

LINFEDEMA DEL BRAZO COMO INDICADOR DE UN CARCINOMA OCULTO DE LA MAMA

F. MARTORELL

Departamento de Angiología del Instituto Policlínico, Barcelona (España)

En la mayor parte de los casos el primer signo de un cáncer de la mama es la aparición de una induración en la misma. En algunos casos una adenopatía axilar neoplásica puede alcanzar bastante tamaño antes de que pueda descubrirse por palpación de la mama el tumor primario. Es sumamente raro que el primer signo de un carcinoma de la mama sea un linfedema del brazo sin tumor palpable en la mama y sin adenopatía axilar palpable.

CASO CLÍNICO

En octubre de 1955 ingresa en mi Clínica Vascular una enferma mexicana, de 46 años, inquieta por que su brazo izquierdo se ha hinchado de modo paulatino desde hace cuatro meses, sin causa aparente. La exploración muestra un edema duro con las características del linfedema y que comprende brazo, antebrazo y mano. La exploración del cuello, axila y mama es completamente negativa. No se encuentra antecedente ni signo que permita explicar el origen de este linfedema.

Se practica flebografía por punción a nivel del codo. El flebograma muestra una ligera estenosis de la vena axilar. Teniendo en cuenta la negatividad de todas las exploraciones y la sobrecarga adiposa de la mama —que puede ocultar la existencia de una pequeña neoplasia—, decidimos explorar operatoriamente la axila.

El 26-X-1955 descubro los vasos axilares. Fusionado a la pared venosa se halla un ganglio aumentado de consistencia y de aspecto neoplásico. Se extirpa, y el examen histológico muestra una metástasis de carcinoma trabecular de probable origen mamario.

Pasa al servicio de Cirugía General. Previo tratamiento radioterápico se amputa la mama. Por detrás de los pectorales existe una masa ganglionar indurada y fusionada al paquete vasculonervioso axilar. La extirpación de esta masa obliga a la resección de un pequeño sector de arteria y vena. El curso postoperatorio inmediato es normal.

En la pieza extirpada el tumor primario es muy pequeño y está oculto por una gran masa adiposa que lo hacía inaccesible a la palpación. La adenopatía axilar es mayor, pero quedaba oculta detrás de los pectorales y por eso no podía reconocerse clínicamente.

El examen histológico da como resultado un carcinoma trabecular con franca tendencia a la invasión linfática y venosa.

Se practica radioterapia postoperatoria.

A los pocos meses el estado general de la enferma empeora, la neoplasia recidiva localmente, aparecen metástasis, acentuada anemia y caquexia progresiva, falleciendo a los ocho meses de su ingreso.

COMENTARIO

Ante un linfedema del brazo de etiología desconocida procedimos a la exploración operatoria de la axila. Se descubrió una adenopatía de pequeño tamaño, adherida a la vena axilar. El examen histológico demostró la existencia de una metástasis carcinomatosa.

El hallazgo de una metástasis carcinomatosa en un ganglio linfático axilar puede ser el único indicio de la existencia de un cáncer en un órgano distante. Una de las localizaciones más verosímiles de la neoplasia primaria es la mama. En 1907, HALSTED describió tres casos en los cuales una adenopatía neoplásica axilar alcanzó bastante tamaño uno y hasta dos años antes de que el tumor primario fuese palpable en la mama. En estos casos se plantea el problema de si se debe o no amputar la mama. Unos autores opinan que no puede extirparse la mama en ausencia de induración palpable ya que la neoplasia primaria podría radicar en otro órgano. Otros recomiendan la amputación en todos los casos de adenopatía axilar carcinomatosa aunque no exista induración en la mama, después de excluir la existencia de un tumor primario en otra parte del cuerpo. En el nuestro la amputación de la mama estaba justificada por «la existencia de una adenopatía axilar carcinomatosa; por la estructura histológica de la metástasis, característica del carcinoma de la glándula mamaria; por la adiposidad de la mama que podía ocultar una pequeña neoplasia; y, finalmente, por la ausencia de neoplasia primaria en el resto del cuerpo.

La operación y el examen de la mama extirpada mostraron un tumor primario muy pequeño y una masa ganglionar metastática mayor fusionada a la pared de los vasos axilares que no era palpable clínicamente por hallarse cubierta por los músculos pectorales.

La estructura histológica mostró las características de evolución maligna por invasión linfática y venosa precoz que ya describimos en 1935 como formas de evolución rápida y malignidad máxima.

RESUMEN

Se comunica un caso de linfedema de la extremidad superior que apareció como primer signo de un carcinoma oculto de la mama.

SUMMARY

Lymphoedema post-mastectomy of the arm is frequently recorded. Lymphoedema as an indicator of occult breast carcinoma is uncommon. A case

is presented in which the presence of breast carcinoma was first documented by axillary lymph node biopsy. Amputation of the breast was performed in spite of the absence of a palpable mass. A very small primary lesion was found in the resected breast. Mastectomy was preceded and followed by deep roentgen therapy. The patient died 8 months later with extensive local recurrences and metastases.

BIBLIOGRAFÍA

MARTORELL, F. — *Los cánceres mamarios de diseminación rápida.* "Revista de Cirugía de Barcelona", marzo 1935.