

Carcinoma secretor de mama en un varón de seis años

MORENO REQUENA, J. *; SERRA SEVILLA, A.; DEL VAS CEÑAL, A.; MONZONIS TORRES, M. C.; ABEL CORTÉS, J. L., y GARCÍA SOLANO, J.

Abstract

SECRETORY CARCINOMA OF THE BREAST IN A 6-YEARS OLD BOY

Secretory carcinoma of the breast in children has been infrequently reported in the literature. This neoplasm has elicited interest because the benign clinical course and distinctive histologic pattern.

We carried out immunohistochemical study with tumour markers such as carcinoembryonic antigen (CEA), human chorionic gonadotropin (HCG) and S-100 protein. The staining was positive for CEA and S-100 protein antigens.

A local excision was performed and, at present, nine years later, no recurrence or lymph node metastases were detected.

KEY WORDS: Secretory Breast Carcinoma.

PATOLOGIA 22, 276-278, 1989

INTRODUCCION

El Carcinoma secretor de mama en niños es un tumor muy poco frecuente, definido por unas características propias. Generalmente se presenta bien circunscrito con un patrón celular dispuesto en cordones y acinos con abundante material de secreción intra y extracelular.

La gran mayoría de casos encontrados hasta el momento se refieren a niñas y adultos, documentándose sólo tres casos en niños varones en la bibliografía recogida (1, 2, 3, 4, 5 y 7). Por este motivo, y en vista del comportamiento benigno habitual en estas neoplasias, consideramos de interés comunicar el presente caso estudiado en nuestro servicio.

CASO CLINICO

Se trata de un varón de seis años que, según refieren sus familiares, ha presentado hipertrofia de la mama derecha ya desde el nacimiento, encontrándose asintomático. A la exploración, muestra una nodulación en el parénquima mamario de diagnóstico incierto. Se pro-

cede a la exéresis quirúrgica de la tumoración. No presenta adenopatías, y en las revisiones posteriores, la última actualmente, nueve años después, no muestra recurrencia local ni afectación metastásica.

MATERIAL Y METODOS

Se procede a la fijación del tejido con formalina tamponada neutra el 10 por 100. Las secciones efectuadas se tiñen con hematoxilina y eosina y tinción PAS, con y sin digestión previa con diastasa.

Asimismo se realizan las técnicas de inmunohistoquímica en secciones de 5 μ con el método de la peroxidasa antiperoxidasa en material incluido en parafina, con los anticuerpos policlonales para el antígeno carcinoembrionario (CEA), gonadotropina coriónica humana (HCG) y proteína S-100 (todos de DAKO, Santa Bárbara, CA., USA).

RESULTADOS

Al examen macroscópico, la pieza quirúrgica consiste en un fragmento noduliforme recubierto externa y parcialmente por tejido adiposo, que mide dos centímetros de diámetro máximo. La superficie externa es lisa. A la sección, se muestra bien delimitado, presentando una superficie de corte de color pardo claro con frecuentes y finos tractos fibrosos entrelazados.

* Centro donde se ha realizado el trabajo: Hospital de la Seguridad Social "Virgen de la Arrixaca", El Palmar. Murcia.

Correspondencia a: Joaquín Moreno Requena. Calle Emilio Piñero, 2, 2.º I. 30007 Murcia.

Al microscopio óptico, la tumoración aparece bien delimitada del parénquima mamario circundante por tejido fibroso (fig. 1); la arquitectura general consiste en nódulos tumorales de tamaño variable, separados por tractos fibrovasculares (fig. 2), adoptando las células neoplásicas diversos patrones de crecimiento. Se aprecia un patrón sólido (fig. 3) caracterizado por un crecimiento "en sábana" de células poligonales con amplio citoplasma de límites precisos y núcleos redondos,

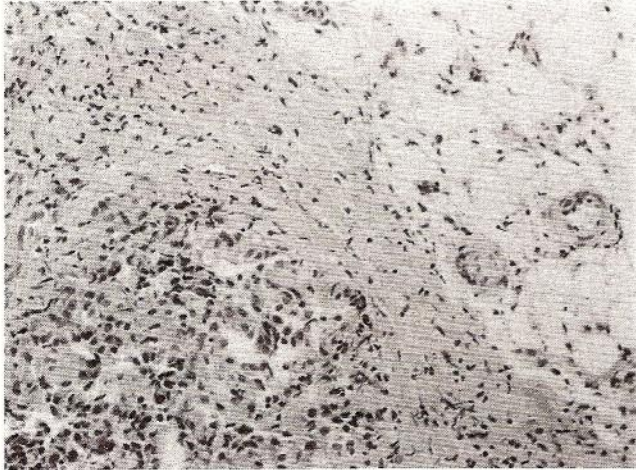


FIG. 1.—Tejido fibroso que delimita la neoplasia del tejido mamario circundante (HyE) 200X.

