

## **CARCINOMA METAPLÁSICO FUSOCELULAR DE BAJO GRADO HISTOLÓGICO DE MAMA**

### **Presentación de un caso y revisión de la literatura**

**Dres. Julián Mosto, Luis Rives, María Angélica Pollina, Katherine Herdt, Silvia Gentile \***

Presentado el 27 de mayo de 2004

*Rev Arg Mastol* 2004; 23(79):112-116

#### **RESUMEN**

Los carcinomas metaplásicos de mama representan un grupo heterogéneo y poco frecuente de neoplasias. Entre esos carcinomas, aquéllos con metaplasia fusocelular constituyen un grupo que puede ser confundido con procesos mesenquimáticos de distintos grados de agresividad. Aquí presentamos el caso de una paciente de 53 años con carcinoma metaplásico fusocelular de bajo grado histológico.

#### **SUMMARY**

Metaplastic breast carcinomas represent an heterogeneous and unfrequent group of neoplasia. Among them, those with spindle cell metaplasia can be misinterpreted as stromal lesions ranging from mildly atypical to overtly malignant. We put forward a case of a 53 year old female patient with metaplastic carcinoma low grade spindle cell variant.

#### **CASO CLÍNICO**

Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino, de 53 años de edad, sin antecedentes de patología mamaria. Ocho años antes presentó carcinoma papilar de tiroides con tratamiento quirúrgico y médico (yodo radiactivo y levotiroxina).

Actualmente consulta por dos nódulos palpables en mama derecha que mamográficamente se presentan como dos densificaciones nodulares, de bordes bien delimitados (Figura 1) y ecográficamente sólidos de 2 cm de diámetro mayor cada uno de ellos.

La paciente es intervenida quirúrgicamente

---

\* División de Anatomía Patológica y Ginecología del Hospital J. M. Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina.



Figura 1

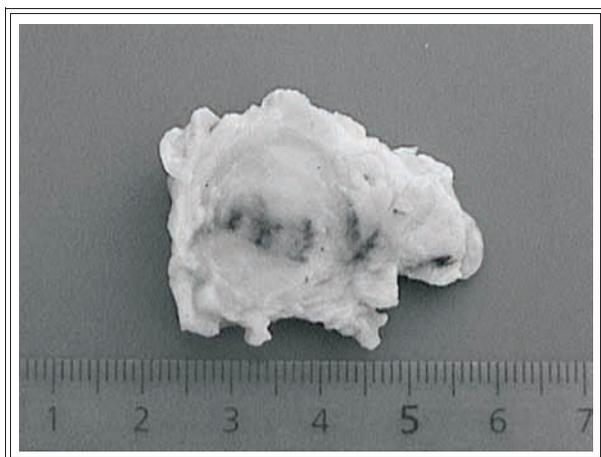


Figura 2

mediante biopsia escisional con diagnóstico clínico de dos probables fibroadenomas.

El estudio histopatológico confirmó como fibroadenoma a uno de los nódulos. El restante se presentó macroscópicamente como una formación nodular de 1,8×1,6 cm, no encapsulada, de bordes circunscriptos, blanquecino-grisácea, consistencia duro-elástica con áreas parduscas (Figura 2).

Microscópicamente se observó una proliferación constituida por dos poblaciones celulares neoplásicas. Una de ellas, la predominante, caracterizada por células ahusadas con núcleos elongados y extremos romos, dispuestas en fascículos; y otras de apariencia epitelioides con núcleo oval, nucléolo no conspicuo, en cordones con escaso estroma colágeno interpuesto y en sectores, disposición de tipo glandular con actividad mitótica nula. Además, se encontró abundante estroma fibrocolágeno esclerohialino y moderado infiltrado linfocitario, sobre todo en la periferia de la lesión (Figuras 3, 4, 5 y 6).

Se efectuaron técnicas de inmunohistoquímica siendo los resultados los mostrados en la Tabla I.

