

## ADENOCARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE EN TRAYECTO DE BIOPSIA POR AGUJA GRUESA A PROPÓSITO DE UN CASO

PEDRO J SARMIENTO, FRANKLIN PACHECO, PEDRO VILLASMILA, NÉSTOR GUTIÉRREZ, SILVIA RAMOS, FELIPE SALDIVIA, EDUARDO LÓPEZ C, CARLOS GADEA, JOSÉ PRINCE

INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO". VALENCIA, ESTADO CARABOBO. VENEZUELA.

### RESUMEN

En los países de medio a alto nivel de vida, el cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en la mujer, siendo la primera causa de muerte entre los 35 y 55 años y segunda causa de muerte en los países en vías de desarrollo. Mostramos un caso clínico inusual de paciente con progresión de enfermedad en el sitio de la punción con aguja gruesa. Algunos autores han encontrado desplazamiento de células tumorales en este trayecto que ponen en duda la supervivencia de las células; riesgo correlacionado con el tamaño de la aguja utilizada para biopsia pero con incidencia que no se ha estimado en el caso del cáncer de mama. Se considera que la progresión del tumor en el trayecto de la piel puede deberse más a la cercanía de este tumor a la piel que el procedimiento realizado para la obtención de la muestra de biopsia.

**PALABRAS CLAVE:** Cáncer, mama, punción, progresión, incidencia, aguja gruesa.

### SUMMARY

In most of the countries in the half high level of life, the breast cancer is the wicked most frequent tumor in woman, being the first cause of death between the 35 and 55 years and second cause of death in the developing countries. Show a clinical unusual case of patient presents illness progression

---

Recibido: 25/08/2012 Revisado: 15/10/2012

Aceptado para publicación: 04/02/2013

---

Correspondencia: Dr. Pedro J Sarmiento. Instituto de Oncología "Dr. Miguel Pérez Carreño. Valencia, Estado Carabobo. E-mail: princeduno@hotmail.com

---

in puncture place for thick needle. Some authors have found displacement of cells in the itinerary that your question the survival of these; risk that seems to be correlated with the size of the needle used for the biopsy but with incidence that has not been considered in the case of the cancer of the breast. It is considered that the progression of the tumor in the itinerary of the skin can be due more to the proximity from this tumor to the skin that the procedure carried out for the obtaining of the biopsy sample.

**KEY WORDS:** Cancer, breast, puncture, progression, incidence, gross needle.

### INTRODUCCIÓN

En la mayoría de los países de alto nivel de vida, el cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en la mujer, siendo la primera causa de muerte entre los 35 y 55 años y como segunda causa de muerte en los países en vías de desarrollo<sup>(1-5)</sup>.

El objetivo de este trabajo es mostrar un caso clínico inusual de una paciente que presenta progresión de enfermedad en el sitio de punción por aguja gruesa.

Esta técnica fue descrita y empleada inicialmente por Davies en 1977. Se requiere de destreza y amplios conocimientos de la técnica<sup>(2,3)</sup>.

La biopsia por aguja gruesa es un procedimiento el cual consiste en la obtención de cilindros de

tejido para estudio histológico con anestesia local, una pequeña incisión en la piel y la introducción de una aguja de 11 a 18 gauge.

Se ha reportado como problema potencial el implante de células tumorales en el trayecto de la aguja, complicación descrita para otros tumores. Sin embargo, algunos autores han encontrado desplazamiento de células tumorales en el trayecto que ponen en duda la supervivencia de estas <sup>(3)</sup>; riesgo que parece estar correlacionado con el tamaño de la aguja utilizada para la biopsia pero con incidencia que no se ha estimado en el caso del cáncer de mama. Con respecto a este procedimiento, se ha reportado como principal complicación el sangrado e infección. Este problema debe tenerse en cuenta al planear el seguimiento de las pacientes con este tipo de biopsia mamaria <sup>(4,5)</sup>, destacando su valor en la recomendación de la extirpación del trayecto en el acto quirúrgico.

## CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenina de 43 años de edad que consulta el 26/05/2010 con enfermedad actual de 2 años de evolución caracterizada

por tumor de crecimiento progresivo en mama izquierda, por lo cual acude al especialista que solicita estudios y refiere a este centro de salud.

Antecedente personales: niega diabetes mellitus, asma, HTA, alergia a medicamentos.

Antecedentes gineco-obstétrico: menarquía 12 años. Sexarquia 20 años. Regla 28/3 eumenorreicas. Uso de anticonceptivos orales: niega. II paras II gestas. Lactancia materna por 5 años a cada hijo.

