

CASOS CLÍNICOS

CARCINOMA PAPILAR SÓLIDO DE MAMA: CORRELACIÓN CLÍNICO-IMAGENOLÓGICA DE UNA NEOPLASIA RETROAREOLAR INFRECLENTE

SOLID PAPILLARY CARCINOMA OF THE BREAST: CLINICAL AND IMAGING CORRELATION OF A RARE RETROAREOLAR TUMOR

Dr. José Antonio Lagos Monasterios* Dr. Jose Miguel Cussi Romero**
Tutor: Dr. Hugo Luis Ledezma Ruiz **.

RESUMEN

El carcinoma papilar sólido de mama es un tumor maligno poco frecuente (<2% de todos los carcinomas mamarios), que se caracteriza por presentar un patrón de crecimiento sólido con ejes fibrovasculares delicados, y se manifiesta típicamente con telorragia unilateral o masa palpable. Se reporta el caso de una paciente de 41 años con VIH controlado, atendida y estudiada en el Hospital del hospital de clínicas de la ciudad de La Paz, que presentó telorragia esporádica izquierda de un año de evolución. Los estudios de imagen mostraron mamas densas (ACR D) y una ectasia ductal retroareolar con contenido sólido sospechoso. El diagnóstico se confirmó mediante biopsia con aguja gruesa (BAG) e inmunohistoquímica, que clasificó el tumor como carcinoma mamario tipo luminal B, RE(+) 80%, RP(+) 90%, HER2(+) y Ki-67 (60%). El manejo consistió en mastectomía radical modificada izquierda con linfadenectomía axilar, con evolución postoperatoria favorable. Este caso ilustra la presentación clínica, el abordaje diagnóstico mediante correlación imagen-patológica y el manejo quirúrgico de esta variante histológica poco común.

Palabras Clave: Carcinoma papilar sólido mamario, telorragia, ectasia ductal, neoplasias mamarias raras.

ABSTRACT

Solid papillary carcinoma of the breast is a rare malignant tumor (<2% of all breast carcinomas), characterized by a solid growth pattern with delicate fibrovascular cores, and typically presenting with unilateral nipple discharge or a palpable mass. We report the case of a 41-year-old woman with well-controlled HIV infection, evaluated and managed at the Hospital del hospital de clínicas in the city of La Paz, who presented with intermittent left-sided nipple discharge of one year's duration. Imaging studies revealed dense breasts (ACR D) and retroareolar ductal ectasia with suspicious solid intraductal content.

The diagnosis was confirmed by core needle biopsy (CNB) and immunohistochemistry, classifying the tumor as luminal B-type breast carcinoma, estrogen receptor (ER) positive 80%, progesterone receptor (PR) positive 90%, HER2 positive, and Ki-67 index of 60%. Management consisted of left modified radical mastectomy with axillary lymph node dissection, with a favorable postoperative outcome.

This case illustrates the clinical presentation, the diagnostic approach based on imaging-pathologic correlation, and the surgical management of this uncommon histological variant.

Keywords: Solid papillary breast carcinoma, nipple bleeding (telorrhage), ductal ectasia, rare breast neoplasms.

* MR III Radiología Hospital del hospital de clínicas, La Paz-Bolivia.

** MR I Radiología Hospital del hospital de clínicas, La Paz-Bolivia.

** Docente Responsable De La Especialidad En Imagenología Hospital de Clínicas Universitario.

Autor para correspondencia: antoniolagosmonasterios1992@gmail.com

Teléfono: (+591)73062232

INTRODUCCIÓN

El carcinoma papilar de la mama es un tumor maligno poco común, que constituye menos del 2% de todos los carcinomas de mama en mujeres. Por lo general, se presenta entre la sexta y séptima década de la vida. ^(1,2)

Las lesiones papilares de la mama incluyen un conjunto de entidades, caracterizadas por una proliferación epitelial sobre núcleos fibrovasculares, además poseen un rango variable entre la benignidad y la malignidad. ^(3,4)

