, el sistema urinario y el intestino.

Para complementar este hallazgo se realizó una resonancia nuclear (RM) sin y con administración de gadolinio. El informe refería la existencia de un "nódulo de 8 mm y bordes mal definidos, localizado en la línea intercuadrántica superior de la mama izquierda. Presenta un patrón de captación precoz tras

administración de contraste, siendo esto sugestivo de malignidad".

El 25 de noviembre se realizó una adenomastectomía subcutánea izquierda con colocación de un expansor y una linfadenectomía axilar.

El estudio anatomopatológico informaba de carcinoma indiferenciado de 0,5 cm de diámetro mayor en el tejido mamario. Asimismo, informaba de afectación metastásica de 3 ganglios axilares (dos de ellos con rotura capsular). Los receptores de estrógenos y progesterona eran positivos.

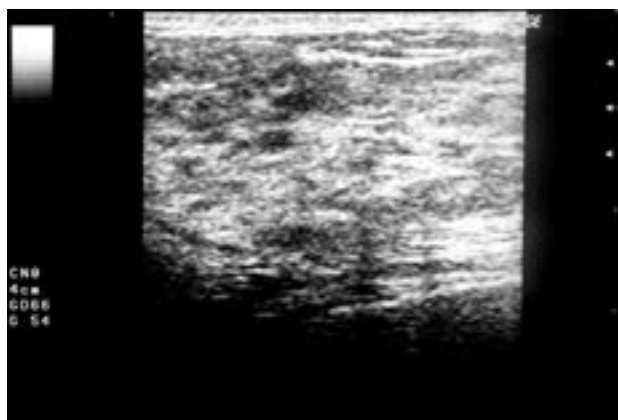


Figura 2. Ecografía axilar izquierda.

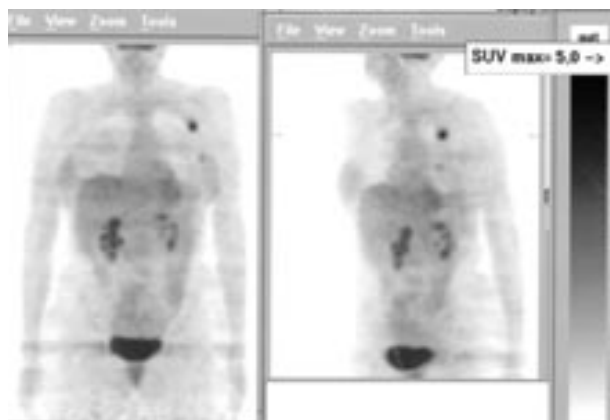


Figura 3. Tomografía por emisión de positrones.

Se administró poliquimioterapia secuencial con 4 ciclos de adriamicina y taxanos seguida por 4 ciclos de CMF (ciclofosfamida, metoxato y fluoruracilo), finalizando ésta con buena tolerancia clínica y hematológica.

Se pautó tratamiento con tamoxifeno (5 años) y radioterapia complementaria, dada la cirugía conservadora practicada.

En el último control -6 meses poscirugía- la paciente se encuentra libre de enfermedad local y a distancia.

DISCUSIÓN

Se consideran tumores ocultos de mama aquellas neoplasias mamarias no detectables clínica ni mamográficamente que se presentan en forma de metástasis axilares aisladas¹.

Estos tumores fueron descritos por primera vez por Halsted, en 1907². Son formas de presentación infrecuentes: representan como máximo el 0,5% de todos los tumores mamarios^{3,4}; esta baja frecuencia hace que los datos de que disponemos actualmente sobre su manejo sean poco precisos, ya que provienen de series con pocos casos reclutados a lo largo de muchos años.

Existe consenso respecto al abordaje quirúrgico o radioterápico de la axila y a los beneficios del tratamiento sistémico. Sin embargo, el manejo de la mama es controvertido y han sido propuestas varias estrategias al respecto:

- Observación mamaria sin otro tratamiento.
- Administración de radioterapia.
- Cuadrantectomía superoexterna, asociada o no a radioterapia.
- Mastectomía.

