

Carcinosarcoma de mama: a propósito de un caso

S. Planas
M. Vernet
S. Pérsico
N. Baixeras¹
F. Alameda¹
R. Carreras

Servicio de Obstetricia y Ginecología
¹Servicio de Anatomía Patológica
Hospital del Mar UAB. Barcelona

Introducción

El carcinosarcoma es una forma de tumor mamario muy poco frecuente, representando alrededor del 0.2% de todas las neoplasias mamarias malignas¹. Presentamos un caso de carcinosarcoma de mama en una paciente de 70 años y revisamos a continuación la literatura más relevante publicada sobre este tipo de neoplasia.

Caso clínico

Paciente de 70 años que acude a urgencias por tumoración dolorosa en mama derecha, que ella refiere de 5 días de evolución. En su familia no existen antecedentes de cáncer de mama ni otras patologías de interés. En los antecedentes ginecológicos destaca menarquia a los 12 años, tipo menstrual 4/28, paridad 2002, menopausia a los 45 años. No había presentado nunca metrorragia postmenopáusica y refiere nunca haber realizado revisiones ginecológicas. En los antecedentes médicos destaca enolismo moderado, exéresis carcinoma basocelular en fascias a los 50 años, hepatopatía crónica no filiada, diabetes mellitus tipo II en tratamiento con hipoglicemiantes orales, hipertensión arterial en tratamiento médico, esquizofrenia paranoide controlada estable y obesidad.

Al realizar la exploración física general se evidencia una paciente agitada, taquipneica, febricular, cuya auscultación cardiorrespiratoria resulta normal. En la inspección de ambas mamas se observa a nivel de unión de cuadrantes

inferiores de mama derecha una tumoración de 4.5 cm de diámetro de aspecto necrótico, con la piel ulcerada y en la que asoma tejido de aspecto cerebroide, con secreción seropurulenta y signos flogóticos alrededor de la tumoración. No se palpan adenopatías axilares ni supraclaviculares. Se decide ingreso de la paciente y se inicia antibioterapia parenteral, cediendo la febrícula y los signos flogóticos en la tumoración. Se solicita mamografía una vez resuelto el cuadro agudo, la cual describe en unión de cuadrantes inferiores y a nivel del surco inframamario de mama derecha imagen densa de aproximadamente 5 cm de diámetro, de contornos desflecados, altamente sospechosa de malignidad. Se cursa biopsia de la tumoración que informa de carcinoma con metaplasia sarcomatosa, receptores hormonales negativos, p53 +++ en el 50% de las células tumorales, CEB2+. Se cursa estudio de extensión (analítica con perfil hepático y marcadores, radiografía de tórax frente y perfil, ecografía hepática y gamma-grafía ósea) no evidenciando enfermedad metastásica. Se decide en Comité de Patología Mamaria proceder a mastectomía radical modificada tipo Madden, pero problemas anestésicos durante la intervención obligan a abreviar ésta procediendo finalmente a mastectomía simple.

La anatomía patológica de la pieza quirúrgica confirma el diagnóstico de carcinosarcoma de 45x30 mm, márgenes de resección libres, extensa necrosis grasa con abscesificación y fistulización. Se practica posteriormente radioterapia sobre la pared torácica. En los controles a los 6 meses y al año la paciente se halla libre de enfermedad.

Correspondencia:
S. Planas
Servicio de Obstetricia y Ginecología
Hospital del Mar
Passeig Marítim, 25-29
08003 Barcelona

