

**Carcinoma secretor de la mama en una anciana**

**Breast secreting carcinoma in an elderly.**

**Dr. Jesús Debrok Aranda**

Hospital Infantil Norte Docente "Dr. Juan de la Cruz Martínez Maceira", Santiago de Cuba, Cuba.

**RESUMEN**

Se presenta el caso clínico de una anciana de 85 años de edad, de la raza negra, quien acudió a la consulta de Cirugía del Hospital General "Joseph N. France" de Saint Kitts y Nevis, con lesión nodular en el cuadrante superointerno de la mama izquierda. Los hallazgos anatomopatológicos confirmaron el diagnóstico de un carcinoma secretor en dicha mama.

**Palabras clave:** anciana, mama, carcinoma secretor, hallazgo anatomopatológico, Saint Kitts y Nevis.

**ABSTRACT**

The case report of a 85 year-old woman of the black race who visited the Surgery Department of "Joseph N. France" General Hospital from Saint Kitts and Nevis, with a nodular lesion in the upper inner quadrant of her left breast is presented. The pathological findings confirmed the diagnosis of a secreting carcinoma in the breast.

**Key words:** aged woman, breast, secreting carcinoma, pathological finding, Saint Kitts and Nevis.

**INTRODUCCIÓN**

En 1966, McDivitt y Stewart,<sup>1</sup> describieron una variante poco común de carcinoma ductal, denominada "carcinoma juvenil", puesto que se presentaba en niños. En 1980, Travassoli,<sup>2</sup> propuso cambiar este término y utilizar el de carcinoma secretor, pero basándose en su morfología y en una serie de 19 pacientes donde la mayoría eran adultos, prefirió el de carcinoma secretor de la mama. Hoy día se conoce que esta neoplasia afecta tanto a hombres como a mujeres, independientemente de la edad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS),<sup>3</sup> lo define como neoplasia con células claras, que muestra actividad secretora prominente como la que se observa durante el embarazo y la lactancia, cuyo material secretado suele ser positivo a la reacción con el

ácido periódico Schiff (PAS), presente en el citoplasma y en los espacios similares a los acinos.

Por otra parte, el diagnóstico diferencial se debe hacer con cualquier otro carcinoma mamario con abundantes células claras, rico en glucógeno y lípidos, con los carcinomas lobulillar histiocitoide y el apocrino, con el hidradenoma, el adenomioepitelioma, así como con el carcinoma metastásico de células claras del riñón.<sup>4-9</sup>

En la bibliografía biomédica mundial se registran aproximadamente unos 100 casos de carcinoma secretor de la mama; este se distingue del resto de la variedad de carcinoma mamario.<sup>3-6</sup>

## CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de una anciana de 85 años de edad, de la raza negra, quien acudió a la consulta de Cirugía del Hospital General "Joseph N. France" de Saint Kitts y Nevis, por presentar nódulo palpable e indoloro, en el cuadrante superior interno de la mama izquierda, de 4x3 cm aproximadamente, de consistencia firme, no adherido a planos profundo, sin secreción por el pezón, ni antecedentes familiares de afecciones malignas de la mama. Se desconoce si en alguna ocasión se le realizó ecografía de mama o mamografía.

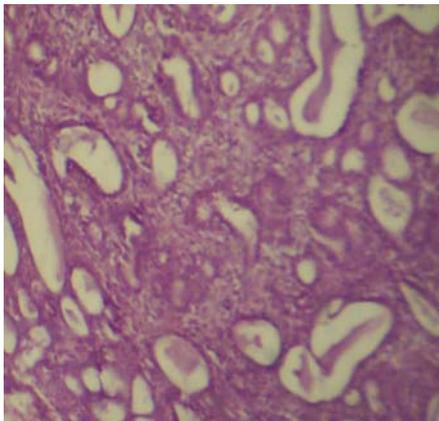
En el Servicio de Anatomía Patológica del mencionado Centro se recibió el espécimen quirúrgico para estudiar la posibilidad de un cáncer mama.