Es decir, los carcinomas papilares se definen por la ausencia completa o casi completa de células mioepiteliales en las frondas papilares (proyecciones digitiformes que se forman a partir de un eje fibrovascular cubierto de células epiteliales) de las proliferaciones intraductales. ^(5,6)

Estas lesiones papilares de la mama crecen en el interior de los conductos galactóforos que se localizan y extienden por el sistema ductal mamario en cualquier sitio desde el pezón hasta la unidad ducto-lobular terminal, miden aproximadamente de 2 a 3 mm con un crecimiento variable dentro de la luz del conducto como para ser un nódulo palpable. ^(1,7)

Las lesiones papilares de mama se dividen según la última clasificación de la OMS en lesiones benignas como el papiloma intraductal; las lesiones malignas que incluye el carcinoma papilar in situ con sus variantes carcinoma papilar encapsulado y carcinoma papilar sólido; por último, el carcinoma papilar infiltrante que se agrupa en la clasificación "tumores raros de la mama". ^(1,8)

En este caso clínico se presenta el carcinoma papilar sólido que representa menos del 2% de las lesiones neoplásicas de mama. ^(2,9)

Es poco frecuente y está compuesto por nódulos tumorales expansivos dispuestos en un patrón de crecimiento sólido, con núcleos fibrovasculares delicados y delgados, junto con la presencia de células ductales de bajo grado. ^(9,10)

Estos tumores generalmente se originan a partir de los conductos dilatados y afectan principalmente la zona central de la mama, se presentan de manera unilateral hasta en un 95% y aproximadamente el 50% surgen en las regiones retroareolar o subareolar, en la mayoría de los casos presentan un tamaño que varía de 1 a 15 cm. ^(2,9)

El carcinoma papilar sólido de mama se puede dividir en 2: carcinoma in situ e invasivo.

La diferencia entre carcinoma papilar in situ e invasor radica en:

El carcinoma papilar in situ los nódulos tienen contornos redondeados y bien circunscritos, en este caso es indiferente la presencia de si hay una capa de células mioepiteliales alrededor de la periferia de los nódulos. ^(5,6)

En cambio, en el carcinoma papilar invasivo los nódulos carecen de la capa de células mioepiteliales, con contornos irregulares, lo que muestra un patrón geográfico de rompecabezas en un estroma desmoplásico; además puede haber invasión linfovascular e infiltración de la grasa por nidos papilares sólidos irregulares. ^(5,6,8)

El pronóstico del carcinoma papilar sólido es bueno, presenta una tasa baja de compromiso linfático y con una baja probabilidad de metástasis a distancia. ^(2,9)

Estas lesiones pueden presentarse como masas palpables o secreción serosanguinolenta del pezón (telorragia) con un curso indolente. ^(2,8)

El diagnóstico es complejo, la sensibilidad de la mamografía para detectar lesiones papilares es baja siendo la misma de un 37.5 %. La sensibilidad de la ecografía de mama es aproximadamente 83 %, aclarando las lesiones en general y no solo para los cánceres. ^(7,11)

Otro procedimiento que contribuye al diagnóstico es la citología por punción aspirativa, con sensibilidad variable entre el 40 - 85 % de los casos de carcinoma papilar en general. ^(7,12)

Desde el punto de vista patológico, el carcinoma papilar sólido se diferencia por tener receptor de estrógenos positivo. ^(2,10)

Macroscópicamente, estos tumores tienen una configuración nodular y suelen ser masas blandas bien delimitada, con una medida que varía entre pocos milímetros a varios centímetros. ^(2,10)

Microscópicamente, estos tumores se presentan como nódulos múltiples, cada uno representando un conducto lleno de una proliferación neoplásica. Las células son ovoides o fusiformes con un aspecto similar a la hiperplasia ductal florida. ^(10,12)

