



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), mayo-junio 2025,
Volumen 9, Número 3.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1

CARCINOMA MIOEPITELIAL ORIGINADO EN UN ADENOMIOEPITELIOMA: UN REPORTE DE CASO

MYOEPITHELIAL CARCINOMA ARISING IN AN ADENOMYOEPIITHELIOMA: A CASE REPORT

Juanita Panqueba Salgado

Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá-Colombia

Andrés Augusto Reyes Agudelo

Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá-Colombia

Juan José Ramírez Mosquera

Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá-Colombia

Daniela María Cuadrado

Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá-Colombia

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i3.18071

Carcinoma Mioepitelial Originado en un Adenomioepitelioma: Un Reporte de Caso

Juanita Panqueba Salgado¹juanita.panqueba@gmail.com<https://orcid.org/0000-0002-1927-3290>Instituto Nacional de Cancerología
Bogotá, Colombia**Andrés Augusto Reyes Agudelo**dr.andres.reyes@gmail.com<https://orcid.org/0009-0002-2824-3875>Instituto Nacional de Cancerología
Bogotá, Colombia**Juan José Ramírez Mosquera**juan.ramirez@gmail.com<https://orcid.org/0009-0000-0074-1659>Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, Colombia**Daniela María Cuadrado**dancua@javeriana.edu.com<https://orcid.org/0000-0002-2726-2356>Instituto Nacional de Cancerología
Bogotá, Colombia

RESUMEN

El carcinoma mioepitelial (CM) es una neoplasia maligna rara que se origina en células mioepiteliales, presentes en diversas glándulas, incluyendo la mamaria. Su presentación clínica es inespecífica, manifestándose como una masa de crecimiento rápido. En este caso, se reporta una paciente de 80 años con dolor mamario, masa palpable y telorrea sanguinolenta. La biopsia confirmó un carcinoma mioepitelial originado en un adenomioepitelioma (AM) con un componente invasivo de 3 mm. Se realizó cuadrantectomía central con márgenes negativos y biopsia de ganglio centinela negativa. Recibió radioterapia adyuvante y, debido a las características histológicas, se decidió no administrar terapia sistémica adicional. Este caso destaca la importancia de incluir el AM en el diagnóstico diferencial de lesiones mamarias en mujeres posmenopáusicas y resalta el papel de la inmunohistoquímica en su diagnóstico. La paciente se encuentra en seguimiento semestral sin evidencia de recurrencia hasta el momento.

Palabras clave: mioepitelioma, neoplasias de la mama, carcinoma, neoplasia maligna, estudio de caso

¹ Autor principal.

Correspondencia: juanita.panqueba@gmail.com

Myoepithelial Carcinoma Arising in an Adenomyoepithelioma: A Case Report

ABSTRACT

Myoepithelial carcinoma (MC) is a rare malignant neoplasm originating from myoepithelial cells found in various glands, including the mammary gland. Its clinical presentation is nonspecific, typically appearing as a rapidly growing mass. This case reports an 80-year-old patient with breast pain, a palpable mass, and bloody nipple discharge. A biopsy confirmed a myoepithelial carcinoma arising in an adenomyoepithelioma (AM) with a 3 mm invasive component. A central quadrantectomy was performed, revealing negative margins, and the sentinel lymph node biopsy was also negative. The patient received adjuvant radiotherapy, and due to the tumor's histological characteristics, no additional systemic therapy was administered. This case highlights the importance of considering AM in the differential diagnosis of breast lesions in postmenopausal women and underscores the role of immunohistochemistry in its diagnosis. The patient remains under semi-annual follow-up with no evidence of recurrence to date.

Keywords: myoepithelioma; breast neoplasms, carcinoma, malignant neoplasm, case report

*Artículo recibido 15 mayo 2025
Aceptado para publicación: 17 junio 2025*



INTRODUCCIÓN

El carcinoma mioepitelial (CM) es una neoplasia maligna extremadamente rara, originada en las células mioepiteliales (Xu & Katabi, 2001). Estas células se encuentran a lo largo de los acinos de las glándulas salivales, sudoríparas, lagrimales y mamarias, localizadas entre las células epiteliales ductales o lobulillares y la membrana basal. Su función principal es brindar soporte al acino secretor, regular el diámetro y la expansión de los acinos —ya que su estructura contiene músculo liso capaz de contraerse en respuesta al sistema nervioso autónomo— y sintetizar sustancias que mantienen la homeostasis glandular (Balachander et al., 2015).

