

Imágenes de interés

Papel de la [18F]FDG PET/TC en la valoración del carcinoma ductal infiltrante de mama inflamatorio: a propósito de un caso



Role of [18F]FDG PET/CT in the evaluation of inflammatory breast cancer: A case report

B. Hervás-Sanz^{a,*}, I.E. Sánchez-Rodríguez^a, A. Fernández-Ortega^b, P. Perlaza-Jiménez^a, M. Cortés-Romera^a y J. Suils-Ramón^c

^a Medicina Nuclear-PET (IDI), Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^b Oncología Médica, Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^c Medicina Nuclear-PET, Hospital Universitari de Vall d'Hebrón, Barcelona, España

El cáncer de mama inflamatorio es una entidad poco común (1-5%), de carácter agresivo, más prevalente en mujeres de raza negra, con sobrepeso y de menor edad en comparación con el resto de neoplasias mamarias¹. Presenta peor pronóstico debido a su rápida progresión, mayor tendencia a metastatizar, resistencia a los tratamientos convencionales y diagnóstico en estadios avanzados^{2,3}.

La [18F]FDG PET/TC permite evaluar la extensión de la enfermedad inicial, siendo más sensible en la detección de metástasis a distancia que otras técnicas convencionales. Asimismo, es de gran utilidad en la valoración de respuesta al tratamiento. Se ha demostrado que una tasa metabólica elevada se asocia a un pronóstico más desfavorable y, asimismo, un descenso significativo de

los parámetros semicuantitativos entre controles podría predecir una respuesta precoz a la quimioterapia neoadyuvante³.

Se presenta el caso de una paciente de 52 años con mastalgia e induración cutánea de la mama izquierda de 2 semanas de evolución.

En la exploración física destaca induración de la mama con edema y eritema cutáneo, lesiones papulosas y conglomerado adenopático axilar izquierdo.

Se realiza mamografía y ecografía compatibles con BI-RADS 5. Estos hallazgos junto a la exploración física descrita sugieren un carcinoma inflamatorio de la mama izquierda.

La biopsia por punción con aguja gruesa fue positiva para carcinoma ductal infiltrante luminal B-like (fig. 1).

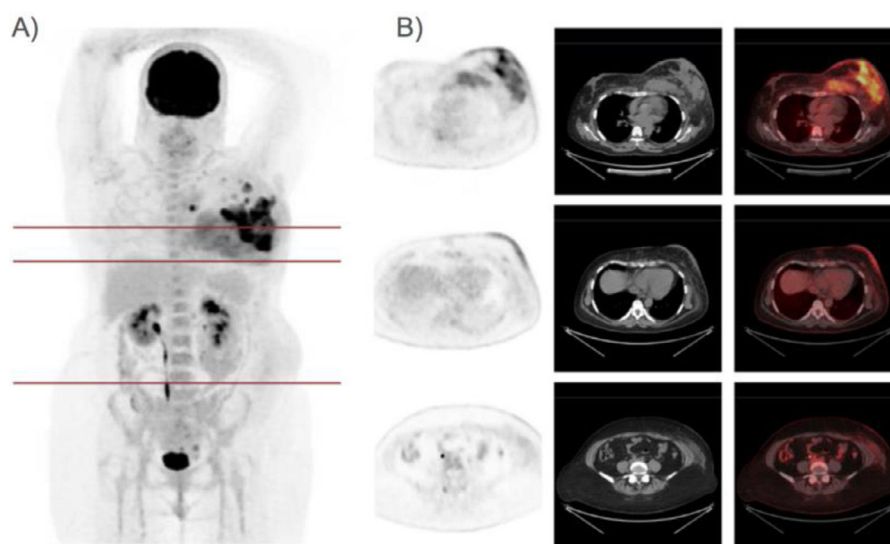


Figura 1. A) Imagen MIP (proyección de máxima intensidad) en la que se observa una gran hipercaptación en la mama izquierda, así como pequeños depósitos axilares y mediastínicos ipsolaterales en relación con las adenopatías patológicas. Moderado hipermetabolismo de la médula ósea, de probable etiología reactiva. B) Imágenes PET, TC y de fusión PET/TC, todas ellas en plano axial, ventana mediastino y en diferentes cortes a lo largo del estudio, en las que se puede observar la tumoración primaria a nivel de la mama izquierda (66 × 123 × 92 mm [AP × T × CC]), con infiltración de la musculatura pectoral ipsolateral y las adenopatías hipermetabólicas a nivel axilar izquierdo. Extensa afectación inflamatoria a nivel del tejido celular subcutáneo y cutáneo del lado izquierdo con respecto al contralateral.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: belenhervassanz@gmail.com (B. Hervás-Sanz).