Las células crecen en un patrón sólido con una red fibrovascular entremezclada y sin estructuras papilares aparentes. ^(2,10)

El inmunoperfil usualmente es de tipo Luminal A, dado por una positividad difusa a los

receptores hormonales y negatividad para Her2, con un índice de proliferación ki67 bajo, expresa además citoqueratinas de bajo peso molecular como CK8 y 18. ^(10,13)

Para el tratamiento se recomienda la escisión quirúrgica, especialmente si se ha demostrado atipia o componentes invasivos. ^(9,14)

Si los estudios de imagen muestran un tumor localizado bien delimitado sin evidencia de invasión y una ecografía axilar negativa, la realización de una mastectomía con disección axilar se considera un sobretratamiento, considerándose la cirugía conservadora de mama el tratamiento óptimo. La hormonoterapia y la radioterapia siguen siendo controvertidas. ^(9,14)

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, de 41 años, procedente y residente de la ciudad de La Paz, atendida en el Hospital de Clínicas en el servicio de Imagenología, quien consulto por presentar un cuadro clínico de un año de evolución, caracterizado por telorragia esporádica del pezón izquierdo, que inicialmente era de características serohemáticas que posteriormente se volvió hemática, sin otros síntomas asociados.

Entre sus antecedentes personales patológicos, destaca el diagnóstico de VIH desde el año 2015, con carga viral controlada indetectable y buenos niveles de CD4. Antecedentes ginecoobstétricos, refiere: 5 gestas, 1 parto, 1 cesárea y 3 abortos, con menarca a los 14 años. Se realiza mamografía bilateral:

FIGURA 1:

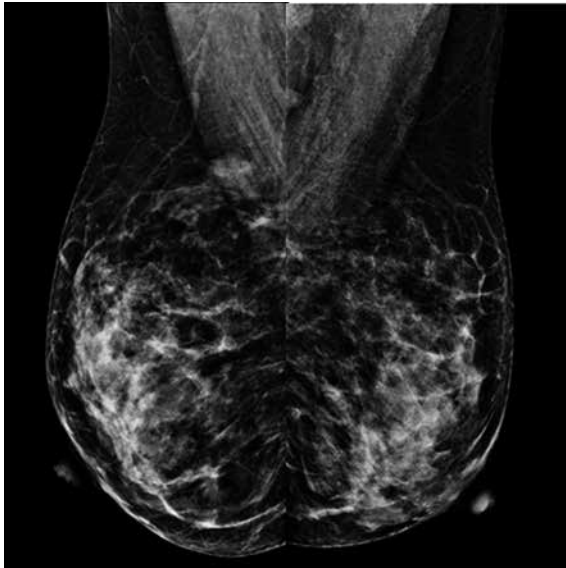
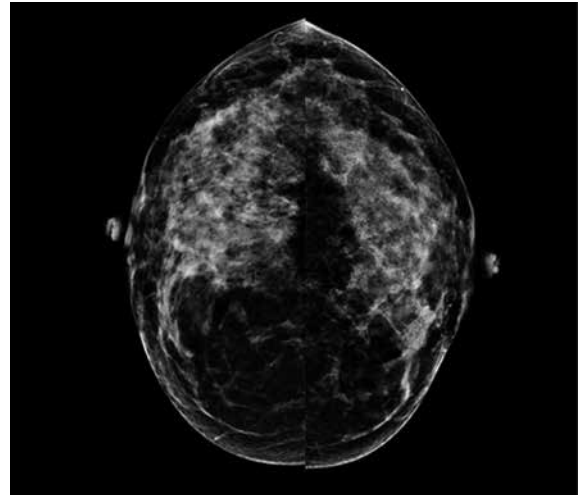


FIGURA 2:



En proyecciones oblicua medio lateral (figura 1) y craneocaudal (figura 2), se evidencia piel, tejido celular subcutáneo y complejo areola-pezón sin alteraciones. Ambas mamas presentan tejido fibroglandular con elevada densidad (tipo D de la ACR). Las regiones axilares están libres y el plano muscular se muestra sin alteraciones.

