

360 **Aitziber Elvira Urdampilleta**
Amaia Oyarzabal Urkiola
Javier Recio

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital de Donostia.
San Sebastián. Guipúzcoa. España.

Correspondencia:

Dra. A.E. Urdampilleta.
Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital de Donostia.
Paseo Dr. Begiristain, s/n. 20014 San Sebastián. Guipúzcoa.
España.
Correo electrónico: aitziberelvira@gmail.com

Fecha de recepción: 20/4/06.

Aceptado para su publicación: 12/7/06.

Carcinoma de mama: metástasis en cuero cabelludo

Breast cancer: metastasis to the scalp

RESUMEN

Presentamos el caso de una paciente con metástasis en el tejido celular subcutáneo del cuero cabelludo y en el hueso subyacente, parietal izquierdo y derecho, 15 años después de la aparición del tumor primario y 7 años después de presentar una recidiva axilar homolateral y un adenocarcinoma de endometrio, probablemente relacionado con el tratamiento con tamoxifeno.

PALABRAS CLAVE

Carcinoma de mama. Metástasis. Cuero cabelludo.

ABSTRACT

We report a case of metastatic lesion to the scalp and the right and left parietal bones 15 years after the development of the primary breast lesion and 7 years after axillary lymph node metastasis and uterine adenocarcinoma probably related to tamoxifen.

KEY WORDS

Breast carcinoma. Metastasis. Scalp.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de mama es el tumor maligno más frecuente de la mujer en países industrializados. Una de cada 8 a 12 mujeres de Occidente padecerá la enfermedad, y una de cada 20 fallecerá, principalmente por la propagación metastásica del tumor primario.

Presentamos un caso con metástasis en el tejido celular subcutáneo del cuero cabelludo y en el hueso subyacente, parietal izquierdo y derecho, 15 años después de la aparición del tumor primario, que se trató con mastectomía y vaciamiento ganglionar, y 7 años después de presentar una recidiva axilar homolateral y un adenocarcinoma de endometrio, probablemente relacionado con el tratamiento con tamoxifeno.

CASO CLÍNICO

Paciente de 69 años, sin alergias conocidas. Había presentado menarquia a los 15 años, su primer parto fue a los 25 años, con lactancia materna, y su menopausia, a los 53 años.

Presentó, a los 53 años, una tumoración de 3,5 cm de diámetro en la mama izquierda, mal delimitada, que retraía el pezón, con palpación negativa en ambas axilas y citología positiva para células malignas obtenida mediante punción-aspiración con agu-



Figura 1. Radiografía craneal donde se observan lesiones líticas parietales.

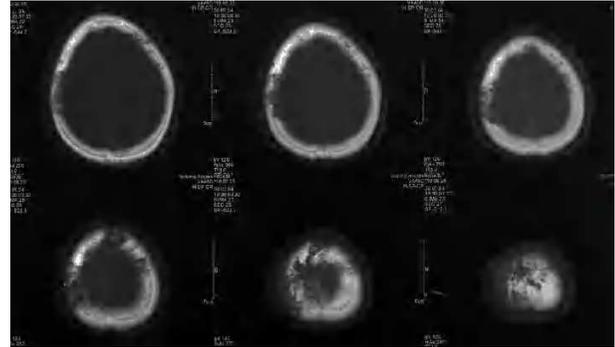


Figura 2. Tomografía computarizada craneal. Se observan lesiones líticas en ambos parietales y una masa asociada de partes blandas.

ja fina. La ecografía ginecológica y el estudio de extensión, consistente en radiografía de tórax, ecografía abdominal y serie ósea, fueron negativos. Tras realizar una mastectomía radical y un vaciamiento ganglionar se objetivó un carcinoma ductal infiltrante de 5 cm de diámetro y 15 ganglios axilares negativos. Los receptores de estrógenos y progesterona no fueron analizados. No se realizó tratamiento complementario.

A los 61 años presentó una recidiva axilar izquierda de 3,5 cm que se extirpó quirúrgicamente; se evidenció metástasis del carcinoma de mama positivo para receptor de estrógeno (RE positivo) y negativo para receptor de progesterona (RP negativo). Se realizó tratamiento complementario con 20 mg/día de tamoxifeno y radioterapia sobre la pared torácica y la axila izquierda.

