

# Caso Clínico: Carcinoma Papilar Sólido de Mama

Yolanda Elisabeth Vintimilla Pogo<sup>1</sup>, Pablo José Erráez Jaramillo<sup>2</sup>.

1. Unidad de Oncología, Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, IESS. Cuenca – Ecuador.  
2. Jefatura de Unidad Técnica de Anatomía Patológica, Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, IESS. Cuenca – Ecuador.

## CORRESPONDENCIA:

Yolanda Elisabeth Vintimilla Pogo.  
Correo Electrónico: yolandavintimilla@yahoo.com  
Dirección: Rayoloma entre Popayán y Pacto Andino.  
Cuenca, Azuay - Ecuador.  
Código Postal: EC010203  
Teléfono: [593] 7 2861500

Fecha de Recepción: 08-09-2017

Fecha de Aceptación: 20-05-2018

Fecha de Publicación: 31-07-2018

## MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Vintimilla Y, Erráez P. Caso Clínico: Carcinoma Papilar Sólido de Mama. Rev Med HJCA 2018; 10(2): 179 - 183. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2018.10.2.cc.29>

## ARTÍCULO ACCESO ABIERTO



©2018 Vintimilla Y, et al. Licencia Rev Med HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License" (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), la cual permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; mezclar, transformar y crear a partir del material, dando el crédito adecuado al propietario del trabajo original.

El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición del autor.

\*Cada término de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo ha sido verificado por el editor en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) de la edición actualizada a marzo de 2016, el cual incluye los términos MESH, MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepage.htm>).



## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El carcinoma papilar sólido de mama es un subtipo poco frecuente de carcinomas mamarios representando el 1 – 2 % y principalmente en mujeres postmenopáusicas. Su diagnóstico desde el punto de vista clínico, imagenológico y patológico es difícil. El tratamiento no está estandarizado por el bajo porcentaje de casos reportados, actualmente es aceptada la cirugía conservadora, la radioterapia, existiendo controversia en la hormonoterapia y el vaciamiento axilar, pues las metástasis ganglionares ascienden únicamente al 2 %. Su pronóstico es bueno y la complicación más común es la recidiva local.

**CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 80 años, acudió a consulta por presentar una masa a nivel de mama izquierda al realizarse una autoexploración, donde identificó un nódulo de 2 cm aproximadamente.

**EVOLUCIÓN:** Se realizó una mamografía, ecografía mamaria y la citología mamaria que dio como resultado un tumor, inicialmente se consideró como Phyllodes. Tras el diagnóstico se realizó una lumpectomía, y la patología de la pieza quirúrgica fue de un carcinoma papilar sólido, luego recibió radioterapia y vigilancia médica.

**CONCLUSIÓN:** La autoexploración fue un pilar fundamental en el diagnóstico de este caso y alertó a la paciente a buscar valoración médica. Al tratarse de un caso poco frecuente el diagnóstico definitivo fue la patología.

**PALABRAS CLAVE:** NEOPLASIAS DE MAMA, DIAGNÓSTICO, TERAPIA COMBINADA, TRATAMIENTO, CIRUGIA CONSERVADORA DE MAMA.

## ABSTRACT

### Case Report: Breast Papillary Solid Carcinoma

**BACKGROUND:** Solid papillary carcinoma of the breast is a rare subtype of mammary carcinomas corresponding to 1 – 2 % and mainly in postmenopausal women. It is diagnosis from the clinical, imaging and pathological point of view is difficult. The treatment is not standardized due to the low percentage of cases reported, conservative surgery, radiotherapy is currently accepted, and controversy exists in hormone therapy and axillary emptying, as lymph node metastases amount to only 2 %. It is prognosis is good and the most common complication is local recurrence.

**CASE REPORT:** An 80-year-old female patient attended the consultation by presented a mass at the level of the left breast when performing the self-examination, where identified a 2 cm nodule.

**EVOLUTION:** Mammography, mammary ultrasound and mammary cytology outcome in a tumor, was initially considered as Phyllodes. After the diagnosis a lumpectomy was performed, and the pathology of the surgical piece was of a solid papillary carcinoma, then received radiotherapy and surveillance.

