

Lesiones papilares de la mama. Presentación de una serie y revisión del tema

Papillary lesions of the mamma. Presentation of a series and review on the theme

AUTORES

Dr. José María González Ortega. (1)

Dr. Mario Michel Gómez Hernández. (2)

E-mail: filialcolon@infomed.sld.cu

Dra. Zoraida Caridad López Cuevas. (3)

Dr. Mario Miguel Morales Wong. (2)

Dr. Rolando González Folch. (4)

(1) Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Asistente. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Hospital Universitario "Dr. Mario Muñoz Monroy". Colón, Matanzas.

(2) Especialistas de I Grado en Cirugía General. Hospital Universitario "Dr. Mario Muñoz Monroy". Colón, Matanzas.

(3) Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesora Instructora. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Hospital Universitario "Dr. Mario Muñoz Monroy". Colón, Matanzas.

(4) Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Asistente. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Hospital Universitario "Dr. Mario Muñoz Monroy". Colón, Matanzas.

RESUMEN

Las lesiones papilares de la mama representan un grupo heterogéneo de tumores que crecen en el interior de los conductos galactóforos y que varían desde lesiones benignas como los Papilomas Ductales Benignos hasta entidades malignas. Se realizó un estudio retrospectivo, de corte transversal, sobre las lesiones papilares de la mama, en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario "Dr. Mario Muñoz Monroy" del municipio de Colón, provincia de Matanzas, en el período comprendido entre enero de 1980 y diciembre de 2005 (26 años), encontrando 36 "lesiones papilares mamarias", identificando en ellas a 18 casos con Papilomas Intracanaliculares Benignos de la Mama, 4 Carcinomas Ductales In Situ Papilares y 14 Carcinomas Papilares Invasivos. Encontramos que los Papilomas Intracanaliculares Benignos de la mama tuvieron una incidencia del 0.56 % entre toda la patología quirúrgica de la mama, teniendo las neoplasias papilares malignas una incidencia del 3.3 % entre las neoplasias malignas mamarias operadas (18/530). La edad promedio de aparición de los Papilomas Intracanaliculares fue de 49 años, mientras que en las lesiones papilares malignas fue de 55 años. El 100 % de los Papilomas Intracanaliculares se presentaron por una Telorragia, mientras que las lesiones malignas papilares la gran mayoría se manifestó por una tumoración palpable. Con relación al tratamiento para las afecciones benignas es suficiente la resección en bloque que comprende el conducto afectado, para las lesiones malignas las modalidades van desde la cirugía preservadora de la mama hasta la Mastectomía Radical Modificada de Mérola-Patey.

DeCS:

NEOPLASIAS DE LA MAMA/diagnóstico

NEOPLASIAS DE LA MAMA/patología

NEOPLASIAS DE LA MAMA/cirugía

PAPILOMA/patología

PAPILOMA INTRADUCTAL/patología

EXCISIÓN DEL NÓDULO LINFÁTICO/métodos

BIOPSIA CON AGUJA/métodos

BIOPSIA CON AGUJA/contraindicaciones

HUMANOS

FEMENINO

ADULTO

INTRODUCCIÓN

Las lesiones papilares de la mama representan un grupo heterogéneo de tumores que crecen en el interior de los conductos galactóforos y que varían desde lesiones benignas como los papilomas ductales benignos, hasta entidades malignas como el carcinoma papilar invasivo, incluyendo muchas formas intermedias como los papilomas múltiples y los carcinomas ductales in situ papilares.

Los papilomas intracanaliculares son tumores benignos constituidos por excrecencias epiteliales arborescentes, que se desarrollan en el interior de los conductos galactóforos. Microscópicamente se observa que están constituidos por un delicado eje conectivo, muy ramificado, portador de vasos muy frágiles, recubiertos por tejido cilíndrico aplanado, dispuesto en una o dos capas (Foto No.1).