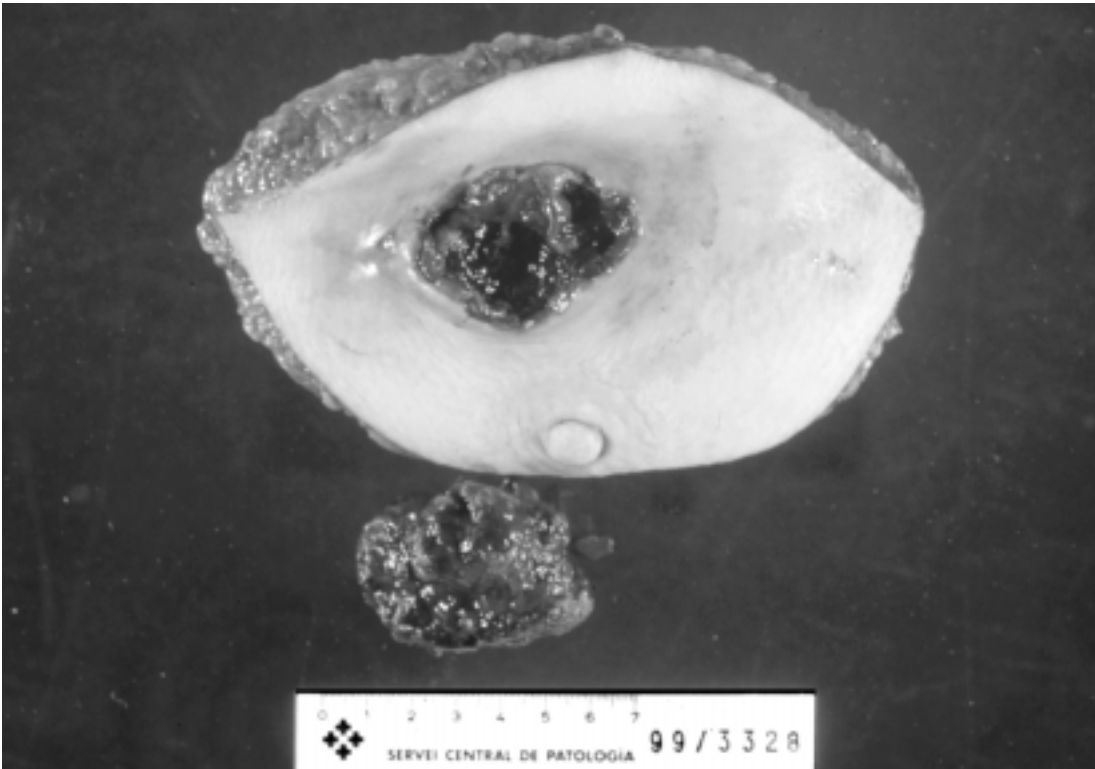


Figura 1.
Pieza de mastectomía
derecha

Discusión

El término de carcinosarcoma de mama se ha aplicado de forma genérica para referirse a neoplasias en las que coexisten un componente epitelial maligno (carcinoma) con un componente estromal maligno (sarcoma) y se clasifica dentro de la variedad de carcinoma metaplásico². Con el objetivo de definir el carcinosarcoma como entidad y diferenciarlo de otras formas de carcinoma metaplásico, en 1983 el AFIP (Armed Forces Institute of Pathology, Washington DC)³ realizó una revisión de este tipo de neoplasias, clasificando como carcinosarcomas las neoplasias en las que el carcinoma intraductal o infiltrante está contiguo o entremezclado con un estroma sarcomatoso de *spindle cell*. El componente de *spindle cell* debe representar más del 50% de la neoplasia y consiste en células bipolares pleomórficas o en una población celular polimorfa, con atipia nuclear y alta actividad mitótica. Algunos autores, como Oberman et al.⁴, mantienen que el término de carcinosarcoma sólo es aplicable si no se evi-

dencia la transición entre los dos componentes (epitelial y mesenquimal).

La histogénesis del carcinosarcoma de mama es controvertida, específicamente respecto a la clonalidad y al origen celular⁵; de todas formas, los estudios moleculares⁶ y citogenéticos⁷ concluyen que los carcinosarcomas son carcinomas metaplásicos que derivan de una sola célula totipotencial con diferenciación bifásica.

