

# CARCINOMA PAPILAR INTRAQUÍSTICO DE MAMA EN EL HOMBRE, BILATERAL Y SINCRÓNICO

## Reporte de un caso y revisión de la literatura

Aldo Creton, Francisco Terrier, Luis Barbera, Norma Bova,  
Horacio Pianzola, Marcelo Pianzola

---

### RESUMEN

El carcinoma papilar intraquístico (CPI) constituye una neoplasia de muy baja frecuencia, afectando fundamentalmente a mujeres mayores. En el hombre es de extrema rareza, siéndolo aún más en su forma de presentación bilateral, sincrónico y a una edad temprana.

Históricamente se lo ha considerado como una variante no invasora del carcinoma papilar, que puede presentarse en forma pura, asociado a CDIS o invasor, aunque información reciente ha demostrado que algunas lesiones podrían constituir carcinomas invasores de bajo grado.

Debido a la confusa terminología utilizada en la literatura para describir estas lesiones, a su baja incidencia y a las dificultades que suelen encontrar los patólogos para determinar la presencia de invasión, nos encontramos con datos epidemiológicos muy limitados y sin un claro consenso respecto a su óptimo tratamiento.

Se presenta un caso clínico de CPI bilateral y sincrónico en un hombre a una edad temprana, y una revisión de la literatura.

### Palabras clave

Cáncer. Mama. Hombre. Bilateral. Carcinoma papilar intraquístico.

### SUMMARY

The intracystic papillary carcinoma is a very low frequency neoplasia that affects older women fundamentally. It is extremely rare in males, especially in the synchronous bilateral form and in youth.

Historically it has been considered as a noninvasive form of the papillary carcinoma that can be present in a pure form or associate with DCIS or invasive carcinoma, although recent information has demonstrated that some lesions may actually be low-grade invasive tumors.

Due to the confusing terminology applied to describe these lesions in the literature, the carcinoma low incidence rate and the difficulties that pathologists face to determine the presence of invasion, we came across very limited epidemiologic data and a lack of clear consensus regarding optimal treatment of IPC.

This report provides an overview of literature and presents a clinical case of bilateral and synchronous CPI in a young age man.

**Key words**

Cancer. Breast. Male. Bilateral. Intracystic papillary carcinoma.

## INTRODUCCIÓN

El carcinoma papilar intraquístico (CPI) constituye una variedad del cáncer de mama de muy rara presentación. Representa del 0,5% al 1,0% de los carcinomas mamarios. Afecta fundamentalmente a mujeres mayores, teniendo en general un pronóstico favorable.<sup>1,2</sup>

En el hombre, el cáncer de mama es de muy baja frecuencia, representa el 0,8% de todos los carcinomas mamarios y menos del 1,0% de todos los cánceres en el hombre. Sin embargo, algunos estudios sugieren que el CPI se presenta con mayor frecuencia en sexo masculino, con una incidencia del 5% al 7%.<sup>3,4</sup>

En cuanto a la bilateralidad, la incidencia varía en la literatura según se consideren los casos sincrónicos o metacrónicos. Wanebo<sup>5</sup> en una revisión sobre 22.563 casos de cáncer de mama en la mujer, informa 836 (3,7%) casos bilaterales, de los cuales un tercio eran sincrónicos y dos tercios metacrónicos. En el hombre, la bilateralidad es aún menos frecuente, constituyendo alrededor del 1,4% de los casos.<sup>6</sup>

Tradicionalmente se lo ha considerado como una variante no invasora del carcinoma papilar, que puede presentarse en forma pura o asociado a CDIS o carcinoma invasor, aunque información reciente ha demostrado que algunas lesiones podrían constituir carcinomas invasores de bajo grado.<sup>7,8</sup>

Lamentablemente, la terminología utilizada en la literatura para describir las lesiones papilares de la mama es confusa, si a esto le suma-

mos su baja frecuencia de presentación y las dificultades que suelen encontrar los patólogos en determinados casos para determinar la presencia de invasión, no es de extrañar que a la fecha los datos acerca de su epidemiología sean muy limitados y no haya un claro consenso respecto a su óptimo tratamiento.<sup>3,7,9,10</sup>

Utilizando la base de datos de PubMed e ingresando los términos "intracystic papillary carcinomas of the breast" se recogen 77 artículos, de los cuales 18 corresponden al sexo masculino, siendo todos ellos unilaterales y a una edad avanzada; éste podría ser el primer caso publicado en la literatura de un carcinoma papilar intraquístico bilateral y sincrónico en un hombre a una edad temprana.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 38 años de edad, sin antecedentes familiares, que consulta con mamografía y ecografía por nódulo palpable, retroareolar, bilateral, de 2 meses de evolución, interpretado clínicamente como lesión quística. Piel y complejos teloareolares sin lesiones. Axilas clínicamente negativas.

La mamografía informa que en la región retroareolar de la mama izquierda (MI) se observa un nódulo denso y delimitado de 4,4 cm y en la región retroareolar de la mama derecha (MD) se visualiza otro similar de 2,0 cm, cuyo estudio se debería completar con ecografía mamaria (Figuras 1 y 2). BI-RADS 0.

