

CARCINOMA APOCRINO INTRADUCTAL DE MAMA

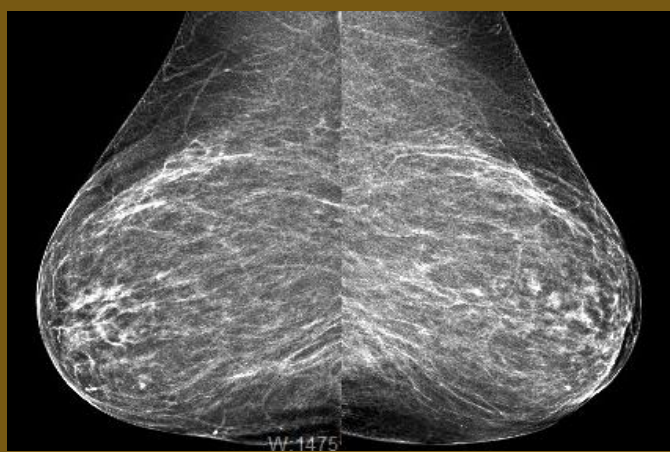
Madrid Gómez de Mercado, MD; Manzano Roldán, A; Martínez –Espejo Cerezo, A; Martínez Gómez, A; Martínez Real, MC; Muelas Párraga, EM; Pastor Conesa, M; Pérez Sánchez-Bolea, T
Servicio de Ginecología y Obstetricia HULAMM. San Javier.

INTRODUCCIÓN

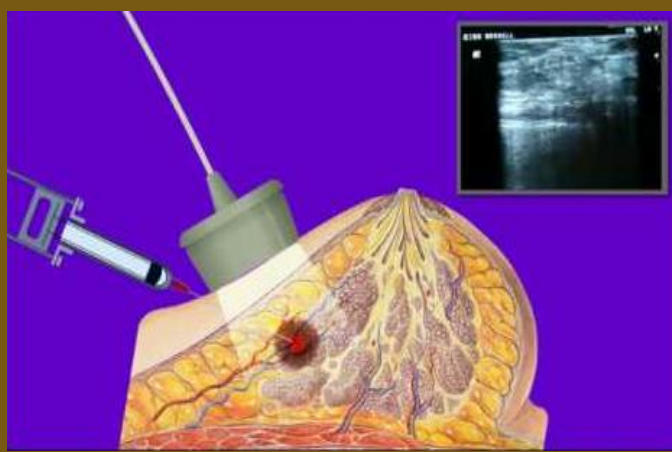
- Las lesiones apocrinas atípicas y malignas de la glándula mamaria constituyen por su escasa frecuencia un campo poco conocido de la patología mamaria.
 - Este tipo de carcinoma es definido como una neoplasia compuesta por células grandes, con abundante citoplasma acidófilo, con núcleos grandes redondos u ovals con membrana irregular, hipercromáticos con uno o varios nucléolos eosinófilos prominentes, y puede haber o no mitosis.
 - Una característica biológica común de las lesiones mamarias de tipo apocrino es la sobreexpresión de los receptores de andrógenos acompañada de la **pérdida de expresión de los receptores de estrógenos y de progesterona**.
- La **GCDFP-15**, es otra proteína marcadora de diferenciación apocrina de los carcinomas mamarios, es significativamente más elevada en pacientes con carcinomas de mama que no responden a la manipulación hormonal antiestrogénica.
- Los datos de la literatura, sugieren que ese tipo de tumores mamarios representa un subgrupo con características biológicas especiales y que probablemente las pacientes afectas de este tipo de tumores podrán beneficiarse de otro tipo de manipulación hormonal a la ampliamente utilizada terapia antiestrogénica.