Las características histológicas descritas y el perfil inmunohistoquímico, en especial el marcado resultado positivo para las citoqueratinas (Figura 7), determinaron el diagnóstico de carcinoma metaplásico fusocelular de bajo grado histológico.

Posteriormente se realizó linfadenectomía axilar siendo negativa en 12 ganglios resecados (0/12).

## DISCUSIÓN

Los carcinomas mamarios pueden presentar en menos del 5% de los casos (en menor o mayor medida) cambios metaplásicos, entendiéndose por ello a la presencia de componente neoplásico atípico no glandular; y en menos del 1% son carcinomas metaplásicos puros (90% de compo-

Tabla I

Anticuerpo	Resultado	Dilución	Laboratorio
CK(AE1-AE3)	Positivo	1:75	Dako
Actina	Variable	1:120	Dako
Vimentina	Variable	1:100	Novocastra
S100	Variable	1:40	Novocastra
EMA	Positivo	1:200	Dako
GFAP	Variable	1:250	Dako
Desmina	Negativo	1:100	Dako
ACL	Negativo	1:120	Dako
RE	Negativo	1:100	Dako
RP	Negativo	1:40	Biogenex
Ki-67	10%	1:200	Novocastra

nente metaplásico).<sup>1,2</sup>

La OMS,<sup>1</sup> teniendo en cuenta la apariencia histológica, el perfil inmunohistoquímico y las características ultraestructurales, clasifica a los carcinomas metaplásicos en:

- Puramente epiteliales.
  - Carcinoma escamoso.
    - Grandes células queratinizantes.
    - Fusocelular.
    - Acantolítico.
  - Adenocarcinoma con diferenciación fusocelular.
  - Adenoescamoso, incluyendo el mucoepidermoide.
- Epitelial mixto y mesenquimático.
  - Carcinoma con metaplasia condroide.
  - Carcinoma con metaplasia ósea.
  - Carcinosarcoma.

El carcinoma metaplásico fusocelular (CMFC) de la mama, también llamado carcinoma sarcomatoide monofásico,<sup>4</sup> es una variante del carcinoma metaplásico, en donde predomina una proliferación de células epiteliales ahusadas con aspecto mesenquimático.

En 1989 Wargotz y col.<sup>5</sup> reportan 100 casos

de CMFC, quienes usaron como criterio diagnóstico la presencia de carcinoma intraductal o infiltrante (ductal, lobulillar, escamoso o mixto) adyacente a proliferación de células ahusadas monótonas, las cuales constituían al menos el 50% de la neoplasia. También incluyeron aquellos tumores que no tenían componente carcinomatoso manifiesto, pero poseían células ahusadas CK (+).

Posteriormente en 1999, Gobbi y col.<sup>6</sup> reconocen un subgrupo especial de CMFC denominado tumor metaplásico tipo fibromatosis (*fibromatosis like*). Histológicamente los 30 casos es-

