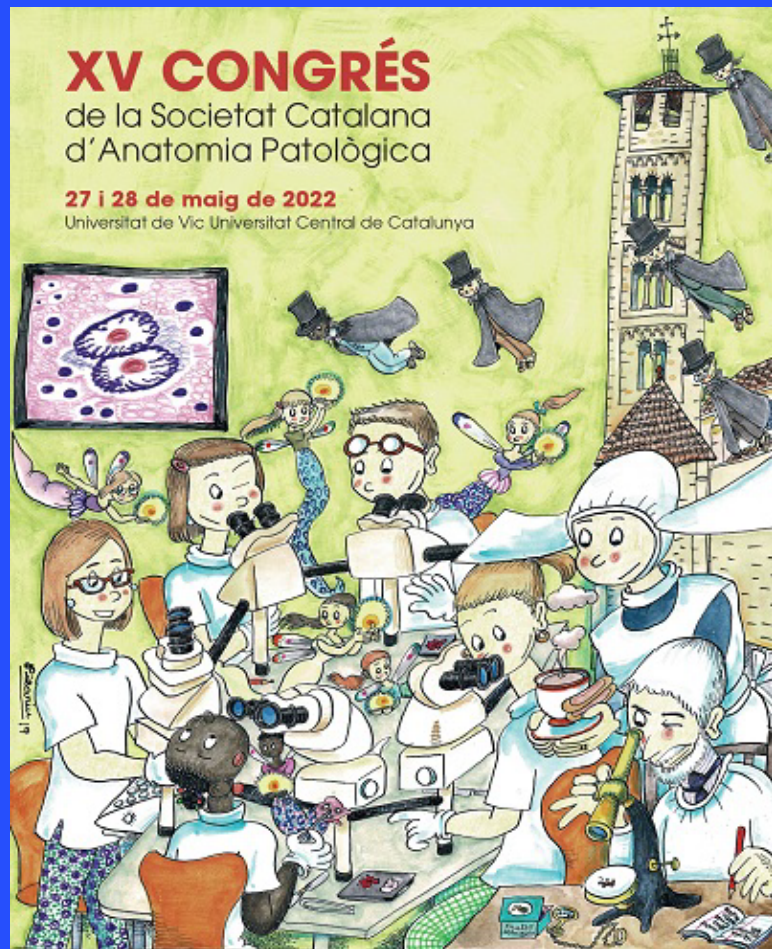
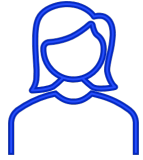


Sessió de nous patòlegs

Lourdes Salazar Huayna



Historia Clínica



48 años

Sin antecedentes
patológicos.

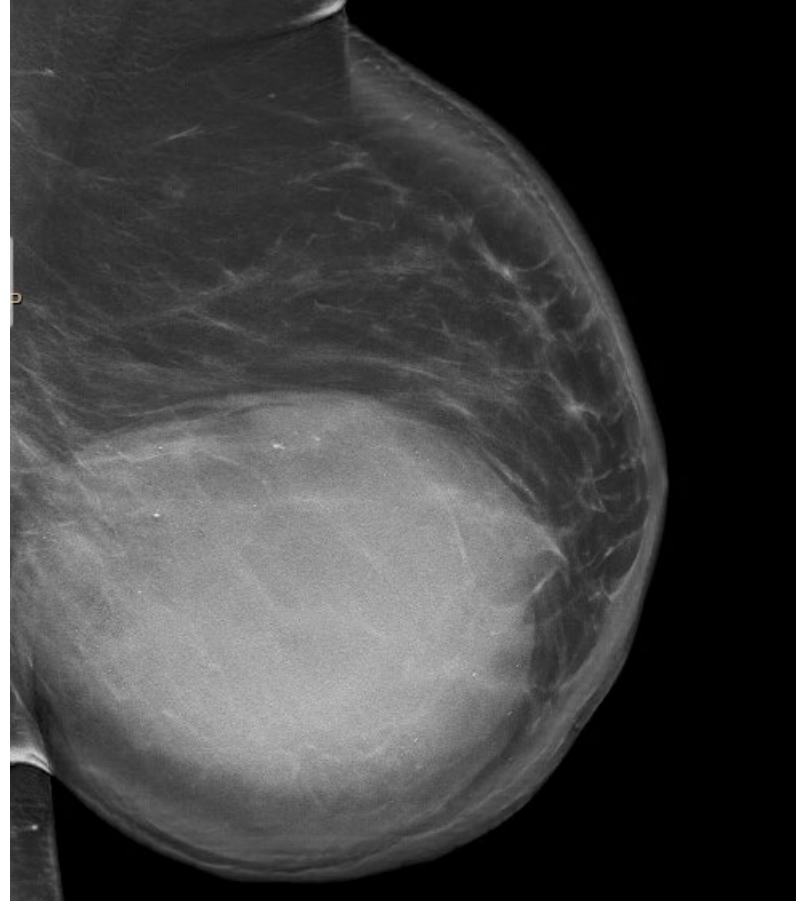
Acude a **urgencias**
por prurito e
inflamación de mama
derecha de 2 días de
evolución.

- Al examen:
- Mamas
asimétricas.
 - **Mama derecha**
aumentada de
tamaño
eritematosa y
tensión al tacto.

Mamografía:
Imagen de 10cm

Mamografía

Orientación
diagnóstica:
Hematoma de MD



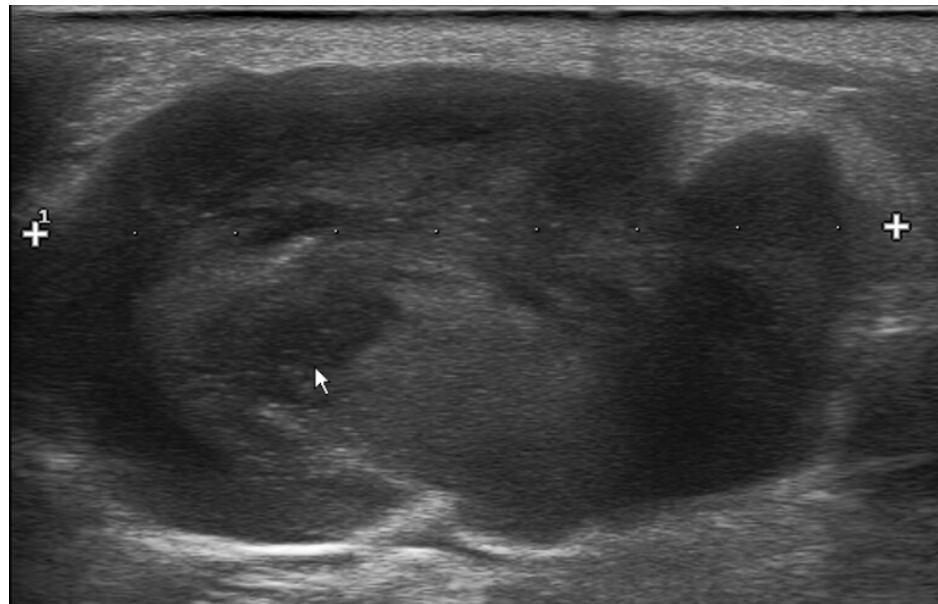
Ecografía de mama (31.07.2020 /10:14:49)

Mamas con densidad tipo B destacando nódulo de márgenes oscurecidos y de baja densidad que ocupa la práctica totalidad de cuadrantes inferiores, con algunas calcificaciones intralesionales y de unos 100 x 100mm. La baja densidad del nódulo se explicaría por la presencia de componente quístico asociado.