La ecografía informa dos nódulos quísticos,

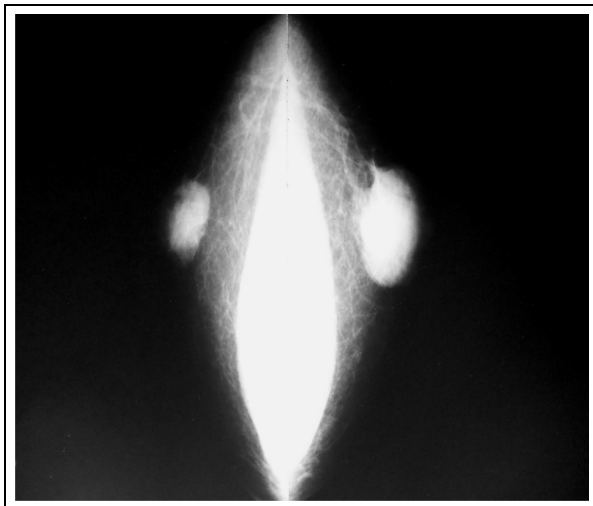


Figura 1. Mamografía.

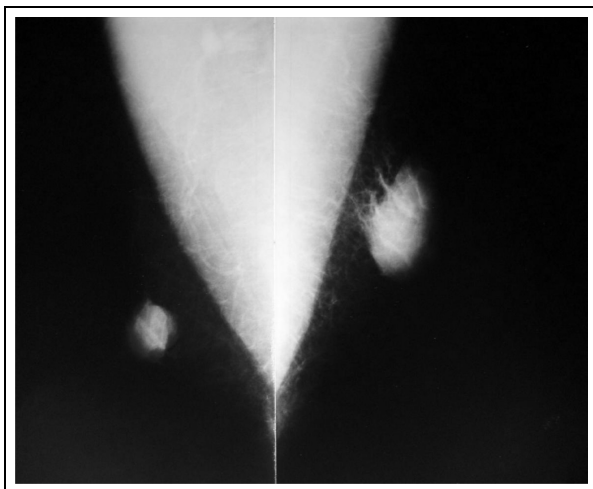


Figura 2. Mamografía.

uno en MI de 2,6 cm y otro en MD de 2,2 cm, que contienen en su interior formación vegetante de 1,0 cm (Figuras 3 y 4). BI-RADS 4b.

Se realiza biopsia por escisión bilateral (Figuras 5, 6, 7 y 8).

Histopatología informa en mama izquierda una formación quística de 2,2 cm de diámetro, cápsula de 0,2 cm, que en su superficie interna presenta formación papilomatosa friable de 1×1 cm. Al examen microscópico se observa proliferación celular ductal de disposición papi-

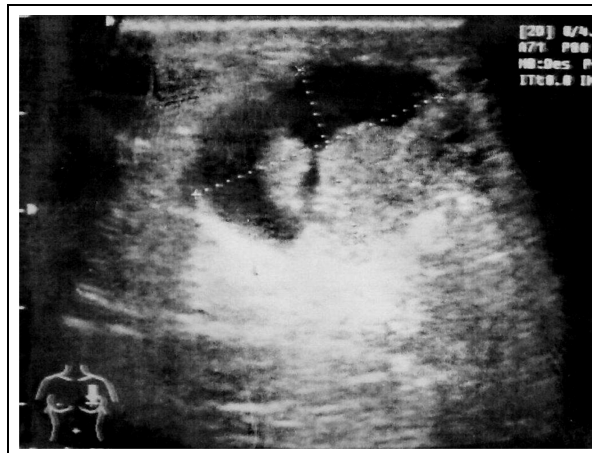


Figura 3. Ecografía de mama izquierda.

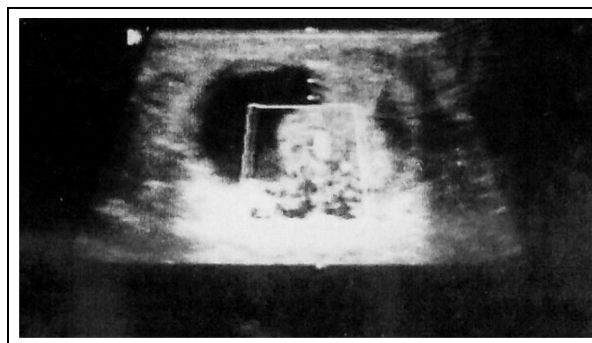


Figura 4. Ecografía de mama derecha.

lar y microglandular en áreas solidas con nucléolos prominentes y marcada actividad mitótica. Presencia de atrapamiento celular en la interfase tumoral-estromal. En mama derecha una formación quística de 2,5 cm de diámetro, pared de 0,2 cm, que en la superficie interna presenta formación papilomatosa de 2×1 cm. Examen histológico ídem MI (Figuras 9 y 10). Se solicitó técnica de IHQ para actina músculo liso específica y p63 para tipificación tumoral.

IHQ para actina músculo liso específica y p63, informó negativa en áreas de neoplasia papilar, lo que demuestra la ausencia de células mioepiteliales (Figura 11).