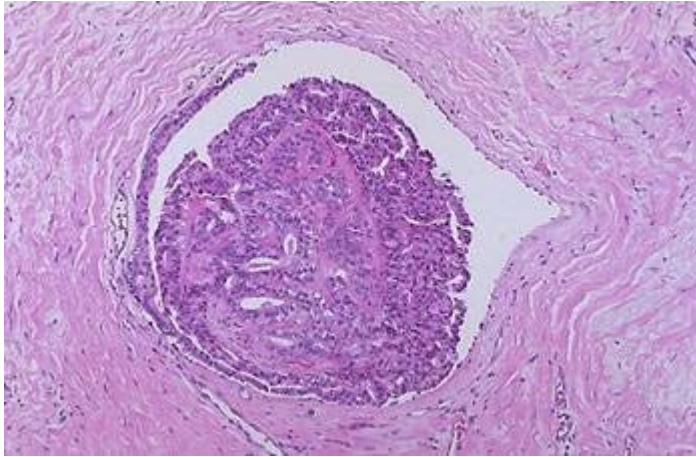


Foto No.1

Papiloma intracanalicular. Son evidentes las excrecencias epiteliales arborescentes dentro de los conductos galactóforos.

Los papilomas ductales benignos pueden aparecer en cualquiera edad, pero lo hacen fundamentalmente en las extremas de la vida, entre los 15 y los 20 años y después de los 80, teniendo un alza en el rango de 45-50 años. El síntoma más importante es la descarga de una secreción sanguinolenta, rara vez sangre pura y en este caso habría que sospechar una transformación maligna. El antecedente característico es el hallazgo inicial de una mancha de sangre o serosanguinolenta en la ropa íntima o de dormir y cuando se manipula el seno el líquido se exterioriza fácilmente. La telorrea suele ser unilateral, espontánea y a través de un solo conducto, pudiendo estar asociada con una masa retroareolar en mujeres preferiblemente menores de 50 años (Foto No. 2).



Foto No. 2
Secreción sanguinolenta a través del pezón. Telorragia típica del papiloma intracanalicular.

Al examen físico de la mama puede apreciarse a veces debajo de la areola y junto al pezón una tumoración pequeña, blanda e indolora, que al presionarla hace brotar por el mismo la secreción señalada. Las 3/4 partes de los papilomas ductales benignos se localizan en el sistema canalicular del tercio central de la mama y la cuarta parte restante se halla en zonas más periféricas.

Los papilomas pequeños de varios milímetros de diámetro suelen ocasionar telorragias importantes por el pezón y los de mayor tamaño producen obstrucción de los conductos provocando abultamientos palpables de consistencia blanda.

Entre los procedimientos de investigación empleados para el diagnóstico de los papilomas ductales benignos se encuentran el examen citológico de la secreción expulsada por el pezón, la mamografía donde podría observarse un segmento retroareolar de mayor densidad. De existir una masa retroareolar el ultrasonido diagnóstico pudiera aportar las características ecográficas de la misma. Y, por último, la galactografía, que a pesar de ser una técnica muy molesta, es la que con mayor exactitud nos ayuda a realizar el diagnóstico de esta rara enfermedad.

No es conveniente realizar la confirmación a través de la biopsia por congelación por la dificultad en la interpretación de los tumores papilíferos. Resultan preferibles los cortes incluidos en parafina que brindan mayor certeza.

Si se abre el conducto a lo largo de la lesión, en su trayecto, puede identificarse el papiloma como una masa viable con aspecto de coliflor, que se extiende a través del conducto. En la actualidad no existe un consenso en la clasificación histológica de los Carcinomas Ductales in Situ (CDIS). Pero académicamente los diferentes tipos se han clasificado atendiendo a su arquitectura en: comedo, sólido, cribiforme y papilar. Es precisamente esta última variedad la que forma parte de las lesiones papilares de la mama que nos ocupa. Es evidente que hay un grupo de CDIS que se presentan como lesiones grandes, con microcalcificaciones groseras, lineales o ramificadas, que histológicamente suelen corresponder a las formas comedo o pobremente diferenciadas de las distintas clasificaciones. En este grupo es más frecuente la presencia de microinfiltración y la posibilidad de recidivas tras la cirugía conservadora de la mama.

En el otro extremo se encuentran tumores con un patrón de microcalcificaciones granulares, a veces en múltiples pequeños grupos, difíciles de observar si no se usan técnicas de magnificación, cuyo sustrato histológico suele ser un CDIS de arquitectura micropapilar o cribiforme de bajo grado nuclear y sin necrosis (Foto No. 3).