Clínicamente estos tumores suelen presentarse como nódulos únicos, blandos y friables, tal como aparecía en nuestra paciente. Con frecuencia su superficie es grisácea o rosa, como consecuencia de fenómenos necróticos y hemorrágicos¹. El diagnóstico definitivo es por estudio anatomopatológico, aunque el estudio citológico ya nos puede sugerir que nos hallamos ante un carcinoma metaplásico: los hallazgos que lo sugieren incluyen un aspirado líquido con componente proteináceo o condromixoide y una pobre diferenciación tumoral con células gigantes multinucleadas neoplásicas o histiocíticas^{8,9}. El

Figura 2.
Tinción de hematoxilina -
eosina, aumento x 20.
Obsérvense los
componentes
carcinomatoso
y sarcomatoso

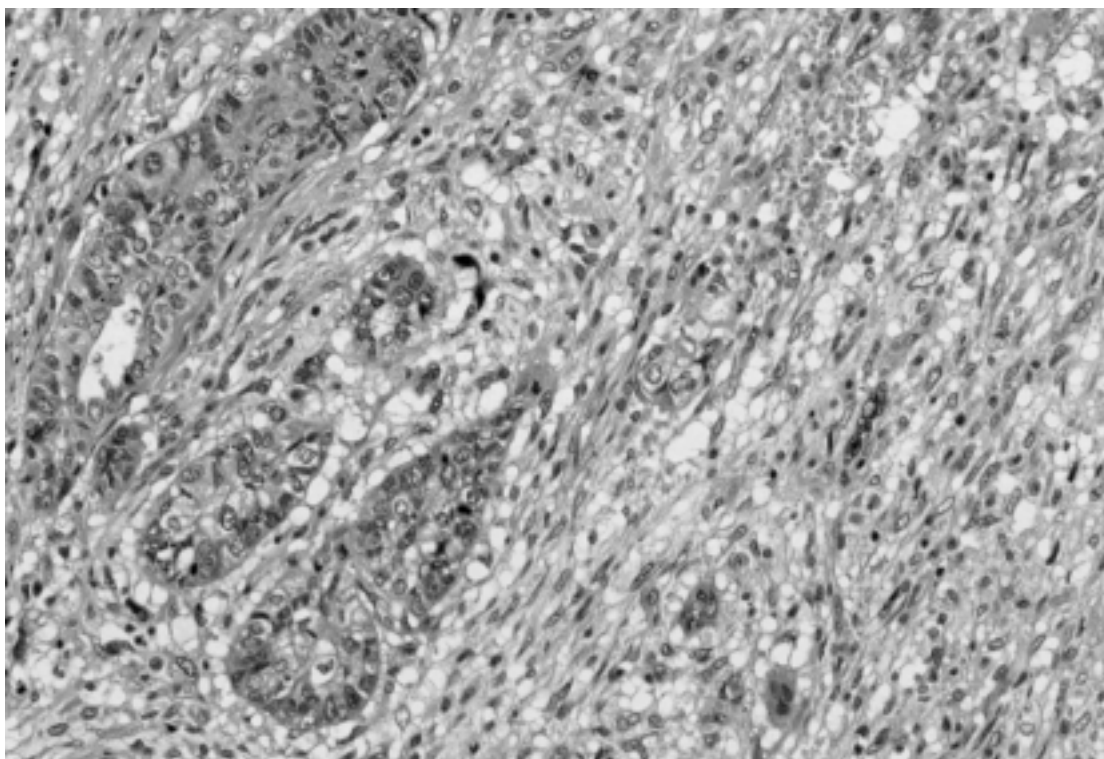
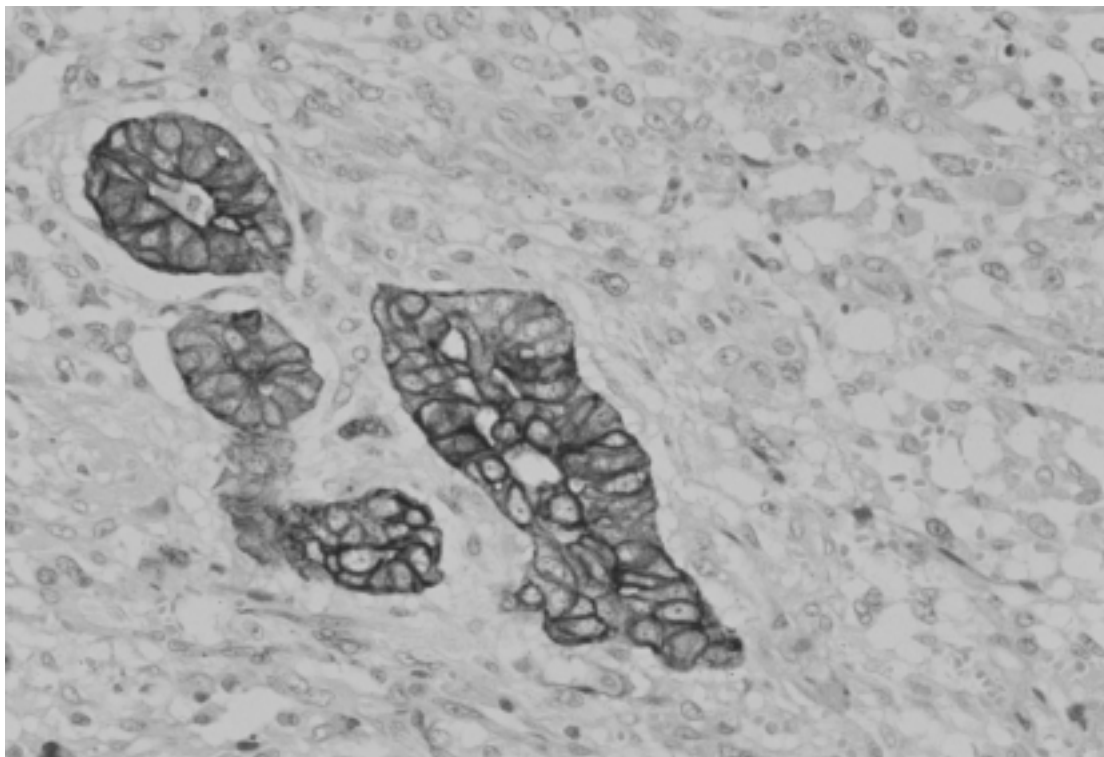
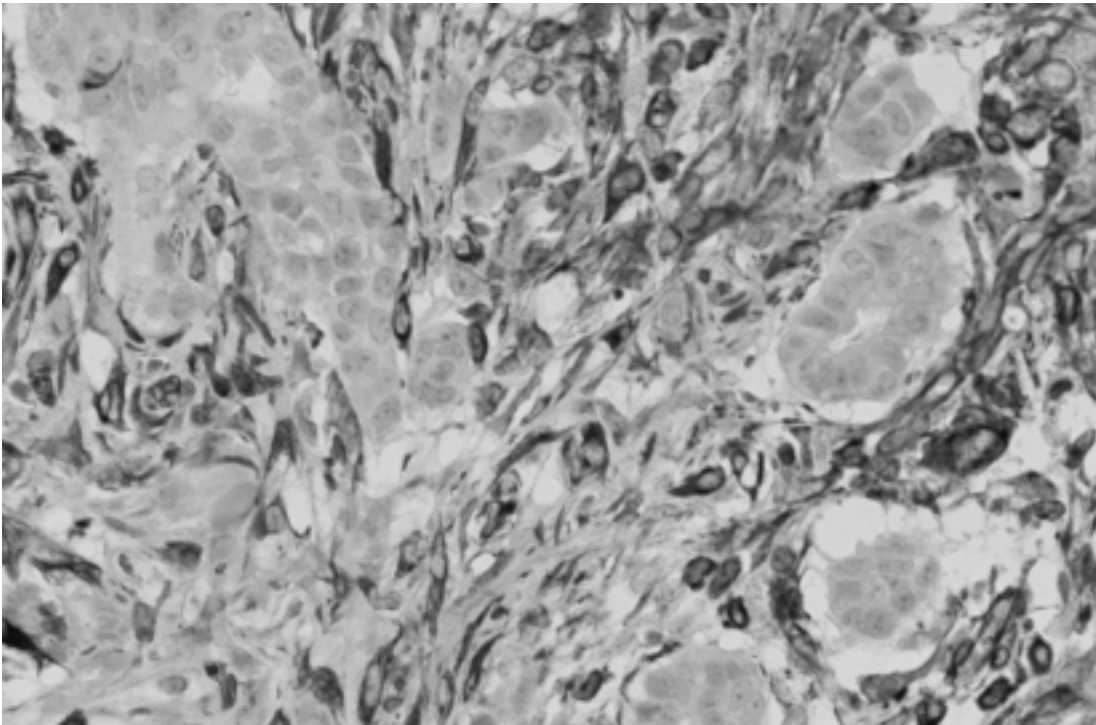