La conclusión es que los hallazgos morfológicos e IHQ favorecen el diagnóstico de carcinoma papilar intraquístico, CDIS con mínimo

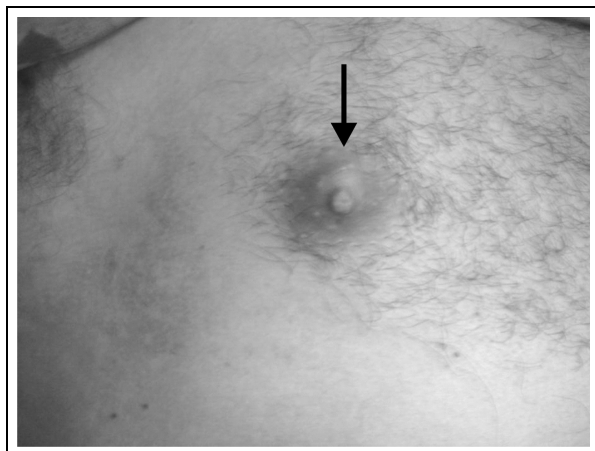


Figura 5. Biopsia por escisión.



Figura 7. Biopsia por escisión.

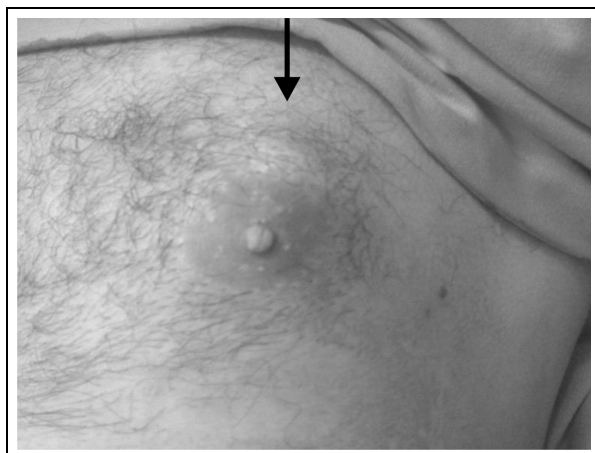


Figura 6. Biopsia por escisión.

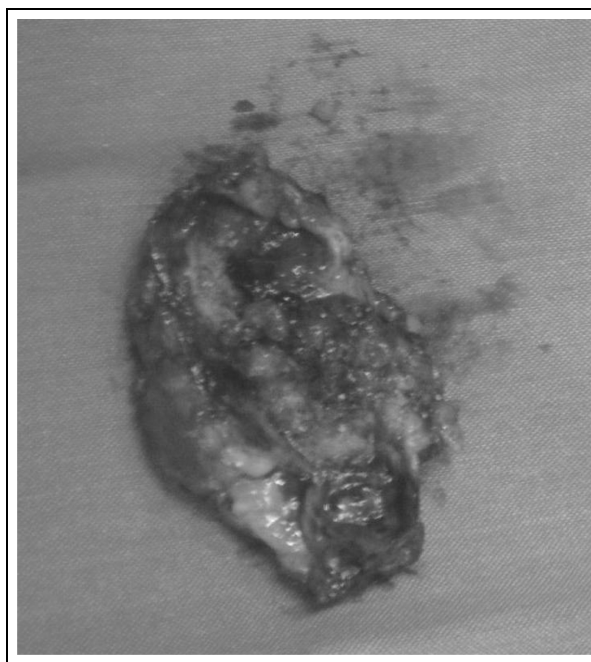


Figura 8. Biopsia por escisión.

componente infiltrante marginal bilateral.

Se completa mastectomía bilateral con biopsia de ganglio centinela (GC) con tecnecio 99 (LINFOFAST®) y sonda *gammprobe* (Figuras 12 y 13). MI sin remanente neoplásico, 1 GC negativo para atipia. MD remanente de CDIS, GC negativo para atipia.

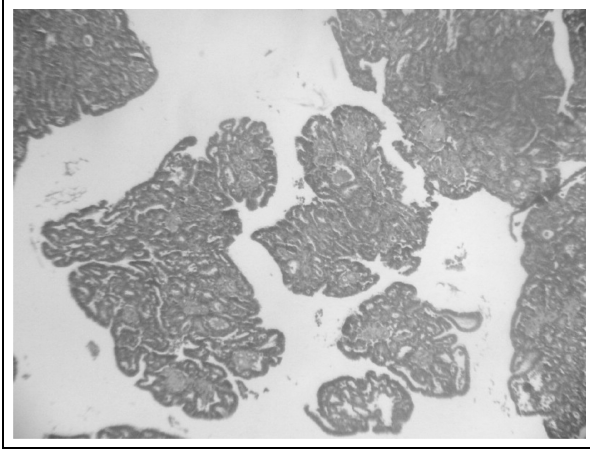
Receptores hormonales RE 50% y RP 0%; c-erb-B2: grado 0.

No se realizó tratamiento adyuvante.