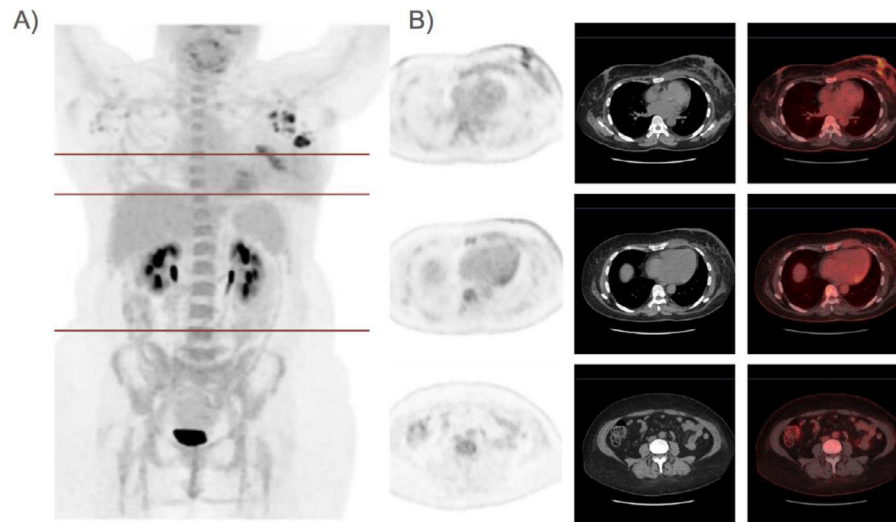


Figura 2. A) Imagen MIP (proyección de máxima intensidad) en la que se observa una importante disminución en el tamaño de la gran hipercaptación localizada en la mama izquierda. Son de nueva aparición focos hipermetabólicos de leve intensidad en axila derecha, atribuibles a adenopatías de probable etiología tumoral. B) Imágenes PET, TC y de fusión PET/TC en plano axial y ventana mediastino, en las que se puede observar una notable disminución en el tamaño y metabolismo de la lesión de la mama izquierda ($38 \times 24 \times 38$ mm [AP \times T \times CC]), así como de la infiltración pectoral y de las adenopatías axilares ipsolaterales.