Se ha reportado que el CM representa el 2% o menos de las neoplasias originadas en las glándulas salivales y puede afectar a personas de todas las edades (Xu & Katabi, 2021). En una revisión, se compilaron aproximadamente 60 casos descritos en la literatura indexada. En este análisis, la edad promedio de las pacientes fue de 60 años. El tratamiento primario mostró que el 70% de los casos no presentó recurrencia local, mientras que el 35% desarrolló recurrencia sistémica, afectando predominantemente al pulmón en más de la mitad de los casos con diseminación sistémica (Rodríguez et al., 2019).

El análisis de los casos revisados en la literatura indica que no existe un cuadro clínico o un comportamiento patognomónico definido para el CM. Sin embargo, en todos los reportes se describe la presencia de una masa sólida de aparición reciente y de rápido crecimiento. Esta puede localizarse en cualquier cuadrante mamario o en la región subareolar, sin una predilección específica (Papazian et al., 2016).

En 1991, se clasificó a las lesiones mioepiteliales de la mama en tres grandes grupos: adenomioepitelioma (AM), mioepiteliomatosis (MEPS) y mioepitelioma maligno (MM). El AM involucra tanto a células mioepiteliales como epiteliales ductales o lobulillares, y puede subdividirse morfológicamente en tipos fusiformes, tubulares y lobulares (Tavassoli, 1991). El AM se divide en tres categorías: adenomioepitelioma, adenomioepitelioma atípico y adenomioepitelioma maligno (Rakha, 2021). La MEPS, por otro lado, se refiere a lesiones localizadas en la periferia del sistema perilobulillar. Finalmente, el MM se caracteriza microscópicamente por lesiones infiltrativas con celularidad fusiforme (Tavassoli, 1991).

Desde el punto de vista inmunohistoquímico, este tipo de neoplasia es reactivo a varios marcadores, incluyendo queratina de bajo peso molecular (CK Cam5.2), queratina de alto peso molecular (CK14), queratinas de amplio espectro (CK AE1, AE3), proteína S100 y calponina (Endo, 2013).

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente femenina de 80 años con un cuadro clínico de seis meses de evolución, caracterizado por dolor en la mama derecha de tipo tirante, acompañado de la percepción de una masa y telorrea sanguinolenta ipsilateral. Entre sus antecedentes destacan hipertensión arterial e hipercolesterolemia.

Al examen físico se identificaron adenopatías supra e infraclaviculares y una lesión sólida, móvil, localizada en el cuadrante superolateral de la mama derecha, sobre las coordenadas 10:00 horas, con un tamaño estimado de 2 cm y extensión hacia la región retroareolar. La ecografía mamaria inicial reportó un nódulo de $18 \times 15 \times 15$ mm, con características sólido-quísticas y aspecto ecográfico indeterminado, clasificado como BI-RADS 4A.

La biopsia inicial, realizada fuera de la institución, evidenció una lesión mamaria de difícil caracterización y clasificación, con áreas papilares sólidas, diferenciación sebácea, fuerte positividad para p63 y negatividad para receptores hormonales. Debido a la incertidumbre diagnóstica, se decidió realizar una nueva biopsia por trucut, la cual, mediante tinción con hematoxilina-eosina, sugirió una lesión de tipo epitelial-mioepitelial.

Dado la discordancia histopatológica de las dos biopsias previas considerando la lesión de riesgo, se optó por una cirugía oncológica con cuadrantectomía central.