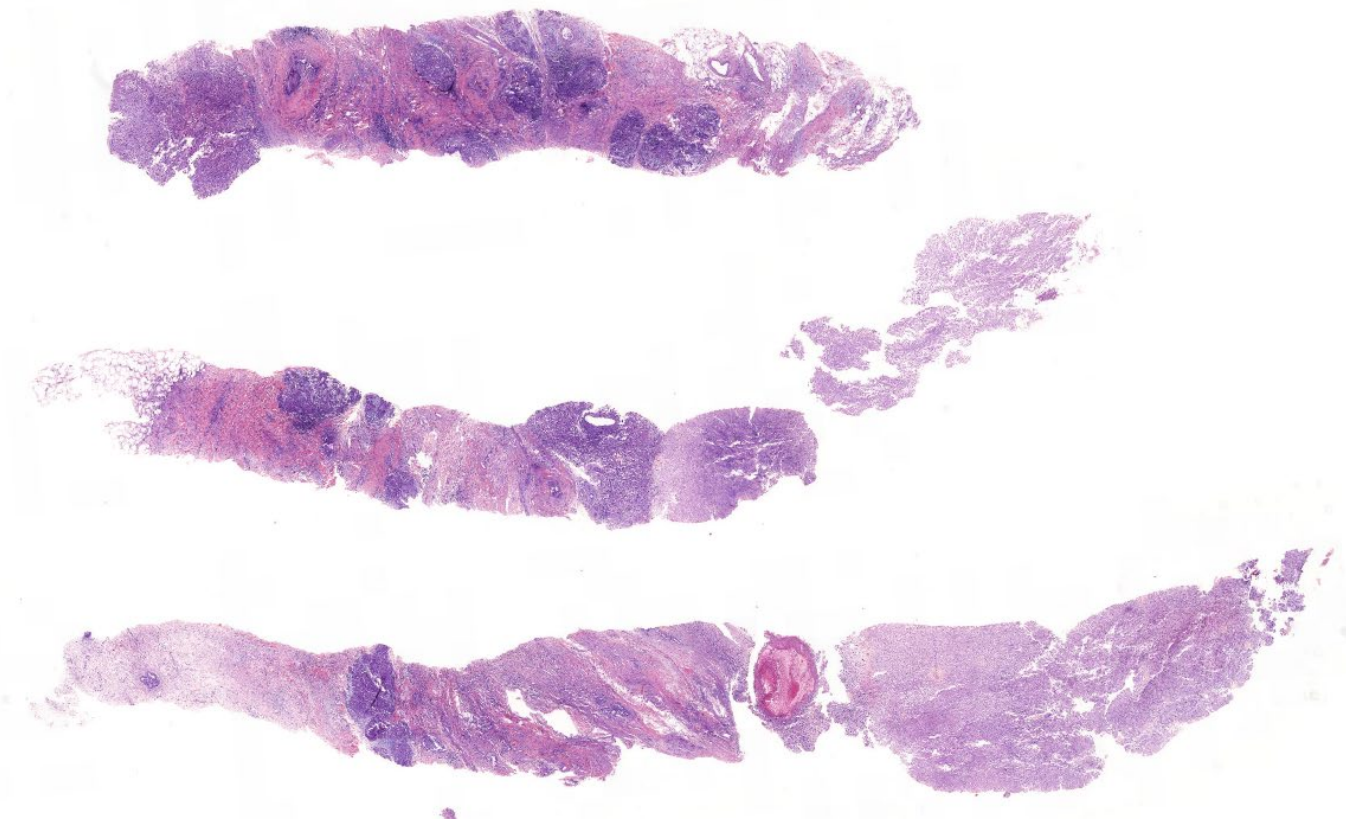
Se realiza ecografía que confirma nódulo mixto (sólido-quístico) de 100mm en cuadrantes inferiores de mama derecha. El componente quístico podría sugerir necrosis por rápido crecimiento. Se asocia engrosamiento cutáneo en dichos cuadrantes secundario a decúbito.

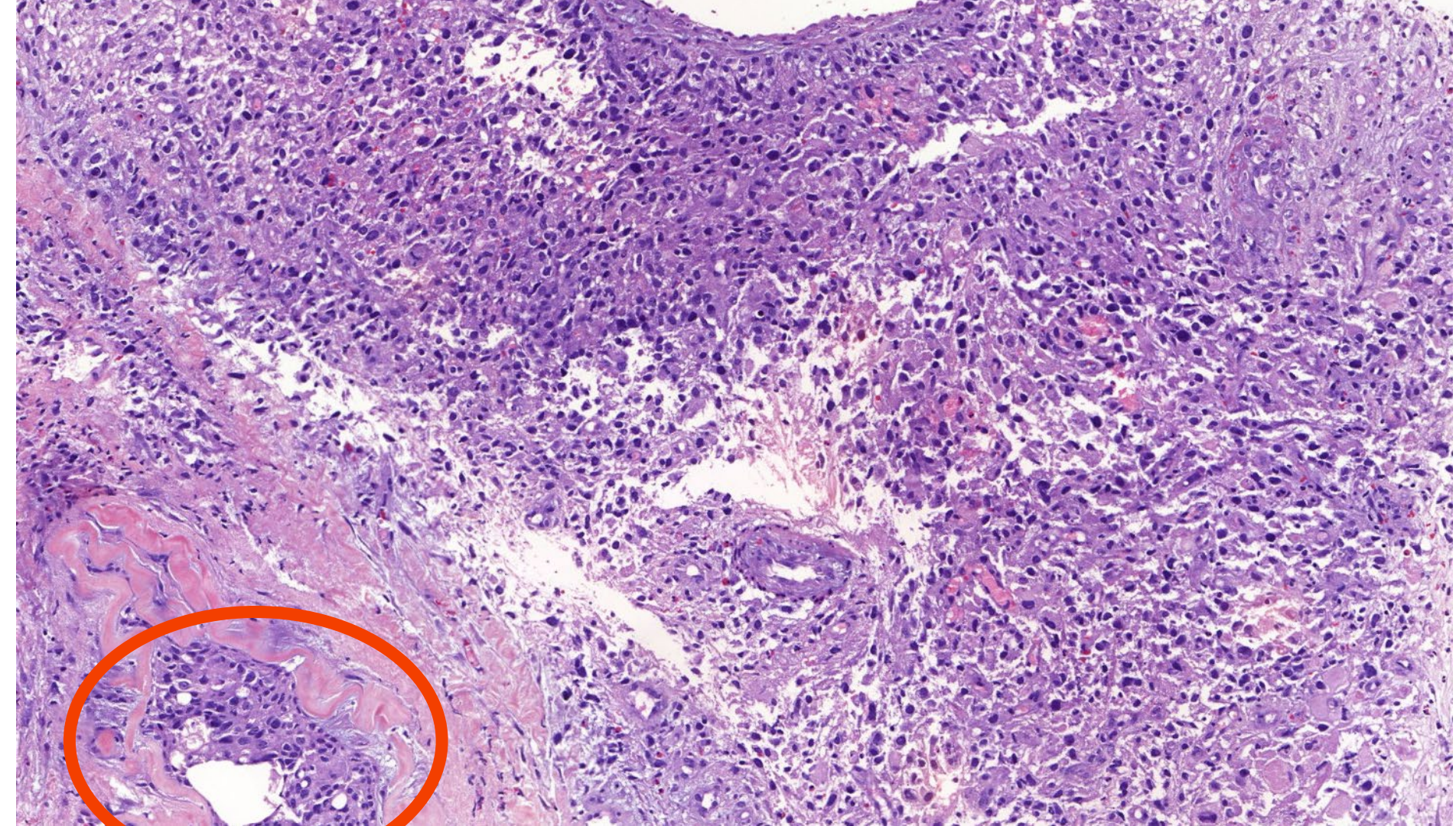
Axila derecha con adenopatías sospechosas visibles hasta 3er nivel axilar.

