CASO CLINICO

CIR URUG 1990; 60: 39–44

Neoplasma oculto de mama

Dres. Daniel López Chapuis[1], Raúl Laviña[2], Fernando Delgado[3], Manuel Albo[3]

Resumen

Se presenta un trabajo realizado a propósito de cuatro pacientes portadoras de neoplasma oculto de mama detectado a partir del hallazgo de metástasis axilares, exclusivamente.
Se analiza también el hecho que la adenopatía axilar, habitualmente del nivel I, puede ser la primera manifestación clínica de la enfermedad.
Se destaca la importancia de los exámenes complementarios: dosificación de receptores estrogénicos, mamografía, termografía.
Se plantea la mastectomía ipsilateral a la adenopatía en caso de no detectarse el primitivo basándose en el análisis de estadísticas internacionales y siguiendo el algoritmo de Westbrook.
Finalmente se expresa que el pronóstico es similar o mejor al de los tumores palpables con matástasis axilar.

Summary

The authors present a papel referred to four patients carrying hidden mammary neoplasma which was detected only after the finding of axillary metastases.
They analyze the fact that the axillary adenopaty, usually a level I one, can be the first clinical sign of the illness.
They emphasize the importance of paraclinical tests: estrogenic receptor dosage, mammography, termography.
They suggest mastectomy —ipsilateral to the adenopaty— in case of undetected primitive, based on the analysis of international statistics and following Westbrooks algorithm.
Finally, the prognosis is thought to be similar or better than that of palpable tumours with axillary metastases.

Introducción

Se define como neoplasma oculto de mama aquel tumor que no se detecta por el examen físico mamario y que es diagnosticado por la mamografía, o es un hallazgo anátomo–patológico en una biopsia de mama realizada por otra causa, o aquel que se manifieste por metástasis ganglionares o a distancia (1).

En este trabajo nos referiremos exclusivamente a los tumores diagnosticados a partir de metástasis ganglionares axilares.

Desde la primera referencia hecha por Halsted en 1907, se han publicado varios trabajos sobre el tema, totalizando 219 casos en la bibliografía consultada, señalándose la escasa frecuencia de esta situación, que constituye entre el 0.4% (2) y el 1% (1,3) de todos los neoplasmas de mama.

La presentación de un neoplasma oculto de mama por metástasis ganglionares axilares plantea importantes problemas prácticos, en particular con respecto a la extensión de estudios paraclínicos a realizar (4), y al tratamiento adecuado cuando no se logra confirmar el primitivo (5).

Material y método

Se analizan las historias de cuatro pacientes provenientes de la Policlínica de Seguimiento de Cáncer de Mama de la Clínica Quirúrgica «B» y se estudian además, los datos correspondientes a 219 pacientes que figuran en la bibliografía consultada.

A) Casuística

1) J.R. Hospital de Clínicas. Paciente de 61 años, secundigesta, que en 1978 consulta por una adenopatía axilar derecha, única de 2 cm. de diámetro, móvil y de consistencia firme, asintomática y con examen clínico normal. Se reseca la adenopatía, la que muestra una colonización metastásica masiva por un carcinoma de estructura cordonal sólido, de bajo grado de diferenciación. La radiografía de tórax, examen ORL y centellogramas óseo y tiroideo son normales, mientras que la mamografía muestra un pequeño nódulo en el cuadrante súpero–externo de la mama derecha.

Se opera el 28.11.78, realizándose una mastectomía radical derecha, y la anatomía patológica informa

Palabras clave: Tumores de mama – metástasis. Tumores de mama – terapia.
Clínica Quirúrgica «B» Seccional Patología Mamaria (Directores Prof. Dr. Uruguay Larre Borges).
[1] Residente de Cirugía. [2] Profesor Adjunto. [3] Profesores Agregados de Clínica Quirúrgica.
Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 11 de mayo de 1988.
Correspondencia: Daniel López Chapuis. Brandzen 1971 (602). Montevideo.