**CONCLUSIONS:** Self-examination was a fundamental pillar in the diagnosis of this case and alerts the patient to seek medical assessment. Being a rare case, the definitive diagnosis was pathology.

**KEYWORDS:** BREAST NEOPLASMS; DIAGNOSIS; COMBINED MODALITY THERAPY; MASTECTOMY, SEGMENTAL.

## INTRODUCCIÓN

Los carcinomas papilares que afectan a la glándula mamaria son un grupo heterogéneo y constan de carcinomas papilares sólidos de mama que representan entre el 1 al 2 % a nivel mundial; la presentación según el rango de edad es la sexta y séptima década de la vida, la sintomatología más frecuente es la telorragia de tipo serosanguinolento y el tumor palpable [1 - 5]. Los cánceres papilares según lo propuso Carter se clasifica en formas no invasivas y formas invasivas, en este último grupo se encuentra el carcinoma papilar sólido [6].

El diagnóstico es complejo, la sensibilidad de la mamografía para detectar lesiones papilares es baja del 37.5 %. La sensibilidad de la ecografía de mama es del 83 %, aclarando las lesiones en general y no solo para los cánceres [4, 7]. Otro procedimiento que contribuye al diagnóstico es la citología por punción aspirativa, con sensibilidad variable entre el 40 - 85 % de los casos de carcinoma papilar en general. Otro método también a considerar es la biopsia por Trucut [4 - 7].

Desde el punto de vista patológico, el carcinoma papilar sólido se diferencia por tener receptor de estrógenos positivo, con frecuente diferenciación neuroendocrina y asociado a carcinoma mucinoso, constituida por nódulos celulares expansivos, con presencia de delicados ejes fibrovasculares. Su nombre deriva de la falta del patrón de crecimiento arborescente y lo irregular de sus ejes fibrovasculares [8, 9].

Macroscópicamente se identificó una masa bien delimitada, con una medida que varía entre pocos milímetros a varios centímetros [8]. El color bordea los tonos de rojo o rosa, y por lo general tiene una consistencia un poco más suave que los cánceres de mama convencionales. Aquellos con características mucinosas marcadas pueden mostrar una superficie de corte brillante y mucoso [9].

Microscópicamente el tumor está constituido por múltiples masas celulares bien delimitadas, sólidas, de aspecto ductular, rodeadas por estroma fibroso. Los bordes son expansivos, empujantes, y no exhiben células mioepiteliales. A mayor aumento se aprecia proliferación celular homogénea, monótona, cohesiva, sin una arquitectura francamente papilar o cribiforme, lo que caracteriza la presencia de finos ejes fibrovasculares los que orientan su naturaleza papilar. Las células se organizan en empalizada alrededor de estos ejes, dando una apariencia de pseudorosetas. Las células son pequeñas, poligonales, aunque pueden verse formas fusiformes. Los núcleos varían en forma desde redondo ha alargado, usualmente contiene un nucléolo pequeño, dispersas mitosis, con una media de 4 por 10 campos de gran aumento [7, 10].

Esta lesión puede asociarse a papiloma intraductal benigno, carcinoma ductal infiltrante convencional, así como a características mucinosas y neuroendocrinas, esta última en al menos la mitad de casos [7], identificando un citoplasma granular y un halo perinuclear; esta diferenciación se hace evidente con la inmunotinción de marcadores neuroendocrinos como cromogranina y sinaptofisina [9].

La mucina puede identificarse de forma intracelular con pequeñas gotitas en el citoplasma; formando vacuolas e incluso crear células de anillo de sello. Así como extracelular, la mucina forma piscinas, similar al carcinoma mucinoso [11]. Se considera que el carcinoma papilar sólido es un precursor del carcinoma coloidal de la mama debido a su frecuente asociación con esta última [8].

El inmunoperfil usualmente es de tipo Luminal A, dado por una positividad difusa a los receptores hormonales y negatividad para Her2, con un índice de proliferación ki67 bajo, expresa además citoqueratinas de bajo peso molecular como CK8 y 18 [12].

