


CARCINOMA PAPILAR DE LA MAMA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO ONCOLÓGICO SOBRE UN CÁNCER INFRECUENTE.

WLADIMIR J VILLEGAS RODRÍGUEZ
SERVICIO DE PATOLOGÍA MAMARIA DEL
SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO IVSS.,
República Bolivariana de Venezuela
wladimirjvillegasr@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-8999-9751>

JOSEPMILLY PEÑA COLMENARES
SERVICIO DE PATOLOGÍA MAMARIA DEL
SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO IVSS.,
República Bolivariana de Venezuela
josepmillyp@yahoo.com

 <https://orcid.org/0000-0002-1114-6289>

CARLOS E MARTÍNEZ
SERVICIO DE PATOLOGÍA MAMARIA DEL
SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO IVSS.,
República Bolivariana de Venezuela
kakom905@gmail.com

 <https://orcid.org/0009-0006-1714-0984>

Recepción: 18 Marzo 2025
Aprobación: 20 Mayo 2025



Acceso abierto diamante

Resumen

El carcinoma papilar de la mama es una entidad heterogénea desde el punto de vista clínico, radiológico e histológico, siendo la correlación entre estos elementos fundamental para el diagnóstico y tratamiento. **OBJETIVO:** Describir las características clínicas, histopatológicas, imagenológicas y tratamiento del carcinoma papilar de la mama tratado en el servicio de Patología Mamaria del Servicio Oncológico Hospitalario del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales entre enero 2010 diciembre 2022. **MÉTODO:** Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. 58 cumplieron los criterios de inclusión. **RESULTADOS:** El nódulo fue el síntoma más común, evidenciado en el 72,4 % de los casos, siendo el carcinoma papilar invasor la variedad histológica diagnosticada en el 56,9 % de las pacientes, en total 86,2 % de los pacientes se diagnosticó con axilas clínicamente negativas, mientras el 44,6 % de población expresó inmunofenotipo Luminal A. El 48,2 % de las pacientes se trató con cirugía preservadora y la biopsia de ganglio centinela se indicó en el 26,8 % de los casos. La tasa de subestimación histológica fue del 41,1 %, mientras la tasa de recaída fue del 6,9 %. **CONCLUSIÓN:** El carcinoma papilar de mama es infrecuente, caracterizado por presentarse como un nódulo o masa palpable, con baja afección ganglionar, suele expresar receptores hormonales y baja tasa de recurrencia. La cirugía preservadora, la biopsia de ganglio centinela y la terapia endocrina son adecuadas opciones terapéuticas.

Palabras clave: Mama, carcinoma, papilar, cirugía, biopsia..

Notas de autor

wladimirjvillegasr@gmail.com

Abstract

The Papillary carcinoma of the breast is a heterogeneous entity from a clinical, radiological and histological point of view, the correlation between these elements being essential for the diagnosis and the treatment. **OBJECTIVE:** To describe the clinical, histopathological, imaging characteristics and treatment of the papillary carcinoma of the breast treated in the Breast Pathology Service of the Hospital Oncological Service of Venezuelan Institute Social Security between January 2010 and December 2022. **METHOD:** It is a retrospective, descriptive and cross-sectional study. 58 patients achieve the inclusion criteria. **RESULTS:** The nodule was the most common symptom, were evident in 72.4% of the cases, with invasive papillary carcinoma being the histological variety diagnosed in 56.9 % of the patients, in total 86.2 % of patients were diagnosed. Diagnosed with clinically negative armpits, while 44.6 % of the population expressed the Luminal A immunophenotype. 48.2 % of the patients were treated with conservative surgery and lymph node biopsy. The sentinel nodule was indicated in 26.8 % of cases. The histological underestimation rate was 41.1%, while the relapse rate was 6.9 %. **CONCLUSION:** The papillary carcinoma of the breast is rare, characterized by presenting as a palpable nodule or mass, with low lymph node involvement, which usually expresses hormone receptors and a low recurrence rate. The preserving surgery, the sentinel lymph node the biopsy, and endocrine therapy are appropriate therapeutic options.

Keywords: Breast, carcinoma, papillary, surgery, biopsy.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma papilar de la mama (CPM) es una entidad clínica infrecuente, representando el 0,5 % de todos los cánceres de la glándula mamaria (CM) ⁽¹⁾. Incluye lesiones tan diversas y heterogéneas como el carcinoma papilar intra quístico o encapsulado (CPIQ), carcinoma papilar sólido (CPS), carcinoma papilar intraductal (CPID) y el carcinoma papilar invasor (CPI)⁽²⁾.

