

CARCINOMA SARCOMATOSO DE MAMA

CANO MALDONADO, AGUSTIN; ESPÍÑEIRA PEREZ, BEGOÑA; ALVAREZ FERNANDEZ, JUAN CARLOS; GOMEZ FEIJOO, MANUEL; MIGUEL PEREZ, ERMITAS; VIÑAS MARTINEZ, JOSE; PIÑEIRO PARADA, JUAN; ADRIO DIAZ, GERMAN
HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE. FERROL

INTRODUCCIÓN

El Carcinoma Sarcomatoso de Mama forma parte de los Tumores Metaplásicos de la misma. Son un grupo heterogéneo e infrecuente (0,2% de neoplasias mamarias malignas).

Expresan fenotípicamente dos estirpes (epitelial y mesenquimal), lo cual permite clasificarlos:

- 1) Estirpe epitelial y sarcomatosa:
 - a. Monofásico: "spindle-cell" exclusivo por microscopía convencional pero con coexpresión fenotípica epitelial y mesenquimal por inmunohistoquímica.
 - b. Bifásico: "spindle-cell" con focos de carcinoma ductal o de células escamosas.
- 2) Grupo "fibromatosis-like":

Derivados de una misma célula totipotencial con diferenciación bifásica. La mayoría son esporádicos, excepto algunos que surgen de lesiones previas (papilomas, adenomas del areola-pezón o lesiones esclerosantes).

Son tumores de alto grado que expresan en escasa cuantía (<15%) receptores de estrógenos y progesterona, así como el oncogen *cerbB2*, al contrario que los carcinomas ductales y lobulillares.

Del 60 al 70% expresan Ki-67 y p53, responsables del alto grado y de la agresividad de todos los subtipos, excepto de los "fibromatosis-like" (tumores de bajo grado, mejor pronóstico y que no metastatizan a distancia, sino que recidivan localmente).

Deben expresar citoqueratina y vimentina + simultáneamente. La citoqueratina AE1/AE3 es el marcador más usado y sensible.

Suelen ser nódulos únicos, blandos y friables, de superficie rosa-grisácea por la necrosis.

Son de comportamiento biológico ominoso: afectación ganglionar axilar metastásica al diagnóstico >50% y supervivencia a los 5 años <40%.

Las metástasis de los carcinomas bifásicos no siempre remedan al tumor primario.

CASO CLÍNICO

Mujer de 88 años, demenciada, con tumor paraareolar de 4 cm en superficie de mama izquierda.

Mamografía: gran radiopacidad retroareolar. Ecografía: lesión de 4x6 cm, sólida, con áreas de degeneración quística y necrosis. BAG: células de aspecto mesenquimal con alto índice mitótico (Ki-67>20%), + para vimentina y citoqueratina AE1/AE3. Eco axilar: sin adenopatías.

El Comité de Mama decidió realizar mastectomía simple debido a su estado clínico.

AP: tumoración de 7,5 cm de diámetro con extensas áreas de necrosis; patrón de crecimiento difuso mesenquimal con queratina y vimentina +. Actividad mitótica muy alta, receptores estrogénicos + 5-10% y de progesterona -. Diagnóstico: Carcinoma Sarcomatoso.

RESULTADOS

Carcinoma Metaplásico de Mama de tipo Sarcomatoso Monofásico en paciente añosa con mal estado general y sin adenopatías axilares al diagnóstico.

CONCLUSIONES

Grupo heterogéneo de neoplasias malignas muy poco frecuentes, de comportamiento biológico agresivo (altas tasas de expresión de Ki-67 y p53, y de metástasis ganglionares axilares al diagnóstico) y opciones terapéuticas limitadas (ausencia de receptores hormonales y baja expresión de *cerbB2*).