La primera opción -actitud expectante- consiste en la observación mamaria y realización de cirugía sólo si el tumor se hace clínicamente evidente. Esta actitud fue promulgada por Van Oijen et al⁵ aunque actualmente se desaconseja por la alta frecuencia con que los tumores primarios acaban apareciendo en la mama (más de un 50%).

La administración de radioterapia se ha propuesto como modalidad de tratamiento de la mama por algunos grupos que comunican resultados de control local de la enfermedad que oscilan entre el 72⁶ y el 100%⁷.

La tercera opción propuesta se basa en que la localización más frecuente de los tumores primarios es el cuadrante superoexterno. Es muy probable que la asociación de cuadrantectomía, radioterapia y quimioterapia incremente las tasas de control local, como sucede en las pacientes con tumores "no ocultos".

Por último, la mastectomía se mantiene como el tratamiento más frecuente en la actualidad⁸. Sin embargo, cada vez existe mayor resistencia a realizar "mastectomías ciegas", dado que aproximadamente en un 30% de las mamas resecadas no se encuentra el tumor^{9,10}.

Es importante señalar que no hay diferencias de supervivencia entre el grupo de pacientes que reci-

be radioterapia como único tratamiento y el grupo de pacientes mastectomizadas^{3,4,8,11,12}. Sin embargo, la tasa de recurrencia local en el grupo tratado sólo con radioterapia es más alta (23 y 12%) en las dos series más importantes^{11,12}. Esto probablemente refleje la incapacidad de la radioterapia a dosis estándares para controlar tumores de cierto tamaño⁴.

Como hemos visto hasta aquí, la incapacidad para localizar el tumor mamario abre un gran abanico de opciones terapéuticas, originando dudas en el clínico y ansiedad en la paciente. Es importante realizar un esfuerzo diagnóstico que evite los problemas anteriores y permita adaptar el tratamiento a las características tumorales (talla, localización).

Añadir al examen clínico una exploración mamográfica y ecográfica permite incrementar la detección del tumor primario en un 50%¹³.

Recientemente, algunos grupos han propuesto la realización de una RM en los carcinomas ocultos mamaros^{14,15}. Algunos estudios demuestran una mayor sensibilidad de la RM frente a la mamografía en este tipo de tumores^{16,17}. En la mayor serie publicada hasta el momento, la RM contribuyó a localizar el tumor primario en el 75% de los casos etiquetados como carcinoma oculto¹⁴.

Desafortunadamente, la disponibilidad de un sistema de punción guiada por RM es escasa por su alto precio. Se ha propuesto la asociación de la RM con un sistema de punción con aguja fina guiado

por ecografía siendo muy preciso y económicamente razonable¹⁸.

Otros trabajos sugieren que la realización de una PET con 18-F-fluoro-2-deoxi-D-glucosa puede ser de utilidad en un pequeño porcentaje de casos¹⁹, aunque el valor de esta técnica queda por determinar.

Para terminar, la búsqueda de tumores primarios no mamaros debe hacerse de forma sistemática¹⁴. Es importante tener en cuenta que los tumores primarios no mamaros pueden no ser adenocarcinomas. Así, los linfomas son tumores que frecuentemente se presentan en forma de metástasis axilar y pueden descartarse fácilmente. En el grupo de los adenocarcinomas debemos descartar una neoplasia pulmonar, tiroidea, gástrica, colorrectal o pancreática.

En general, cuando estos tumores han llegado a diseminarse y dar alguna metástasis axilar es frecuente que asocien una clínica característica que facilita el diagnóstico. Una exploración física minuciosa, una radiografía torácica y la determinación de marcadores tumorales puede ser suficiente en la mayoría de los casos.