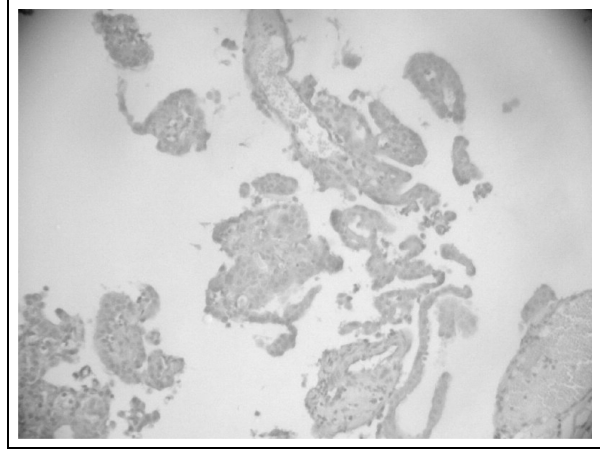
Libre de enfermedad tras un seguimiento de 42 meses.

## REVISIÓN DE LA LITERATURA

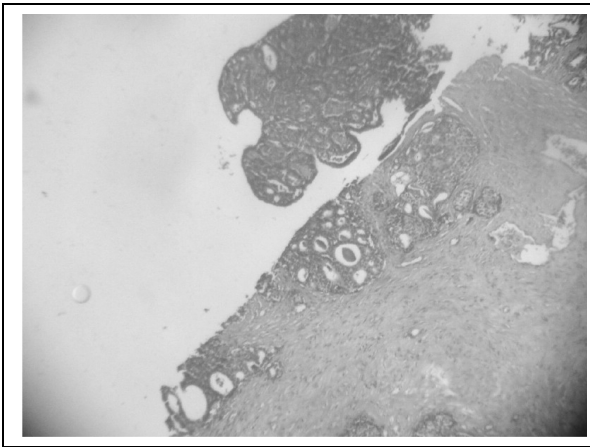
El CPI de la mama es una neoplasia de rara presentación. Histológicamente, el tumor se



**Figura 9.** Hematoxilina-eosina.



**Figura 11.** Estudio histopatológico. IHC p63.



**Figura 10.** Hematoxilina-eosina.

encuentra dentro de un quiste, con arborización del estroma fibrovascular y rodeado de una gruesa cápsula de tejido fibroso. Constituye el 0,5% al 1,0% de todos los carcinomas mamarios. Su mayor incidencia ocurre en mujeres posmenopáusicas, entre los 60 y 70 años.<sup>2</sup> Sin embargo, algunos estudios sugieren que el CPI se presenta con mayor frecuencia en sexo masculino, con una incidencia del 5% al 7%.<sup>3,8</sup> La clasificación histológica del CPI es confusa y hay controversia en la literatura quirúrgica y patológica acerca de su categorización y nomenclatura. Históricamente se lo ha considerado una variante no invasora del carcinoma papilar, y en

su forma pura (CPI solo) suele tener un excelente pronóstico, aunque es común encontrarlo asociado a carcinoma ductal in situ (CDIS) o carcinoma invasor, lo cual modifica el pronóstico. Así, en la década del ochenta, se desarrolló un sistema de clasificación de los carcinomas papilares en formas no invasoras e invasoras. Los carcinomas papilares no invasores a su vez se dividieron en dos subtipos: 1) una forma difusa, que es la variante papilar del CDIS, que compromete a múltiples conductos de tamaño medio y pequeño; y 2) una forma localizada, el CPI, el cual puede presentarse en su forma pura o bien asociado a CDIS o a carcinoma invasor.<sup>1,3,11</sup>

Si bien las características histológicas que permiten diferenciar las lesiones papilares benignas y malignas están presentes desde hace décadas, la categorización correcta de las lesiones papilares continúa siendo una de las áreas más desafiantes en patología mamaria, y a veces, resulta difícil diferenciar entre un papiloma intra-ductal, un papiloma con atipia y un CDIS papilar; o bien, en una lesión que exhibe todas las características histológicas de un carcinoma papilar, diferenciar si se trata de una lesión completamente in situ, invasora o una combinación de ambas. La demostración por técnica de IHQ de la presencia de una capa de células mioepi-



Figura 12. Mastectomía y biopsia del ganglio centinela.



Figura 13. Mastectomía y biopsia del ganglio centinela.

teliales (CME) en la periferia de la lesión se ha convertido en un criterio mayor, utilizado para diferenciar lesiones in situ de formas invasoras.<sup>7,9,10,12</sup> Estudios recientes han demostrado, en contraste con el CDIS papilar, que el CPI no presenta una capa de CME en la periferia de la lesión, poniendo en duda el concepto de que el CPI constituya una variante papilar del CDIS.<sup>7,12</sup> Collins LC et ál.<sup>7</sup> evaluaron la presencia de la capa de CME en 22 CPI por IHQ con 5 marcadores altamente sensibles para varios componentes de la misma, que incluían: proteínas contráctiles (calponina y cadena pesada de miosina músculo liso-SMMHC), un factor de transcrip-