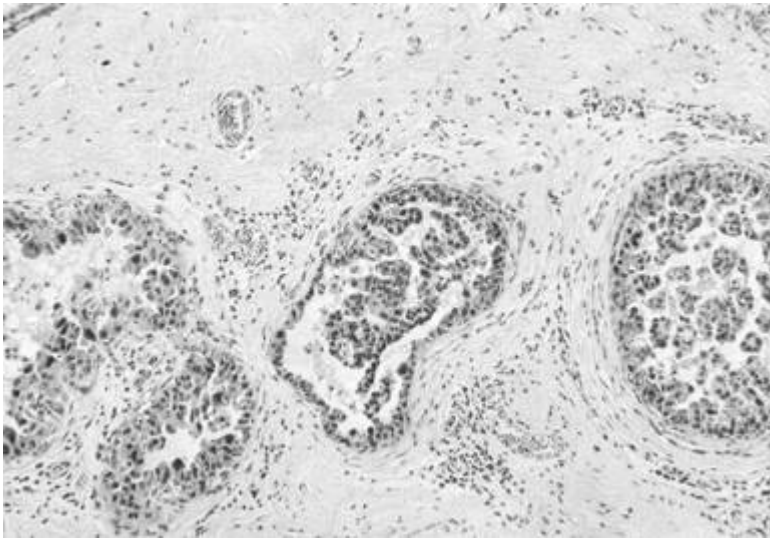


Foto No. 3
Aspecto histológico de un Carcinoma Ductal in Situ tipo Papilar.

Los carcinomas papilares invasivos son raros, representando solamente el 1 % aproximado de todos los carcinomas mamarios. Pocas publicaciones aparecen acerca del comportamiento de esta variedad de carcinomas. Los carcinomas papilares infiltrantes en su conjunto son tumores bien circunscritos. Cuando son sólidos tienen un aspecto multilobulado y están compuestos de tejido glandular, suave, friable, con focos de necrosis y hemorragia. Cuando son quísticos pueden ser sencillos o multiloculares y la luz del quiste característicamente contiene tejido necrótico o líquido hemorrágico. La lesión intraquística puede ser uni o multifocal y estar contigua al quiste por una base ancha. Las dimensiones pueden variar, pudiendo llegar a exceder los 10 milímetros.

Microscópicamente, este tumor exhibe una disposición papilar y ocasionalmente puede ser diferenciado de un papiloma ductal benigno con bastante dificultad. Los focos de invasión estromal generalmente establecen el diagnóstico de carcinoma papilar invasivo (Foto No. 4).

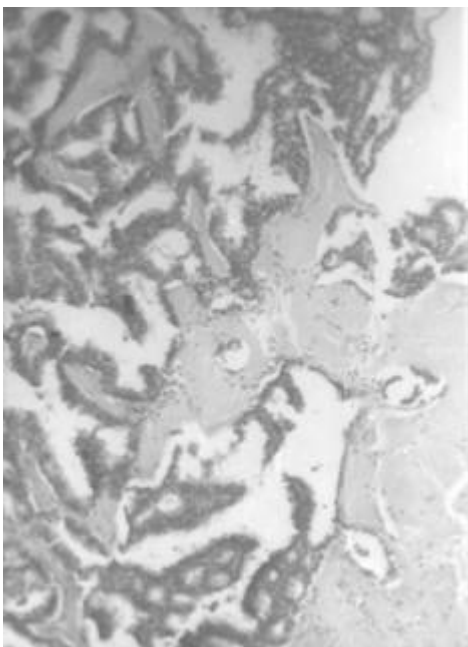


Foto No.4
Carcinoma Papilar Invasivo. Existen focos de invasión estromal.

Unos pocos estudios señalan la presencia de alteraciones genéticas específicas en esta variedad de carcinoma mamario, señalando un compromiso del cromosoma 16 con mutaciones del mismo en las primeras fases de la tumorigénesis del carcinoma papilar, es decir, la transformación maligna de los papilomas de la mama. (1)

MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo, de corte transversal, sobre las lesiones papilares de la mama, en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario "Dr. Mario Muñoz Monroy" del municipio de Colón, provincia de Matanzas, Cuba. Se llevó a cabo una revisión retrospectiva de toda la patología quirúrgica de la mama operada en nuestro centro durante el período comprendido entre enero de 1980 y diciembre de 2005 (26 años). En este período se practicaron un total de 3249 intervenciones quirúrgicas por patologías tumorales de la mama. De este universo se encontró un total de 36 "lesiones papilares mamarias", identificando en ellas a 18 casos con Papilomas Intracanaliculares Benignos de la Mama, 4 Carcinomas Ductales In Situ Papilares y 14 Carcinomas Papilares Invasivos. El propósito fundamental de este trabajo es hacer la presentación de una serie de lesiones papilares de la mama y una revisión de la literatura mundial sobre el tema.

