

Carcinoma mucinoso de mama: ¿existe un patrón radiológico típico? Claves para una adecuada correlación radiopatológica.

Autores:

Eva M^a García Gámez
Marina Cristina Sánchez-Porro del Río
Antonio Escribano Moriana

Hospital Universitario Puerto Real

OBJETIVOS

- Conocer características epidemiológicas y clínicas de los casos diagnosticados en nuestro Hospital.
- Analizar los hallazgos radiológicos.
- Describir los resultados anatomopatológicas e inmunohistoquímicos.
- Dar las claves que nos faciliten una adecuada correlación radio-patológica.
- Descripción del tratamiento realizado y evolución clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado un estudio retrospectivo descriptivo incluyendo 19 pacientes diagnosticadas de carcinoma mucinoso en el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario Puerto Real entre los años 2013 y 2018. Se ha efectuado un estudio histológico de las piezas quirúrgicas así como una revisión de las historias clínicas de las pacientes teniendo en cuenta:

- Edad y forma de presentación,
- Historia familiar de cáncer de mama,
- Antecedentes gineco-obstétricos,
- Hallazgos radiológicos en las distintas técnicas de imagen,
- Tratamiento realizado y evolución clínica.

RESULTADOS

Hemos recogido datos clínico-epidemiológicos así como radiológicos y anatomopatológicos, obteniendo unos porcentajes atendiendo a los ítems que se exponen a continuación:

Pacientes estudiadas: 19 pacientes.

Edad media de presentación: 66 años. **Postmenopáusicas:** 78,94%

Historia familiar de cáncer de mama: 15,78%

Forma de presentación:

- Nódulo palpable: 47 %.
- Retracción pezón: 5,26%
- Screening: 15,78%
- Revisión: 26,42%
- Desconocido: 5,56 %

Adenopatías axilares positivas: 21,05 %

Hallazgos radiológicos:

- Ecografía: Los de tipo mixto son hipoeocogénicos y los de tipo puro se presentan como una lesión isoecogénica respecto a la grasa subcutánea, la cual tiende a pasar desapercibida en algunos casos.
- Mamografía: Lesión hiperdensa de márgenes bien definidos o, en menor medida, con márgenes espiculados. La mayoría se presentan como un nódulo; los de márgenes bien definidos suelen contener mayor porcentaje de mucina extracelular y viceversa. Las calcificaciones son excepcionales, no constituyendo una característica típica.
- RM: Intensidad variable en T1 en función de la cantidad de mucina e hiperintenso en T2. El patrón de realce es variable, mostrando menor realce si existe predominio de mucina.

Tratamiento realizado:

- Mastectomía radical: 26,3%
- Tumorectomía: 57,89%
- Sólo QT: 5,26%
- Sólo HT: 5,26%
- Sólo QT: 5,26 %
- QT neoadyuvante: 15,78%
- No ha recibido tratamiento: 5,26%

En resumen:

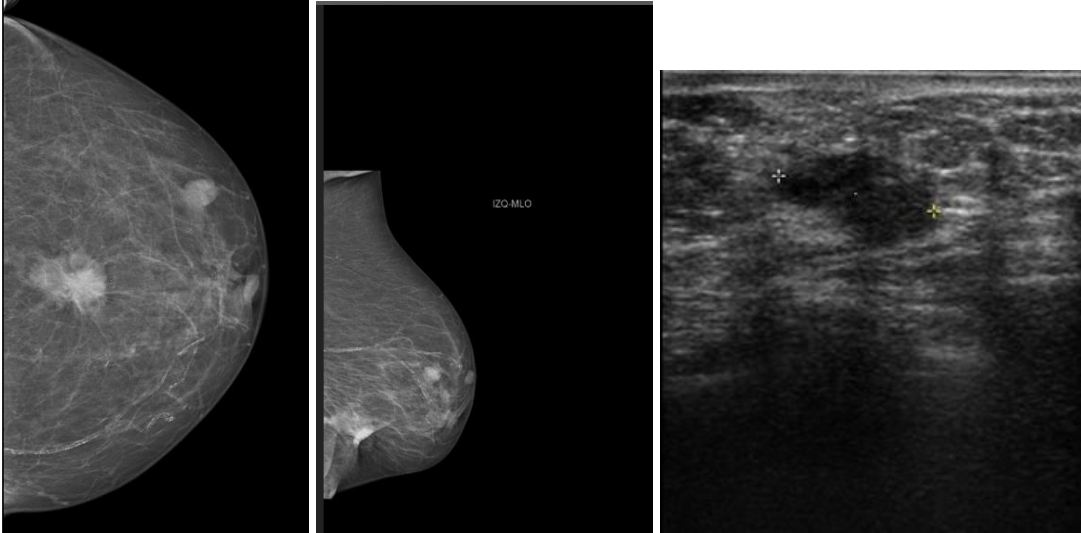
Hemos estudiado a 19 pacientes diagnosticadas de carcinoma mucinoso de mama. La edad media de presentación fue de 66 años, postmenopáusicas la mayoría.