A los 6 meses y medio del inicio del tratamiento con tamoxifeno, se realizó una ecografía ginecológica de control donde se observó una imagen indicativa de pólipo endometrial y una línea endometrial de 7 mm. Se realizaron controles ecográficos y, posteriormente, una polipectomía por histeroscopia y biopsia del endometrio; se evidenciaron 2 focos de adenocarcinoma endometriode sobre una hiperplasia compleja. Se realizó una histerectomía y una doble anexectomía. El estudio anatomopatológico definitivo sólo evidenció una hiperplasia compleja con atipias en el endometrio proliferativo. El lavado peritoneal fue negativo para células malignas. El trata-

miento con tamoxifeno fue completado hasta los 5 años.

En la actualidad, 2 años después de la suspensión del tamoxifeno, la paciente consulta por un bultoma de aproximadamente 3 cm a nivel del parietal izquierdo, sin alopecia asociada. Se solicita radiografía craneal (fig. 1) donde se observan lesiones líticas de ambos parietales. Se realiza una tomografía computarizada (TC) toracoabdominal que resulta normal y una TC craneal (fig. 2) que evidencia una masa de partes blandas y lesiones líticas en ambos parietales, asociadas. La gammagrafía ósea (fig. 3) muestra acumulación anormal del radiofármaco en el cráneo, indicativa de metástasis. Con menor intensidad, se encuentran depósitos del radiofármaco en la columna dorsal y la cadera izquierda.

Se realizó una biopsia de la lesión del cuero cabelludo; se obtuvo una infiltración del tejido celular subcutáneo por un carcinoma metastásico de origen mamario con RE positivo y RP negativo, HER 2 y un score de 3.

Se decidió, en el Comité de Oncología Ginecológica, el tratamiento con inhibidores de la aromatasas (anastrozol) y con bifosfonatos (alendronato).

DISCUSIÓN

El carcinoma de mama es uno de los tumores sólidos que metastatiza más frecuentemente. Las localizaciones suelen ser óseas (49-60%), pulmonares (15-22%), pleurales (10-18%), de tejidos blandos (5-15%) e hígado (5-15%)¹.

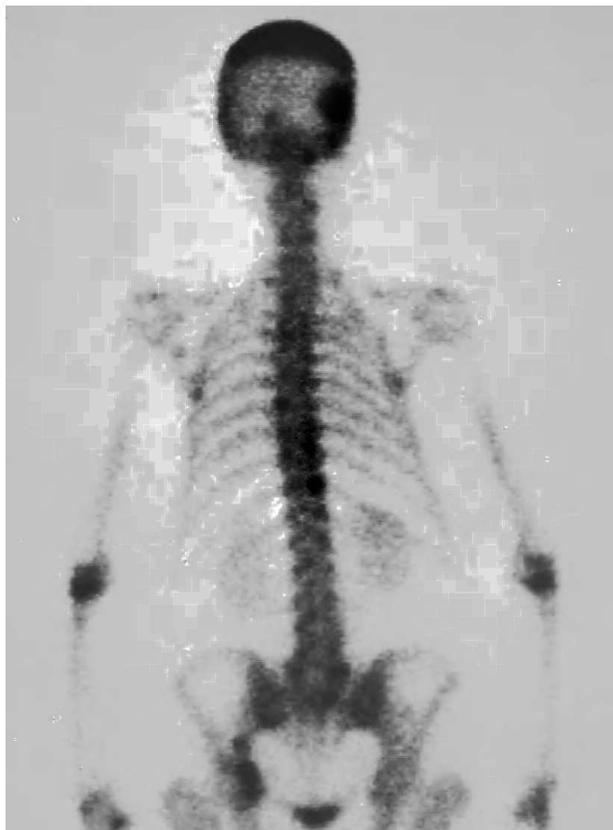


Figura 3. Gammagrafía ósea. Acumulación patológica en el cráneo, y con menor intensidad en la columna dorsal y la cadera izquierda.