Tabla 1. Adenopatías axilares

		Número		Tamaño		Nivel comprometido		
Autor	Nº casos	1	≥2	Cm	Promedio	I	I + II	I + II + III
Fitts (3)	11	6	5					
Westbrook (5)	12	5	7	2 a 5				
Ashikari (11)	34	6	28	1 a 6	4	12	13	9
Rosen (8)	8	3	5			5	1	2
Patel (4)	29	11	18	≤2,5 = 13 2.5-4 = 16				
Haagensen (18)	16	7	9	2 a 8	4.5			
Total	110	38 34%	72 66%					

Tabla 2. Resultados de la mamografía en el neoplasma oculto de mama con metástasis axilares

Autor	Nº Casos	Nº Mamografías	Resultados	
			Positiva o sospechosa	Negativa
Westbrook (5)	18	17	8	9
Ashikari (11)	34	25	3	22
Rosen (8)	8	8	4	4
Patel (4)	29	17	8	9
Total	89	67	23 (34%)	44 (66%)

que macroscópicamente no existe tumor mamario. El estudio microscópico demuestra focos de carcinoma intraductal con zonas infiltrantes y un ganglio colonizado de los 6 examinados.

La evolución hasta la fecha es excelente, sin evidencias de recidiva.

2) E.C. Hospital de Clínicas. Paciente de 52 años, multípara, que en marzo de 1980 consulta por un conglomerado de adenopatías axilares derechas, de 4 cm. de diámetro, duras y libres de los planos superficial y profundo, asintomática y con examen clínico normal. La biopsia ganglionar muestra metástasis de un adenocarcinoma. Se estudia exhaustivamente con radiografía de tórax, examen ORL, esófago–gastro–duodeno, colon por enema, fibrogastroscopía urografía de excreción, centellograma hepático, mamografía y termografía, siendo todos los resultados normales.

En junio de 1980 se realiza vaciamiento axilar derecho, encontrándose 7 ganglios con metástasis masivas de un carcinoma pobremente diferenciado, no realizándose otro tratamiento.

En 1982 consulta por edema de brazo derecho y adenopatías carotídeas y supraclaviculares derechas, siendo el resto de examen, incluyendo las mamas, normal. Los exámenes realizados en ese momento (radiografía de tórax, examen ORL, TAC de tórax y abdomen y mamografía) son normales, y se opera en agosto de 1982, realizándose un vaciamiento radical derecho de cuello, cuya anatomía patológica informa metástasis ganglionares de adenocarcinoma pobremente diferenciado.

En setiembre de 1985 se descubre una tumoración de cuadrante súpero–externo de mama derecha, cuya biopsia informa que se trata de un carcinoma de mama. La mamografía realizada en esa oportunidad muestra microcalcificaciones retro–areolares en mama derecha, con aspecto de comedocarcinoma, ausentes en las mamografías de 1980 y 1982.

El 2.12.85 se realiza una mastectomía simple, y la anatomía patológica informa un carcinoma ductal infiltrante. Desde ese momento ha sido controlada, no presentando recurrencia.

3) M.G. Hospital de Clínicas. Paciente de 60 años, nuligesta, que en 1984 consulta por una adenopatía axilar derecha única, de 3 cm. de diámetro, consistencia firme y móvil; asintomática y con examen clínico normal. Se realiza mamografía que es normal, y en diciembre de 1984 se reseca la adenopatía, cuya anatomía patológica muestra una metástasis ganglionar de carcinoma mamario ductal infiltrante. Dado que el examen mamario y la mamografía son normales se decide su control clínico y paraclínico, realizán-

Tabla 3. Casuística citada en la bibliografía

Autor, Año	Nº casos	Nº operados	Nº cáncer	Autor, año	Nº casos	Nº operados	Nº cáncer
Jackson 1948 (14)	3	3	3	Westbrook 1971 (5)	18	12	9
Cogswell, 1949 (15)	1	1		Ashikari, 1976 (11)	42	34	23
Weinberger 1951 (16)	5	5	5	Grundfest, 1978 (10)	1	1	1
Owen, 1954 (2)	35	35	25	Rosen, 1980 (8)	8	8	8
Feuerman, 1962 (6)	14	10	7	Patel, 1981 (4)	37	29	16
Fitts, 1063 (3)	13	13	11	Haagensen, 1986 (18)	28	16	15
Larsen, 1964 (12)	3	2	2	Vilcoq, 1982 (17)	11	0	0
				Total	219	169	126

dose termografías y mamografías en marzo de 1985, enero de 1986 y octubre de 1986, que son normales.

En febrero de 1987 se descubre una nueva adenopatía de vértice de axila derecha, son similares características a la anterior, y con examen mamario normal, realizándose una mastectomía radical modificada derecha. La anatomía patológica muestra un conglomerado de adenopatías masivamente sustituído por metástasis de un carcinoma ductal infiltrante de mama. Los fragmentos de mama muestran una mastopatía fibroquística, sin evidencias de tumor mamario.