La correlación clínica, radiológica e histopatológica del CPM es fundamental para un correcto diagnóstico y óptimo tratamiento ⁽³⁾. Desde el punto de vista clínico, predomina en la sexta década de la vida, caracterizado por telorrea o telorragia, y/o la presencia de un nódulo mamario, rara vez cursan con adenopatías palpables ^(4,5). Histológicamente se caracteriza por proliferaciones intraductales de células epiteliales y mioepiteliales con un centro fibrovascular, centrales o periféricas; cuyo tamaño varía entre 2 mm a 3 mm hasta los 2 cm a 3 cm ^(6,7).

Los hallazgos imagenológicos en el estudio del CPM son diversos, en la mamografía se puede observar un nódulo circunscrito, definido, con microcalcificaciones asociadas o una asimetría de densidad⁽³⁾. En el ultrasonido el CPM se evidencia una lesión circunscrita, hipoeoica, con áreas quísticas, siendo el efecto Doppler un criterio de sospecha de malignidad ^(4,8).

Se han descritos buenos resultados oncológicos con tasas de recurrencia del 0 % (9) tanto con la mastectomía total (MT) como en la cirugía preservadora (CP). En relación con la evaluación axilar, hasta el 11 % de las axilas pueden ser histológicamente positivas, por lo cual, la biopsia de ganglio centinela (BGC) es una indicación en axilas negativas ^(10,11,12,13)

Dada la baja prevalencia del CPM, las investigaciones al respecto suelen ser retrospectivas y con poca casuística, condicionando que los métodos diagnósticos, conducta quirúrgica, factores pronósticos y el tratamiento sistémico hayan sido difícil de estandarizar y, por ende, sigan las pautas del CM no especial, lo que ha permitido hasta ahora resultados satisfactorios en términos de supervivencia global (SG) y supervivencia libre de enfermedad (SLE).

Por todo lo anteriormente expuesto nos planteamos como objetivo principal del presente estudio: describir las características clínicas, histopatológicas, imagenológicas y tratamiento del CPM tratado en el servicio de Patología Mamaria (SPM) del Servicio Oncológico Hospitalario del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (SOH- IVSS) desde enero 2010 hasta diciembre 2022. Como objetivos secundarios se han propuesto: 1. Establecer el fenotipo tumoral del CPM. 2. Precisar la afección ganglionar del CPM. 3. Determinar la tasa de recurrencia en las pacientes con CPM.

MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. La población y muestra estuvo representada por las historias clínicas de las pacientes femeninas mayores 18 años con diagnóstico de CPM tratadas en el SPM del SOH IVSS, en el período comprendido entre enero 2010 a diciembre 2022. El muestreo fue intencional y no probabilístico, establecido sobre la base de los casos registrados en el Departamento de Historias Médicas.

Criterios de inclusión

1. Pacientes femeninas mayores 18 años, con diagnóstico de CPM
2. Cirugía realizada en el SPM del SOH IVSS
3. Pacientes que acudieron a seguimiento (control) al SPM SOH IVSS por al menos 2 años continuos de consultas sucesivas posterior al diagnóstico de CPM

4. Biopsias procesadas y/o revisadas por el servicio de Anatomía Patológica

Criterios de exclusión

1. Historia clínica no disponible o con información incompleta

RESULTADOS

Un total de 58 historias de 196 con diagnóstico CPM cumplieron los criterios de inclusión. Al analizar la edad promedio de estas pacientes fue de 57 ± 12 años (rango 41- 88), siendo el síntoma más frecuente la detección de un nódulo al autoexamen, el cual se reportó en el 72,4 % (Cuadro 1).

Variables	Estadísticos	
Nº	58	
Edad (años) (*)	57 ± 12	
Síntomas	Nº	%
Nódulos	42	72,4
Telorrea	7	12,1
Mamografía	7	12,1
Mastalgia	2	3,4
(*) media \pm desviación estándar		

Cuadro 1.

Distribución de pacientes según lesiones papilares en mama. Características basales de la muestra.

El tamaño mamográfico promedio de la lesión fue 29 ± 6 mm (rango 5- 85), siendo el hallazgo más frecuente por este método, el nódulo en el 72,4 % de los casos, seguido de las microcalcificaciones en el 34,5 % de las pacientes. Respecto a la distribución del tejido fibroglandular, el patrón dominante en 38,5 % de los casos, fue ACR B o C (Cuadro 2).

Desde el punto de vista del ultrasonido mamario el hallazgo más frecuente fueron las lesiones mixtas o heterogéneas en el 43,1 % de los casos, la mayoría de las pacientes no tuvieron dilatación ductal ni reforzamiento acústico posterior. Siendo el tamaño promedio $29 \text{ mm} \pm 16 \text{ mm}$. Resto de los hallazgos ultrasonográficos en el Cuadro 3.