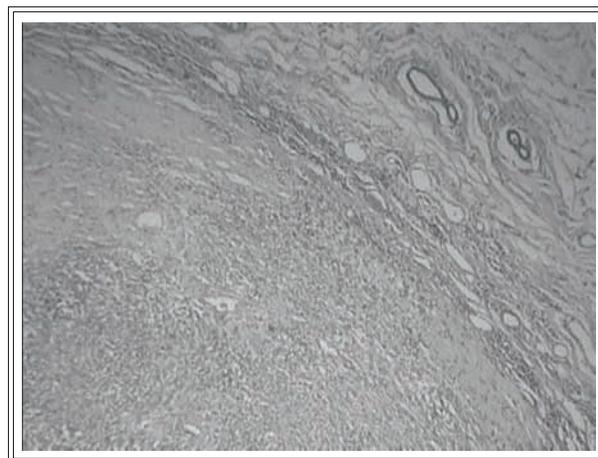


Figura 3

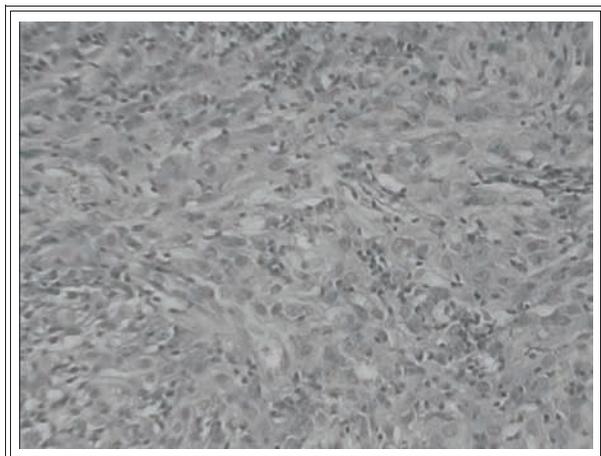


Figura 4

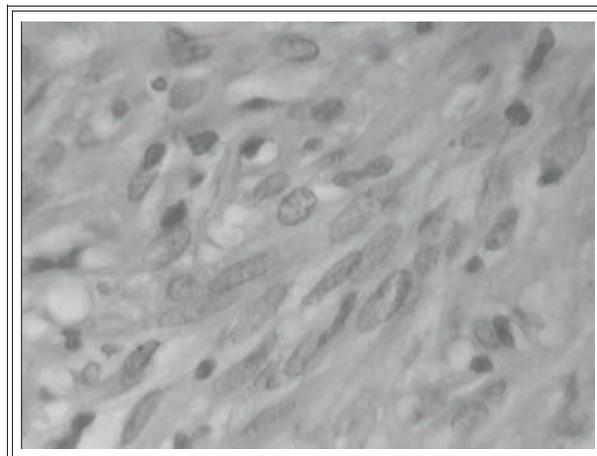


Figura 6

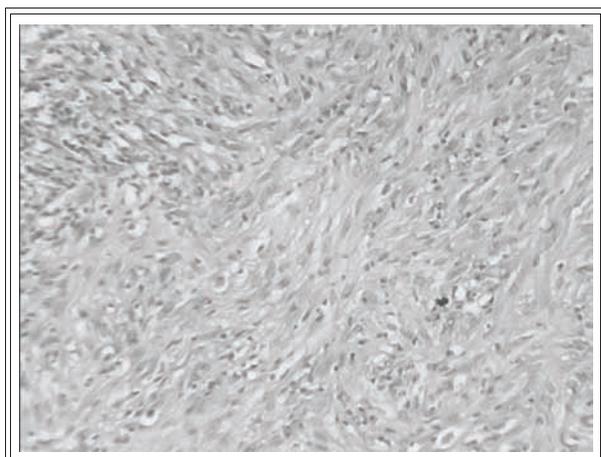


Figura 5

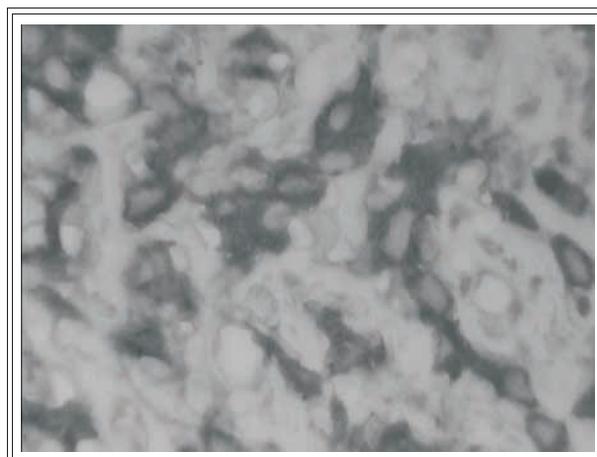


Figura 7

tudiados estaban compuestos por células ahusadas de bajo grado, en al menos el 90% del tumor. Siete de 8 pacientes a quienes se efectuó tumorectomía, y 1 de 10 con biopsia escisional con margen amplio, desarrollaron recurrencia local. No hubo metástasis a distancia ni a ganglios linfáticos.