Controlada hasta la fecha, no presenta signos de recurrencia.

4) T.T. Hospital de Clínicas. Paciente de 37 años, multípara, que consulta en enero de 1987 por adenopatía axilar derecha de 2 cm., única, libre y de consistencia firme, asintomática y con examen clínico normal. La resección de la adenopatía informa que se trata de una metástasis de cáncer mamario. Se estudia con radiografía de tórax, ecografía hepática, examen ORL y mamografía que son normales. En abril de 1987 se realiza mastectomía radical modificada derecha, cuya anatomía patológica no demuestra tumor mamario ni colonización en los 7 ganglios obtenidos. Ha sido controlada hasta la fecha, no presentando recurrencia.

Comentario

Es un hecho conocido que una adenopatía puede ser la primera manifestación clínica de un carcinoma (5,6), y en el caso de una adenomegalia axilar el diagnóstico diferencial se centra en distinguir entre una metástasis de un carcinoma de mama, metástasis de un primitivo de otro órgano o linfoma (7). en la mayor parte de los casos los cortes por congelación podrán distinguir entre un carcinoma, linfoma o patología inflamatoria, aunque difícilmente puedan brindar información más específica. El examen histológico por inclusión permite suponer el origen mamario en caso de metástasis de adenocarcinoma, aunque en neoplasmas indiferenciados puede ser difícil establecer el primitivo (8). En cuanto a las características de las adenopatías (Tabla 1), la revisión de la literatura muestra que en el 34% existe una única metástasis ganglionar, y que con frecuencia la colonización axilar se limita al nivel I.

Actualmente la dosificación de receptores de estrógenos constituye un gran avance en el diagnóstico del cáncer de mama. Se señala que el 55% de los tumores mamarios presentan receptores de estrógenos positivos, y que estos receptores están presentes en el 80% de las metástasis de tumores primarios con receptores positivos (9). La demostración de receptores de estrógenos positivos en una adenopatía axilar metastásica de un adenocarcinoma constituye una fuerte presunción de que es secundaria a un cáncer mamario (10). Si bien se han identificado receptores de estrógenos en otros tumores (melanoma, cáncer de colon, endometrio, ovario y riñón), éstos en general no alcanzan valores tan altos como los correspondientes al cáncer de mama (10). Además debe tenerse en cuenta que el tumor primario puede no encontrarse o ser microscópico, por lo que el estudio de la adenopatía puede ser la única posibilidad de demostrar la presencia o no de receptores de estrógenos en el tumor, con las implicaciones pronóstica y terapéutica que ello supone (4).

Con respecto al origen posible de adenopatías axilares metastásicas, se señala como primitivo más frecuente al carcinoma de mama, aún cuando otros probables sitios deben tomarse en cuenta, como ser melanoma, tiroides, pulmón, tubo digestivo, riñón y ovario (4,6,10,11). En todos los casos en que se encuentra un origen extramamario de la adenopatía axilar metastásica, existen claros signos y síntomas provocados por el tumor primario, que no puede considerarse como oculto (6). En base a este concepto, si luego de una historia y un examen clínico cuidadoso y de una serie de exámenes complementarios no se encuentra el tumor primario, debe considerarse la

Tabla 4. Características del tumor primario en el neoplasma oculto de mama

	Nº mastectomías		Tamaño (Nº pacientes)		
Auto	Con tumor	Sin tumor	Microscópico	≤1 cm.	>1 cm
Owen (2)	25	10	3	17	5
Fitts (3)	11	2	4	4	3
Westbrook (5)	9	3			
Ashikari (11)	23	11		8	15
Rosen (8)	8	0	8		
Patel (4)	16	13	10		6
Haagensen (18)	15	1	6	7	2
Total (%)	107 (73%)	40 (27%)	31 (32%)	36 (36%)	31 (32%)

Tabla 5. Histología del tumor primario en el cáncer oculto de mama

		No infiltrante		Infiltrante				
Autor	Nº casos	CID	CLIS	Ductal	Otro	Coloide	Medular	No tumor
Owen (2)	35			11	6	1	7	10
Fitts (3)	13			3	7	1		2
Westbrook (5)	12	1		8				3
Ashikari (11)	34	2	1	20				11
Rosen (8)	8	4*	5*					
Total	102		12		55	2	7	26

* 1 paciente tuvo CID y CLIS; CID = Carcinoma intraductal; CLIS = Carcinoma lobular In Situ

mama ipsilateral como el lugar más probable de origen de la metástasis, y ser resecada (6).