El procesamiento de la información se realizó mediante una Microcomputadora Pentium IV utilizando del paquete de Microsoft Office®'2003, el software Microsoft Word® en un ambiente de Windows XP®. Los resultados se presentan en tablas y fotos para su mejor comprensión. Se utiliza el método estadístico porcentual.

RESULTADOS

En la Tabla No. 1 relacionamos toda la patología mamaria operada durante 26 años (1980-2005) en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario "Dr. Mario Muñoz Monroy" de Colón, provincia Matanzas, Cuba.

Tabla No.1

Distribución de las afecciones mamarias operadas. Hospital Universitario "Dr. Mario Muñoz Monroy". (1980-2005)

<i>Afecciones Mamarias</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Por ciento</i>
Condición Fibroquística	1392	42. 84
Fibroadenomas	1050	32. 32
Neoplasias malignas:	530	16.31
• No Papilares:	512	
• Papilares:	18	
Otras neoplasias benignas	106	3. 26
Estados inflamatorios	77	2. 37
Necrosis grasa de la mama	32	0.99
Papilomas Intracanaliculares	18	0. 56
Otras afecciones	44	1.35
Total	3249	100. 0

Como podemos observar en la Tabla No.1 los papilomas intracanaliculares no representan una lesión común de la mama (0.56 %). El 100 % en nuestros casos acudieron a consulta por aquejar descargas de secreción sanguinolenta por el pezón. La edad promedio de aparición de los papilomas intracanaliculares fue de 49 años, oscilando entre 39 y 73 años. En ocho pacientes se presentó en la mama izquierda y en seis en la mama derecha. No hubo ningún caso bilateral.

No tuvimos ningún caso de papiloma múltiple, la papilomatosis intracanalicular florida fue observada en el 2,7 % de los enfermos. El tratamiento quirúrgico de estas lesiones benignas consistió en su exéresis con inclusión del conducto.

Referente a las lesiones papilares malignas, de los 18 casos que reportamos (17 del sexo femenino y 1 del sexo masculino), 4 de ellos correspondieron a carcinomas ductales in situ de tipo papilar, siendo dos de ellos de la variedad papilar pura y los dos restantes del tipo mixto por tener una estirpe entremezclada con la variedad cribiforme. La edad promedio de estos pacientes con carcinomas ductales in situ de tipo papilar fue de 51 años, con rangos entre 22 y 77 años, ninguno fue bilateral.

Con relación a los carcinomas papilares invasivos de la mama presentamos un total de 14 casos, con una incidencia entre todos los cánceres mamarios operados durante ese período del 2.6 % (14/530). La edad media fue de 58 años (oscilaciones entre 22 a 90 años) y siendo el tamaño tumoral variable entre 1 a 10 cm (dimensión promedio de 4.7 cm).

El tratamiento empleado en las lesiones papilares malignas correspondió según su estadiamiento a: tratamiento neoadyuvante, en los casos que lo requirieron, y cirugía

posterior y cirugía más tratamiento adyuvante en la mayoría de los casos. En 12 pacientes se realizó una mastectomía radical modificada con disección ganglionar axilar, resultando negativos de metástasis las adenopatías extirpadas en todos los pacientes, en 5 enfermos se realizó una mastectomía total y en el último caso una tumorectomía.

Un solo paciente (7.1 %) falleció a consecuencia de la enfermedad, debido a metástasis a distancia y correspondió con uno de los casos reportados como carcinoma ductal in situ papilar, los otros seis fallecidos fueron consecuencia de otras causas. El 50 % de los pacientes se mantienen vivos en la actualidad y bajo control de su enfermedad.

DISCUSIÓN

Las lesiones papilares de la mama, sobre todo los papilomas intracanaliculares, constituyen la causa más común de telorragia en las mujeres, éstas comprenden tal vez el 75 % de todas las lesiones que producen secreción importante por el pezón, de tipo seroso o sanguinolento, tal y como se evidenció en nuestros casos en que el 100 % de los papilomas intracanaliculares se presentaron con descargas por el pezón.

Es muy rara la presentación de los papilomas múltiples, tal y como se evidenció en nuestra serie. Se diferencia de la papilomatosis intracanalicular florida en que es una proliferación epitelial benigna que surge en conductos finos, siendo su presentación más frecuente (2.76 % en nuestra serie).