Clinicamente este tipo de tumor es bien circunscrito, multilobulado, tienen en muchas ocasiones focos de necrosis y hemorragia. El tratamiento no está bien definido, debido al bajo porcentaje de casos reportados [4, 6].

En algunos casos se ha optado por cirugía conservadora sola, en otros se adiciona radioterapia adyuvante, y en otros se procede a mastectomía. Otro punto de controversia es realizar vaciamiento axilar, por ser el porcentaje de metástasis axilares menor del 2 %. El manejo con terapia endocrina adyuvante es algo razonable dadas las características de inmunohistoquímica que presentan estos tumores; la quimioterapia no se ha demostrado que tenga un rol en el cambio de supervivencia libre de enfermedad [1, 5].

La utilización de ganglio centinela en este tipo de cáncer de mama también ha sido considerado en algunos centros, pero no se justifica del todo por el porcentaje de metástasis axilares como se ha mencionado previamente es bajo y el uso de este no debe ser considerado rutinario [13, 14].

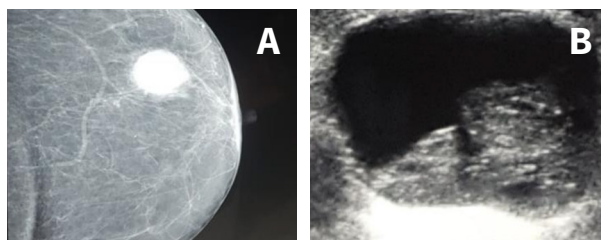
El pronóstico es relativamente bueno, el porcentaje de metástasis y recurrencia es más frecuente después de los cinco años de concluido el tratamiento, en la mayoría de casos es local [1, 5, 6, 13].

## CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 80 años se autodetectó tumor en mama izquierda, al examen físico se detectó un tumor de 2 cm duro, de bordes definidos, no doloroso localizado en cuadrante inferoexterno de mama izquierda. La mamografía reportó imagen nodular densa de bordes definidos, localizada en interlínea de cuadrantes externos de mama izquierda (Imagen 1).

Se realizó citología que reportó un tumor phyllodes benigno. Se programó cirugía y se realizó resección de nódulo mamario, durante el estudio transoperatorio reportó neoplasia a determinar subtipo, pero el límite posterosuperior estuvo en contacto, por lo que se ampliaron márgenes y terminó en una lumpectomía por extensión de la cirugía.

**Imagen 1. A: Mamografía con lesión sólida. B: Ecografía de mama con lesión sólida - quística.**



**Autor:** Pablo José Erráez Jaramillo

**Fuente:** Archivo de laboratorio de Patología Hospital de Especialidades  
José Carrasco Arteaga.

Macroscópicamente el patólogo identificó la lesión tumoral de 2 x 2 cm bien definida, de color rosa - pardo, carnosa, brillante que aparenta estar encapsulada, se encontró en contacto con los bordes superior y posterior de la mama (Imagen 2).

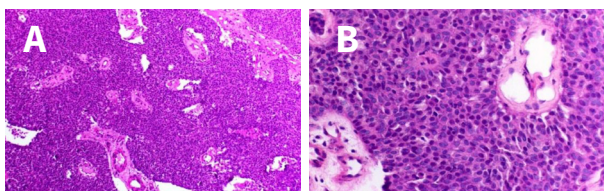
**Imagen 2.** Aspecto macroscópico del tumor. Lesión de 2 cm bien delimitada, color rosa, brillante.



**Autor:** Pablo José Erráez Jaramillo  
**Fuente:** Archivo de laboratorio de patología Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga

Histopatológicamente se observó masas bien definidas, altamente celulares, cercadas por tabiques fibrosos. A mayor aumento se identificó delicados ejes fibrovasculares de los cuales se desprendían células tumorales, formando pseudorosetas. Células de morfología cúbica con núcleos de cromatina grumosa, e hiper cromáticos, con ocasionales mitosis (Imagen 3).