Variables	Estadísticos	
Clasificación BIRADS	N	%
BIRADS 0	24	41,4
BIRADS 2	3	5,2
BIRADS 3	2	3,4
BIRADS 4A	7	12,1
BIRADS 4B	3	5,2
BIRADS 4C	9	15,5
BIRADS 5	7	12,1
SL	1	1,7
NR	2	3,4
Tamaño tumoral (*) (mm)		29 ± 16
Calcificaciones M	20	34,5
Nódulo M	42	72,4
Ectasia ductal	1	1,7
Tejido fibroglandular		
No	2	3,8
ACR A	15	28,8
ACR B-C	20	38,5
ACR D	15	28,8

Cuadro 2.

Distribución de los pacientes según hallazgos mamográficos

(*) media ± desviación estándar. BIRADS: Breast imaging research and data system. SL: sin lesión. NR: no reportado. ACR: American College of Radiology.

Variables	Estadísticos	
	N	%
Lesión ecográfica		
Sin lesión	4	6,9
Sólida	18	31
Quística	11	19
Mixta	25	43,1
Efecto Doppler		
Positivo	13	22,4
Negativo	20	34,5
NR	25	42,1
Dilatación ductal		
Si	7	12,1
No	37	63,8
NR	14	24,1
Reforzamiento acústico posterior		
Si	12	20,7
No	28	48,3
No reportado	18	31
Bordes ecográficos		
Mal definidos	27	46,6
Bien definidos	25	43,1
NR	6	10,3
Tamaño tumoral (*) (mm)	29 ± 16	

Cuadro 3.

Distribución de pacientes según hallazgos ultrasonográficos

(*) media ± desviación estándar. NR: no reportado.

Mediante la prueba de Kappa se evaluó estadísticamente la concordancia entre el reporte histológico en la biopsia diagnóstica obtenida con aguja de corte (en nuestro estudio el 100 % se realizaron con aguja gruesa y guiadas por ecosonografía) y su correlación con la histología quirúrgica o biopsia definitiva, obteniendo una concordancia Kappa = 0,087 (P = 0,111). Ésta se considera una concordancia pobre, lo cual se interpreta como una mala correlación entre el método diagnóstico (biopsia aguja gruesa ecoguiada - BAG) para el diagnóstico y el resultado histológico definitivo (Cuadro 4).

Al analizar la tasa de subestimación, se evidenció que un total de 17 lesiones la BAG fueron reportadas como benignas, pero en la pieza definitiva se concluyeron como carcinomas, mientras que 6 BAG reportadas como carcinoma in situ, la pieza operatoria fueron carcinomas infiltrantes, lo que, en total, permite establecer una tasa de subestimación del 41,1 %.

Por otra parte, la tasa de sobre estimación se dio en un solo caso, en el cual la BAG se reportó maligna y en la pieza definitiva no hubo evidencia de carcinoma, siendo esta tasa del 1,8 %. Dos pacientes no se incluyeron en este análisis específico, porque no fueron intervenidas (estadio IV) Cuadro 4.

Biopsia quirúrgica			
Biopsia prequirúrgica	Maligno	Benigno	Total
Maligno	40	0	40
Benigno	15	1	16
Total	55	1	56

Kappa = 0,087 (P= 0,111)

Valor de Kappa	Fuerza de concordancia
< 0,20	Pobre
0,21 - 0,40	Débil
0,41 - 0,60	Moderada
0,61 - 0,80	Buena
0,81 - 1,00	Muy buena

Cuadro 4.

Distribución de pacientes según lesiones papilares en mama. Concordancia en resultado de biopsia prequirúrgica y biopsia quirúrgica.

En relación con las variedades histológicas, el CPI fue el más común, representando el 56,9 % de los casos. Del 10,3 % de los CPIQ el 1,8 %, correspondió a una lesión sin infiltración mientras que el 8,5 % restante de CPIQ correspondieron a carcinomas infiltrantes.

Cuando se realizó la estadificación, los estadios IIA y 0 presentaron la mayor frecuencia con un 22,8 % y 17,6 % respectivamente. Se debe destacar que el 5,2 % de los casos no fueron clasificados según el sistema TNM, ya que fueron pacientes a quienes se les había realizado tumorectomías sin criterios oncológicos, y fueron referidas a nuestro centro. Éstas no tenían estudios de imágenes de calidad previo a la intervención foránea y sus biopsias fueron fragmentadas (Cuadro 5).

El fenotipo tumoral más habitual fue el Luminal A en el 44,6 % de los casos, así mismo, todos los casos Luminal B (35,7 %) se clasificaron por un índice Ki67 igual o superior al 20 %, ningún caso expresó receptores hormonales y HER2 + (Cuadro 5).