### • Descripción macroscópica

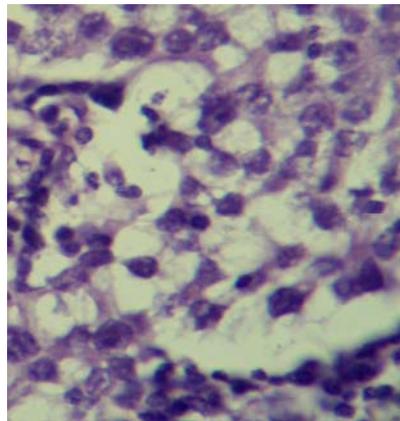
Se apreció masa de tejido nodular, de 4,5 x 2,6 x 1 cm, rodeada de tejido adiposo, de consistencia dura, superficie de cortes con nódulo blanco grisáceo, que medía 3,5 x 2 x 0,6 cm, de aspecto lobulado, tracto fibroso y bordes bien delimitados.

### • Descripción microscópica

Se observaron múltiples secciones con componente intraductal y patrón cribiforme, con focos sólidos y componentes microquísticos, estructuras glanduliformes revestidas por células claras, con núcleos pequeños, redondos y escasos signos de atipias (figuras 1 y 2).



**Fig 1.** Microfotografía con componentes microquísticos, estructuras glanduliformes revestidas por células claras, con núcleos pequeños y redondos



**Fig 2.** Microfotografía de células claras con núcleos pequeños redondos y escasos signos de atipias

Se realizó la técnica histoquímica del PAS, que resultó positiva para los citoplasmas de las células y se concluyó con el diagnóstico de carcinoma secretor de la mama izquierda.

Se completó el tratamiento con mastectomía de dicha mama, con disección de ganglios axilares. Se informó ausencia de resto tumoral en el tejido mamario examinado y adenitis inespecífica en los ganglios linfáticos.

## COMENTARIOS

El carcinoma secretor de la mama es un tipo poco común que se presenta con frecuencia en niños y adolescentes, con incidencia máxima en adultos jóvenes, con un rango de edad que varía de 5 a 73 años.<sup>5,6</sup> Suele aparecer como una masa localizada, móvil y palpable, de crecimiento lento e indoloro, con un pronóstico más favorable debido a su lenta evolución y a que las metástasis a distancia son extremadamente raras. Al respecto, han sido publicados muy pocos casos con esta complicación.<sup>3-6</sup>

Desde el punto de vista macroscópico, el carcinoma secretor de la mama ha sido descrito como una masa de tamaño variable, de 3 a 5 cm de eje mayor aproximadamente, aunque se pueden encontrar lesiones de 12 cm o más en adultos, y rara vez tiene márgenes infiltrantes.<sup>5,6</sup> En el caso presentado la lesión medía 3,5 x 2 x 0,6 cm, con bordes bien delimitados.

El carcinoma secretor de la mama recibe su nombre debido a la característica secreción intracitoplasmática abundante de material PAS positivo en las células y acinos tubulares. Las células tumorales suelen ser vacuoladas con abundante material eosinófilo intracelular y extracelular. El patrón de crecimiento es eminentemente secretor con microacinos, así como áreas sólidas y papilares con características apocrinas.<sup>8-10</sup>

Algunos autores sugieren que las particulares de este tumor son muy similares a las de un carcinoma de células acinares de glándulas salivales, tanto desde el punto de vista histológico como inmunohistoquímico.<sup>6</sup> La arquitectura celular es papilar o cribiforme e, incluso, muchas veces se observan focos sólidos o comedonecrosis; también suelen aparecer septos fibrosos distribuidos, así como microcalcificaciones e invasión. En ocasiones se ha informado la presencia de células en anillo de sello.<sup>3,9</sup> Todas estas características fueron encontradas en el caso presentado.