ción (p63), endopeptidasa (CD10) y filamentos intermedios (CK5/6), sin poder detectarla en ninguno de ellos. Hill y Yeh,<sup>12</sup> informan que 5 de 9 lesiones clasificadas como CPI mostraban ausencia completa de CME en su periferia, utilizando anticuerpos para SMMHC, calponina y p63. Ambos grupos de trabajo plantean la posibilidad de que estas lesiones, categorizadas como CPI utilizando criterios histológicos convencionales puedan ser, de hecho, carcinomas invasores de bajo grado, más que lesiones in situ,<sup>7</sup> o que puede haber un espectro de progresión del carcinoma papilar in situ a invasor y sugieren además, que los carcinomas papilares bien circunscriptos, expansivos, con un anillo fibrótico prominente, pueden representar una variante encapsulada de carcinoma papilar invasor; destacando además la singular semejanza con los carcinomas papilares encapsulados de tiroides, lesiones cuya naturaleza invasora es indiscutible.<sup>12</sup> Surge aquí la tendencia actual de algunos patólogos a utilizar el término "carcinoma papilar encapsulado" al más tradicional CPI.

Clínicamente pueden presentarse como una lesión palpable o bien de manera no palpable, y ser un hallazgo en un estudio de imágenes, con menor frecuencia pueden presentarse con derrame hemático uniporo por pezón; en el hombre lo habitual es que se presente como una lesión palpable, móvil, de bordes netos y de ubicación retroareolar. En la mamografía se manifiesta como una masa homogénea y de bordes netos; la presencia de microcalcificaciones o un borde irregular se asocia a la presencia de CDIS o invasión y más raramente a un proceso inflamatorio adyacente.<sup>13</sup> La ecografía es el estudio que más orienta hacia la naturaleza de la lesión, y si bien no permite realizar un diagnóstico de certeza, debe despertar la sospecha clínica al hallar un quiste complejo, definiéndose así aquel con tabiques internos gruesos, pared engrosada, irregular o presencia de una formación vegetante de crecimiento interno.<sup>14,15</sup> En el rango de edad en que estas lesiones ocurren, el diagnóstico di-

ferencial en el hombre basado en la mamografía, debería hacerse con la ginecomastia, los quistes de inclusión epidérmicos y las metástasis, siendo la más frecuente la secundaria a cáncer de próstata. Con ecografía, el diagnóstico diferencial debería hacerse con el papiloma intracápsular, hematoma, absceso y quiste complicado.<sup>16</sup>

El hallazgo de un quiste complejo debe despertar la sospecha de la posibilidad de atipia y la conducta es su resección quirúrgica. La punción-aspiración con aguja fina y la *core* biopsia deberían evitarse, dado el alto porcentaje de resultados falsos negativos y la posibilidad de que en un 20-25% de los casos se trate de un carcinoma y por sobre todo a que podría desaparecer la imagen, imposibilitando su posterior resección.<sup>17</sup>

Esta neoplasia puede presentarse en forma pura o asociada a CDIS o carcinoma invasor. Según la literatura las formas asociadas a CDIS pueden encontrarse hasta en el 46% de los casos, mientras que las formas asociadas a carcinoma invasor, hasta en un 38%.<sup>11,18</sup>

Solorzano y col. informan que en su serie de 40 pacientes con diagnóstico de CPI el 32,5% se presentó asociado a CDIS y otro 32,5% asociado a carcinoma invasor.<sup>1</sup>

Harris y col. en su serie de 23 pacientes, informa un 26% asociado a CDIS y un 13% asociado a carcinoma invasor.<sup>19</sup>

Carter y col. en una serie de 41 casos de CPI, informa que 19 pacientes (46%) presentaban CDIS asociado; 29 pacientes fueron tratados con mastectomía, sin evidencia de recurrencias o muertes relacionadas a la enfermedad; 12 pacientes no realizaron ningún tratamiento luego de la biopsia por escisión. En este grupo hubo 3 recurrencias, y ocurrieron en pacientes con CDIS asociado, pero no hubo muertes relacionadas a la enfermedad tras un seguimiento de 14 años. Mientras que en la serie de Solorzano, los pacientes que desarrollaron compromiso ganglionar axilar fueron solamente aque-

llos asociados a carcinoma invasor; las recidivas locales se dieron mayormente en los casos asociados a CDIS.<sup>1,11</sup>

El CPI generalmente se presenta con un grado nuclear bajo o intermedio, sin necrosis y con receptores de estrógeno altamente positivos y *c-erbB2* negativo. La presencia de un alto grado nuclear y necrosis suele encontrarse en los casos asociados a carcinoma invasor.<sup>18</sup>

Estos estudios sugieren que el CPI puro presenta un pronóstico comparativamente mejor que asociado a otros tipos histológicos, con una baja incidencia de compromiso ganglionar; esta incidencia es similar cuando se presenta asociado a CDIS, pero en estos casos se describe un aumento de la recurrencia.