Se complementa con ecografía mamaria:

FIGURA 3:



FIGURA 4:



Se muestra ambas mamas de estructura ecográfica heterogénea, pero destaca la presencia de una ectasia ductal retroareolar en mama izquierda (figura 4) hacia las 9 a 10 horas, de hasta 4.8 mm de diámetro anteroposterior y 13.6 mm de diámetro longitudinal (figura 3), con contenido sólido en su interior, sin flujo vascular a la aplicación de Doppler color.

Ante estos hallazgos, se decide realizar biopsia guiada por ecografía con aguja gruesa (BAG) del contenido sólido intraductal, obteniéndose 6 muestras. El reporte histopatológico describe hallazgos sugerentes de carcinoma papilar sólido. La paciente fue transferida al servicio de oncología, donde se realiza estudio inmunohistoquímico que reporta carcinoma mamario tipo luminal B, un subtipo molecular de cáncer de mama hormonosensible.

Luego de un exhaustivo análisis del caso se concluyó en un diagnóstico de carcinoma papilar sólido de mama.

Por lo cual se decide procedimiento quirúrgico mediante mastectomía radical modificada izquierda sin intercurencias. Este procedimiento consistió en la extirpación de toda la mama izquierda y la mayoría o todos los ganglios linfáticos axilares, principalmente los niveles I y II de Berg, con preservación de los músculos pectorales mayor y menor.

La paciente, postoperada de mastectomía radical modificada izquierda, presenta una evolución favorable por lo que se decide su alta hospitalaria.

DISCUSIÓN

El presente caso de carcinoma papilar sólido de mama en una paciente joven (41 años) con VIH controlado representa una presentación inusual, ya que esta neoplasia suele manifestarse en mujeres entre la sexta y séptima década de la vida. La telorragia unilateral, que evolucionó de serohemática a hemática, coincidió con lo descrito en la literatura para lesiones papilares, aunque la densidad mamaria ACR D limitó la sensibilidad de la mamografía, haciendo indispensable el uso de ecografía complementaria. La identificación ecográfica de ectasia ductal retroareolar con contenido sólido fue fundamental para orientar el diagnóstico, y la biopsia con aguja gruesa (BAG) guiada por ecografía confirmó la sospecha inicial. El inmunofenotipo Luminal B : RE(+) 80%, RP(+) 90%, HER2(+) y Ki-67 (60%) encontrado difiere del perfil Luminal A reportado

clásicamente para esta variante, lo que sugiere heterogeneidad biológica y resalta la necesidad de caracterización inmunohistoquímica individualizada, especialmente en poblaciones con factores de riesgo adicionales como el VIH. La decisión de realizar una mastectomía radical modificada se basó principalmente en la localización central y retroareolar de la lesión, lo que imposibilitaba la conservación del complejo areola-pezones con márgenes quirúrgicos oncológicamente seguros. A pesar del pequeño tamaño tumoral, esta ubicación anatómica limita las opciones de cirugía conservadora, dado el riesgo de afectación ductal residual y la dificultad para lograr un resultado estético y funcional adecuado. La evolución favorable de la paciente destaca el buen pronóstico asociado a esta variante histológica, incluso en contextos de inmunosupresión controlada.

CONCLUSIÓN

El carcinoma papilar sólido de mama es una entidad infrecuente que requiere un alto índice de sospecha clínica, especialmente en pacientes con telorragia unilateral. Este caso demuestra que esta neoplasia puede presentarse en pacientes más jóvenes de lo reportado clásicamente, particularmente en contextos de inmunosupresión como el VIH controlado. La densidad mamaria elevada (ACR D) limita la utilidad de la mamografía, haciendo indispensable la ecografía para identificar hallazgos sospechosos como la ectasia ductal con contenido sólido. La biopsia con aguja gruesa guiada por ecografía es fundamental para el diagnóstico, aunque la caracterización definitiva requiere estudios inmunohistoquímicos completos.