Aplicando el criterio de Gobbi y col., Sneige y col.<sup>7</sup> reportan en el año 2001, 24 casos de CMFC de bajo grado. Dos de las 7 pacientes de su serie, tratadas con escisión local, desarrollaron recurrencia (a los 5 y 32 meses) y 2 de 13 pacientes con mastectomía radical modificada,

evidenciaron metástasis pulmonares, en tejidos blandos y hueso. No se halló compromiso metastásico axilar y concluyen que el tamaño de la neoplasia (mayor de 4 cm) y el compromiso de los márgenes quirúrgicos favorecerían las recurrencias locales y/o a distancia.

El caso aquí reportado presenta células con grado de atipia bajo e intermedio y con actividad mitótica nula, lo cual lo incluiría dentro de la categoría de bajo grado, aunque con un porcentaje de células positivas para Ki-67 (10% aproximadamente, de la población neoplásica) algo mayor que el reportado por Sneige y col. para este

subgrupo.<sup>7</sup>

La naturaleza de la proliferación fusocelular (*spindle cell*) es controvertida y hasta la actualidad no se conoce. Algunos autores proponen un origen mioepitelial de la neoplasia.<sup>2,8</sup> En cuanto a las características mamográficas, los CMFC generalmente son de márgenes circunscriptos y sin calcificaciones.<sup>9,10</sup>

Dentro de los diagnósticos diferenciales histopatológicos se incluyen aquellas lesiones fusocelulares, como ser las clasificadas dentro de las proliferaciones mioepiteliales (adenomioepitelioma y mioepitelioma maligno fusocelular), éstas con características morfológicas e inmunohistoquímicas entrelazadas con el carcinoma metaplásico fusocelular, fibromatosis, fascitis nodular, pseudotumor inflamatorio, sarcoma mamario y miofibroblastoma.<sup>11</sup> La identificación de las distintas características morfológicas y el uso de técnicas inmunohistoquímicas llevan al diagnóstico apropiado.

En lo referente al tratamiento, los datos disponibles hasta el momento no permiten considerar ninguna modificación a los protocolos habituales para el cáncer invasor de mama.

## REFERENCIAS

1. Tumors of the breast and female genital organs, World Organization Classification of Tumors, 2003.
2. Rosen PP. Rosen's breast pathology. Lippincott Williams & Wilkins, 2001; pp.425-453.
3. Tavassoli FA. Pathology of the breast. Appleton & Lange. Stamford, Connecticut, 1999; pp.481-504.
4. Ostrawski JL, Horgan K, Krauz T, et al. Monophasic sarcomatoid carcinoma of the breast. *Histopathology* 1998; 32:180-9.
5. Wargotz ES, Deos PH, Norris HJ. Metaplastic carcinomas of the breast. II. Spindle cell carcinoma. *Hum Pathol* 1989; 20:732-40.
6. Gobbi H, Simpson JF, Borowsky A, et al. Metaplastic breast tumors with a dominant fibromatosis-like phenotype have a high risk of local recurrence. *Cancer* 1999; 85:2170-82.
7. Sneige N, Yaziji H, Mandavilli SR, et al. Low-grade (fibromatosis-like) spindle cell carcinoma of the breast. *Am J Surg Pathol* 2001; 25:1009-16.
8. Raju GC, Wee A. Spindle cell carcinoma of the breast. *Histopathology* 1990; 16:497-9.
9. Patterson SK, Tworek JA, Roubidoux MA, et al. Metaplastic carcinoma of the breast: mammographic appearance with pathologic correlation. *Am J Roentgenol* 1997; 169:709-12.
10. Brenner NJ, Turner RR, Schiller V, et al. Metaplastic carcinoma of the breast: report of three cases. *Cancer* 1998; 82:1082-7.
11. Al-Nafussi A. Spindle cell tumours of the breast: practical approach to diagnosis. *Histopathology* 1999; 35: 1-13.