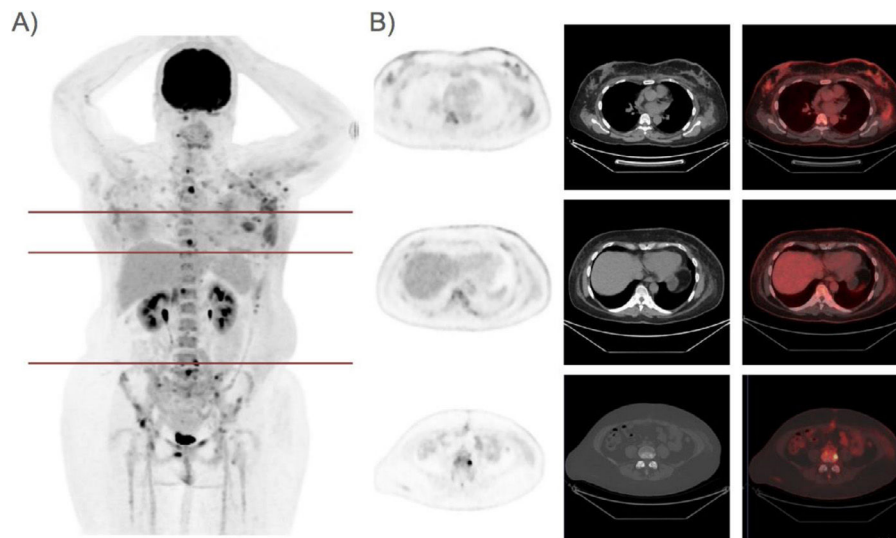


Figura 3. A) Imagen MIP (proyección de máxima intensidad) en la que se observa una importante progresión de la enfermedad oncológica de base (SUVmáx actual de la mama izquierda de 8,9 g/ml). B) Imágenes PET, TC y de fusión PET/TC en plano axial y ventana mediastino y ósea, en las que se puede observar afectación tumoral a nivel de ambas mamas y múltiples lesiones óseas de nueva aparición. Asimismo, destaca una notable progresión del componente inflamatorio asociado.

Se realiza [18F]FDG PET/TC donde se identifica voluminosa lesión hipermetabólica que engloba prácticamente la totalidad de la mama izquierda, con engrosamiento cutáneo hipermetabólico asociado (SUVmáx 15,10 g/ml). Se objetiva infiltración de la musculatura pectoral y rarefacción del tejido celular subcutáneo desde la mama izquierda hasta la línea media esternal y extendiéndose caudalmente hasta la pelvis ipsolateral. Dichos hallazgos son compatibles con malignidad.

Múltiples adenopatías hipermetabólicas axilares izquierda, en cadena mamaria interna ipsolateral y mediastínicas (prevasculares), tumorales.

No se identifican otras lesiones hipermetabólicas sospechosas de diseminación tumoral en el resto de la exploración.

No se solicitan otras pruebas de extensión al momento del diagnóstico y se estadifica como cT4dN2M1, iniciando tratamiento con bevacizumab y taxol (fig. 2).

A los 4 meses se realiza [18F]FDG PET/TC de control donde se evidencia respuesta parcial a nivel de la mama (SUVmáx actual de

7 g/ml) y adenopatías izquierdas, con progresión adenopática de la axila contralateral. Se inicia tratamiento de segunda línea con letrozol, agonista de LHRH y palbociclib.

Al mes la paciente consulta por diplopía binocular, realizándose TC y RM cerebral. Se descarta la presencia de lesiones metastásicas, aunque se observan múltiples lesiones desmielinizantes supratentoriales indicativas de esclerosis múltiple. Se completa estudio con RM de columna vertebral apreciándose lesiones sospechosas de metástasis óseas en cuerpos vertebrales D3 y D8 (fig. 3).

En el nuevo control con [18F]FDG PET/TC se observa franca progresión de la enfermedad oncológica, con afectación mamaria bilateral, letáldes en pared abdominal, adenopatías supra e infra-diaphragmáticas y metástasis óseas, iniciando tratamiento dentro de ensayo clínico hasta la actualidad.

La particularidad de este caso reside en la gran extensión del componente inflamatorio, siendo muy infrecuente esta forma de presentación.

Así pues, en los casos de carcinoma de mama inflamatorio, la [18F]FDG PET/TC permite obtener una visión global de la enfermedad oncológica inicial siendo también una herramienta muy útil en la valoración de respuesta, permitiendo realizar los cambios de tratamiento oportunos de una manera rápida y eficaz en casos de progresión.

Bibliografía

1. Patel MM, Le-Petross HT. Baseline FDG PET-CT imaging is necessary for newly diagnosed inflammatory breast cancer patients: A narrative review. *Chin Clin Oncol*. 2021;10:56, <http://dx.doi.org/10.21037/cco-21-82>.
2. Van Uden DJP, Prins MW, Siesling S, de Wilt JHW, Blanken-Peeters CFJM, Aarntzen EHJG. [18F]FDG PET/CT in the staging of inflammatory breast cancer: A systematic review. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2020;151(102943):102943, <http://dx.doi.org/10.1016/j.critrevonc.2020.102943>.
3. Champion L, Lerebours F, Alberini JL, Fourme E, Gontier E, Bertrand F, et al. 18F-FDG PET/CT to predict response to neoadjuvant chemotherapy and prognosis in inflammatory breast cancer. *JNM*. 2015;56:1315–21, <http://dx.doi.org/10.2967/jnumed.115.158287>.