Resulta evidente que el manejo de estas lesiones ha variado en los últimos 25 años, y ha ido de manera paralela al tratamiento del carcinoma ductal invasor, prácticamente sin cirugías conservadoras en la vieja literatura. Sin embargo, en esta literatura también se observa que muchos pacientes presentaban tumores de gran tamaño, con compromiso axilar e incluso metástasis a distancia y morían de su enfermedad; de manera tal que muchas de estas lesiones informadas como CPI, representaban claramente carcinomas invasores con degeneración quística secundaria, más que una variante de CDIS.<sup>11</sup> En estudios más contemporáneos se confirma el buen pronóstico del CPI y que la cirugía constituye el pilar del tratamiento.<sup>8</sup>

En el hombre, dada su ubicación, el tratamiento quirúrgico es la mastectomía, mientras que en la mujer no suele ser necesaria, salvo que técnicamente sea inevitable. La baja incidencia de compromiso ganglionar no justifica la disección axilar. El rol de la biopsia del ganglio centinela no ha sido evaluado en esta enfermedad, pero puede ser una excelente alternativa a la disección axilar en los pacientes con carcinoma invasor asociado.<sup>1,8,20</sup>

El rol de la radioterapia en estos pacientes aún queda por definirse. Tampoco está definida

la indicación del tratamiento hormonal adyuvante; su agregado no tendría impacto en la sobrevida,<sup>8</sup> si bien Fayanju<sup>21</sup> en su revisión sobre 49 casos de CPI, observó que las pacientes con CDIS o microinvasión asociada recibieron con frecuencia tratamiento hormonal con tamoxifeno y radioterapia.

### CONCLUSIÓN

El CPI de la mama es extremadamente raro en hombres. Clínicamente se presenta como una lesión quística de aspecto benigno. Mamográficamente tiene el aspecto de una masa bien circunscripta y de bordes definidos. La sospecha de una atipia intraquística debería ocurrir ante la imagen ecográfica de un quiste complejo. Independientemente de si se trata de una lesión in situ o invasora, los datos disponibles en la literatura evidencian una excelente sobrevida. La mastectomía con biopsia del ganglio centinela es actualmente el tratamiento de elección. Los pacientes con CPI asociado a CDIS o carcinoma invasor, deberían ser tratados en base a estas lesiones concurrentes.

### REFERENCIAS

- Solorzano CC, Middleton LP, Hunt KK, et al. Treatment and outcome of patients with intracystic papillary carcinoma of the breast. *Am J Surg* 2002; 184: 364-368.
- Amemiya T, Oda K, Satake H, et al. A case of intracystic papillary carcinoma accompanying widespread ductal carcinoma in situ. *Breast Cancer* 2007; 14: 312-316.
- Romics L, O'Brien ME, Relihan N, O'Connell F, Redmond HP. Intracystic papillary carcinoma in a male as a rare presentation of breast cancer: a case report and literature review. *J Med Case Reports* 2009; 3: 13-16.
- Gonzalez C, Betancourt L, Spinetti D, et al. Carcinoma papilar no invasivo de mama en el hombre. *Rev Venez Oncol* 2009; 21: 36-39.
- Wanebo H, Senofsky G, Fechner R, Kaiser D, Lynn S, Paradies J. Bilateral breast cancer. Risk reduction by contralateral biopsy. *Ann Surg* 1985; 201(6): 667-77.
- Quereshi K, Athwal R, Cropp G, Basit A, Adjogtse J, Bhogal R. Bilateral synchronous ductal carcinoma in situ in a young man: case report and review of the literature. *Clin Breast Cancer* 2007; 7: 710-12.
- Collins LC, MD, Carlo VP, MD, Hwang H, et al. Intracystic papillary carcinomas of the breast: A reevaluation using a panel of myoepithelial cell markers. *Am J Surg Pathol* 2006; 30: 1002-1007.
- Grabowski J, Salzstein SL, Sadler GR, Blair S. Intracystic papillary carcinoma. A review of 917 cases. *Cancer* 2008; 113: 916-20.
- Tse GM, Tan PH, Moriya T. The role of immunohistochemistry in the differential diagnosis of papillary lesions of the breast. *J Clin Pathol* 2009; 62: 407-413.
- Moritani S, Kushima R, Sugihara H, Bamba M, Kobayashi TK, Takanori Hattori T. Availability of CD10 immunohistochemistry as a marker of breast myoepithelial cells on paraffin sections. *Mod Pathol* 2002; 15(4): 397-405.
- Carter D, Orr SL, Merino MJ. Intracystic papillary carcinoma of the breast after mastectomy, radiotherapy or excisional biopsy alone. *Cancer* 1983; 52: 14-19.
- Hill CB, Yeh IT. Myoepithelial cell staining patterns of papillary breast lesions: from intraductal papillomas to invasive papillary carcinomas. *Am J Clin Pathol* 2005; 123: 36-44.
- Ravichandran D, Carty NJ, Al-Talib RK, Rubin C, Royle GT, Taylor I. Cystic carcinoma of the breast: a trap for the Unwary. *Ann R Coll Surg Engl* 1995; 77: 123-126.
2003. Consenso en cáncer de mama - Ultrasonido en cáncer de mama. Dra. Horvath E. Viña del Mar, Chile. Available at <http://www.mastologia.cl>. Acceso: 20 de septiembre de 2009.
- Camacho J, Kenneth Guler G, Escobar P, Barriga C, Chauan K, Barrera V. Quiste patológico de mama y su correlación histológica. *Rev Chilena de Cirugía* 2003; 54(4): 342-344.
- Bland-Copeland III. La mama. Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas. 3ª ed. Editorial Panamericana, 2007, Tomo II, p.1529.
- Consenso Nacional Intersociedades sobre Cáncer de Mama: Pautas para el Diagnóstico y Manejo de las Lesiones Mamarias Subclínicas. *Rev Arg Mastol* 2007; 26(90): 40-55.
- Leal C, Costa I, Fonseca D, Lopes P, Bento MJ, Lopes C. Intracystic (encysted) papillary carcinoma of the breast: A clinical, pathological, and immunohistochemical study. *Hum Pathol* 1998; 29(10): 1097-104.
- Harris KP, Faliakou EC, Exon DJ, Nasiri N, Sacks NP, Gui GP. Treatment and outcome of intracystic papillary carcinoma of the breast. *Br J Surg* 1999; 86(10): 1274-1276.
- Sinha S, Hughes RG, Ryley NG. Papillary carcinoma in a male breast cyst: a diagnostic challenge. *Ann R Coll Surg Engl* 2006; 88(5): 3-5.



