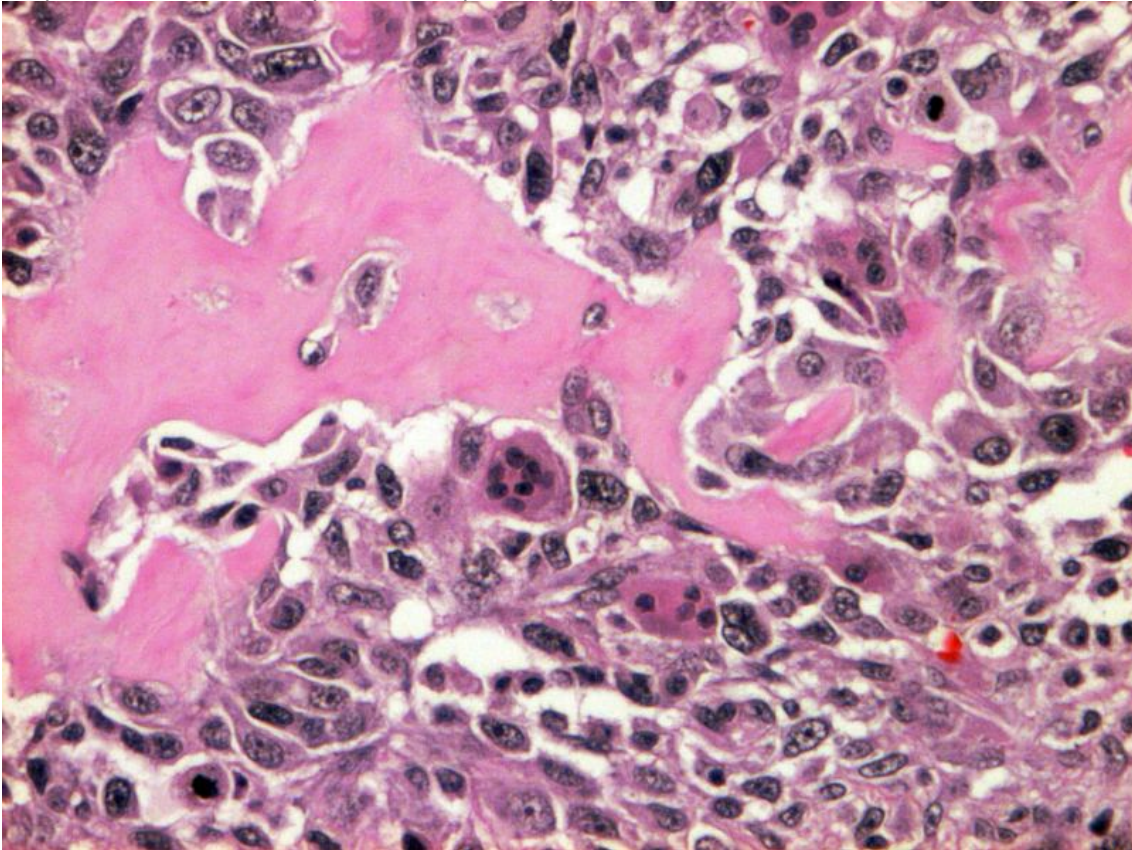


## Caso 6

**Dr. Juan José Sirvent Calvera**  
**Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII**  
**Facultat de Medicina. Universitat Rovira i Virgili**

### Historia

Mujer de 29 años que, en los últimos dos meses, nota tumefacción en mama izquierda y que después de una PAAF se practica extirpación y vaciamiento axilar.



### Descripción

Formación nodular bien delimitada y parcialmente encapsulada de 57 mm de diámetro máximo de aspecto carnoso y con algunas cavidades quísticas rellenas de material hemático.

La tumoración mostraba una proliferación celular con un patrón predominante y casi único de aspecto mesenquimal fusocelular o de tipo pleomórfico maligno con células de núcleos muy grandes con nucleolo evidente y a veces las células tenían multinucleación y pleomorfismo, con un índice mitótico elevado (> 40 mitosis x 10 cga) y con formación de osteoide y áreas de verdadero osteosarcoma, matriz condroide y células gigantes multinucleadas de tipo osteoclástico. Solo, ocasionalmente, se observaron, en algunas de las secciones, un componente epitelial intraductal e infiltrante en la proximidad de la cápsula del tumor. El estudio inmunohistoquímico demostró positividad para vimentina en el primer componente y citoqueratina en el componente epitelial. Los receptores hormonales y el HER2/neu fueron negativos.