Figura 3.
Tinción de
inmunohistoquímica
con anticuerpo
anticitoqueratina de bajo
peso molecular CAM 5.2,
aumento x 20.
El anticuerpo evidencia
el componente epitelial





*Figura 4.
Tinción de
inmunohistoquímica
con anticuerpo
antivimentina,
aumento x 20.
El anticuerpo evidencia
el componente
mesenquimal*

diagnóstico definitivo requiere la presencia de ambos componentes carcinomatoso y metaplásico en la biopsia (escamoso/mesenquimatoso)².

En 1989, Wargotz et al revisaron una serie de 70 carcinosarcomas, hallando una supervivencia global a los 5 años del 49% (respectivamente 100%, 63% y 35% para los estadios I, II y III), considerándolo peor que para otras formas de carcinoma metaplásico¹. El tamaño del tumor y los márgenes microscópicos del tumor son factores pronósticos importantes¹. La actitud terapéutica es la misma que para otras formas de neoplasia mamaria indicando radioterapia, quimioterapia neoadyuvante y adyuvante en función del estadio. En nuestro caso, el precario estado en que se hallaba la paciente limitaron las posibilidades terapéuticas.

Conclusión

El carcinosarcoma de mama es una forma rara de tumor mamario (0.2%) que se incluye dentro

de los tumores metaplásicos de mama. Macroscópicamente presenta características cerebroides y aspecto friable, remedando los sarcomas. El estudio citológico puede dar alguna pista sobre el diagnóstico aunque el diagnóstico definitivo debe hacerse identificando el componente epitelial (carcinoma) y mesenquimal (sarcoma) en el estudio anatomopatológico. El origen de ambas células parece ser una clona común doblemente diferenciada. A falta de más experiencia sobre este tipo de tumores, el tratamiento se realizará según el estadiaje inicial de la paciente aunque el pronóstico puede ser peor que en otros tipos anatomopatológicos de cáncer de mama.

Bibliografía

1. Wargotz ES, Norris HJ. Metaplastic carcinomas of the breast: Carcinosarcoma. *Cancer* 1989; 64:1490-9.
2. Rosen PP. Carcinoma with metaplasia. In: *Rosen's Breast Pathology*. Lippincott-Raven publishers, Philadelphia 1997.

3. Stenkvist B, Bengtsson E, Eriksson O, Jarkrans T, Nordin B, Westman-Naeser S. Histopathological systems of breast cancer classification: reproducibility and clinical significance. *J Clin Pathol Apr* 1983;36(4):392-8.
4. Oberman HA. Metaplastic carcinoma of the breast. A clinicopathologic study of 29 patients. *Am J Surg Pathol* 1987Dec;11(12):918-29.
5. Zhuang Z, Liniger RA, Man YG, Albuquerque A, Merino MJ, Tavassoli FA. Identical clonality of both components of mammary carcinosarcoma with differential loss of heterozygosity. *Mod Pathol* 1997Apr;10(4):354-62.
6. Wada H, Enomoto T, Tsujimoto M, Nomura T, Murata Y, Shroyer KR. Carcinosarcoma of the breast: molecular biological study for analysis of histogenesis. *Hum Pathol* 1998Nov;29(11):1324-8.
7. Teixeira MR, Qvist H, Bohler PJ, Pandis N, Heim S. Cytogenetic analysis shows that carcinosarcomas of the breast are of monoclonal origin. *Genes Chromosomes. Cancer* 1998Jun;22(2): 145-51.
8. Nogueira M, Andre S, Mendonca E. Metaplastic carcinomas of the breast-fine needle aspiration (FNA) cytology findings. *Cytopathology* 1998 Oct;9(5):291-300.
9. Das DK, Samhan M, Bashir HM, Sheikh ZA, al-Mousawi M, Behbehani A, Junaid TA. Metaplastic carcinoma of the breast in a renal transplant recipient. Initial diagnosis by fine needle aspiration cytology and immunocytochemistry. *Acta Cytol* 1994Dec;38(6):917-22.