Existen muchos planteamientos que relacionan el surgimiento del carcinoma papilar a partir del propio papiloma múltiple. Es por esa razón que se considera un factor de riesgo la presencia de un papiloma múltiple, siendo considerado como una lesión premaligna de la mama.

Hoy en día puede realizarse con bastante exactitud la distinción entre el papiloma intracanalicular benigno y el carcinoma intraductal in situ papilar a través de las técnicas inmunohistoquímicas de citoqueratinas (CK) tal y como demostró Tan y colaboradores. (2)

De igual modo Hill de Texas demostró a través de inmunotinciones con P63 que existe un espectro de progresión de un carcinoma ductal in situ papilar a una enfermedad papilar invasiva, lo que ayuda a explicar el surgimiento de metástasis a distancia en uno de nuestros casos de carcinoma ductal in situ papilar (3). Cuando se hace una revisión de la literatura mundial se observan cada día más trabajos presentados donde se aplican métodos histoquímicos variados con la finalidad de establecer individualidades en el amplio espectro de las lesiones papilares de la mama. (4, 5)

Además de las tinciones inmunohistoquímicas, podemos apreciar el papel de la Biopsia Aspirativa con Aguja Fina (BAAF) para distinguir entre lesiones papilares benignas y malignas de la mama (6). Hay autores como Agoff de Seattle, USA, que plantea que todas las lesiones diagnosticadas por aguja requirieron de una biopsia por excisión, ya que, según los resultados, existe un elevado promedio de neoplasias malignas asociadas a los papilomas con hiperplasia ductal atípica que pasan inadvertidas en la BAAF. (7)

Entre los 18 carcinomas papilares invasivos que se presentan en nuestro trabajo, 17 corresponden a mujeres y el otro restante a un hombre de 82 años de edad, el cual se presentó con una tumoración retroareolar izquierda. Se le realizó una mastectomía radical modificada de Mérola-Patey, a pesar de que en nuestra serie encontramos un solo hombre afectado, el carcinoma papilar es una variante histológica de carcinoma mamario que es más frecuentemente observada en hombres que mujeres, mostrando las mismas características histológicas en ambos sexos. Generalmente es de bajo grado de malignidad y de curso favorable (8). En nuestra serie observamos una incidencia del 3.3 % de lesiones papilares malignas (18/530) entre toda la patología maligna de la mama operada. Se describe en la literatura mundial con relativa frecuencia casos de carcinomas papilares intraquísticos en los cuales aspiraciones con aguja fina del líquido revelan muchas células malignas (9). La edad media de presentación de nuestros casos con carcinomas papilares invasivos fue de 58 años (rango entre 22 y 90 años), muy semejante a la de 57 años (rango de 25 a 89 años) reportado por Pettinato y cols. de Nápoles, Italia (10). Zekioglu de Turquía (11) y Jaffer de Nueva York (12) plantean edades medias mucho más bajas (52 años), pero con un rango que va de los 33 a los 78 años de edad. El tamaño de las tumoraciones fue relativamente grande (tamaño medio de 4.7 cm), muy por encima de los 2.8 cm reportado por Pettinato (10) y de los 2.7 cm de Zekioglu y cols. (11)

Con relación al proceder quirúrgico empleado en nuestra serie de lesiones papilares malignas, coincide con el manejo que por lo general la literatura reporta para este tipo de lesión.

Entre los predictores histológicos de malignidad en las lesiones papilares de la mama se