Romsdrehl et al² determinaron que en los tres primeros años se producen, aproximadamente, el 70% de las metástasis, entre el cuarto y el undécimo año, en torno al 25% y el 5% a partir del duodécimo año.

En la búsqueda bibliográfica realizada en Medline, existen pocos casos publicados. Miller³ describe el caso de una mujer de 59 años con una tumoración de cuero cabelludo y frente de 12 cm, con afectación del hueso subyacente. La paciente fue diagnosticada de carcinoma de mama izquierda lobulillar infiltrante con metástasis en la axila derecha y el cuero cabelludo, con afectación ósea. Groef⁴ publicó el caso de una mujer de 61 años que, habiendo sido diagnosticada de cáncer de mama, no quiso ser tratada. La enfermedad evolucionó metastatizando primero a la zona retroauricular, posteriormente a la región intracraneal, con afectación del nervio óptico,

y luego con metástasis pulmonares, y falleció. Friedmann⁵ describió el caso de una paciente que, tras una biopsia, fue diagnosticada de metástasis de cuero cabelludo de probable origen mamario, pero no se pudo hallar el tumor primario en la mama. Itoshima⁶ publicó un caso de metástasis en la piel, en el hueso a los 13 años de la mastectomía y el cerebro 4 años después, que se trataron con quimioterapia.

El estado de los receptores hormonales esteroides en el tumor primario es el único marcador de respuesta terapéutica relacionado con el tumor que ha demostrado su utilidad clínica inequívoca. Los receptores estrógenicos del primer tumor fueron desconocidos y los de progesterona, negativos. Debido a que ambas recidivas son RE positivas y RP negativas, probablemente el tumor inicial también lo fuera.

El tamoxifeno tiene un indudable beneficio terapéutico para el cáncer de mama, pero se ha observado que en mujeres tratadas con tamoxifeno el porcentaje anual estimado de cáncer endometrial es de un 1,6/1.000, con un riesgo relativo de 2,2-2,5, superior al de la población general^{7,8}. Este aumento de incidencia es mayor en mujeres de más de 50 años de edad. Además del adenocarcinoma de endometrio, el tamoxifeno aumenta la incidencia de tromboembolia pulmonar, sarcomas uterinos y alteraciones visuales, como cataratas y maculopatías. El adenocarcinoma de endometrio suele aparecer durante los primeros años de tratamiento, por lo que más que desencadenarlos, algunos autores opinan que estimularía carcinomas endometriales preexistentes⁹, como podría ser en este caso debido al corto período de latencia entre la administración del tamoxifeno y la aparición del tumor. Algunos autores ya señalaban la importancia de la evaluación previa debido a la posibilidad de que coexistan ambas neoplasias, en vista de los factores de riesgo comunes¹⁰, como la menopausia tardía, la menarquia precoz y la nuliparidad, aunque éste no es nuestro caso.

En la actualidad, en nuestro hospital ya no se realizan ecografías de control en mujeres asintomáticas que están siendo tratadas con tamoxifeno. Numerosos autores afirman que el grosor endometrial medido por ecografía presenta muchos falsos positivos^{11,12}.

Por otro lado, las pacientes que presentan positividad a HER 2, como en este caso, evolucionan de

forma desfavorable y conllevan una disminución significativa del intervalo libre de enfermedad, tanto en tumores con ganglios negativos como positivos^{13,14}. Hay datos que sugieren cierta resistencia de los carcinomas que expresan receptores estrogénicos y a la vez HER 2 al tamoxifeno. Parece que estas pacientes responden mejor a los inhibidores de la aromataza, aunque estos datos están aún sin confirmar¹⁵⁻¹⁷.