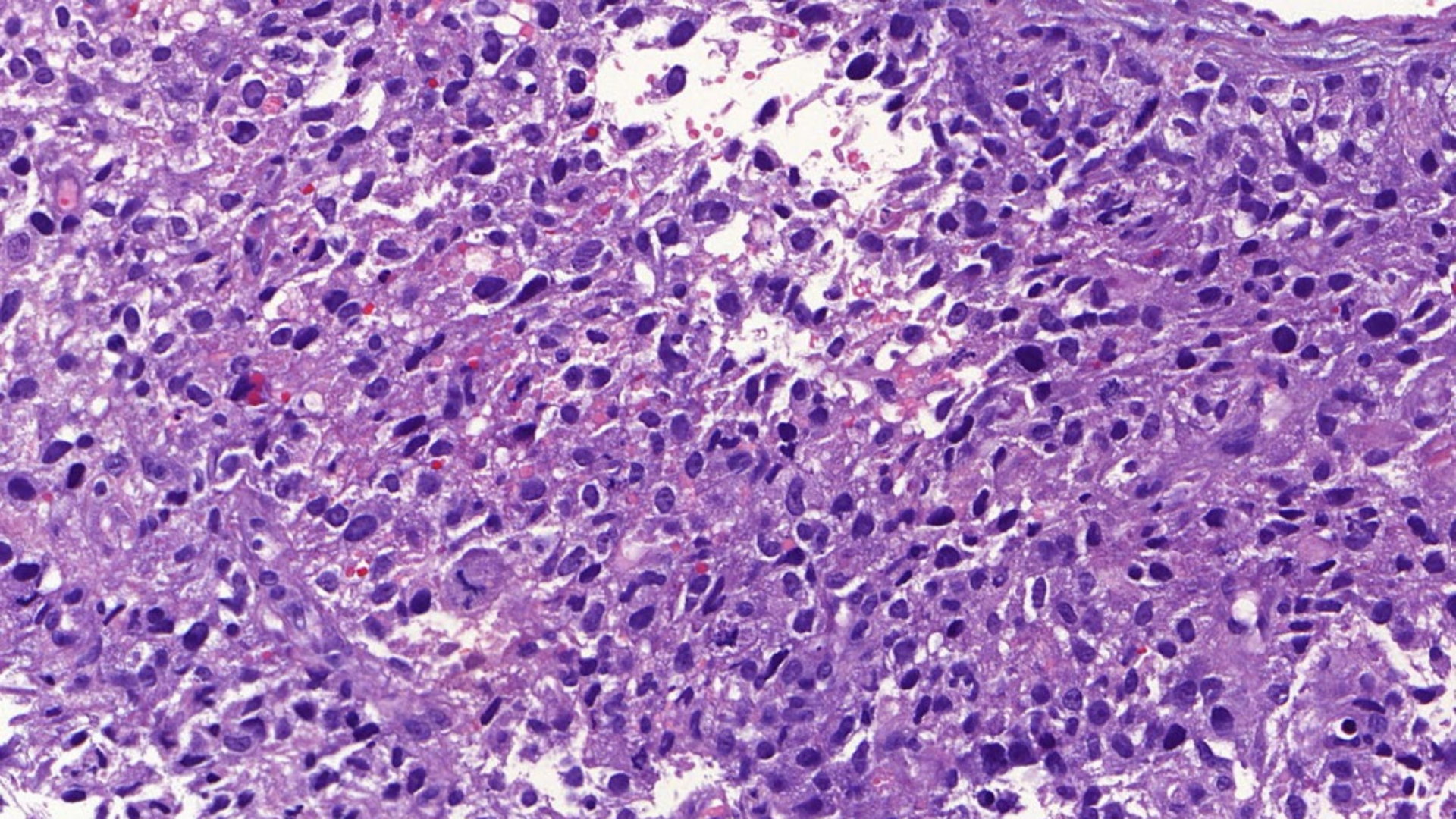
Previa asepsia y administrando un total de 5ml de lidocaína, se realiza BAG de la lesión mamaria y PAAF de ganglio axilar en 1er nivel.