El nódulo palpable ha sido la forma de presentación más frecuente de esta entidad seguido de pacientes diagnosticadas en estudios de control (revisiones). EL hallazgo radiológico predominante es el nódulo visualizado en la mamografía siendo las calcificaciones un hallazgo excepcional.

En torno a un 60% de las pacientes se les ha practicado tumorectomía.

CASOS CLÍNICOS EN IMÁGENES:

Caso 1.

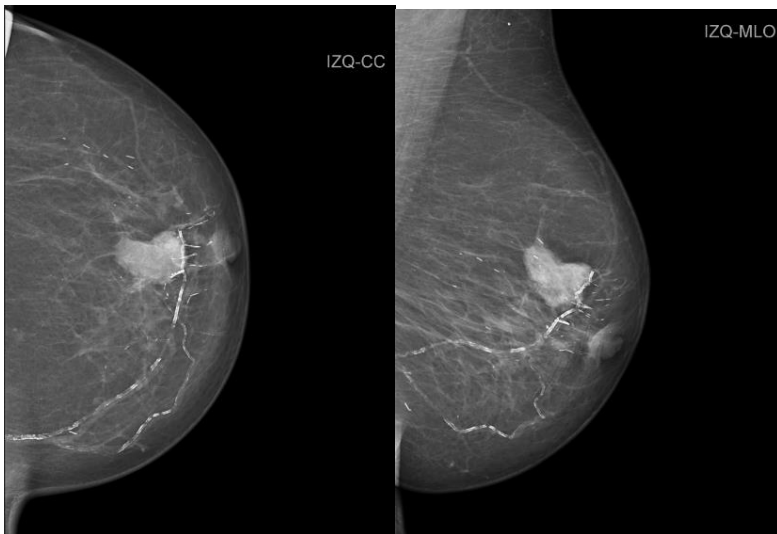


En mama izquierda se visualizan dos lesiones nodulares, una de ellas, de márgenes espiculados localizada en UCI de 32 mm. En la proyección OML se visualiza engrosamiento y retracción de la piel y del tejido celular subcutáneo adyacente. La lesión corresponde a una categoría BIRADS 5.

En CSE de la misma mama se observa un nódulo de menor tamaño (12mm) de márgenes no bien delimitados en todo su contorno, probablemente maligno (BI RADS 4).