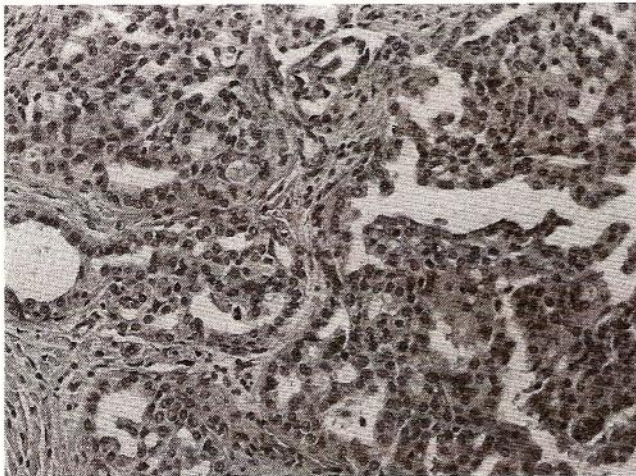


FIG. 2.—Arquitectura general del tumor con nódulos separados por tractos fibrovasculares (HyE) 200X.

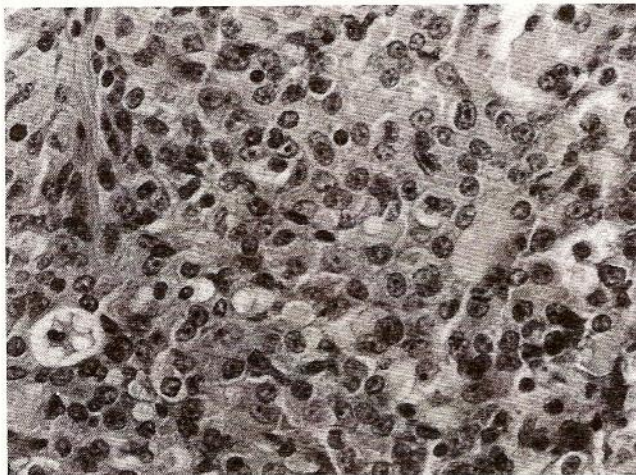


FIG. 3.—Imagen microscópica de la tumoración en un área de carácter predominantemente sólido (HyE) 400X.

vesiculares, con frecuentes nucleolos prominentes y muy escasas figuras de mitosis. El patrón secretor (fig. 4) aparece en extensas áreas y se caracteriza por la presencia de amplias vacuolas citoplasmáticas ocupadas por un material denso, intensamente eosinófilo y PAS positivo diastasa resistente, junto con otras áreas en donde las vacuolas se muestran ópticamente vacías y hay frecuente aparición de material extracelular. En otras zonas predominan los espacios irregulares y ramificados, ocupados por secreción y tapizados por células cuboideas, adoptando un patrón de crecimiento pseudoglandular (fig. 5). Ocasionalmente, estos espacios muestran dilatación quística con sobrecrecimiento del epitelio de revestimiento que conforma estructuras papilares. No se observa componente inflamatorio asociado a la neoplasia. El parénquima mamario que rodea al nódulo no presenta alteraciones significativas.

Con las técnicas de inmunohistoquímica las células tumorales mostraron positividad citoplasmática difusa para el antígeno carcinoembrionario (CEA) y la proteína S-100, mientras que la tinción para gonadotropina humana resultó negativa.

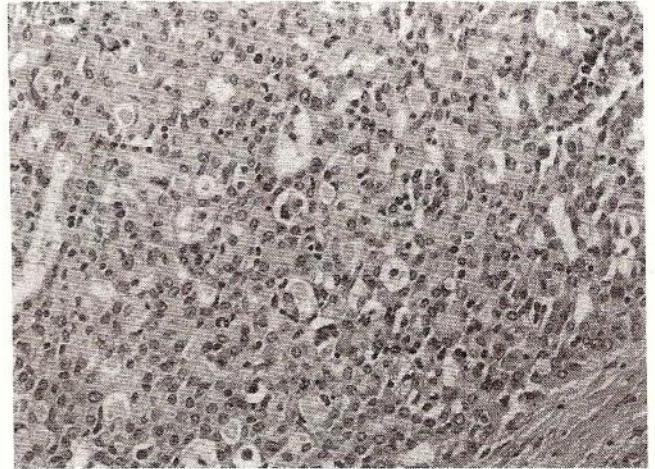


FIG. 4.—Patrón secretor. Vacuolas citoplasmáticas ocupadas por material eosinófilo y PAS positivo diastasa resistente (HyE) 200 X.



FIG. 5.—Patrón de crecimiento pseudoglandular (HyE) 200X.