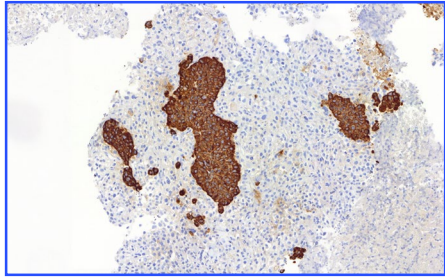
BAG



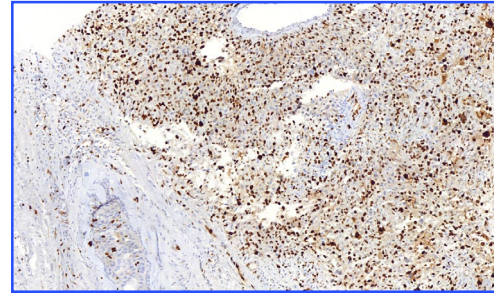




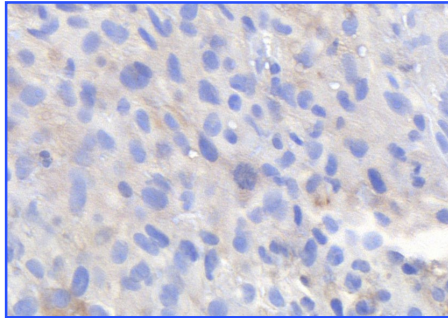
INMUNOHISTOQUÍMICA



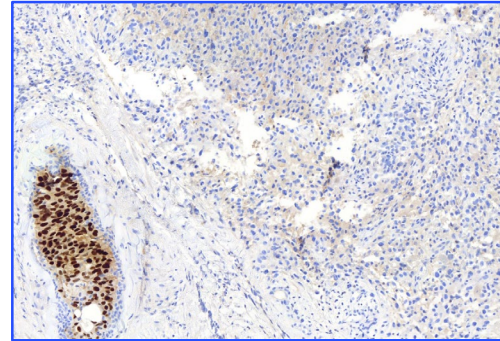
CK 19



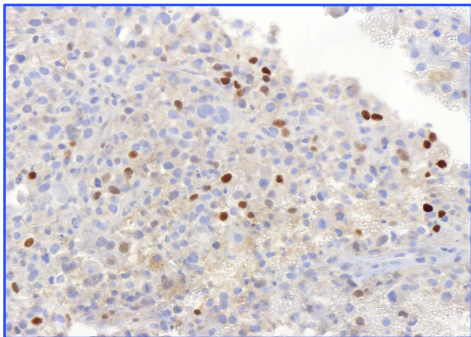
Ki 67



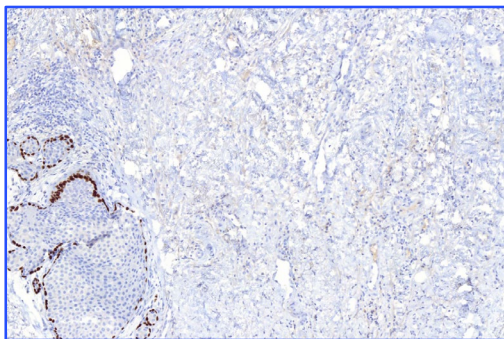
HER 2



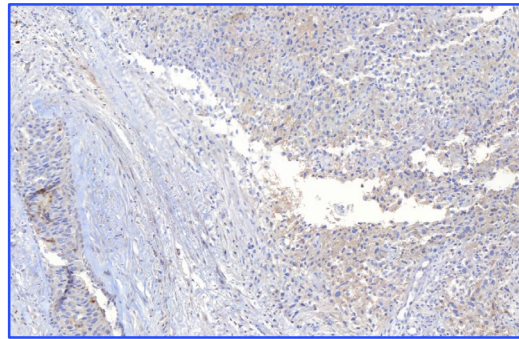
RE y RP



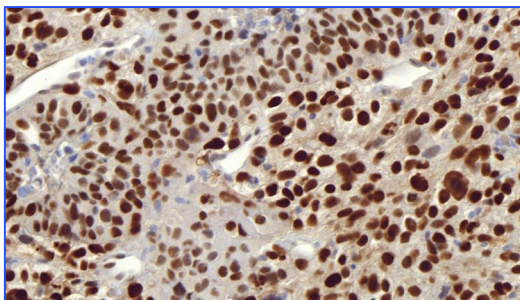
CKAE1/AE3-CK19 – P63



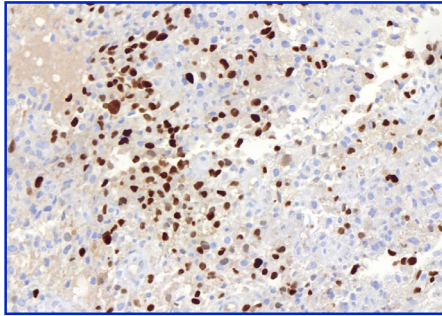
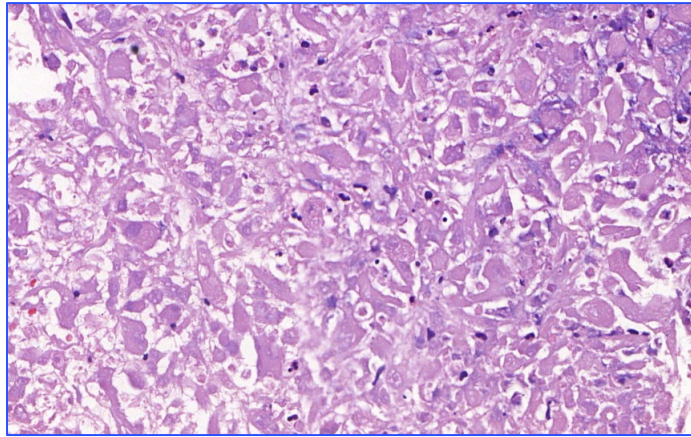
P40



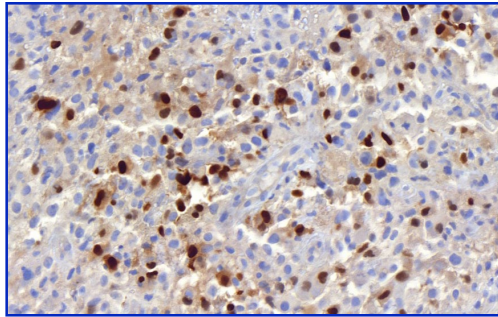
S100



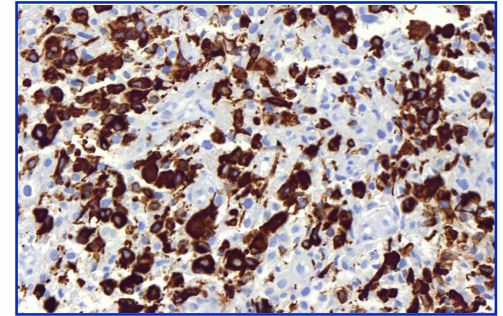
P 53



myoD1



Miogenina



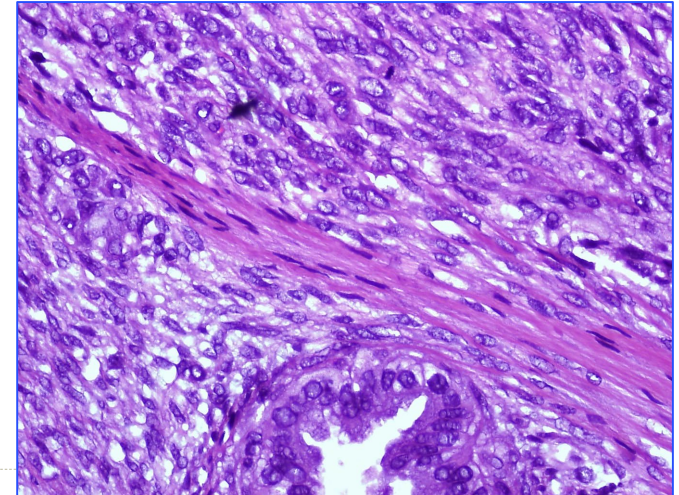
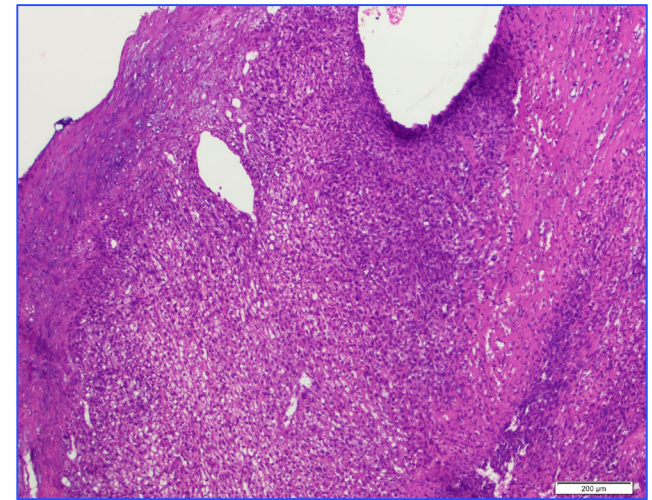
Desmina