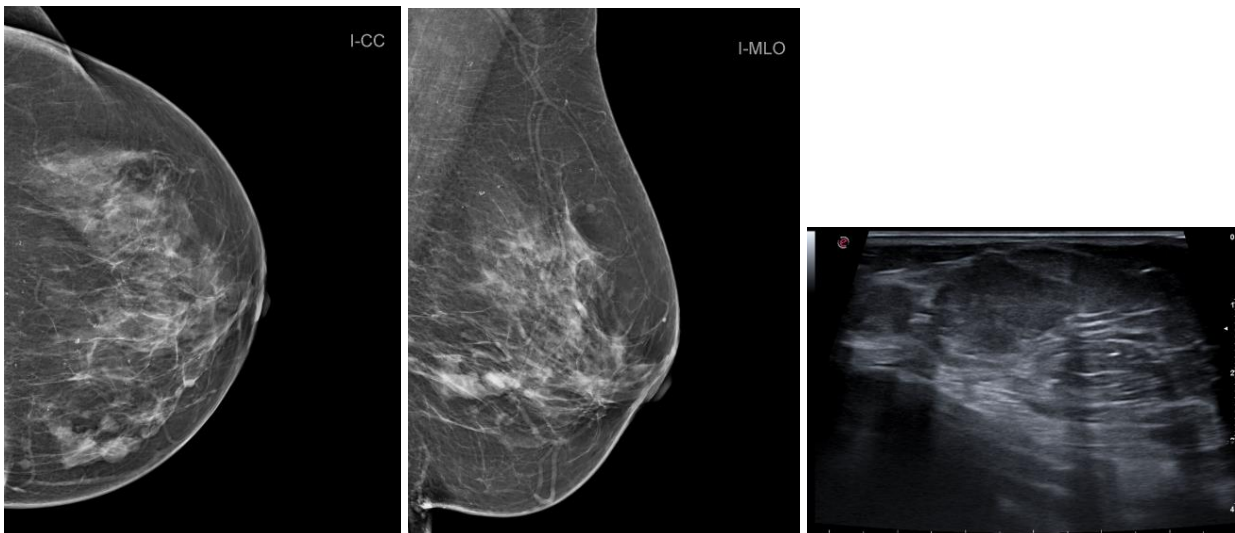
En ecografía el primero de ellos corresponde con un nódulo solido de márgenes mal definidos.

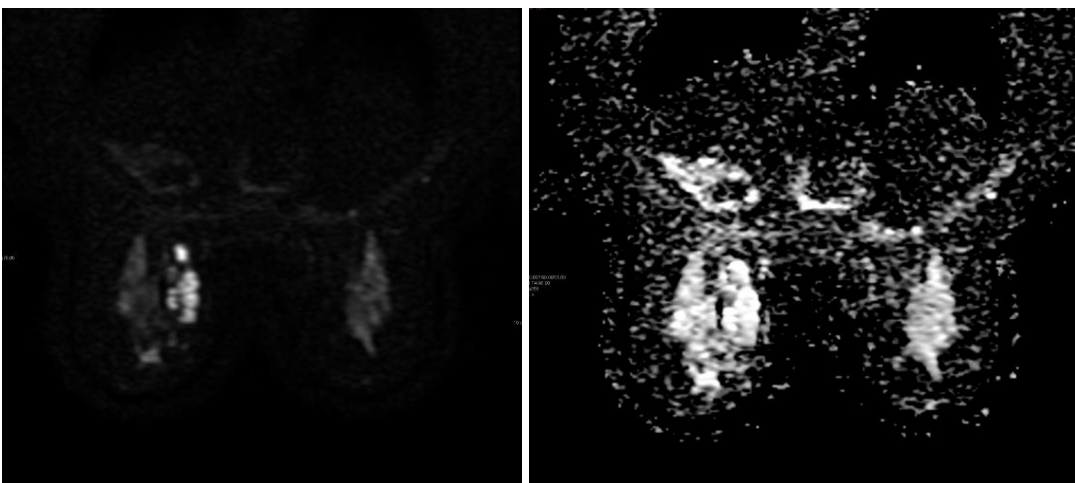
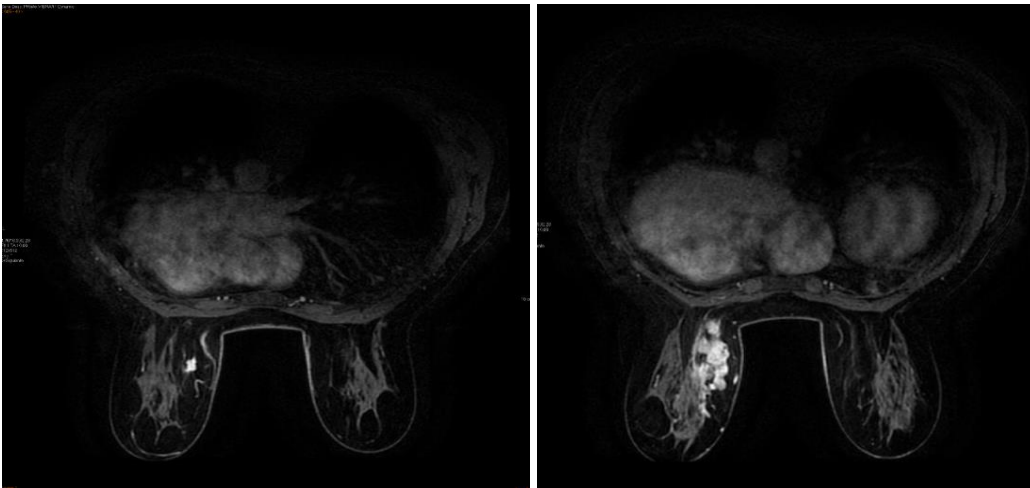
Caso 2.