El inmunofenotipo puede variar del patrón clásico Luminal A al Luminal B, lo que tiene implicaciones terapéuticas y pronósticas. El manejo quirúrgico debe individualizarse según las características de la lesión, siendo la mastectomía radical una opción válida para lesiones centrales extensas. Se recomienda seguimiento a largo plazo para establecer mejor el comportamiento oncológico de esta variante en poblaciones especiales.

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal del Hospital de Clínicas, pacientes y familiares, por depositar su salud en nuestras manos, así fortaleciendo la capacidad resolutoria e incentivando la actualización médica continua.

REFERENCIAS

1. Thai JN, Vickery J, Boyraz B, Crowley C, Saksena MA, Hong X, et al. Neoplasias papilares de la mama: clasificación de la OMS, imágenes multimodales y correlación radiológica-patológica. *Radiographics*. 2025;45(7):e240091. doi: 10.1148/rg.240091.
2. Gogoi G, Dowerah S, Kashyap AS, Terangpi M. Carcinoma papilar de mama: una descripción institucional de un tipo histopatológico poco común. *J Cancer Res Ther*. 2023;19(2):511-5. doi: 10.4103/jcrt.jcrt_1202_21.
3. Wang Y, Song EC. Papillary neoplasms of the breast: a review and update. *Hum Pathol Rep*. 2021;26:300581. doi: 10.1016/j.hpr.2021.300581.
4. Tay TKY, Tan PH. Papillary neoplasms of the breast: review of the spectrum. *Mod Pathol*. 2021;34(6):1044-61.
5. Ueng SH, Mezzetti T, Tavassoli FA. Papillary neoplasms of the breast: a review. *Arch Pathol Lab Med*. 2009;133(6):893-907. doi: 10.5858/133.6.893.
6. Nuñez DL, González FC, Ibargiuengoitia MC, Fuentes Corona RE, Hernández Villegas AC, Zubiarte ML, et al. Lesiones papilares de la mama: una revisión. *Breast Cancer Manag*. 2020;9(4):BMT28. doi: 10.2217/bmt-2020-0028.
7. Córdoba Iturriagagoitia A, de Lima Piña G, Fernández de los Reyes I, Cerezo Aguirre C, Amat Villegas I, Belouqui Pérez de Obanos R, et al. Lesiones papilares de la mama. Dificultades en su diagnóstico. *Senologia*. 2022;35(2):120-30. doi: 10.1016/j.senol.2022.05.002.
8. Pal SK, Lau SK, Kruper L, Nwoye U, Garberoglio C, Gupta RK, et al. Papillary carcinoma of the breast: an overview. *Breast Cancer Res Treat*. 2010;122(3):637-45. doi: 10.1007/s10549-010-0961-5.
9. Rehman B, Mumtaz A, Sajjad B, Urooj N, Khan SM, Zahid MT, et al. Papillary Carcinoma of Breast: Clinicopathological Characteristics, Management, and Survival. *Int J Breast Cancer*. 2022;2022:5427837. doi: 10.1155/2022/5427837.
10. Horvath E. Subtipos moleculares del cáncer mamario - lo que el radiólogo dedicado a imágenes mamarias debe saber. *Rev Chil Radiol*. 2021;27(1):17-26.
11. Sareman J, Rosa M. Carcinoma papilar sólido de mama: un tumor mamario patológica y clínicamente distinto. *Arch Pathol Lab Med*. 2012;136(10):1308-11. doi: 10.5858/arpa.2011-0227-RS.
12. Guo S, Wang Y, Rohr J, Chaoliang F, Li Q, Li X, et al. Solid papillary carcinoma of the breast: a special entity needs to be distinguished from conventional invasive carcinoma to avoid unnecessary overtreatment. *Breast*. 2016;26:67-72. doi: 10.1016/j.breast.2015.12.015