Examen físico de ingreso (26-05-10): buen estado general. Karnofsky 100 %. Tumor de mama izquierda de 8 cm x 6 cm de diámetro en cuadrante supero externo. Adenopatía axilar izquierda de 2 cm de diámetro.

## ESTUDIOS

Ecomamario 17-02-10 condición fibroquística. Nódulos sólidos irregulares en cuadrante supero externo de mama izquierda uno mide 31,1 mm x 17,8 mm y el otro de 11,4 mm x 9,3 mm. Mamografía 04-02-10 en cuadrante supero externo de mama izquierda se observa imagen nodular de bordes difusos con micro calcificaciones asociadas (Figura 1).

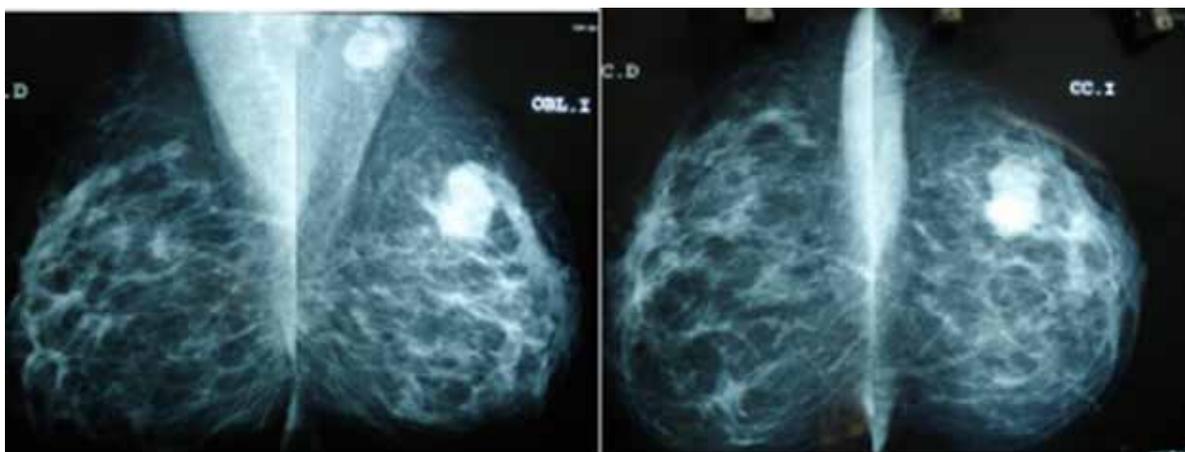


Figura 1.

Biopsia con aguja gruesa de tumor de mama izquierda B-10-0412: adenocarcinoma ductal infiltrante grado histológico III grado nuclear III. Eco abdominal y pélvico dentro de límites normales. Gammagrama óseo sin evidencia de diseminación de enfermedad de base. Inmunohistoquímica: receptores de estrógeno (RE) negativo, receptores de progesterona (RP) negativo *cerb-b2* +++ *p53* = 0 % *Ki67*: 41,22 %. Diagnóstico: adenocarcinoma ductal infiltrante de mama izquierda estadio IIIA (T3N1M0).

Plan tratamiento sistémico neoadyuvante:

Doxorrubicina 60 mg/m<sup>2</sup> + ciclofosfamida 600 mg/m<sup>2</sup> vía endovenosa cada 21 días x 4 ciclos. Secuencialmente se planifica docetaxel 100 mg/m<sup>2</sup> + trastuzumab 8 mg/k vía endo-venosa cada 21 días x 4 ciclos

Evaluación de respuesta de servicio de medicina interna oncológica 24/02/2011 encuentra tumor de 10 cm x 10 cm en cuadrante supero externo (CSE) mama izquierda y axila negativa y califica la respuesta como estabilización de la enfermedad.

Evaluación de respuesta del servicio de patología mamaria 02/02/2011 se encuentra tumor de 10 cm x 8,5 cm en CSE de mama izquierda con infiltración de piel en orificio

del *trucut* sin llegar a ulcerarse. No se palpa adenopatía axilar izquierda.

Se planifica mastectomía total izquierda más vaciamiento axilar I y II

El 5 de abril del 2011 se realiza intervención quirúrgica: mastectomía total izquierda más vaciamiento axilar I y II. Hallazgos: se aprecia tumor en CSE de mama izquierda de 8 cm x 9,5 cm de diámetro. En la piel del centro de la lesión, en el lugar donde se tomó la muestra de la biopsia con aguja gruesa se aprecia lesión nodular que ulceró la piel, que mide 2,5 cm de diámetro, de color más oscuro que la piel del resto de la mama. Se apreciaron adenopatías axilares menores de 1,5 cm de diámetro (Figura 2).