Engrosamiento de la piel y tejido celular subcutáneo de la mama izquierda de localización retroareolar. De localización retroareolar se identifica un nódulo de márgenes espiculados de 15 mm de diámetro con distorsión de la arquitectura glandular (BIRADS 5).

Caso 3





Mamografía: Se identifican varias lesiones nodulares en mama izquierda con varios grupos de calcificaciones en cuadrantes inferiores.

Ecografía: nódulo sólido en UCI de la mama izquierda de al menos 20 mm con ecogenicidad similar a la grasa

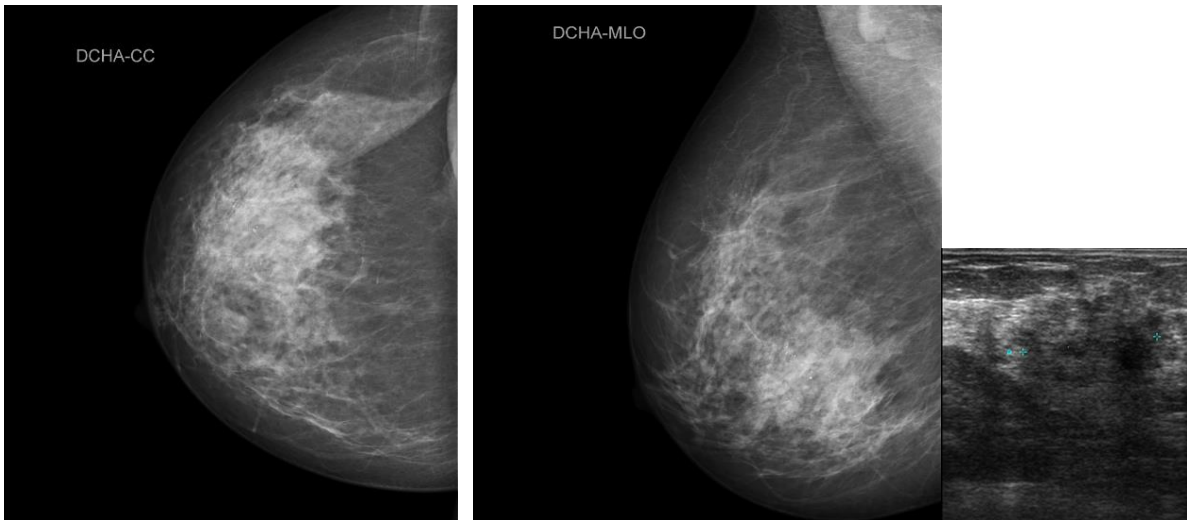
RM: Extensa tumoración que afecta la UCI de la mama izquierda de morfología polilobulada e irregular, que presenta una captación homogénea de contraste y con un tamaño de al menos 50 x 30 mm. Existe otro pequeño foco de 8 mm de márgenes algo irregulares en el CSI de la misma mama. Presentan restricción en la secuencia difusión pero sin una evidente caída de señal en el mapa ADC.

En la mama contralateral no se aprecian focos sospechosos.

Tampoco es evidente afectación adenopática relevante.