### Diagnóstico

Carcinoma metaplásico vs carcinosarcoma (carcinoma ductal (5 %) con componente sarcomatoso pleomórfico, osteosarcoma, condrosarcoma y presencia de células osteoclasticas (95 %)).

### Discusión

Con el término de carcinoma metaplásico se denominan una serie de neoplasias muy heterogéneas en las que además del componente epitelial (carcinoma ductal in situ o infiltrante, carcinoma escamoso, etc.) puede observarse un componente mesenquimal que puede llegar a ser como un verdadero sarcoma de alto grado del tipo histiocitoma fibroso maligno, condrosarcoma o un osteosarcoma.

EL término de carcinoma metaplásico vendría determinado por el origen del tumor, en el que una célula epitelial pluripotencial podría diferenciarse en los distintos componentes que presenta el tumor. Sin embargo, la falta de expresión inmunohistoquímica de citoqueratinas en el componente mesenquimal podría llevarnos a considerar el nombre de carcinosarcoma para bastantes de estos tumores, al igual que en otras localizaciones.

### Clasificación de los carcinomas metaplásicos (WHO, 2003)

- Epitelial puro
  - Escamoso
    - Queratinizante de célula grande
    - Fusocelular
    - Acantolítico
  - Adenoescamoso con diferenciación fusocelular
  - Adenoescamoso, incluyendo mucoepidermoide
- Mixto (epitelial y mesenquimal) (especificar componentes)
  - Carcinoma con metaplasia condroide
  - Carcinoma con metaplasia ósea
  - Carcinosarcoma (especificar componentes)

El carcinosarcoma sería un tumor bifásico que consistiría en una mezcla de elementos epiteliales y mesenquimales. Sin embargo, la dificultad de aceptar este nombre vendría dado porque se considera que la diferenciación fusocelular, condroide u osteoide sería por el potencial de la célula maligna epitelial en transformarse en diversos componentes (carcinoma metaplásico).

Los carcinomas metaplásicos son muy raros (< 5 % de los tumores de mama). Los elementos heterólogos más frecuentes son el cartílago y el hueso aunque también se pueden ver músculo, tejido adiposo y vascular. El componente óseo y cartilaginoso puede ser benigno o maligno. El término carcinosarcoma sugeriría la presencia de un tumor de colisión como resultado de un crecimiento simultáneo de carcinoma y sarcoma. La existencia de una positividad para las citoqueratinas y la proteína S100 no solo en el componente epitelial sino también en el componente sarcomatoso o pseudosarcomatoso es por lo que se apoya la idea de la metaplasia de una célula epitelial pluripotencial o mioepitelial en el origen de todos los componentes de estos tumores.

Una de las dificultades diagnósticas más importante en este tipo de tumores es la escasez del componente epitelial, como en nuestro caso, que lleva a pensar en sarcomas verdaderos de mama, motivo por el cual debe hacerse un muestreo muy extenso antes de considerar el caso como un verdadero sarcoma, al igual que ocurre con algunos tumores phyllodes.

Pueden tener un comportamiento mejor que el carcinoma ductal infiltrante sobretodo si los tumores son de menos de 4 cm. No tenemos seguimiento suficiente en nuestro caso.

### Bibliografía

AFIP. Tumors of the mammary gland. Ed.: Rosen PP, Oberman HA. Third series, Fascicle 7, 1993: 194-203

Barnes L, Pietruszka M. Sarcomas of the breast: a clinicopathologic analysis of ten cases. *Cancer* 1977; 40: 1577-85

Chhieng C, Cranor M, Lesser ME, Rosen PP. Metaplastic carcinoma of the breast with osteocartilaginous heterologous elements. *Am J Surg Pathol* 1998; 22: 188-194

Herrington CS, Tarin D, Buley I, Athanason N. Osteosarcomatous differentiation in carcinoma with osteoclasts and osteoclast-like giant cells. *Histopathology* 1994; 24: 282-285

Huvos AG, Lucas JC Jr, Foote FW Jr. Metaplastic breast carcinoma. *NY State J Med* 1973; 73: 1078-82

Mufarrij AA, Feiner HD. Breast sarcoma with giants cells and osteoid. *Am J Surg Pathol* 1987; 11: 225-230

Wargotz ES, Norris HJ. Metaplastic carcinomas of the breast. I. Matrix-producing carcinoma. *Hum Pathol* 1989; 20: 628-35

Wargotz ES, Norris HJ. Metaplastic carcinomas of the breast. III. Carcinosarcoma. *Cancer* 1989; 64: 1490-1499

WHO. Tumours of the breast and female genital organs. Ed.: Tavassoli FA, Devilee P. 2003: 37-41