Variables	Estadísticos	
Variedad histológica	N	%
CPI	33	56,9
CPS	6	10,3
CPID	9	15,6
CPIQ	6	10,3
CMP	4	6,9
Estadio clínico		
0	10	17,6
IA	9	15,8
IB	1	1,8
IIA	13	22,8
IIB	6	10,5
IIIA	7	12,3
IIIB	5	8,8
IV	3	5,2
pTx	3	5,2
Estatus axilar clínico		
cN0	50	86,2
cN1	8	13,8
Estatus axilar patológico		
pN0	51	87,9
pN1	7	12,1
Inmunofenotipo		
Luminal A	25	44,6
Luminal B	20	35,7
Her2	4	7,1
Triple negativo	7	12,5

Cuadro 5.

Características histológicas / estadio clínico.

CPI: carcinoma papilar invasor CPS: carcinoma papilar sólido CPID: carcinoma intraductal (in situ) CMP: carcinoma micropapilar.

Al describir las indicaciones quirúrgicas en el CPM, CP fue la más frecuente en el 48,2 % de los casos, siendo los procedimientos preservadores realizados: mastectomía parcial oncológica (MPO), resección centro mamario (RCM) con y sin preservación del complejo aréola pezón, biopsia radio quirúrgica. Se debe mencionar de los casos incluidos, el 3,6 % no fueron sometidas a procedimientos quirúrgicos por tratarse de pacientes metastásicas (Cuadro 6). El 8,9 % de los casos se realizó CP y disección axilar (DA), mientras que en el 14,3 % del total de cirugías se realizó CP sin BGC por tratarse de carcinomas *in situ*. La BGC se indicó en el 26,8 % de las cirugías. El 87,9 % de nuestras pacientes a quienes se le realizó algún procedimiento axilar (BGC o DA) los ganglios en el espécimen de anatomía patológica fueron reportados como negativos (pN0). La reconstrucción inmediata (RI) se realizó solamente en el 3,6% (Cuadro 5).

Las pacientes recibieron tratamiento con adriamicina, ciclofosfamida y los taxanos en el 1,9 % de los casos. Radioterapia externa (RTE) en el 53,6 % y el 77,6 % recibió terapia endocrina (TE).

Durante el período de seguimiento, se evidenciaron 4 recurrencias, lo que equivale a una tasa de recaída del 6,9 %. El 93,1 % estuvieron libres de enfermedad al cierre de este estudio (Cuadro 6).

Variables	Estadísticos	
	N	%
Tipo de mastectomía		
Parcial	27	48,2
Radical modificada	20	35,7
Total	9	16,1
Quimioterapia		
Si	27	46,5
No	31	53,5
Terapia endocrina		
Si	45	77,6
No	13	23,4
Radioterapia		
Si	30	53,6
No	26	46,4
Libre de enfermedad	54	93,1
Tipo de recaída		
Hepática	1	25,0
Ósea	2	50,0
Piel contra	1	25,0

Cuadro 6.

Distribución de pacientes según variables de tratamiento.

El análisis de la curva de SG de Kaplan-Meier evaluó la media de supervivencia para los pacientes con CPM fue de 155 meses (IC-95 %: 149-176 meses) con una probabilidad de supervivencia a los 156 meses de 97,7 % (Figura 1).