DISCUSION

Los carcinomas secretores se han descrito en la literatura con muy escasa frecuencia (1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7), documentándose sólo tres casos en varones, uno en un

niño de cinco años (2), otro en un niño de nueve años (6) y otro en un varón de veintitrés años (5). Estos tumores presentan en general un pronóstico favorable, especialmente en los pacientes más jóvenes.

En la serie de diecinueve casos de Tavassoli y Norris (6) se recomienda como tratamiento la mastectomía simple extensa en los pacientes de más de veinte años, teniendo en cuenta que las metástasis ganglionares sólo aparecen en algunos de los pacientes que superaban esta edad. El tratamiento, según los diversos autores, varía entre la disección axilar con mastectomía radical y la resección tumoral local.

El tamaño de la neoplasia también parece estar implicado en el pronóstico, siendo así que los menores de dos centímetros de diámetro no han mostrado en ningún caso metástasis ganglionares. En vista de que en nuestro caso el nódulo tiene un tamaño sospechoso de posibles metástasis, se ha considerado oportuno el seguimiento del paciente a largo plazo. Por otro lado, la buena delimitación de los bordes de la neoplasia se considera un factor de buen pronóstico en cuanto a la presencia de dichas metástasis.

La ausencia de infiltración linfocitaria asociada al tumor y el buen estado actual del paciente coincide con las conclusiones que se desprenden del trabajo de Tavassoli y Norris (6) en el sentido de que no encuentran relación entre la infiltración y el pronóstico de supervivencia y/o la presencia de metástasis.

Histológicamente hemos encontrado los patrones sólido, secretor y ductal referidos en el artículo de Akhtar *et al.* (1), así como la PAS positividad diastasa resistente reseñada por los autores de la bibliografía (1, 2, 4, 5, 6 y 7) por la presencia de mucopolisacáridos ácidos sulfatados.

En el estudio de inmunohistoquímica realizado hemos examinado los antígenos que más frecuentemente se expresan en los tumores de mama, según el trabajo de A. K. Lee *et al.* (8). Estos autores encuentran el mayor porcentaje de positividad para el antígeno carcinoembrionario seguido por la gonadotropina coriónica. En nuestro caso, el CEA y la proteína S-100 resultaron positivos. Estos resultados sugieren la posi-

ble relación de esta neoplasia con un origen a partir de las glándulas sudoríparas modificadas. Quizá con el desarrollo de los anticuerpos monoclonales, que ya han probado ser útiles para identificar diferentes tipos de células tumorales, se pueda llegar a conocer la naturaleza y evaluar el pronóstico de estas neoplasias.

RESUMEN

El carcinoma secretor de mama se ha documentado muy raramente en la literatura. Estas neoplasias presentan gran interés por su curso clínico benigno y su ditintivo patrón histológico.

Hemos llevado a cabo un estudio inmunohistoquímico de la neoplasia con los marcadores del antígeno carcinoembrionario (CEA), gonadotropina coriónica humana (HCG) y proteína S-100, resultando positiva la tinción para el CEA y la proteína S-100.

Se trató quirúrgicamente mediante excisión local y, en el presente, nueve años después, no se han producido recurrencias o metástasis en ganglios linfáticos.

Palabras clave: Carcinoma secretor de mama.

BIBLIOGRAFIA

1. AKHTAR, M.; ROBINSON, C.; ASHRAF ALI M.; GODWIN, J. T.: "Secretory carcinoma of the breast in adults", *Cáncer*, 1983, 51: 2245-2254.
2. AZZOPARDI, J. G.: "Problems in breast pathology, Edinburgh", *W. B. Saunders*, 1979, 320-322.
3. MCDIVITT, R. W.; STEWART, F. W.: "Breast carcinoma in children", *J.A.M.A.*, 1966, 195: 144-146.
4. OBERMAN, H. A.; STEPHENS, P. J.: "Cancer of the breast in childhood", *Cáncer*, 1972, 30: 470-474.
5. ROTH, J. A.; DISCAFANI, C.; O'MALLEY, M.: "Secretory carcinoma in a man", *Am J. Surg. Pathol.*, 1988, 12 (2): 150-154.
6. TAVASSOLI, F. A.; NORRIS, H. J.: "Secretory carcinoma of the breast", *Cáncer*, 1980, 45: 2404-2413.
7. MASSE, S. R.; RIOUX, A.; BEAUCHESNE, C.: "Juvenile carcinoma of the breast", *Hum. Pathol.*, 1981, 12: 1044-1046.
8. LEE, A. K.; ROSEN, P. P.; DE LELLIS, R. A.; RAIGO, P. E.; GANGI, M. D.; GROSHEN, S.; BAGIN, R.; WOLFE, H. J.: *Am. J. Clin. Pathol.*, 1985, 84: 687-696.