La extensión de exámenes complementarios que se deben realizar en una mujer que presenta una metástasis ganglionar axilar de un adenocarcinoma para atribuirla a un neoplasma oculto de mama varía ampliamente según los distintos autores. Existen algunos (5,6,8,12) que proponen numerosos estudios buscando un primitivo digestivo, urinario, genital o torácico, mientras que otros (3,4,13) piensan que los extensos procedimientos diagnósticos realizados en el intento de descubrir un tumor primario extra mamario resultan en general inefectivos y deben ser omitidos o realizados selectivamente, guiados por la clínica.

La mamografía (Tabla 2) diagnosticó el tumor primario en el 34% de los pacientes analizados, por lo que una mamografía normal no excluye necesariamente la mama como sitio primitivo del cáncer (4). Esta baja sensibilidad de la mamografía aparentemente podría mejorar mediante el uso combinado de otros métodos diagnósticos como la termografía (5).

Como resumen presentamos el algoritmo tomado de Westbrook (5), quien señala que, luego de una evaluación inicial del paciente portador de una adenopatía axilar, realiza exámenes imagenológicos mamarios y, en caso de ser patológicos, biopsia la mama. si los exámenes o la biopsia son negativos se realiza la biopsia ganglionar, y si ésta confirma su carácter metastásico se procede, luego de descartar un tumor primitivo de otra topografía, a realizar la mastectomía. Esta conducta se cumplió en nuestras pacientes en el caso Nº 1 en que la mamografía detectó el tumor mamario, y en la última paciente donde, ya con experiencia sobre el tema se realizó la mastectomía aún en ausencia de tumor comprobado. En las otras dos pacientes existió un retraso considerable en el tratamiento, que recién se realizó cuando apareció clínicamente el tumor mamario o se produjo una recidiva axilar.

De los 291 casos recopilados (Tabla 3) 169 fueron operados, recibiendo en general, una mastectomía radical, seguida de radioterapia locorregional, fundamentalmente en aquellos con numerosas adenopatías colonizadas (14–16). En 50 pacientes se utilizó la radioterapia exclusiva que fue el tratamiento de elección en 11 casos de Vilcoq (17), mientras que en las 39 restantes se indicó por presentar metástasis a distancia o porque las características de las adenopatías (fijación a piel o a planos profundos) contraindicaron el tratamiento quirúrgico (18).

La colonización ganglionar axilar supone una mayor probabilidad de desarrollar metástasis a distancia.

Tabla 6. Sobrevida de pacientes portadoras de neoplasma oculto de mama

Autor	Nº pacientes	Muertes		Vivos y sin evidencia de enfermedad		
		Por cáncer	Por otra causa	Menos de 5 años	Más de 5 años	Más de 10 años
Weimberger (16)	5	0	0	3	2	2
Owen (2)	25	9	3*	4	9	6
Fitts (3)	11	2	0	4	5	2
Westbrook (5)	18	6	1**	6	5	2
Ashikari (11)	34***	4	3	13	13	11
Rosen (8)	8	0	0	6	4	
Patel (4)	29				28%	17%
Haagensen (18)	16	8	1**	2	5	3

* A los 3 meses, 17 y 25 años de la operación.; ** A los 10 años de la operación; *** Incluye una paciente perdida de seguimiento

Actualmente existe acuerdo en que estas pacientes son pasibles de terapéutica sistémica coadyuvante, pudiendo optarse por la poliquimioterapia, indicada fundamentalmente en las pacientes premenopáusicas con más de cuatro ganglios invadidos, o la hormonoterapia, cuyos mejores resultados corresponden a pacientes postmenopáusicas con receptores de estrógenos positivos (9).

El carcinoma mamario (Tabla 4) fue hallado en el 73% de los pacientes mastectomizadas, con predominio de tumores pequeños (68% menores de 1 cm de diámetro), lo cual es comprensible dado su carácter de oculto, existiendo 10% de carcinomas no invasores (Tabla 5). El resto de los tumores fue de tipo infiltrante, predominantemente ductal, con la excepción de la serie de Owen (2) quien encuentra 28% de neoplasmas de tipo medular.