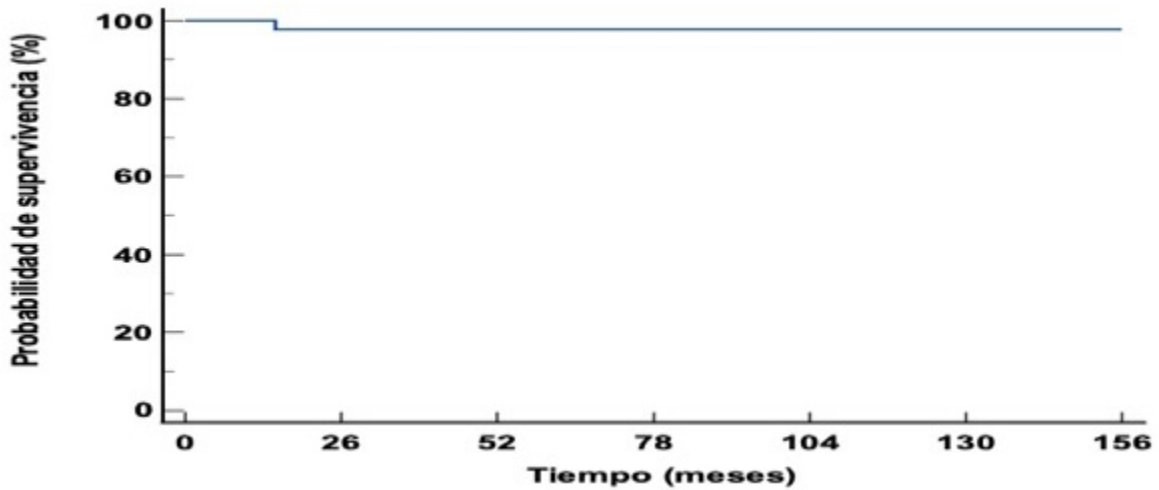


Figura 1.
SG en pacientes con CPM.
Media de supervivencia: 155 meses (IC-95 %: 149- 176 meses)

Se evaluó el SLE en las pacientes con CPM. Mediante el uso de curvas de supervivencia de Kaplan-Meier, se observó que la media de SLE en nuestras pacientes fue de 146 meses (IC-95 %: 134-159 meses), siendo la probabilidad de SLE del 89,6 % al termino de seguimiento.

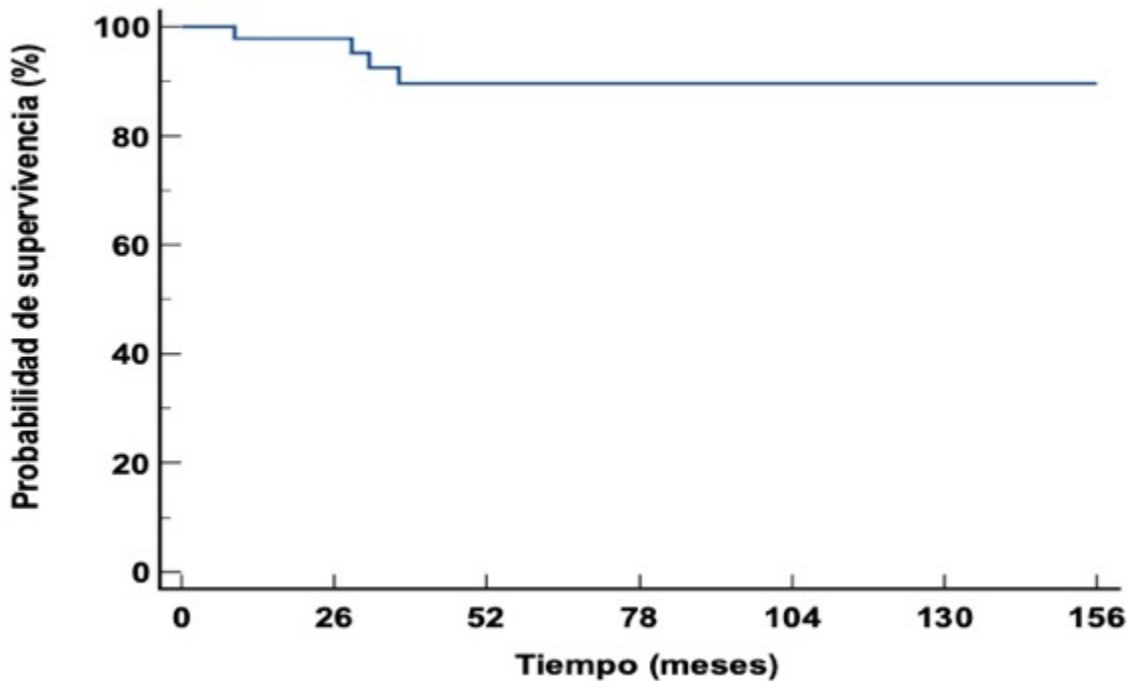


Figura 2.
SLE en pacientes con CPM.
Media de supervivencia: 146 meses (IC-95 %: 134-159 meses)

DISCUSIÓN

El CPM es una lesión infrecuente y representa aproximadamente entre el 0,5 % al 2 % de todos los CM⁽¹⁾, lo cual es cónsono con nuestros resultados, en los cuales representó el 3,3 % de todos los CM tratados en nuestro servicio. Aunque se ha descrito que entre el 56,5 % y 62,6 % de las pacientes suelen ser asintomáticas⁽¹⁴⁾, en nuestra investigación el 87,9 % de las pacientes fueron sintomáticas, siendo el nódulo el síntoma más frecuente, en el 72,4 % de los casos.

Los estudios de imágenes son una herramienta esencial tanto en la pesquisa mamaria como el estudio de las lesiones sintomáticas de la glándula mamaria, aunque en el caso de las LPM no se ha logrado establecer una correlación directa entre éstas y la clasificación BIRADS, para estimar la posibilidad de malignidad⁽¹⁴⁾.