No se debe olvidar que una neoplasia mamaria localizada en la cola de Spence puede confundirse con una adenopatía axilar. El diagnóstico suele proporcionarlo la anatomía patológica, que informa de ausencia de afección de las estructuras ganglionares linfáticas. Sin embargo, este diagnóstico puede ser difícil por la masiva infiltración tumoral axilar que puede hacer desaparecer cualquier estructura linfática.

BIBLIOGRAFÍA

1. Orel SG, Weinstein SP et al. Breast MR imaging in patients with axillary node metastases and unknown primary malignancy. *Radiology* 1999; 212: 543-550.
2. Halsted WS. The results of radical operations for the cure of carcinoma of the breast. *Ann Surg* 1907; 46: 1-19.
3. Baron PL, Moore MP, Kinne DW, Candela FC, Osborne MP, Petrek JA. Occult breast cancer presenting with axillary metastases. *Arch Surg* 1990; 125: 210-214.
4. Solin LJ. Special considerations. En: Fowble B, Goodman RL, Glick HI, Rosato EF, editores. *Breast cancer treatment: a comprehensive guide to management*. ST Louis: Mosby, 1991; 523-528.
5. Van Oijen B, Botental M, Henzen-Logmans SC et al. Axillary nodal metastases from an occult primary consistent with breast carcinoma. *Br J Surg* 1993; 80: 1299-1300.
6. Vilcoq JR, Calle R, Ferme F, Veith F. Conservative treatment of axillary adenopathy due to probable subclinical breast cancer. *Arch Surg* 1982; 117: 1136-1138.
7. Whillis D, Brown PW, Rodger A. Adenocarcinoma from an

- 0 unknown primary presenting in women with an axillary mass. *Clin Oncol RCR* 1990; 2: 189-192.
8. Fourquet A, De La Rochefordiere A, Campana F. Occult primary cancer with axillary metastases. En: Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Hellman S, editores. *Diseases of the breast*. Filadelfia: Lippincott-Rauen, 1996; 892-896.
 9. Jackson B, Scott-Conner C, Moulder J. Axillary metastases from occult breast carcinoma: diagnosis and management. *Am Surg* 1995; 61: 431-434.
 10. Fortunato L, Sorrento JJ, Golub RA, Cantu R. Occult breast cancer. *NY State J Med* 1992: 555-557.
 11. Campana F, Fourquet A, Ashby MA et al. Presentation of axillary lymphadenopathy without detectable breast primary (T0 N1 b): experience at Institut Curie. *Radiother Oncol* 1989; 15: 321-325.
 12. Ellerbroek N, Holmes F, Singletary E, Evans H, Oswald SM, Neese M. Treatment of patients with isolated axillary nodal metastases from an occult primary carcinoma consistent with breast origin. *Cancer* 1990; 66: 1461-1467.
 13. Coons TA. MRI's role in assessing and managing breast disease. *Radiol Technol* 1996; 67: 311-336.
 14. Morris EA, Schwartz LH, Dershaw D et al. MR imaging of the breast in patients with occult primary breast carcinoma. *Radiology* 1997; 205: 437-440.
 15. Tilanus-Linthorst MM, Obdeijn AI et al. MRI in patients with axillary metastases of occult breast carcinoma. *Breast Cancer Res Treat* 1997; 44: 179-182.
 16. Harms SE, Flamig DP, Hesley K et al. MR imaging of the breast with rotating delivery of excitation off resonance: clinical experience with pathologic correlation. *Radiology* 1993; 187: 493-501.
 17. Rodenko GN, Harms SE, Pruneda M et al. MR imaging in the management before surgery of lobular carcinoma of the breast: correlation with pathology. *ARJ* 1996; 167: 1415-1419.
 18. Obdeijn AI, Tilanus-Linthorst MM et al. MR imaging-guided sonography followed by fine-needle aspiration cytology in occult carcinoma of the breast. *Am J Radiology* 2000; 174: 1079-1084.
 19. Kole AC, Nieweg OE et al. Detection of unknown occult primary tumors using positron emission tomography. *Cancer* 1998; 82: 1160-1166.