Durante el procedimiento, se identificó una lesión sólida, móvil, de contornos irregulares, localizada en la interlínea de los cuadrantes externos (coordenadas 9-10). La lesión, de aspecto blanquecino y consistencia dura, medía 4×4 cm y se encontraba delimitada por una cápsula cercana a ductos dilatados en la región retroareolar lateral. Durante el control posoperatorio el análisis anatomopatológico confirmó el diagnóstico de un carcinoma mioepitelial originado en un adenomioepitelioma, con un componente invasivo de 3×2 mm, no evidente macroscópicamente, con márgenes quirúrgicos negativos sin embargo el anterior a menos de 1 mm de tinta china y con estudio inmunohistoquímico

que reveló negatividad para receptores hormonales, positividad para CAM 5.2 y antígeno de membrana epitelial en células lumbinales, y expresión de p63, AML y calponina en las células mioepiteliales.

El caso fue discutido en junta multidisciplinaria, donde se consideró dada la rareza de la entidad y la incertidumbre diagnóstica, ampliar el margen anterior y realizar una biopsia del ganglio centinela para completar la estadificación y optimizar el tratamiento.

El estudio patológico de la cirugía en mención fue negativo, pues la ampliación del margen anterior evidenció tejido fibroso nacarado, resecado en su totalidad y ausencia de compromiso metastásico ganglionar.

Finalmente, tras una nueva junta multidisciplinaria, se concluyó que la paciente se beneficiaría de radioterapia adyuvante; no obstante, no se consideró indicada la administración de terapia endocrina ni de agentes citostáticos o citotóxicos, debido a la rareza de la histología tumoral y a la negatividad para receptores hormonales.

DISCUSIÓN

El adenomioepitelioma (AM) es un tumor mamario poco frecuente, caracterizado por su naturaleza bifásica, combinando componentes epiteliales y mioepiteliales. En la mayoría de los casos, es una lesión benigna (Rodríguez et al., 2019) y (Yoon & Chitale, 2013); sin embargo, algunos pueden experimentar transformación maligna, de los cuales hasta el 45.5% se clasifica como triple negativo (Alqudaihi, 2022). Su diseminación ocurre predominantemente por vía hematógena (Howlett et al., 2003). Los hallazgos radiológicos más frecuentes en el AM incluyen lesiones circunscritas sin distorsión del parénquima mamario (Haque et al., 2020). Sin embargo, en casos de AM maligno, mamografías y ecografías pueden mostrar márgenes irregulares y distorsión del tejido circundante (Howlett et al., 2003). Desde el punto de vista histopatológico, el AM maligno presenta una proliferación bifásica con células glandulares y mioepiteliales, aumento de la actividad mitótica y atipia citológica sugestiva de transformación maligna. La inmunohistoquímica es clave en el diagnóstico y suele mostrar positividad para P63, S100 y calponina (Ai et al., 2022), (Rodríguez et al., 2019) y (Yoon & Chitale, 2013).

En este caso, el diagnóstico diferencial inicial incluyó carcinoma ductal, debido a los hallazgos imagenológicos. Sin embargo, la biopsia reveló un patrón mixto con marcadores inmunohistoquímicos característicos de una neoplasia epitelial-mioepitelial, lo que permitió confirmar el diagnóstico de AM.

La presencia de un alto índice de proliferación celular y la ausencia de márgenes libres tras la primera resección respaldaron su naturaleza maligna.

El tratamiento del AM maligno incluye cirugía con márgenes adecuados, linfadenectomía en casos con evidencia de compromiso ganglionar, y terapia adyuvante con radioterapia o quimioterapia según las características del tumor (Ai et al., 2022) y (Haque et al., 2020). En este caso, debido a la ausencia de metástasis ganglionares, el estadio clínico / patológico y la resección completa del tumor, la paciente recibió únicamente radioterapia adyuvante y seguimiento multidisciplinario. A los seis meses de observación, no ha presentado signos de recurrencia.