En nuestra población el 44,9 % de las lesiones mamográficas fueron concluidas como sospechosas para malignidad (BIRADS 4 o 5), y desde el punto de vista de ultrasonido el 31 % fueron descritas como lesiones sólidas, siendo estos hallazgos cónsonos como el trabajo publicado por Li X, y col.,⁽¹⁵⁾ en el cual el BIRADS 4 representó el 32 % de los CPM, donde se describieron lesiones sospechosas en ultrasonido en el 32,3 % de los casos. Sin embargo, en nuestro estudio el 41,4 % de las mamografías fueron reportadas BIRADS 0.

Desde el punto de vista del ultrasonido mamario (USM) se han descrito características relacionadas con los CPM, tales como la presencia de masa intraductal con o sin dilatación ductal, masas intraquísticas, así como el reforzamiento acústico posterior y la vascularización periférica o central^(16,17). No obstante, en nuestra investigación el efecto Doppler, la dilatación ductal y el reforzamiento acústico posterior no fueron descritos en el 42,1 %, 24,1 % y 31 % respectivamente, lo cual podría haber limitado la capacidad del USM para establecer una relación entre las características sonográficas y la estimación del carácter maligno o no de la lesión.

Aunque en nuestros casos no se realizó ninguna RMN de mama, se ha descrito que este estudio de imagen puede estimar la probabilidad de malignidad de una LPM con mayor precisión que la mamografía o ultrasonido mamario, y a la vez permite estimar la extensión de resección⁽⁴⁾.

Se ha sugerido que la ductoscopia es una herramienta útil tanto para el diagnóstico como para planificación de la resección del CPM en especial cuando hay evidencia de dilatación ductal⁽¹⁸⁾, la cual estuvo presente en el 12,1 % de nuestros casos. Sin embargo, este método no se indicó ni cumplió en ninguna de nuestras pacientes, en vista de la no disponibilidad en nuestro medio.

Al abordar la histología de las LPM, existe un término relevante en el contexto de las LPM “actualización histológica” (“histological upgrade”), éste se refiere a la divergencia entre el diagnóstico histológico pre operatorio y posoperatorio, es decir, aquellas lesiones cuyo diagnóstico en la biopsia definitiva (quirúrgica) son de un grado histológico mayor a la biopsia diagnóstica obtenida por aguja de corte (aguja gruesa o aguja al vacío)^(19,20). La tasa de actualización histológica en nuestra investigación fue del 41,1 %, lo cual es superior al 0 % evidenciando por Moon y col.,⁽¹⁹⁾ quienes demostraron una tasa histológica del 0 % para LPM sin atipias en las BAG, y 11,4 % cuando se asociaba atipias. Por otra parte, Armes J y col.⁽²¹⁾ , señalaron que la tasa de actualización histológica aumentó al 72 % cuando se relacionaba con la presencia de atipias en la biopsia pre quirúrgica, factor que no fue analizado en nuestra investigación.

Con la finalidad de disminuir la tasa de subestimación histológica, se ha implementado el uso de la biopsia de aguja y corte al vacío (BAV), la cual tiene una tasa de precisión diagnóstica entre el 98 % y 100 %, con actualización histológica del 0 %^(15,22), aunque en nuestro estudio no se realizó a ninguna paciente.

Como se ha mencionado, el CPM incluye una amplia variedad histológica. En nuestra investigación las formas infiltrantes de CPM representaron el 65,6 %, siendo el CPI la variedad más habitual en el 56,9 % de los casos, lo cual difiere de Carter y col.,⁽²³⁾ y de Lefkowitz y col.,⁽²⁴⁾ quienes describen el CPIQ como el más frecuente, en el 54 % y 52 % respectivamente. En nuestra revisión el estadio IIA representó el mayor porcentaje con un 22,8 % de los casos, lo cual discrepa de lo evidenciado por Hassan y col.,⁽²⁵⁾ quienes reportaron en el 44,8 % de las pacientes el estadio 0.

Con el objetivo de diferenciar LPM benignas de CPM, se ha intentado implementar marcadores de IHQ tales como CK 5/6, CK 14, 34BE12, p63, calponina ⁽²⁶⁾, cabe destacar, que esta en nuestro estudio se indicó y se realizó como factor pronóstico, donde debemos resaltar que el 78,3 % de los casos expresaron receptores hormonales.

Desde el punto de vista clínico, se ha descrito afección axilar <1 % de los casos (10), datos que discrepan con nuestros resultados, en los cuales, el 13,8 % fueron axilas clínicamente positivas. Paralelamente, se ha establecido enfermedad metastásica ganglionar (histológica) de hasta el 11 % de los casos ^(11,12,14), datos similares a nuestros hallazgos, donde se evidenció axilas histológicamente positivas en el 12,1 % de nuestras pacientes.