CASO CLÍNICO

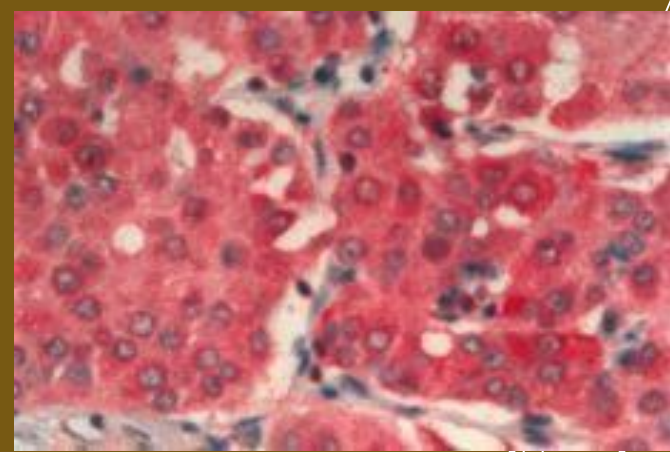
- Paciente de 52 años, remitida a Unidad de mama en Octubre de 2018 por dolor en mama izquierda.
 - Ultima mamografía 07/18: asimetría focal en CSE de mama izquierda, con dudoso aumento de densidad con respecto a exploración previa, sin alteraciones ecográficas de sospecha, probablemente benigna, BIRADS 3.
 - Exploración mamaria: mamas simétricas. No se visualizan retracciones, ni secreciones. Se palpa nódulo de 4 cm aprox en CSE de MI. CAP conservados en ambas mamas.
 - Mamografía 11/18: asimetría en desarrollo en CSE- LICs de mama izquierda, palpable, de alta sospecha. Dos adenopatías de moderada sospecha en axila izquierda. BIRADS 4c.
 - Se realiza BAG ecoguiada de MI. AP: lesión apocrina atípica, compatible con Carcinoma apocrino intraductal.
- Estudio inmunohistoquímico:
- Receptores estrógenos: negativos.
 - Receptores progesterona: positividad nuclear débil y moderada en 25% núcleos del carcinoma in situ.
 - Her2: positivo (3+).
 - CK19 y E-cadherina: positivas.
 - GCDFP15: positivo en contenido intraluminal, con células intraductales con positividad parcheada (10%).
 - p53: negativo.
- PAAF adenopatía axilar izquierda. AP: ganglio linfático sin alteraciones relevantes.
 - IQX: Mastectomía izquierda ahorradora de piel + BSGC(negativo) + Expansor.
- AP: Carcinoma intraductal de patrón comedo, micropapilar y cribiforme de alto grado nuclear, en áreas con morfología apocrina.



Mamografía. Densidad aumentada en mama izquierda



BAG



Exudado citológico que muestra núcleo grande con nucléolo prominente y citoplasma abundante

CONCLUSIÓN

- Es un subtipo raro de carcinoma; se ha reportado una incidencia de menos del 1% hasta el 60% de los carcinomas de mama.
- Se pueden encontrar células con metaplasia apocrina atípica (MAA) en lesiones benignas, hecho que puede resultar en diagnósticos falsos positivos si no se tiene en cuenta las diferencias que existen en hallazgos clínicos, estudios de imagen y características citomorfológicas entre el carcinoma apocrino y la metaplasia apocrina atípica.
- El carcinoma apocrino de mama debe distinguirse de otros tumores de células granulares y eosinófilas de la glándula mamaria, incluyendo a los carcinomas ductales con diferenciación neuroendocrina, oncocitoma, carcinoma de células acinares, tumor de células granulares y carcinoma secretor, además de las variantes del mismo carcinoma apocrino rico en lípidos y el mioblastomatoide (adenocarcinoma histiocitoide) que por citología es casi imposible establecer la diferencia, por lo que se tiene que recurrir al corte histológico, estudios de inmunohistoquímica e incluso microscopía electrónica para clasificarlos
- En conclusión, la BAAF es un método de diagnóstico preoperatorio de gran utilidad y certeza, que junto con los hallazgos clínicos y los estudios de imagen de la lesión permiten al cirujano oncólogo planear adecuadamente el tipo de cirugía a efectuar.