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



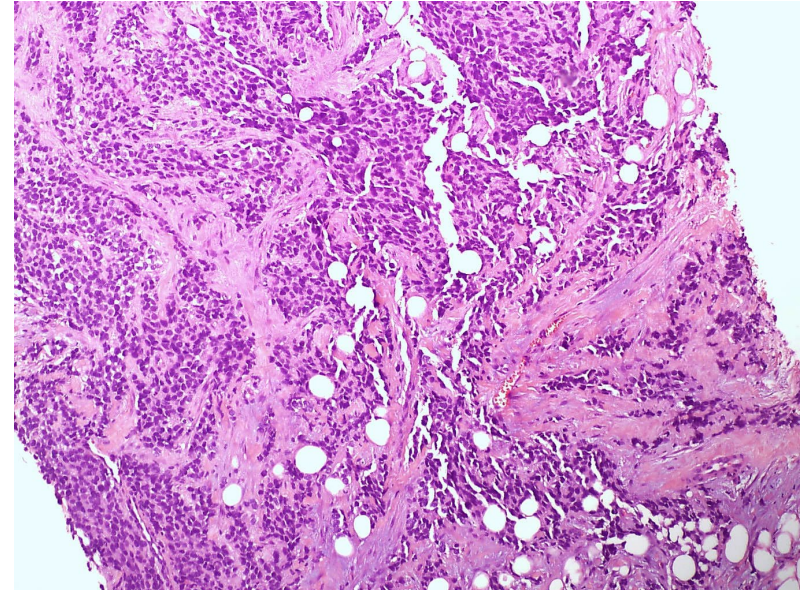
TUMOR FILODES DE ALTO GRADO (MALIGNO)

Edad	40 - 50 años
Frecuencia	0,3-1%
Diagnóstico	Neoplasia clonal tipo intralobular de células estromales fusocelulares (G ^o) y células epiteliales benignas .
Características	Pleomorfismo y sobrecrecimiento estromal: marcado. Elementos heterólogos: Liposarcoma, condrosarcoma, osteosarcoma y rabdomiosarcoma .
Asociación	Rara vez puede haber hiperplasia ductal usual, carcinoma ductal in situ , neoplasia lobulillar y carcinoma invasivo.
Inmunohistoquímica	Componente estromal CD34+ (alto grado puede ser -), P53 frecuente en alto grado CK, P63 Y P40: + focal Ki67: 10-50%



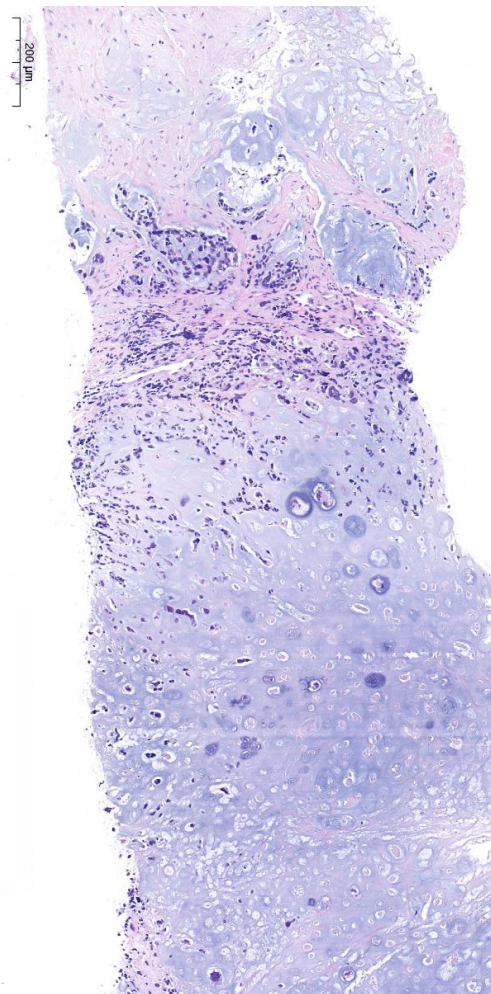
SARCOMA PRIMARIO o METASTÁSICO

Edad	49,5 años (12-89)
Frecuencia	Menor a 0,1%
Subtipos histológicos	Angiosarcoma , liposarcoma, leiomiomasarcoma, etc.
Características	Excluir el componente epitelial en el tumor. Dependerá del tipo de sarcoma.
Inmunohistoquímica	<ul style="list-style-type: none">- Angiosarcoma: marcadores vasculares- Leiomiomasarcoma: marcadores de músculo liso (AML, desmina, caldesmon)- Rabdomiomasarcoma: marcadores musculares (desmina, miogenina, mioglobina)