Desde el punto de vista terapéutico, la CP fue la indicación quirúrgica más frecuente en nuestra investigación, siendo el 48,2 % de los casos, lo cual es similar a lo reportado por Hassan y col., ⁽²⁵⁾ quienes realizaron CP en el 50 %, aunque este autor realizó BGC en el 53,8 % de los casos, en nuestros datos la BGC solo se realizó en el 26,8 % de los casos (CP y MT). Debemos mencionar que en el 3,6 % de las pacientes no se realizó procedimiento quirúrgico, por tratarse de estadios IV con múltiples metástasis (visceral u ósea), quienes cumplieron terapia sistémica, y en concordancia a revisiones previas, se consideró no haber beneficio en términos de SG con el tratamiento quirúrgico ⁽²⁷⁾.

Se ha establecido que los CPM tienen un buen pronóstico a los 5 y 10 años, con baja tasa de recurrencia, que algunos autores ubican hasta en 0 %, no obstante, en nuestra investigación se constató una tasa de recurrencia del 6,9 %, siendo la SG de 97,7 % y SLE 89,6 %.

Basados en nuestra experiencia y la concordancia de nuestros resultados con las referencias consultadas, podemos ratificar la baja incidencia del CPM, la importancia de estudios de imagen de calidad que reporten todos los datos necesarios, así como incentivar a realizar la BAV y/o la RMN para disminuir la tasa de subestimación histológica y disminuir las tasas de re escisión o de cirugía en lesiones benignas. Es recomendable continuar con el uso de los distintos marcadores de IHQ como factores pronósticos.

Finalmente, la CP es una elección válida en el CPM, así como la realización de BGC, cuando existan las indicaciones para realizar estos procedimientos. El tratamiento adyuvante es indispensable para mantener las tasas de buen pronóstico que tiene esta enfermedad en términos de SG y SLE. Por todo lo planteado, el manejo interdisciplinario es fundamental para el adecuado diagnóstico, conducta y seguimiento del CPM.

REFERENCIAS

1. Kumar SP, Sean L, Kruper L, Uzoamaka N, Garberoglio C, Gupta R. Papillary carcinoma of the breast: An overview. *Breast Cancer Res Treat.* 2010;122(3):637-645.
2. Lakhani SR, Ellis IO, Schnitt SJ, Tan PH, van de Vijver MJ. WHO classification of tumours of the breast. Lyon, Francia: Editorial IARC; 2012.
3. Kestelman FP, Gomes CF, Fontes FB, Marchiori E. Imaging findings of papillary breast lesions: A pictorial review. *Clin Radiol.* 2014;69(4):436-441.
4. Ibarra J. Papillary lesions of the breast. *Breast J.* 2006;12(3):237-251.
5. Ciurea A, Călin A, Ciortea C, Dudea SM. Ultrasound in the diagnosis of papillary breast lesions. *Med Ultrason.* 2015;17(3):392-397.
6. Rocha-Rodríguez M, Álvarez-Alfonso B, Casián-Castellanos G, Rodríguez-Blas A. Carcinoma papilar: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Hosp Jua Mex.* 2014;81(2):126-130.
7. Foley NM, Racz JM, Al-Hilli Z, Livingstone V, Cil T, Holloway CM, et al. An international multicenter review of the malignancy rate of excised papillomatous breast lesions. *Ann Surg Oncol.* 2015;22(Suppl 3):S385-390.
8. Rinaldi P, Ierardi C, Costantini M, Magno S, Giuliani M, Belli P, et al. Cystic breast lesions: Sonographic findings and clinical management. *J Ultrasound Med.* 2010;29(11):1617-1626.
9. Mokbel K, Escobar PF, Matsunaga T. Mammary ductoscopy: Current status and future prospects. *Eur J Sur Oncol.* 2005;31(1):3-8.
10. Guo X, Chen L, Lang R, Fan Y, Zhang X, Fu L. Invasive micropapillary carcinoma of the breast association of pathologic features with lymph node metastasis. *Am J Clin Pathol.* 2006;126(5):740-746.
11. Solorzano CC, Middleton LP, Hunt KK, Mirza N, Meric F, Kuerer HM, et al. Treatment and outcome of patients with intracystic papillary carcinoma of the breast. *Am J Surg.* 2002;184(4):364-368.
12. Zhang J, Zhang T, Wu N, Zhao X, Wang Q, Jiang Y, et al. Intracystic papillary carcinoma of the breast: Experience of a major Chinese cancer center. *Pathol Res Pract.* 2018;214(4):579-585.
13. Rizzo M, Linebarger J, Lowe M, Pan L, Gabran S, Vasquez L, et al. Management of papillary breast lesions diagnosed on core-needle biopsy: Clinical pathologic and radiologic analysis of 276 cases with surgical follow-up. *J Am Coll Surg.* 2012;214(3):280-287.
14. Li X, Gao H, Xu M, Wu Y, Gao D. Breast papillary lesions diagnosed and treated using ultrasound-guided vacuum assisted excision. *BMC Surgery.* 2020;20(1):204.
15. Kim TH, Kagn DK, Kim SY, Lee EJ, Jung YS, Yim H. Sonographic differentiation of benign and malignant papillary lesions of the breast. *J Ultrasound Med.* 2008;27(1):75-82.
16. Lam WWM, Chu WCW, Tang APY, Tse G, Ma TKF. Role of radiologic features in the management of papillary lesions of the breast. *Am J Roentgenol.* 2006;186(5):1322-1327.
17. Agoff SN, Lawton TJ. Papillary lesions of the breast with and without atypical ductal hyperplasia: Can we accurately predict benign behavior from core needle biopsy? *Am J Clin Pathol.* 2004;122(3):440-443.
18. Moon S, Jung H, Hee Ko, Kim Y, Lee K. Management of clinically and mammographically occult benign papillary lesions diagnosed at ultrasound-guided 14-gauge breast core needle biopsy. *J Ultrasound Med.* 2016;35(11):2325-2332.
19. Jagmohan P, Pool F, Choudary T, Wong J. Papillary lesions of the breast: Imaging findings and diagnostic challenges. *Diagn Interv Radiol.* 2013;19(6):471-478.

