



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1308 - Adenopatías loco-regionales como signo de alarma

C. Pérez Ortiz^a, J. Alcaraz Boronat^b, F.J. Martínez Egea^c, I. Jara Calabuig^b, F.J. Sanz García^a, M. Bañó Cerdá^d y M. Sancho Ferrer^e

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fábrica. Alcoy. Alicante. ^bMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fábrica. Alcoy. Alicante. ^cMédico de Familia. Centro de Salud La Fábrica de Alcoy. Alicante. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Ibi II. Ibi. Alicante. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Cocentaina. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 41 años de edad, sin antecedentes de interés, acude a la consulta de atención primaria por presentar varias adenopatías axilares izquierdas, pequeñas y dolorosas, sin signos inflamatorios. Tiene una mamografía reciente que es completamente normal, por lo que se decide solicitar una analítica de sangre completa además de una radiografía de tórax, y se cita en un par de semanas. En la analítica de sangre destaca AFP algo elevada, y en el frotis de sangre periférica se observan algunos linfocitos con aspecto reactivo. Resto de parámetros normales. Rx tórax normal. La paciente es remitida a cirugía, donde deciden solicitar una resonancia magnética (RMN) de las mamas.

Exploración y pruebas complementarias: Aumento de tejido en cuadrante supero-externo (CSE) de la mama izquierda, doloroso a la palpación. No se palpan nódulos. Adenopatías de pequeño tamaño en axila izquierda, también molestas a la palpación. Mama derecha normal. En la RMN destaca fundamentalmente: mayor acúmulo de tejido en el CSE de la mama izquierda, sin identificar nódulos sospechosos. Ante estos resultados y la exploración física tan inespecífica, se decide citar a la paciente en 1 año. Al año la paciente sigue notando molestias tanto en la mama izquierda como en la axila. Se solicita entonces una nueva mamografía en la cual tampoco se evidencian nódulos, microcalcificaciones ni áreas de desestructuración. Se completa el estudio con una ecografía y se recomienda biopsia por palpación. Se realiza una cuadrandectomía (CSE) con el diagnóstico histológico de carcinoma papilar infiltrante de mama, grado combinado 3, con 5 ganglios linfáticos con metástasis tumoral. El borde inferior está afecto además por un carcinoma intraductal. Se solicita nueva RMN, donde se aprecia una nueva adenopatía axilar derecha, con nódulo retroareolar de 5 mm en mama derecha (la PAAF confirma malignidad). La actitud a seguir fue: mastectomía bilateral con vaciamiento axilar también bilateral. En el estudio de extensión se observan adenopatías laterocervicales posteriores bilaterales, con aumento del tamaño del tiroides y algún nódulo mal definido, además de una pequeña cantidad de líquido libre en pelvis y quistes ováricos.

Juicio clínico: Carcinoma papilar bilateral de alto grado con adenopatías positivas. T2N2Mx.

Diagnóstico diferencial: Con las principales causas de linfadenopatías periféricas: infecciosas, neoplásicas, inmunológicas, endocrinológicas, iatrogénicas...

Comentario final: El cáncer de mama oculto se define como la neoplasia que se inicia como una metástasis axilar, sin evidencia clínica ni radiológica del tumor primario en la mama, y supone hasta un 0,3-1% de todos

los cánceres de mama diagnosticados. La RMN se considera en estos casos la técnica de elección. Cuando todas las pruebas diagnósticas han resultado infructuosas, el clínico se enfrenta a un dilema terapéutico de difícil solución: ¿Cómo tratar un tumor que tal vez se encuentra en la mama homolateral? Actualmente se aconseja la RT en los casos en los que no hay ningún indicio clínico ni radiológico que sugiera la localización tumoral. De lo contrario, se aconseja la resección del cuadrante sospechoso. En cualquier caso, siempre habrá que realizar un vaciamiento axilar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fourquet A, De la Rochediere A, Campana F. Occult primary cancer with axillary metastases. En: Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Hellman S, eds. Diseases of the breast, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999. p. 703-7.
2. Halsted WS. The results of radical operations for the cure of carcinoma of the breast. Ann Surg. 1907;46.
3. Jackson B, Scott-Conner C, Moulder J. Axillary metastasis from occult breast carcinoma: diagnosis and management. Am Surg. 1995;61:431-4.
4. Fletcher SW. Evaluation of peripheral lymphadenopathy in adults. Uptodate, 2004.
5. De Andrade JM, Marana HR, Sarmento JM, et al. Differential diagnosis of axillary masses. Tumori. 1996;82:596.