Se indica tratamiento sistémico adyuvante con respuesta desfavorable con crecimiento progresivo observándose además aumento del tumor en el sitio de toma de biopsia por aguja gruesa. Biopsia b11-378 (05-04-2011) tumor de 5 cm x 5 cm x 5 cm de diámetro. Márgenes libres de neoplasia el menos de 1 cm. Adenocarcinoma ductal infiltrante poco diferenciado grado histológico III. Grado nuclear III, invasión vascular y linfática positiva. Lesión en piel de 1,5 cm. Ausencia de componente *in situ*. Se disecaron 14 ganglios linfáticos sin metástasis en ninguno de estos ganglios disecados.



Figura 2.

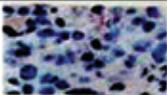
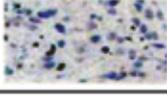
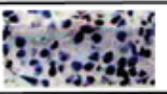
Anticuerpo	Marcaje	% células positivas (1)	Intensidad (2)	Score H (1 x 2)	Foto
Receptores de Estrógeno Clon 1 D5 - Dako	Nuclear	0 %	0	0	
Receptores de Progesterona Clon 1 A6 - Dako	Nuclear	0 %	0	0	
Anticuerpo	Marcaje	Patrón de referencia	Resultado	Foto	
c-erb-2 (Her2/neu) Dako	Membrana citoplasmática	Patrón del Hercep Test 0 - + = negativo ++ = positivo débil +++ = positivo	+++		
p53 Clon DO-7- Dako	Nuclear	0 = negativo (- 10 %) + = 10 a 29 % +++ = 70 a 100 %	0 % Negativo		
Ki-67 Clon Ki-S5- Dako	Nuclear	Índice Proliferativo 1 a 9 % = bajo 10 a 24 % = intermedio	41,22 % Índice alto		

Figura 3. RE negativo, RP negativo c-erb B 2 +++ p53 0 % Ki67 41,22 %.

## DISCUSIÓN

Se ha reportado como problema potencial el implante de células tumorales en el trayecto de la aguja, complicación descrita para otros tumores. Sin embargo, algunos autores han encontrado desplazamiento de células tumorales en el trayecto que ponen en duda la supervivencia de estas <sup>(3)</sup>; riesgo que parece estar correlacionado con el tamaño de la aguja utilizada para la biopsia pero con incidencia que no se ha estimado en el caso del cáncer de mama. Con respecto a este procedimiento, se ha reportado como principal complicación el sangrado e infección. Este problema debe tenerse en cuenta al planear el

seguimiento de las pacientes con este tipo de biopsia mamaria <sup>(2,3)</sup>, destacando su valor en la recomendación de la extirpación del trayecto en el acto quirúrgico.

Se considera que la progresión del tumor en el trayecto de la piel puede deberse más a la cercanía de este tumor a la piel que el procedimiento realizado para la obtención de la muestra de biopsia, porque este fenómeno no es frecuente en adenocarcinoma mamario y menos considerando que la paciente presentó dicha progresión en vigencia de quimioterapia <sup>(5)</sup>.

**REFERENCIAS**

1. Guías para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Sociedad Valenciana de Cirugía. Disponible en: URL: <http://www.cirugest.com>.
2. Olivares MA, Hernández GM, Morales FG, Alonso de Ruiz P, Córdova S. Estudio comparativo de la biopsia por aspiración con aguja fina y la biopsia por *tru-cut* en el diagnóstico de carcinoma de mama. Rev Med Hosp Gen Méx. 2005;68(4):208-212.
3. Pina L, Apesteguía L, de Luis E, Sáenz Bañuelos J, Zornoza G, Domínguez Cunchillos F. Biopsy techniques for the diagnosis of non-palpable mammary lesions. An Sist Sanit Navar. 2004;27(3):345-358.
4. Pina L, Apesteguía E, de Luis J, Sáenz Bañuelos G, Zornoza F, Domínguez C, et al. Incidencia del cáncer en Colombia: Importancia de las fuentes de información en la obtención de las cifras estimadas. Rev Colomb Cancerol. 2004;8:5-14.
5. Hernández G, Berardello E, Pinotti J, Barros A, editores. Cáncer de mama. Caracas: Mac Graw Hill; 2007.