La recurrencia metastásica con receptores hormonales positivos en pacientes posmenopáusicas y que han finalizado el tratamiento hace más de un año, como es en nuestro caso, deberá tratarse con inhibidores de la aromataza como primera alternativa

cuando falla el tamoxifeno. Si, además, presentan metástasis óseas, corren el riesgo de desarrollar hipercalcemia sintomática temprana en el curso de la hormonoterapia¹⁸, sobre todo si la afectación es extensa. El aumento de los dolores óseos y de la fosfatasa alcalina durante las primeras semanas de la hormonoterapia no significa necesariamente progresión de la enfermedad¹⁸. Así, además del tratamiento sistémico, está demostrada la eficacia del uso de bifosfonatos, que disminuyen el número de complicaciones esqueléticas y de hipercalcemia¹⁸ sintomática y, por tanto, mejoran la calidad de vida de la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Luján Alcalde S. Seguimiento del cáncer de mama. XXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria, octubre 2004.
- Romsdrehl MM, et al. Posttreatment evaluation of breast cancer in the University of Texas. M.D. Anderson hospital and tumor institut. Breast cancer early and late. Chicago: Year Book Medical publisher, Inc 1970. p. 291.
- Miller JL. Metastatic carcinoma of the scalp. Arch Dermatol. 1970;102:231.
- Groef K. Cutaneous metastases in cancer of the breast. Arch Belg Dermatol Syphiligr. 1972;27:203-6.
- Friedmann E. Metastatic epihelioma of the scalp, probably of mammary origin; primary infiltrating alopecic type. Bull Soc Fr Dermatol Syphiligr. 1969;76:453-4.
- Itoshima T. A case of breast cancer metastasis to the skin and bone 13 years after and to the brain 17 years after mastectomy. J Cancer Chemother. 1997;24:1331-3.
- Fisher B, Constantino JP, Redwood CK, et al. Endometrial cancer in tamoxifen treated breast cancer patients: findings from the national surgical adjuvant breast and bowel projects (NSABP) B-14. J Natl Cancer Inst. 1994;86:527-37.
- Fisher B, Constantino JP, Nickerham DL, et al. Tamoxifen for prevention of breast cancer; report of the national surgical adjuvant breast and bowel project P-1 study. J Natl Cancer Inst. 1998;90:1371-88.
- Assikis VS, Neven P, Jordan VC, et al. A realistic clinical perspective of tamoxifen and endometrial carcinogenesis. Eur J Cancer. 1996;32:1464-76.
- Gal D, Weiselberg L, Runowicz CD, et al. Endometrial cancer in tamoxifen treated breast cancer patients: findings from de National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project (NSABP) B-14. J Natl Cancer Inst. 1994;86:1252-3.
- Cecchini S, Ciatto S, Bonardi A, et al. Screening by ultrasonography for endometrial in postmenopausal breast cancer patients under adjuvant tamoxifen. Gynecol Oncol. 1996;60:409-11.
- Anteby EI, Yagel S, Weissman A, et al. Sonographic evaluation of uterus in postmenopausal women receiving tamoxifen: characterization of mid-uterine abnormalities. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1996;69:115-9.
- Weidner N, Gasparini G. Determination of epidermal growth factor receptor provides additional prognostic information to measured tumor angiogenesis in breast carcinoma patients. Breast Cancer Res Treat. 1994;29:97-107.
- Muss HB, Torr AD, Berry DA, et al. C-erbB-2 expression and response to adjuvant therapy in women with node positive early breast cancer. N Engl J Med. 1994;330:1260-6.
- Leitzel K, Teramoto Y, Konrad K, et al. Elevated serum c-erbB-2 antigen levels and decreased response to hormone therapy of breast cancer. J Clin Onc. 1995;13:1129-35.
- Benz CC, Scott GK, Sarup JC, et al. Estrogen-dependent, tamoxifen-resistant tumorigenic growth of MCF-7 cells transfected with Her 2 neu. Breast Cancer Res Treat. 1993;24:85-95.
- Wright C, Nicholson S, Argus B, et al. Relationship between c-erbB-2 protein product expression and response to endocrine therapy in advanced breast cancer. Br J Cancer. 1992; 65:116-21.
- Bonnerterre J, Buzdes A, Nabholz JM, et al. Anastrozol is superior to tamoxifen as first-line therapy in hormone receptor positive advanced breast carcinoma. Results of two randomized trials designed for combined analysis. Cancer. 2001;92:2247-58.