Todos los autores señalan (Tabla 6) que la sobre-

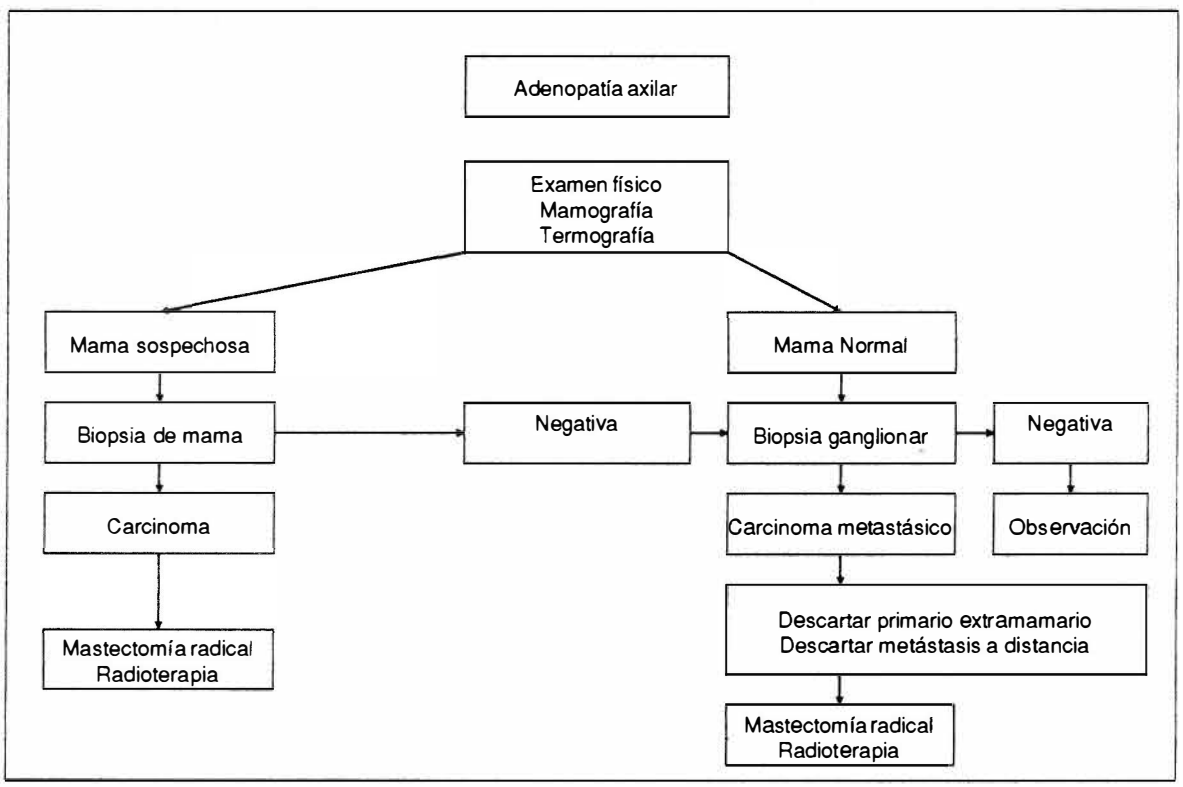

Figura 1. Conducta frente a una adenopatía axilar (Tomado de Westbrook) (5).

vida del neoplasma oculto de mama es igual o superior a la de aquellos neoplasmas palpables con adenopatías axilares (Tabla 6) destacándose los resultados de Ashikari (11), quien en 34 pacientes anota sólo 4 muertes por neoplasma —ninguna de ellas dentro de los primeros 5 años— con una tasa de sobrevida a 10 años de 79%.

Este buen pronóstico se debería, según Fitts (3), al escaso número de ganglios colonizados, lo que indicaría, al igual que los resultados de Patel (4), que la extensión del compromiso ganglionar en el factor que afecta en forma más importante la sobrevida.

Por otra parte Owen (2) señala que la menor agresividad del carcinoma oculto se asocia con la mayor frecuencia de ciertas formas histológicas, indicando que el 75% de sus casos correspondieron a comedocarcinoma o carcinoma medular, que suelen tener un pronóstico más favorable.

Por último, Haagensen (18) considera que el factor más crítico del pronóstico es la fijación o no de la metástasis ganglionar a la piel o a los planos profundos falleciendo todas las pacientes con adenopatías fijas antes de los 5 años.