CONCLUSIONES

El carcinoma mioepitelial originado en un adenomioepitelioma es una entidad extremadamente rara, cuya baja frecuencia y comportamiento clínico e histológico atípico suponen un desafío diagnóstico y terapéutico. En el presente caso, la combinación de hallazgos clínicos, imagenológicos, histopatológicos e inmunohistoquímicos permitió establecer el diagnóstico definitivo y orientar un manejo adecuado. La cirugía con márgenes oncológicos adecuados y la evaluación ganglionar resultaron fundamentales para una correcta estadificación y planificación terapéutica. Dada la negatividad para receptores hormonales y la escasa evidencia sobre el beneficio de quimioterapia en esta histología específica, se optó por radioterapia adyuvante como tratamiento complementario. Este caso resalta la importancia del abordaje multidisciplinario en lesiones mamarias infrecuentes, así como la necesidad de considerar al AM en el diagnóstico diferencial de masas mamarias sólidas, particularmente en pacientes posmenopáusicas. Finalmente, se destaca la relevancia de documentar y publicar estos casos para ampliar el conocimiento clínico y terapéutico sobre esta patología poco común.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ai D, Sweeney K, Li X. Short review of malignant adenomyoepithelioma of the breast. Hum Pathol Rep. 2022;27:300583.

<https://doi.org/10.1016/j.hpr.2021.300583>



- Alqudaihi HMA, Lee SB, Son BH, et al. Clinicopathological characteristics and outcomes of malignant adenomyoepithelioma of the breast: A single institution's experience. *World J Surg Oncol*. 2022;20(1):128. Published 2022 Apr 22.
<https://doi.org/10.1186/s12957-022-02593-3>. (s. f.).
- Balachander N, Masthan KM, Babu NA, Anbazhagan V. Myoepithelial cells in pathology. *J Pharm Bioallied Sci*. 2015;7(Suppl 1):S190-S193.
<https://doi.org/10.4103/0975-7406.155898>. (s. f.).
- Endo Y, Sugiura H, Yamashita H, et al. Myoepithelial carcinoma of the breast treated with surgery and chemotherapy. *Case Rep Oncol Med*. 2013;2013:164761.
<https://doi.org/10.1155/2013/164761>. (s. f.).
- Haque W, Verma V, Suzanne Klimberg V, et al. Clinical presentation, national practice patterns, and outcomes of breast adenomyoepithelioma. *Breast J*. 2020;26(4):653-660.
<https://doi.org/10.1111/tbj.13638>. (s. f.).
- Howlett DC, Mason CH, Biswas S, Sangle PD, Rubin G, Allan SM. Adenomyoepithelioma of the breast: Spectrum of disease with associated imaging and pathology. *AJR Am J Roentgenol*. 2003;180(3):799-803.
<https://doi.org/10.2214/ajr.180.3.1800799>. (s. f.).
- Papazian M, Kalantzis I, Galanopoulos G, et al. Malignant myoepithelioma of the breast: A case report and review of the literature. *Mol Clin Oncol*. 2016;4(5):723-727.
<https://doi.org/10.3892/mco.2016.808>. (s. f.).
- Rakha E, Tan PH, Ellis I, Quinn C. Adenomyoepithelioma of the breast: A proposal for classification. *Histopathology*. 2021;79(4):465-479.
<https://doi.org/10.1111/his.14380>. (s. f.).
- Rodríguez, M. & Betancor, Manuel & Medina, Concepción & Ruíz, Marta & Hernández, José. (2019). Carcinoma mioepitelial de mama. *Revista de Senología y Patología Mamaria*. 32.
<https://doi.org/10.1016/j.senol.2018.10.001>. (s. f.).
- Tavassoli FA. Myoepithelial lesions of the breast. Myoepitheliosis, adenomyoepithelioma, and myoepithelial carcinoma. *Am J Surg Pathol*. 1991;15(6):554-568.

<https://doi.org/10.1097/00000478-199106000-00004>. (s. f.).

Trichia H, Ignatova O, Lekka J, Papazian M, Manikis P. Malignant Myoepithelioma of the Breast Clinically and Histologically Masquerading as Angiosarcoma: Cytological Findings and Review of the Literature. Acta Cytol. 2016;60(3):260-266.

<https://doi.org/10.1159/000448273>. (s. f.).

Xu B, Katabi N. Myoepithelial Carcinoma. Surg Pathol Clin. 2021;14(1):67-73.

<https://doi.org/10.1016/j.path.2020.09.008>. (s. f.).

Yoon JY, Chitale D. Adenomyoepithelioma of the breast: A brief diagnostic review. Arch Pathol Lab Med. 2013;137(5):725-729.

<https://doi.org/10.5858/arpa.2011-0404-RS>. (s. f.).