20. Armes J, Galbraight C, Gray J, Taylor K. The outcome of papillary lesions of the breast diagnosed by standard core needle biopsy within a Breast Screen Australia service. *Pathology*. 2017;49(3):267-270.
21. Kim MJ, Kim SI, Youk JH, Moon HJ, Kwak JY, Park BW, et al. The diagnosis of non-malignant papillary lesions of the breast: Comparison of ultrasound-guided automated gun biopsy and vacuum-assisted removal. *Clin Radiol*. 2011;66(6):530-535.
22. Carter D, Orr SL, Merino MJ. Intracystic papillary carcinoma of the breast. After mastectomy, radiotherapy or excisional biopsy alone. *Cancer*. 1983;52:14-19.
23. Lefkowitz M, Lefkowitz W, Wargotz ES. Intraductal (intracystic) papillary carcinoma of the breast and its variants: A clinicopathological study of 77 cases. *Hum Pathol*. 1994;25:802-809.
24. Hassan Z, Boulos F, Abbas J, El Charifl M, Assi H, Sbaity E. Intracystic papillary carcinoma: Clinical presentation, patterns of practice, and oncological outcomes. *Breast Cancer Res Treat*. 2020;182(2):317-323.
25. Grin A, O'malley FP, Mulligan AM. Citokeratin 5 and estrogen receptor immunohistochemistry as a useful adjunct in identifying atypical papillary lesion on breast needle core biopsy. *Am J Surg Pathol*. 2009;33(11):1615-1623.
26. Pifano V, Gómez A, Villegas W. Tratamiento quirúrgico del tumor primario en pacientes con cáncer de mama en estadio IV. *Rev Venez Oncol*. 2022;34(4):193-203.
27. Guo X, Chen L, Lang R, Fan Y, Zhang X, Fu L. Invasive micropapillary carcinoma of the breast association of pathologic features with lymph node metastasis. *Am J Clin Pathol*. 2006;126(5):740-746.

Información adicional

redalyc-journal-id: 3756



Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375683086003>

Cómo citar el artículo

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista en redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante
Infraestructura abierta no comercial propiedad de la
academia

WLADIMIR J VILLEGAS RODRÍGUEZ,
JOSEPMILLY PEÑA COLMENARES, CARLOS E MARTÍNEZ
**CARCINOMA PAPILAR DE LA MAMA: EXPERIENCIA
DE UN CENTRO ONCOLÓGICO SOBRE UN CÁNCER
INFRECUENTE.**

Revista Venezolana de Oncología
vol. 38, núm. 1, p. 2 - 10, 2026
Sociedad Venezolana de Oncología,
República Bolivariana de Venezuela
info@oncologia.org.ve

ISSN: 0798-0582
ISSN-E: 2343-6239

DOI: <https://doi.org/10.65790/revenezoncol/2026/1>



CC BY-NC-ND 4.0 LEGAL CODE

**Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-
SinDerivar 4.0 Internacional.**