21. Fayanju OM, Ritter J, Gillanders WE, et al. Therapeutic management of intracystic papillary carcinoma of the breast: the roles of radiation and endocrine therapy. *Am J Surg* 2007; 194(4): 497-500.

## DEBATE

**Dra. Margossian:** Quería felicitarlos por el trabajo, realmente es muy interesante. Quería hacer un comentario y una pregunta. Con respecto a la mamografía, llama la atención una de las imágenes; usted había dicho que se clasifica BI-RADS 0. Quería saber si se había hecho alguna otra imagen adicional, pues se veían como unas espículas en una de las mamas. No sé si se había magnificado para clarificar, pero no creo que se pueda hacer.

**Dr. Creton:** Un perfil estricto a la cráneo-caudal y a la oblicua.

**Dra. Margossian:** La otra pregunta era con respecto a los receptores, porque decía receptores de estrógeno 50%, progesterona negativo y HER2 negativo, si se aclaró en qué componente y en cuales de las dos mamas. Generalmente los papilares intraquísticos suelen ser triple negativos; entonces, llama la atención este 50%. A lo mejor estaba hecho en el componente in situ y ésta es la pregunta.

**Dr. Creton:** Estaba hecho en el componente microinvasor.

**Dr. Mysler:** En la mamografía llamaba la atención la mama izquierda. Quería comentar que para mí era tejido glandular; o sea, tenía una ginecomastia además del nódulo.

**Dr. Creton:** En la mama izquierda se informa como un nódulo de 4,4 cm, que después en la ecografía es de 2,6 cm y en patología termina siendo incluso más chico que el de mama derecha, de 2,2 cm; pero en el informe patológico no se hace referencia a una ginecomastia.

**Dra. Pérez:** Quería hacer un comentario a propósito de lo que dijo respecto a que cuando uno tiene un quiste complejo contraindica la punción aspirante con aguja fina e indica estrictamente la escisión. Uno de los riesgos, dijo usted, es que desaparecería la lesión. Cuando uno ve un carcinoma intraquístico y hace una punción, la mayoría de las veces tiene un líquido hemorrágico, raramente desaparece la lesión, porque uno no absorbe la masa tumoral; o sea, que es altamente improbable que ésta desaparezca. Muchas veces vemos quistes con tabiques gruesos y no tienen ningún aspecto de ninguna proliferación. Con los equipos actuales pueden ser muy precisas las ecografías y yo creo que operaríamos muchas pacientes de más si hiciéramos escisión directamente a todos los informes de quistes complejos. Quería hacer esta acotación y también saber su opinión al respecto.

**Dr. Creton:** Por lo menos en nuestra experiencia el diagnóstico de un quiste complejo es extremadamente bajo. Por otro lado, si bien hay trabajos (sobre todo de unos años atrás) donde hablan de la utilidad de la punción en los quistes complejos, últimamente hay una recategorización de las lesiones papilares. Si se hace una punción en un quiste complejo, sin duda que si la lesión tiene cierto grado de atipia va a ser una resección quirúrgica. El tema pasa por qué hacer si en esa punción viene un diagnóstico de papiloma; podría ser que la paciente siga en control. Pero están descriptos los papilomas con in situ; es decir, que podríamos estar dejando en una punción con diagnóstico de papiloma un carcinoma in situ en control. Por eso, actualmente ante un quiste complejo la indicación o la conducta sería la resección quirúrgica. Por otro lado, estos mismos trabajos hablan de la dificultad para el patólogo de realizar un diagnóstico exacto de las lesiones papilares. Si se le suma las consecuencias de la punción, luego en el examen histológico se le complica aún más.

**Dra. Pérez:** Hablaba de quistes complejos en general y no cuando uno ve una formación papilar, en eso no hay duda; pero cuando puede haber un tabique grueso que no necesariamente es una lesión de papila.

**Dr. Allemand:** Me parece que hay una

cuestión terminológica entre quiste complejo y quiste complicado. Acá la imagen que se veía era claramente que tenía un papiloma intraquístico de libro.