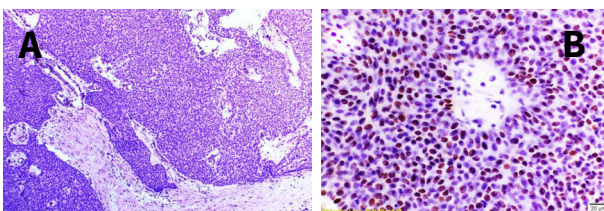
**Imagen 3:** Microscopía: **A:** Múltiples masas altamente celulares, con presencia de tabiques fibrosos. Técnica hematoxilina – Eosina: 10X. **B:** Las células se disponen alrededor de finos ejes fibrovasculares, formando rosetas perivasculares. Técnica Hematoxilina – Eosina 40x.



**Autor:** Pablo José Erráez Jaramillo  
**Fuente:** Archivo de laboratorio de patología Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.

La periferia de las masas celulares mostraba forma empalizada, con ausencia absoluta de células mioepiteliales, valoradas a través de inmunohistoquímica actina de músculo liso y s100 (Imagen 4).

**Imagen 4.** Microscopía Las células tumorales presentaron una positividad difusa para receptores hormonales estrógenos y progesterona, con negatividad para Her2 y un ki67 de 4 % (Imagen 4A 100X y 4B 20X).



**Autor:** Pablo José Erráez Jaramillo  
**Fuente:** Archivo de laboratorio de patología Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.

Las células tumorales presentaron una positividad difusa para receptores hormonales estrógenos y progesterona, con negatividad para Her2 y un ki67 de 4 % (Imagen 4B).

Se valoró además la posibilidad de diferenciación neuroendócrina a través de los marcadores Sinaptofisina, Cromogranina y Enolasa neuronal específica, siendo negativas.

Se realizó el diagnóstico diferencial con hiperplasia ductal y con carcinoma adenoide quístico variante sólida utilizando inmunotinción Citoqueratina 5/6, y CD117, respectivamente, ambos estudios resultaron negativos.

Luego de un exhaustivo análisis del caso se concluyó en un diagnóstico de carcinoma papilar sólido de mama con límites negativos.

## EVOLUCIÓN

La paciente permaneció hospitalizada por un lapso de 24 horas sin presentar ninguna complicación por lo que se la egreso. Luego recibió radioterapia adyuvante 25 grays de acuerdo a recomendaciones internacionales, quedando en vigilancia sin presentar recurrencia durante el primer año de seguimiento.

## DISCUSIÓN

Los carcinomas papilares sólidos de mama constituyen un grupo con porcentajes bajos de presentación a nivel mundial que no sobrepasan el 2 %. El diagnóstico es complejo, siendo más sensible la ecografía frente a la mamografía, la citología está entre las opciones diagnósticas, aunque no siempre brinda un diagnóstico certero, como sucedió con la paciente del presente caso. La extensión del tratamiento quirúrgico no está establecida y puede tratarse con una cirugía conservadora con radioterapia adyuvante que fue el manejo que se escogió para la paciente de este caso; otro punto con cierto nivel de controversia es el realizar vaciamiento axilar, conociendo que el porcentaje de metástasis axilares es menos del 2 %, en algunos centros no la realizan, considerando lo anterior se optó por omitirla en el presente caso. Se sabe que la supervivencia libre de enfermedad al igual que la global es amplia, presentando en algunos casos recurrencia más allá de los 5 años [14].

Se presentan en mujeres postmenopáusicas entre los 60 y 70 años, el caso expuesto se encuentra dentro del rango de edad mencionado [15].

En el presente caso la citología reportó un tumor Phyllodes benigno y se procedió a programar y realizar la resección quirúrgica, en el estudio transoperatorio no fue posible establecer el subtipo dado por el análisis de inmunohistoquímica, una vez realizado se reportó como carcinoma papilar sólido de mama.

Los dos grandes desafíos para el médico patólogo son la diferenciación entre el carcinoma papilar sólido y una hiperplasia ductal usual; la importancia de determinación si el carcinoma constituye una lesión in situ o invasora.

La semejanza con la hiperplasia ductal usual se caracterizan e identifican con el carcinoma son: la tendencia de células a ser solapadas, una mayor monotonía e hiper cromasia que las de la hiperplasia, así como la empalizada perivascular [9].