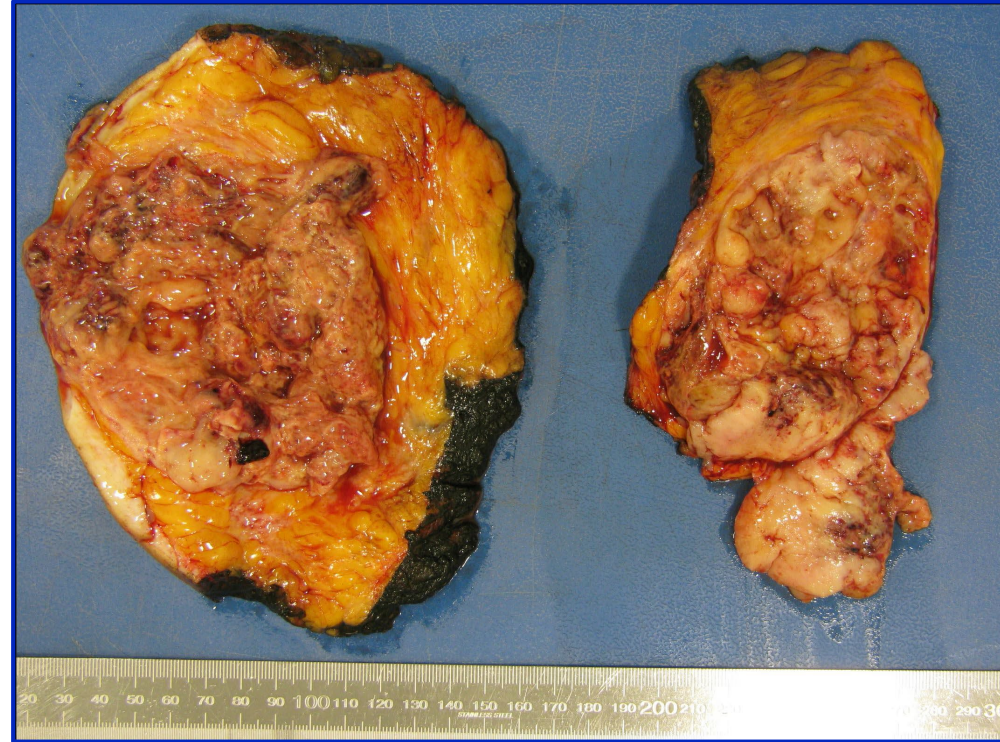


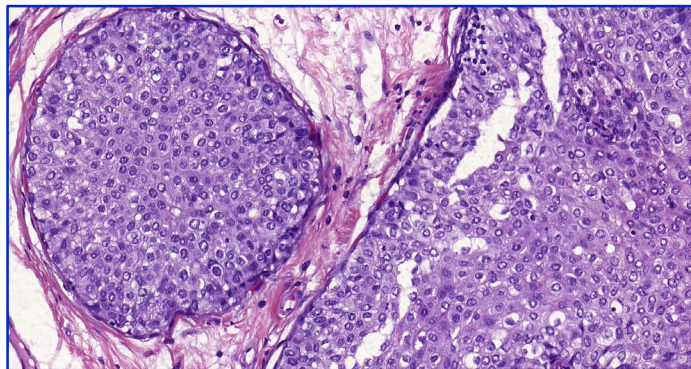
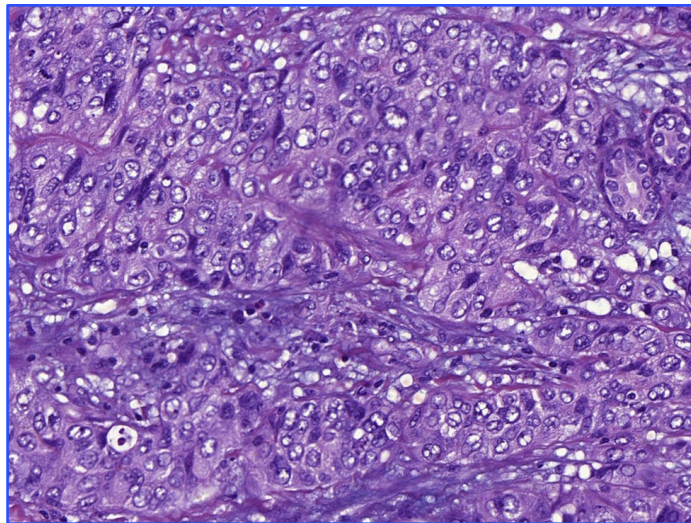
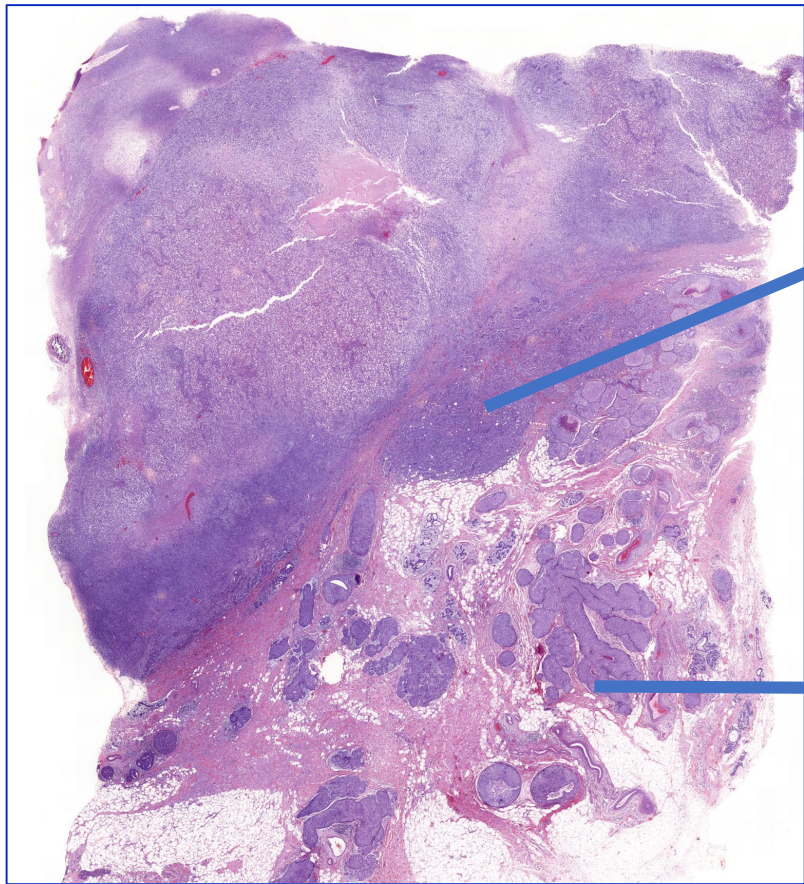
CARCINOMA METAPLÁSICO

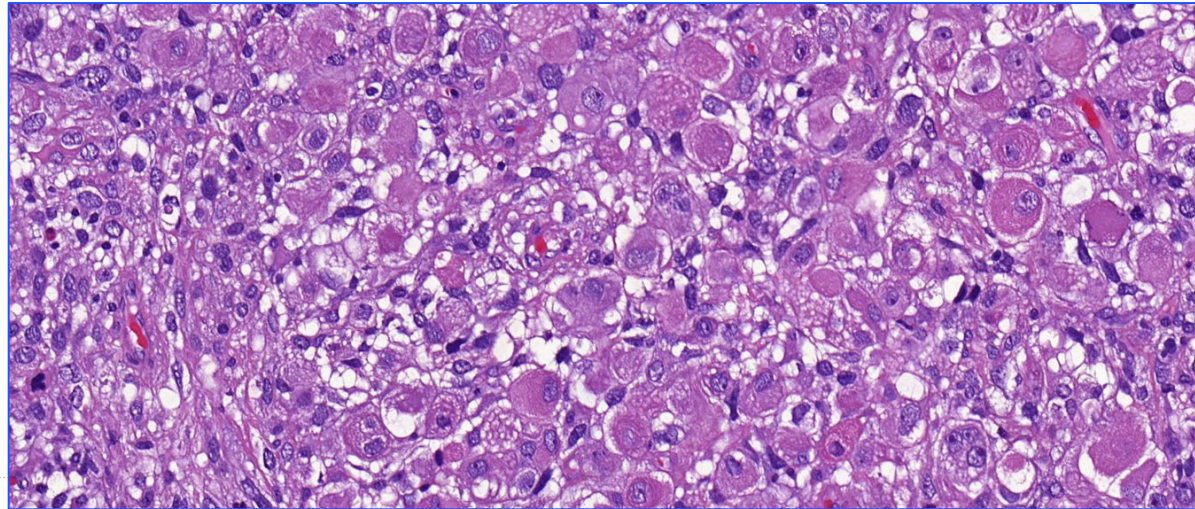
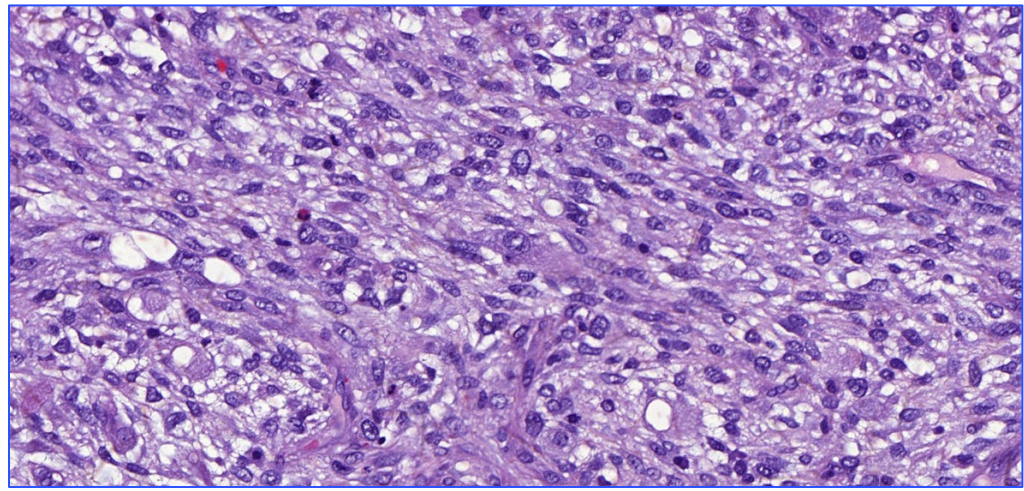
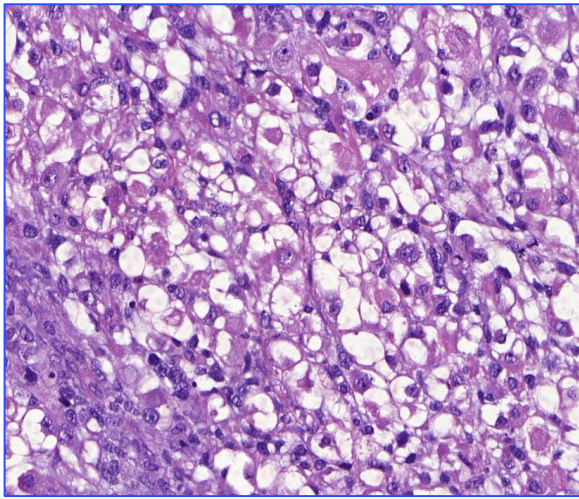
Edad	55 años
Frecuencia	0,2-1%
Diagnóstico	Diferenciación de componente neoplásico hacia células escamosas y/o elementos mesenquimales (fusocelulares, condroide, ósea, etc)
Características	Variantes dependerán de las características del componente metaplásico.
Asociación	Usualmente asociado a carcinoma ductal in situ o infiltrante.
Inmunohistoquímica	RE, RP, HER 2 - Marcadores CK o ME: positivos o focal positivos