**Dr. Lebrón:** Muy interesante la comunicación que han presentado. Lo que quería agregar era que cuando se comprueba que hay un papiloma intraquístico, por más que la citología diera negativa, creo que (y esa es la conducta que nosotros tenemos en nuestro servicio) es extirpar igual el quiste; no seguirlo controlando, si tiene una lesión papilomatosa.

**Dr. Allemand:** Quiero hacer una pregunta aprovechando la presencia de la Dra. Isabel Frahm, con respecto a la discusión de la presencia o ausencia de las células mioepiteliales, El doctor presentó la discusión. Inclusive ayer, en el servicio del Hospital Fernández se planteó un caso de una mujer con un carcinoma papilar intraquístico. Releímos varios de estos trabajos y, ¿esta discusión está o no está cerrada con respecto a la definición de invasión o no por la presencia o ausencia de células mioepiteliales?, Dra. Frahm.

**Dra. Frahm:** Quería felicitar al doctor, porque el enfoque que él da me parece que es el que nos conviene y es el adecuado con respecto a la terminología que empleamos hoy en día. Los carcinomas papilares encapsulados son considerados, hoy en día, como carcinomas invasores; y la invasión hay que tomarla en su totalidad. Que después ese tipo de tumores tienen una excelentísima evolución, tienen un bajo índice de metástasis, de diseminación y demás, es otra historia; pero en cuanto a la nomenclatura creo que como lo enfocó el doctor está perfecta. Como patóloga prefiero a la lesión papilar completa, reseca en su totalidad, como la mostró el doctor, con una biopsia por escisión en su totalidad y, en lo posible, ni siquiera haberle realizado una biopsia por congelación; fijarla totalmente y poder estudiar esa pared de una manera en forma seriada y completa. Se nos dificulta mucho cuando se realiza una *core* previa

y cuando se realizan estudios intraoperatorios, porque descartar esas áreas de invasión o de microinvasión a veces no es fácil. Ésta es una de las lesiones en las cuales hay que necesariamente completarlas con técnicas de inmunohistoquímica. El tratamiento de un carcinoma papilar intraquístico con la presencia de p63 y de células mioepiteliales es un carcinoma in situ. El que no tiene la p63 es un carcinoma invasor bien encapsulado y del tamaño de la totalidad de la lesión, de muy buen pronóstico; pero ése es un carcinoma infiltrante.

**Dr. Dávalos Michel:** Me adhiero a las felicitaciones del trabajo. A mí me queda una duda y no sé si puedo preguntar, porque la respuesta me la tendría que dar la Dra. Frahm.

**Dr. Allemand:** Puede preguntar Dr. Dávalos.

**Dr. Dávalos Michel:** Que esta nueva clasificación del carcinoma encapsulado que es de un grupo de Boston; creo haber leído que no siempre es invasor. La Dra. Frahm acaba de decir, si no entendí mal, que el carcinoma papilar encapsulado es siempre invasor. Creo que no es así, porque a veces es invasor y a veces no. Tan es así, que Laura Collins en un trabajo (que la misma doctora me prestó) dice que es carcinoma in situ si no se comprueba invasión y hay que tratarlo como un carcinoma in situ. A veces puede haber áreas de carcinoma in situ fuera de esa cápsula que tiene y que dependerá del criterio o no de buscar el ganglio centinela. Creo que si hay áreas de microinvasión se procederá como un carcinoma microinvasor. No sé si lo entendí mal, pero creo que es lo que está escrito.

**Dr. Creton:** La doctora Collins también nos dice que al tener una ausencia de células mioepiteliales, sugiere (utiliza esa palabra) que esta lesión podría comportarse como un carcinoma invasor y esto podría explicar el compromiso ganglionar axilar y las metástasis a distancia que, si bien no es lo más común, están descritas en la literatura.

**Dra. Frahm:** Todavía no hay seguimientos

y ésta es una nomenclatura nueva. Todavía no nos ponemos de acuerdo y es Laura Collins la que un poco comanda esta nueva nomenclatura y demás. Si bien ellos en los distintos trabajos dejan entrever como que son tumores que se desprenderían un poco, que estarían ahí en el medio. Pero hablándolo personalmente con la Dra. Collins, ella dice que habría que considerarlos, como dije recién, carcinomas invasores de muy buen pronóstico. Que si en el tejido adyacente pueden llegar a tener o no presencia de carcinoma in situ, lo hay; y si llegan a tener áreas de invasión por fuera de la cápsula, nos facilita a todos en la nomenclatura. El problema es en éstos que son muy bien delimitados en los cuales estamos un poco expectantes a ver cómo

se tratan; pero no son como muy categóricos, a mi entender, en llamarlos in situ y no invasores, cuando uno les consulta casos en forma individual dicen que lo ideal es tratarlos como si fueran invasores de muy buen pronóstico y aconsejan realizar el ganglio centinela.

**Dr. Allemand:** Quería hacer un comentario con respecto a lo que dijo la Dra. Margossian, que en general son carcinomas triple negativo. Casualmente lo que acaba de decir la Dra. Frahm, son carcinomas triple negativo, pero de muy buen pronóstico. Así que en realidad no son basaloides sino que son estos inmunofenotipos que no tienen nada que ver con los basaloides y tienen un comportamiento biológico más parecido a los carcinomas luminares.