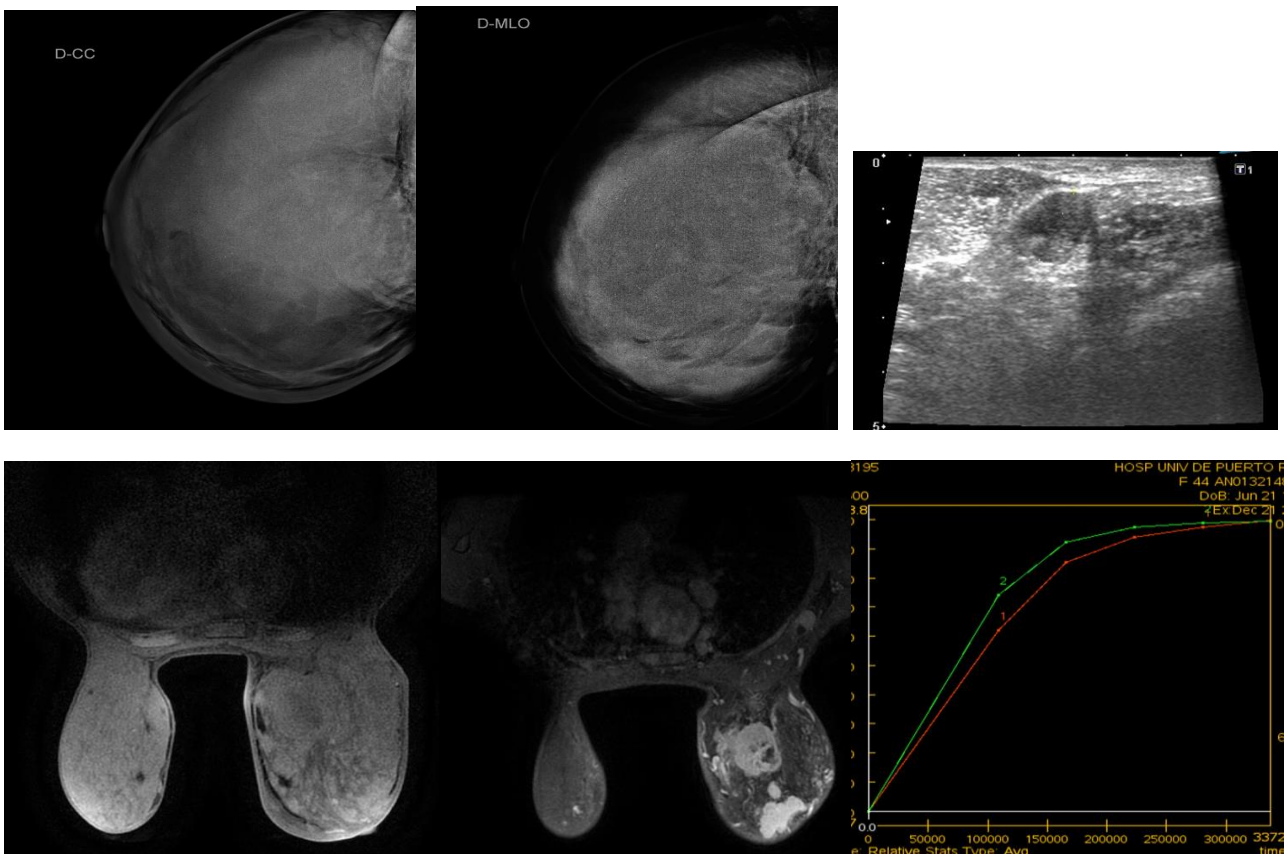
Estos hallazgos corresponden a una categoría BIRADS 5.

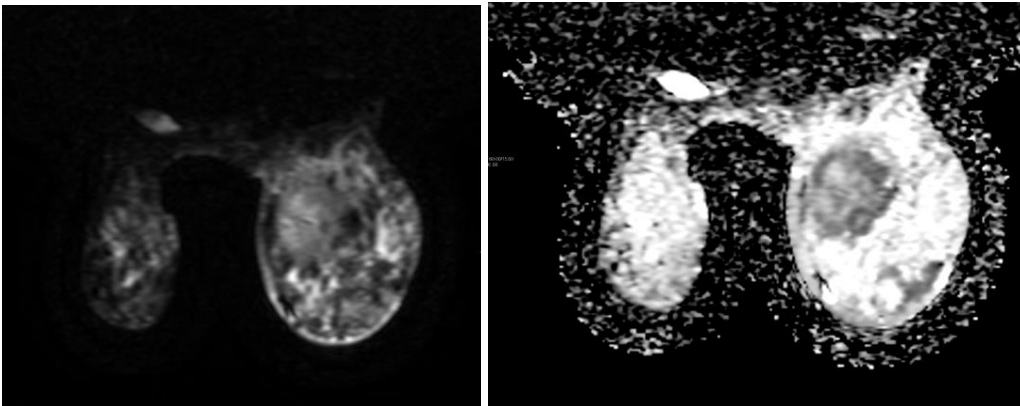
Caso 4



Nódulo de márgenes espiculados en mama derecha de 30 mm de diámetro, correspondiendo en ecografía a una lesión ovalada hipocogénica con márgenes mal definidos. Hallazgos en relación con categoría BIRADS 4b.

