

Mujer de 42 años con masa torácica anterior

R. Molina Villaverde, J. L. López González, I. Martín Valadés, F. Navarro Expósito, M. Arroyo Yustos
y M. Álvarez de Mon Soto

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

Caso clínico

Mujer de 42 años con antecedentes de psoriasis en placas, en tratamiento y seguimiento por el Servicio de Dermatología y litiasis biliar sin episodios de cólicos. En febrero de 2003 comienza con sensación de «opresión» seguida del crecimiento de una tumoración en región torácica anterior izquierda dolorosa a la palpación y sin aumento de la temperatura local ni eritema. En la exploración física destacaban las lesiones cutáneas secundarias al proceso psoriásico de base y adenopatías axilares izquierdas fijas de 1 cm de diámetro no dolorosas a la palpación. La masa torácica medía 4 × 3 cm sin alteraciones cutáneas. En la auscultación cardiopulmonar se objetivaba una taquicardia a 110 lpm y una hipoventilación global. El hemograma mostraba una discreta anemia microcítica y no había alteraciones en la bioquímica. En la radiografía de tórax aparecían unas imágenes de características extraparenquimatosas en hemitórax izquierdo con borramiento de la ventana aortopulmonar y ocultación hiliar. Se realizó una tomografía axial computarizada en la que se observó una masa de bordes mal definidos en la pared torácica anterior, que se extendía desde la grasa subcutánea, afectando al esternón y al arco anterior de las primeras costillas izquierdas e invadía las estructuras mediastínicas, desplazándolas hacia la izquierda. La masa presentaba alguna zona hipodensa en su interior y medía 9 × 13 cm (fig. 1).

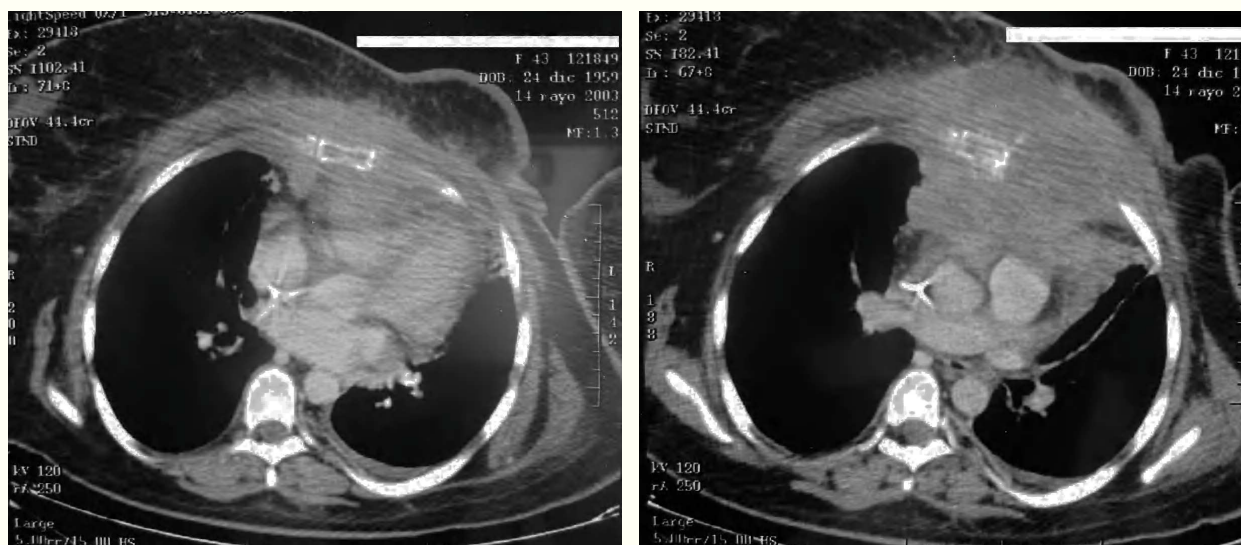


Fig. 1. Cortes de TAC en los que se objetiva la masa en pared torácica anterior con la gran invasión de estructuras adyacentes.

Diagnóstico

La punción-aspiración con aguja fina fue sugestiva de adenocarcinoma de mama. La mamografía mostraba un nódulo de bordes espiculados en mama izquierda junto con adenopatías axilares homolaterales. Se realizó también gammagrafía ósea, donde aparecían hiper captaciones patológicas compatibles con metástasis blásticas a distintos niveles.

Discusión

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente diagnosticado en la mujer y la primera causa de muerte por cáncer en el sexo femenino en España. En los países desarrollados menos del 10% de las pacientes con cáncer de mama presentan metástasis clínicamente evidentes en el momento del diagnóstico, aunque un 40% de las que tienen enfermedad locorre gional presentarán diseminación de su enfermedad¹.

Los sitios más frecuentes de metástasis son, por orden de frecuencia, hueso, pulmón, ganglios linfáticos, piel y otros tejidos blandos, pleura, hígado y sistema nervioso central².

En el momento actual el cáncer de mama diseminado es una enfermedad incurable, por lo que la paliación de los síntomas con mejora de la calidad de vida y el aumento de la supervivencia son los principales fines del tratamiento³.

La peculiaridad de este caso se debe a su forma de presentación y la agresividad clínica inicial de este tipo de tumor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hortobagyi GN. Treatment of breast cancer. *N Engl J Med*. 1998; 339:974-84.
2. Kennedy MJ. Metastatic breast cancer. *Curr Opin Oncol*. 1996;8:485-90.
3. Martín M. Cáncer de mama (III): tratamiento de la enfermedad diseminada. En: González Barón et al, editores. *Oncología Clínica 2*. Madrid: Interamericana McGraw Hill; 1998. p. 287-98.