PIEZA QUIRÚRGICA







**CARCINOMA METAPLÁSICO
CON DIFERENCIACIÓN
MESENQUIMAL HETERÓLOGA
(RABDOMIOSARCOMA)**

CARCINOMA METAPLÁSICO

Subtipos

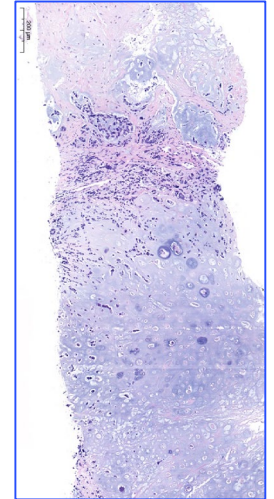
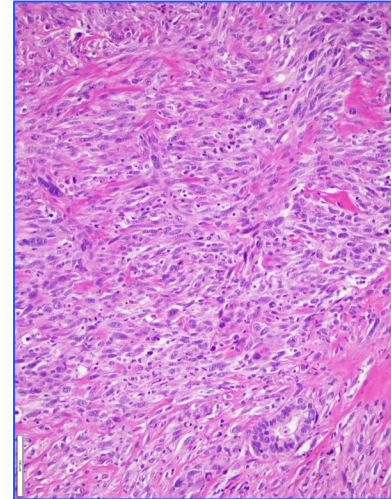
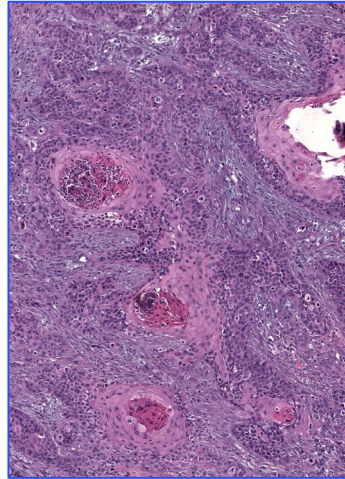
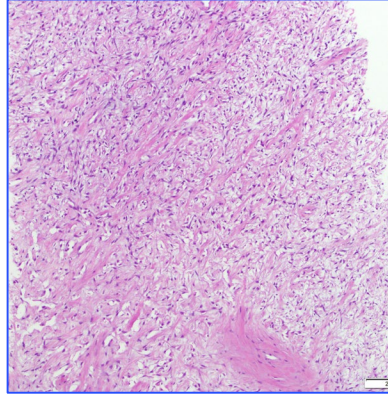
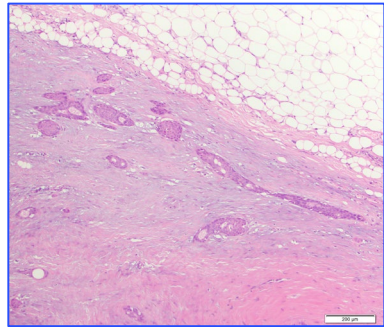
Ca. Adenoescamoso de Bajo Grado

Ca. metaplásico fibromatosis-like

Ca. de células escamosas

Ca. de células fusocelulares

CM con dif. mesenquimal heteróloga



INMUNOHISTOQUÍMICA

Todas las variantes son **negativas** para **RE, RP y HER 2**.

Los carcinomas metaplásicos son **positivos** para **CK HMW, LMW**.

P63 se puede observar en componente **epitelial y mesenquimal**.

CD 10 se expresa en el **componente fusocelular (94%)** puede ser menor en otras variantes (0%– 71%).

CARCINOMA METAPLÁSICO

Características Mono/bifásico (según componente metaplásico)

Epiteliales, puros (sarcomatoide) o bifásicos.

Si hay más de dos componentes, se sugiere reportar el porcentaje dentro del tumor.

CARCINOMA METAPLÁSICO

Altamente agresivos (excepto adenoescamoso de bajo grado y fibromatosis - like).

Alta probabilidad de metástasis.

Frecuentemente quimioresistentes con respuesta variable a QT neoadyuvante.