Caso 5





Patrón mamográfico muy denso (categoría D). En la mama derecha existe una gran tumoración de márgenes relativamente bien definidos, que afecta preferentemente CSE y ecográficamente es hipoecogénica y de márgenes irregulares. En axila derecha se aprecian varias adenopatías hipoecogénicas, sospechosas de infiltración neoplásica.

En la RM realizada se aprecia una gran tumoración que afecta al CSE con tamaño de 70 x 52 mm aparentemente encapsulada, de contenido heterogéneo con áreas de mayor intensidad en la periferia; apreciando otras tumoraciones de características similares localizadas en CIE con 2 lesiones de 20 y 25 mm respectivamente. Importantes cambios estructurales en el CIE de la mama derecha, con engrosamiento de los septos, piel y de la lámina anterior (componente inflamatorio). Extensa afectación adenopática axilar, con ganglios de hasta 30 mm. Curvas de captación de contraste tipo II, con rápido ascenso en fase arterial, y posterior meseta.

Brillan en secuencia de difusión y restringen en el mapa ADC con valor de 0.00167.

Hallazgos en relación con categoría BIRADS 5.

CONCLUSIONES

El carcinoma mucinoso, también llamado carcinoma coloide, es un tipo histológico poco frecuente de cáncer de mama constituyendo menos del 7% de todos los tumores malignos de la mama.

Afecta principalmente a mujeres de edades avanzadas siendo más frecuente en postmenopáusicas.

Existen dos tipos histológicos, distinguiéndose el carcinoma mucinoso **puro** en el que todas las células tumorales se encuentran rodeadas por mucina extracelular y el carcinoma mucinoso **mixto**, con áreas no rodeadas de mucina en los márgenes de infiltración tumoral. Tienen diferentes implicaciones en el diagnóstico por imagen y de pronóstico.

El tamaño tumoral del carcinoma mucinoso suele ser menor en relación a otros tipos de cáncer de mama y, debido al crecimiento lento de este tipo de tumores, es posible

diagnosticarlos con un menor tamaño. Además, se ha asociado la mayor producción de mucina con un mejor pronóstico, debido a que se comporta como una barrera para limitar la capacidad invasiva de estos tumores.

La afectación ganglionar es el factor pronóstico más importante y es más frecuente en el subtipo mixto.

De este modo, muestran menor agresividad presentando un pronóstico en líneas generales favorable, debido a que tienen una lenta evolución y baja tendencia a producir metástasis regionales. No obstante, éste varía en función del tipo histológico, con un pronóstico buen en el tipo puro mientras que la variedad mixta presenta mucho peor pronóstico, acercándose sus curvas de supervivencia a las del carcinoma ductal infiltrante.

Aunque constituye un tumor de mama poco frecuente, debe tenerse en cuenta ante mujeres postmenopáusicas con lesiones palpables de nueva aparición y cabe destacar la importancia del radiólogo en su diagnóstico, debiendo conocer sus hallazgos radiológicos típicos en las diferentes pruebas de imagen.

BIBLIOGRAFÍA:

- J D. Sánchez, R. Villeta, J. Alcalde, A. Ibarra, C. Morales, A. Abad. Carcinoma coloide de mama. Nuestra experiencia. Rev Senol Patol Mamar 1999;12:3-6
- Bae SY, Choi MY, Cho DH, Lee JE, Nam SJ, Yang JH. Mucinous carcinoma of the breast in comparison with invasive ductal carcinoma: clinicopathologic characteristics and prognosis. J Breast Cancer. 2011 Dec;14(4):308-13
- Di Saverio S, Gutierrez J, Avisar E. A retrospective review with long term follow up of 11,400 cases of pure mucinous breast carcinoma. Breast Cancer Res Treat. 2008 Oct;111(3):541-7
- Miho Kawashima, Yoshio Tamaki, Tetsuo Nonaka, Keiko Higuchi. MR Imaging of Mucinous Carcinoma of the Breast. AJR:179, July 2002