Según se refiere en estudios inmunohistoquímicos, la secreción de las células tumorales resulta PAS positivo con diastasa y sin esta. Otros marcadores que aparecen en el carcinoma secretor son alfa lactoalbúmina, S-100, vimentina y antígeno circulante embrionario policlonal. El tumor suele ser negativo para receptores de estrógeno y progesterona, lo cual explica que no haya factores hormonales implicados en su génesis y que no responda bien a la hormonoterapia.<sup>9,10</sup>

La microscopia electrónica muestra luces intracitoplasmáticas, que corresponden a un aparato de Golgi muy desarrollado, lo que explica su gran actividad secretora.<sup>9</sup> Citogenéticamente, el carcinoma secretor de mama humana se ha asociado con la fusión de genes ETV6-NTRK3 como oncogén activo dominante y como alteración más frecuente.

En el caso presentado se corroboró, por las características histopatológicas específicas y por los resultados de los estudios histoquímicos, la presencia de un carcinoma secretor de la mama.

El tratamiento de elección es la resección amplia con disección de ganglios linfáticos regionales. El tumor muestra recurrencia locorregional baja, pero existe un elevado índice de recurrencia en los casos tratados solo con resección local. El pronóstico es excelente, con una supervivencia de 100 % de los casos en 5 años aproximadamente; la muerte, como resultado de la diseminación tumoral, es rara.<sup>9,10</sup>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McDivitt RW, Stewart FW. Breast carcinoma in children. JAMA. 1966; 195:388-90.
2. Tavassoli FA, Norris HJ. Secretary carcinoma of the breast. Cancer. 1980; 45: 2404-13.
3. Rosen PP. Invasive carcinoma. In: Rosen PP, Oberman HA. Atlas of tumor pathology, tumors of the mammary gland. Washington, DC: AFIP; 1993.
4. Ellis IO, Schnitt SJ, Sastre-Garau X, Bussolati G, Tavassoli FA, Eusebi V, et al. Invasive breast carcinoma. In: Fattaneh A, Tavassoli A, Devilee P. Pathology and genetics. Tumors of the breast and female genital organs. Lyon: IARC; 2003.
5. Rosen PP. Rosen's breast pathology. New York: Williams and Wilkins; 2001: 509-615.
6. Franco Zunda I, Quiñones Ceballos AB, Hernández Delgado S. Carcinoma secretor en Mujer de 79 años. Reporte de caso. IX Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica y II Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet, 2007 [citado 16 Abr 2012]. Disponible en: [http://www.conganat.org/9congreso/trabajo.asp?id\\_trabajo=740&tipo=2&tema=42](http://www.conganat.org/9congreso/trabajo.asp?id_trabajo=740&tipo=2&tema=42)
7. Shin SJ, Sheik FS, Allenby PA, Rosen PP. Invasive secretory (juvenile) carcinoma arising in ectopic breast tissue of the axilla. Arch Pathol Lab Med. 2001; 125(10): 1372-4.
8. Moreno Requena J, Serra Sevilla A, Del Vas Ceñal A, Monzonis Torres MC, Abel Cortés JL, García Solano J. Carcinoma secretor de mama en un varón de seis años. Patol. 1989 [citado 16 Abr 2012]; 22:276-8. Disponible en: <http://www.conganat.org/seap/revista/v22-n4/276.pdf>
9. Reséndiz Morán MA, Lazos Ochoa M. Carcinoma secretor de mama: una variedad especial de carcinoma mamario. Rev Med Hosp Gen Mex. 2005 [citado 16 Abr 2012]; 68(1):31-6. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2005/hg051f.pdf>
10. Kourie JP, Frias M, Kourie MA, Kourie MG. Reporte de un caso de carcinoma secretorio mamario en una adolescente de 12 años. Acta Méd Dominicana. 1995

MEDISAN 2012; 16(7):1158

[citado 16 Abr 2012]; 17(3). Disponible en:

<http://www.bvs.org.do/revistas/amd/1995/17/03/amd-1995-17-03-094-097.pdf>

Recibido: 20 de abril de 2012.

Aprobado: 19 de mayo de 2012.

Jesús Debrok Aranda. Hospital Infantil Norte Docente "Dr. Juan de la Cruz Martínez Maceira", calle 8, entre 9 y 11, reparto Fomento, Santiago de Cuba, Cuba.