Conclusiones

La presentación de un cáncer oculto de mama por metástasis ganglionares axilares corresponde aproximadamente al 1% de los neoplasmas de mama. Frente a una adenopatía axilar aislada debe tenerse en cuenta la posibilidad de que se trata de una metástasis de un cáncer oculto de mama, y se deben emplear todos los métodos para diagnosticarlo, incluyendo dosificación de receptores de estrógenos.

Cuando un cáncer extramamario coloniza los ganglios axilares en general son evidentes los signos y síntomas producidos por el tumor primario, que ya no puede considerarse como «oculto» (6). Por lo tanto, los exámenes complementarios realizados en búsqueda del primitivo deben ser selectivos, orientados por la clínica de la paciente (13).

La mamografía y la termografía pueden ser de ayuda en el diagnóstico, pero un resultado normal no descarta el cáncer mamario.

En general se acepta que una metástasis ganglionar axilar de adenocarcinoma, en una mujer sin primitivo aparente, debe sugerir como diagnóstico más probable el de carcinoma de mama, aún en presencia de examen clínico y mamografía normales, y debe conducir a la realización de una mastectomía (6).

El estudio anátomo–patológico de la mama encuentra el cáncer primitivo sólo en el 73% de los casos (Tabla 4), tratándose en general de tumores pequeños (67% menores o igual a 1 cm de diámetro), y con cierta frecuencia no infiltrantes. En el 27% restante el examen histológico habitual no logra descubrir el turno mamario —seguramente debido a su pequeño tamaño— lo que hace necesario un estudio exhaustivo de toda la pieza mediante cortes especiales.

El pronóstico de ese tipo de tumores es comparable, o aún mejor, al de aquellos tumores mamarios palpables con metástasis àxilares (2,3,11).

Bibliografía

1. **Uriburu J, Gesualdi J.** Los cánceres ocultos de la mama. Prensa Med Argetn. 1982; 69: 171–6.
2. **Owen H, Dockerty M, Gray H.** Occult carcinoma of the breast. Surg Gynecol Obstet 1954; 98: 302–8.
3. **Fitts W, Steiner G, Enterline H.** Prognosis of occult carcinoma of the breast. Am J Surg 1963; 106: 460–3.
4. **Patel J, Nemoto T, Rosner D.** Axillary lymph node metastasis from an occult breast cancer. Cancer 1981; 47: 2923–7.
5. **Westbrook K, Gallager H.** Breast carcinoma presenting as an axillary mass. Am J Surg 1971; 122: 607–11.
6. **Feuerman L, Attie J, Rosenberg B.** Carcinoma in axillary lymph nodes as an indicator of breast cancer. Surg Gynecol Obstet 1962; 114: 5–8.
7. **Pierce E, Gray H, Dockerty M.** Surgical significance of isolated axillary adenopathy. Ann Surg 1957; 145: 104–7.
8. **Rosen P.** Axillary lymph node metastases in patients with occult noninvasive breast carcinoma. Cancer 1980; 46: 1298–1306.
9. **Delgado F, Sangulnetti J, Larre Borges U.** Avances en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Actualizaciones en Cirugía. Vol. 2, Nº 5. Montevideo. Librería Médica Editorial. 1988.
10. **Grundfest S, Steiger E, Sebek B.** Metastatic axillary adenopathy. Use of estrogen receptor protein as an aid in diagnosis. Arch Surg 1978; 113: 1108–9.
11. **Ashikari R, Rosen P, Urban J et al.** Breast cancer presenting as a axillary mass. Ann Sur 1976: 183; 415–7.
12. **Larsen R, Sawyer K, Sawyer R et al.** Occult carcinoma of the breast. Am J Surg 1964; 107: 553–5.
13. **Osteen R, Kopf G, Wilson R.** In pursuit of the unknown primary. Am J Surg 1978; 134: 494–8.
14. **Jackson A.** Carcinoma of the breast in the absence of clinical breast findings. Ann Surg 127: 177–9, 1948.
15. **Cogswell H.** Hidden carcinoma of the breast. Arch Surg 58: 780–789, 1949; 58: 780–9.
16. **Weinberger H, Stetten D.** Extensive secondary auxillary lymph node carcinoma without clinical evidence of primary breast lesion. Surgery 29: 1951; 217–22.
17. **Vilcoq J, Calle R, Ferme F, et al.** Conservative treatment of axillary adenopathy due to probable subclinical breast cancer. Arch Surg 1982; 117; 1136–8.
18. **Haagensen C.** Enfermedades de la mama. Buenos Aires: Librería Médica Panamericana, 1987.