encuentran la monotonía celular, la ausencia de células mioepiteliales y la atipia citológica. (13)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tan PH, Aw MY, Yip G, Bay BH, Sii LH, Murugaya S. Cytokeratins in papillary lesions of the breast: is there a role in distinguishing intraductal papilloma from papillary ductal carcinoma in situ? *Am J Surg Pathol.* 2005 May; 29(5):625-32.
2. Di Cristofano C, Mrad K, Zavaglia K, Bertacca G, Aretini P, Cipollini G. Papillary lesions of the breast: a molecular progression? *Breast Cancer Res Treat.* 2005 Mar; 90(1):71-6.
3. Hill CB, Yeh IT. Myoepithelial cell staining patterns of papillary breast lesions: from intraductal papillomas to invasive papillary carcinomas. *Am J Clin Pathol.* 2005 Jan; 123(1):36-44.
4. Kuroda N, Sugimoto T, Takahashi T, Moriki T, Toi M, Miyazaki E, et al. Invasive micropapillary carcinoma of the breast: an immunohistochemical study of neoplastic and stromal cells. *Int J Surg Pathol.* 2005 Jan; 13(1):51-5.
5. Zhang C, Zhang P, Hao J, Quddus MR, Steinhoff MM, Sung CJ. High nuclear grade, frequent mitotic activity, cyclin D1 and p53 overexpression are associated with stromal invasion in mammary intracystic papillary carcinoma. *Breast J.* 2005 ; 11(1):2-8.
6. Carder PJ, Garvican J, Haigh I, Liston JC. Needle core biopsy can reliably distinguish between benign and malignant papillary lesions of the breast. *Histopathology.* 2005; 46(3):320-7.
7. Agoff SN, Lawton TJ. Papillary lesions of the breast with and without atypical ductal hyperplasia: can we accurately predict benign behavior from core needle biopsy? *Am J Clin Pathol.* 2004; 122(3):440-3.
8. Zeppa P, Mascolo M, Zabatta A, Finelli L, Vetrani A, Palombini L. Aggressive papillary male breast carcinoma on fine-needle cytology sample. *Diagn Cytopathol.* 2003; 29(6):360-3.
9. Kihara M, Mori N, Yamauchi A, Yokomise H. A case of intracystic papillary carcinoma with a multilocular cyst of the breast in male. *Breast Cancer.* 2004; 11(4):409-12.
10. Pettinato G, Manivel CJ, Panico L, Sparano L, Petrella G. Invasive micropapillary carcinoma of the breast: clinicopathologic study of 62 cases of a poorly recognized variant with highly aggressive behavior. *Am J Clin Pathol.* 2004; 121(6):857-66.
11. Zekioglu O, Erhan Y, Ciris M, Bayramoglu H, Ozdemir N. Invasive micropapillary carcinoma of the breast: high incidence of lymph node metastasis with extranodal extension and its immunohistochemical profile compared with invasive ductal carcinoma. *Histopathology.* 2004; 44(1):18-23.
12. Jaffer S, Chen X, Lee L, Bleiweiss IJ. Pleomorphic solid and cystic papillary carcinoma of the breast: two cases occurring in young women. *Ann Diagn Pathol.* 2004 Jun; 8(3):126-9.
13. Ivan D, Selinko V, Sahin AA, Sneige N, Middleton LP. Accuracy of core needle biopsy diagnosis in assessing papillary breast lesions: histologic predictors of malignancy. *Mod Pathol.* 2004; 17(2):165-71.

SUMMARY

The papillary lesions of the mamma are a group of heterogeneous tumors growing inside lactiferous ducts, varying from benign lesions as the benign ductal papillomas, to malign entities. We made a transversal, retrospective study on the papillary lesions of the mamma in the General Surgery Service of the University Hospital "Dr Mario Muñoz Monroy", of the municipality of Colon, in the province of Matanzas, during the period from January 1980 to December 2005 (26 years), finding 36 papillary lesions of the mamma; 18 of them were identified as benign intracanal papillomas, 4 as in situ papillary ductal carcinomas and 14 as invasive papillary carcinomas. We found that benign intracanal papillomas of the mamma had an incidence of 0.56 % of all the mamma's surgical pathologies, having malign papillary neoplasias an incidence of 3.3 % among the operated mammary malign neoplasias (188/530). The average age when intracanal papillomas appear was 49 years old, while malign papillary lesions appear at the age of 55. 100 % of the intracanal papillomas began by a hemorrhagic secretion through the nipple (telorragia), while most of the malign papillary lesions were discovered as a palpable tumor. In relation with the treatment, a block resection including the affected conduct is enough for the benign affections; for the malign lesions, the modalities cover from a surgery preserving the mamma to a Merola- Patey's Modified Radical Mastectomy.

MeSH:

BREAST NEOPLASMS/diagnosis
BREAST NEOPLASMS /pathology
BREAST NEOPLASMS /surgery
PAPILLOMA/pathology
PAPILLOMA, INTRADUCTAL/pathology
LYMPH NODE EXCISION/methods
BIOPSY, NEEDLE/methods
BIOPSY, NEEDLE/contraindications
HUMAN
FEMALE
ADULT

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

González Ortega JM, Gómez Hernández MM, López Cuevas ZC, Morales Wong MM, González Folch R. Lesiones papilares de la mama. Presentación de una serie y revisión del tema. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2008; 30(1). Disponible en URL:<http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol1%202008/tema09.htm>[consulta: fecha de acceso]