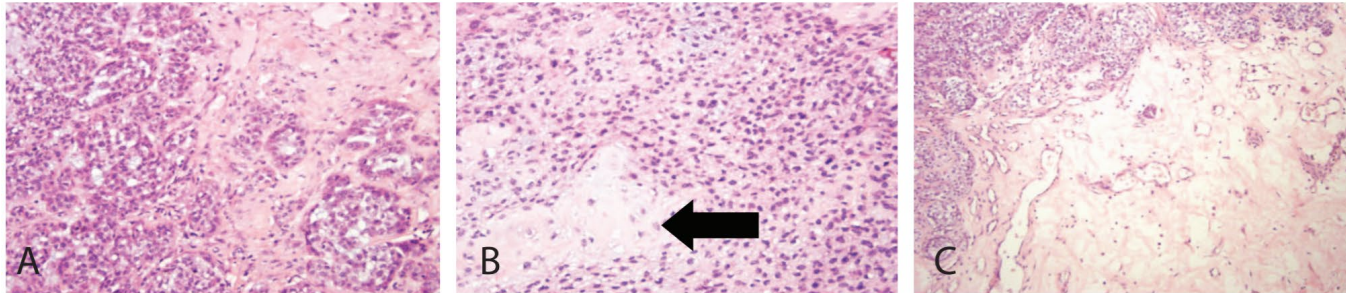



Figure 2. Carcinoma with chondroid differentiation and partial response to neoadjuvant therapy. A and B, Areas of invasive ductal carcinoma (A) with focal chondroid component (arrow in [B]) in a carcinoma with chondroid differentiation. Note the highly atypical and hyperchromatic cells surrounding the chondroid areas. C, Residual carcinoma and hyalinized area of treatment effect with neovascularization (hematoxylin-eosin, original magnifications $\times 20$ [A and B] and $\times 10$ [C]).

Metaplastic Carcinoma of the Breast Is More Aggressive Than Triple-negative Breast Cancer: A Study From a Single Institution and Review of Literature

Dima El Zein • Melissa Hughes • Shicha Kumar • ... Tolutope Oyasiji • Hossam Jabbour •

Thaer Khoury   • [Show all authors](#)

Published: April 25, 2017 • DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2017.04.009> •  Check for updates

Subtype with mesenchymal differentiation (37%), followed by spindle cell carcinoma (30.4%) and then SCC (26.1%).

Here was a significant difference in our study between the treatment received by MBC patients and that received by TNBC patients. MBC patients tended to receive mastectomy and CT more often than TNBC, while the latter had more RT.

We conclude that MBC is an aggressive tumor that is more likely to present with worse prognostic indicators such as **tumor size and stage**.

Table 1: Clinicopathologic characteristics of MBC and TNBC cases.

Variables		TNBC (n=508)	MBC (n=46)	P-value
Age (years)	Median (range)	57(25,91)	54.5(42,90)	0.51
Race	African American	95(94.1)*	6(5.9)	0.637
	Others	12(92.3)	1(7.7)	
	Caucasian	401(91.1)	39(8.9)	
Tumor Size(cm)	Median(range)	1.7(0.2,13)	3.1(0.5,14)	<0.001
T-stage	1	317(95.8)	14(4.2)	<0.001
	2	160(88.9)	20(11.1)	
	3	28(73.7)	10(26.3)	
	4	3(60.0)	2(40.0)	
No. positive nodes	Median (range)	0(0,32)	0(0,14)	0.486
N-stage	Negative	340(91.4)	32(8.6)	0.622
	Positive	168(92.8)	13(7.2)	
Stage	I	242(95.3)	12(4.7)	0.014
	II	201(88.2)	27(11.8)	
	III	65(90.3)	7(9.7)	
Nottingham Grade	1	5(100.0)	0(0.0)	0.064
	2	47(100.0)	0(0.0)	
	3	456(90.8)	46(9.2)	
Surgery	Lumpectomy	351(95.4)	17(4.6)	<0.001
	Mastectomy	157(84.4)	29(15.6)	
Neoadjuvant	No	439(92.4)	36(7.6)	0.128
	Yes	69(87.3)	10(12.7)	

Article | Published: 03 October 2020

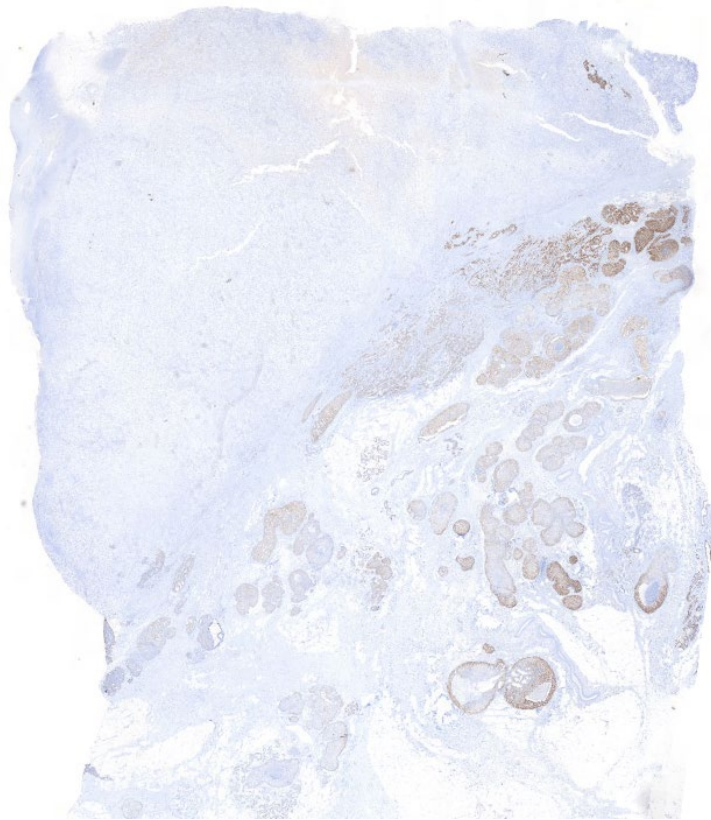
TRPS1: a highly sensitive and specific marker for breast carcinoma, especially for triple-negative breast cancer

Di Ai, Jun Yao, Fei Yang, Lei Huo, Hui Chen, Wei Lu, Luisa Maren Solis Soto, Mei Jiang, Maria Gabriela Raso, Shufang Wang, Diana Bell, Jinsong Liu, Huamin Wang, Dongfeng Tan, Carlos Torres-Cabala, Qiong Gan, Yun Wu, Constance Albarracin, Mien-Chie Hung, Funda Meric-Bernstam, Ignacio I. Wistuba, Víctor G. Prieto, Aysegul A. Sahin✉ & Qingqing Ding✉

Modern Pathology **34**, 710–719 (2021)

1921 Accesses | **1** Citations | **2** Altmetric | Metrics

TRPS1 se expresa en **carcinoma en triple negativo**, su expresión, es significativamente mayor que GATA 3 en carcinoma metaplásicos (86% vs 21%) y no metaplásico (86% vs 51%) triples negativa.



GATA 3



TRPS1

CONCLUSIONES

El CM es una neoplasia invasiva rara que se presenta mayormente en mujeres no menopáusicas.

Es importante reconocer los diferentes tipos de carcinoma metaplásico (subtipos de alto grado: peor pronóstico que los triple negativos).

Es necesario la realización de múltiples tinciones (CKs, P63) o demostrar la presencia de componente in situ/infiltrante para tener un diagnóstico adecuado.

TAKE HOME MESSAGES

Ante la presencia de celularidad fusocelular en la mama es necesario descartar CM.

El carcinoma metaplásico puede o no tener componente Ca. In situ/infiltrante.

Es necesario realizar diferentes inmunohistoquímicas (CKAE1/AE3, CK19, P63) para descartar el componente epitelial.

La morfología de los subtipos de alto grado confiere un peor pronóstico.



Gracias

Vicente Peg