La hiperplasia además representa una proliferación de células tanto luminales como basales, por esta razón gran cantidad de células tiñen con anticuerpos contra la citoqueratina 5/6. En contraste, el carcinoma tiene características celulares luminales; de tal manera que presentan marcación de citoqueratina 8/18/19, pero no de citoqueratina 5/6 [15]. En el caso que se presenta no se dispone de citoqueratinas para realizar una mejor diferenciación como se recomienda en la literatura internacional.

Estudios demuestran que el perfil genómico del carcinoma mamario papilar sólido es similar al del carcinoma papilar mamario encapsulado y el carcinoma papilar mamario invasivo, con 43 % de mutación PIK3CA y pocas aberraciones de número de copias genéticas relacionadas con sus excelentes resultados [10].

El tratamiento quirúrgico mencionado en la literatura puede ir desde una cirugía conservadora hasta una mastectomía, sin haberse reportado mayor recurrencia en el grupo de cirugía conservadora frente a mastectomía, como esta descrito en la literatura a nivel mundial no existen lineamientos, en el presente caso se optó por una cirugía conservadora debido a las evidencias en casos reportados a nivel mundial como se menciona previamente [1 - 3, 13].

## CONCLUSIONES

Es un tipo de cáncer poco común, se presenta de forma más frecuentemente en pacientes postmenopáusicas. El diagnóstico es difícil tanto desde el punto de vista clínico, radiológico y patológico. En el presente caso se optó por una lumpectomía que es parte del grupo de cirugía conservadora sin vaciamiento axilar y luego se la envió a radioterapia.

El diagnóstico patológico abarca retos, como la distinción entre hiperplasia ductal usual, la determinación de invasión y la identificación de diferenciación mucinosa o neuroendocrina.

El presente caso es poco frecuente y por lo tanto con un manejo no estandarizado por el escaso número de pacientes que presentan un cáncer de mama papilar sólido, se procedió a manejarlo como lo reportado en la literatura mundial.


## RECOMENDACIONES


Tanto el autoexamen de mama mensual como el realizar una mamografía de control a mujeres sobre los 40 años anualmente, ayuda al diagnóstico oportuno, y esto a su vez repercute en un tratamiento menos agresivo para los tumores de mama, consiguiendo realizar más cirugías conservadoras sin afectar la supervivencia.

## CONTRIBUCIÓN DE AUTORES

YV y PE: Realizaron la revisión bibliográfica, y redacción del manuscrito. Contribuyeron con los datos clínicos e histológicos. PE: La iconografía. Los autores, leyeron y aprobaron, la versión final del texto.

## INFORMACIÓN DE AUTORES

- Yolanda Elisabeth Vintimilla Pogo. Doctora en Medicina y Cirugía Universidad de Cuenca. Magister en Gerencia de Salud Para el Desarrollo Local Universidad Técnica Particular de Loja. Master Universitario en Competencia Médicas Avanzadas, Especialidad en Ginecología y Oncología Patología Mamaria Universidad de Barcelona. Especialista en Cirugía Oncológica Universidad del Azuay. Médica Tratante de la Unidad de Cirugía Oncológica. Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7618-7794>.

- Pablo José Erráez Jaramillo. Médico General Universidad Nacional de Loja. Especialista en Anatomía Patológica Universidad Central del Ecuador. Médico Devengante en la Jefatura de Unidad Técnica de Anatomía Patológica. Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8078-3460>.

## ABREVIATURAS

ACDIS: Carcinoma Ductal In Situ; CK: Citoqueratina; EKG: Electrocardiograma; Her2: Receptor Epitelial Humano Tipo 2, S100: Proteína S100.

## RECOLECCIÓN DE DATOS Y MATERIALES

Los datos y materiales del presente estudio fueron obtenidos a través del sistema informático de registro clínico y archivos del servicio de patología.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los autores cuentan con el consentimiento por parte del paciente para la publicación del caso clínico.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a los participantes que brindaron las facilidades para el estudio.

## FINANCIAMIENTO

Este estudio fue autofinanciado.


## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no reportan conflictos de intereses

## CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Vintimilla Y, Erráez P. Caso Clínico: Carcinoma Papilar Sólido de Mama. Rev Med HJCA 2018; 10(2): 179 - 183. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2018.10.2.cc.29>

## PUBLONS

 Contribuye con tu revisión en <https://publons.com/review/2838341/>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cadoo K, McArdle O, O'Shea A, Power C, Hennessy B. Management of Unusual Histological Types Of Breast Cancer. *The Oncologist* [Internet]. 2012 Sep; 17(9): 1135-1145. Published online 2012 Jul 23. DOI: 10.1634/theoncologist.2012-0134
2. Leena J, Kini R, Amber S. Invasive (Solid) Papillary Carcinoma of the Breast: A Report of Two Cases. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* [Internet]. 2013 Jun; 7(6): 1150-1151. Published online 2013 Jun 1. DOI: 10.7860/JCDR/2013/5134.3045
3. Li C, Uribe D, Daling J. Clinical Characteristics of different histologic types of breast cancer. *British Journal of Cancer* [Internet]. 2005; (93):1046-1052. Published online 2005 Sep 20. DOI: 10.1038/sj.bjc.6602787
4. Kumar S, Lau S, Kruper L, Nwoye U, Garberoglio C, Gupta R. Papillary Carcinoma of th Breast: An Overview. *Breast Cancer Res Trea* [Internet]. 2011; 3(122):637-645. Published online 2010 Jun 4. DOI: 10.1007/s10549-010-0961-5
5. Joon Y, Shin H, Jung T. Natural History of Invasive Papillary Breast Carcinoma Followed for 10 Years: A Case Report and Literature Review, Case Reports in Medicine [Internet]. Volume 2017(2017), Article ID 3725391, 4 pages, Published online 2017 Jun 8. DOI: 10.1155/2017/3725391
6. Rocha-Rodríguez M, Álvarez-Alfonso B, Casián-Castellanos G. Carcinoma Papilar reporte de un caso y revisión de la literatura. *Hospital Juárez México*, 2014; 2(81): 126-130.
7. Ingle S, Murdeshwar H, Siddiqui S. Papillary carcinoma of breast: Minireview. *World J Clin Cases* [Internet]. 2016 Jan 16; 4(1):20-24. Published online 2016 Jan 16. DOI: 10.12998/wjcc.v4.i1.20
8. Lakhani S.WHO Classification of Tumours of the Breast. Lyon: IARC. 2012; 108-109.
9. Shin S. A comprehensive guide to core needle biopsies of the breast. Springer. 2016; 208 – 209.
10. Nassar H, Quereshi H, Volkan Adsay N, Visscher D. Clinicopathologic Analysis of Solid Papillary Carcinoma of the Breast and Associated Invasive Carcinoma. *Surgical Pathology*. 2006; 30(4): 501-507.
11. Koerner F. Diagnostics problems in breast pathology. Saunders Elsevier. 2009; 185-201.
12. Guo S, Wang Y, Rohr J, Fan C, Li Q, Li X, et al. Solid papillary carcinoma of the breast: A special entity needs to be distinguished from conventional invasive carcinoma avoiding over-treatment. *The Breast* [Internet]. 2016; (26):67-72. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.breast.2015.12.015>
13. Sareman J, Marlin R. Solid Papillary Carcinoma of the Breast: A Pathologically and Clinically Distinct Breast Tumor. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*: October 2012; 136(10): 1308-1311. DOI: <https://doi.org/10.5858/arpa.2011-0227-RS>
14. Wang Y, Lu S, Graves T, Ouseph M, Resnick M, Yakirevich E. Can Sentinel Lymph Node Biopsy be Spared in Papillary Carcinoma of the Breast? *Clinical Breast Cancer* [Internet]. 2016; 17(2): 127-133. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2016.08.009>
15. Rabban J, Koerner F, Lerwill M. Solid papillary ductal carcinoma in situ versus usual ductal hyperplasia in the breast: a potentially difficult distinction resolved by cytokeratin 5/6. *Human Pathology*. 2006; (37):787 - 793.