

Metástasis coroideas y de cuero cabelludo en el cáncer de mama

Choroidal and scalp metastasis in breast cancer

El cáncer de mama (CM) es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer. Pese a los esfuerzos en su prevención, detección y tratamiento, hay pacientes que desarrollarán metástasis a distancia. Las localizaciones más comunes de estas son la ósea, pulmonar y hepática. Existen otras como las oculares que aparecen con menor frecuencia.

Presentamos el caso de una mujer de 47 años que en julio de 2004 consultó por tumoración en la mama derecha de 10 cm de diámetro, consistencia pétreo, fija a planos profundos y con retracción de la piel. La exploración axilar no detectó adenopatías. En la mamografía se observó una imagen estrellada sugestiva de proceso neoplásico. Tras la realización de una biopsia con aguja gruesa (BAG) tipo Trucut, el estudio histológico reveló un carcinoma ductal infiltrante (CDI), con receptores de estrógeno y progesterona negativos, ausencia de expresión de Her2 y p53 e índice de proliferación (ki67) del 30%. El estudio de extensión no evidenció enfermedad diseminada. El estadio clínico inicial fue cT3 N0.

Tras el diagnóstico, la paciente fue tratada con cuatro ciclos de epirrubicina 75 mg/m² y docetaxel 75 mg/m². No existió remisión clínica ni radiológica por lo que se optó por una mastectomía con linfadenectomía axilar completa. El estudio histopatológico demostró un CDI con un tamaño de 70 × 60 × 50 mm, componente de carcinoma tubular y 4 adenopatías positivas de 10 aisladas. A continuación fue tratada con cuatro ciclos de paclitaxel y vinorelbina y radioterapia local-regional.

En mayo de 2008, la paciente consultó por pérdida de visión para la lectura cercana del ojo derecho. La exploración del fondo de ojo detectó una lesión coroidea sobre elevada sospechosa de metástasis. Se realizó angiografía (fig. 1) que demostró una imagen hipofluorescente en tiempos precoces que se iba haciendo hiperfluorescente a medida que avanzaba el angiograma, hallazgos compatibles con metástasis de coroides.

Posteriormente, consultó por dos lesiones pruriginosas de reciente aparición en cuero cabelludo: una lesión nodular de 5 mm de diámetro (fig. 2) y una placa inflamatoria (fig. 2). Ambas fueron extirpadas y el diagnóstico fue de metástasis de CDI de mama. Dentro del estudio de extensión se solicitó una TAC-PET que detectó múltiples metástasis óseas. En la resonancia magnética (RM) cerebral no se evidenciaron lesiones metastásicas. En la analítica destacaba un incremento del CA 15.3 (los valores basales de 30 UI/ml aumentaron a 96 UI/ml).

Tras estos hallazgos clínicos la paciente fue tratada con paclitaxel 150 mg/m², gemcitabina 2500 mg/m² y bevacizumab 5 mg/kg, de los que ha recibido 12 ciclos, hasta noviembre de 2008. También se administró ácido zoledrónico 4 mg, cada cuatro semanas. Tras completar el tratamiento, la revisión del fondo de ojo y un PET-TACX confirmaron la

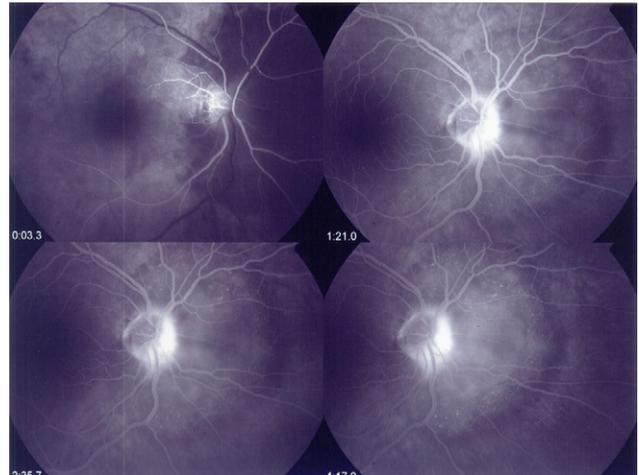


Figura 1 – Angiofluorografía ocular.



Figura 2 – Metástasis en cuero cabelludo.

desaparición de las metástasis óseas y coroidea, y la analítica reveló una normalización de los valores de CA 15.3. En el momento de elaboración del artículo, la paciente se encuentra en remisión clínica completa.

Si bien el hueso es la localización más frecuente de metástasis en el CM, la asociación de metástasis en coroides y en el cuero cabelludo como primera manifestación de la enfermedad metastásica es muy infrecuente. Cuando aparecen estas siempre se asocian con mal pronóstico, y la supervivencia media a los 5 años es inferior al 5%.

En el CM metastásico, la incidencia de metástasis cutáneas es del 24% y suelen localizarse cerca del tumor primario. Las aparición de metástasis cutáneas en cuero cabelludo son infrecuentes (<3%)¹. Su forma de presentación más habitual es en forma de nódulo. Su tratamiento es la exéresis completa. La supervivencia media de estas pacientes es de 31 meses desde el diagnóstico de la metástasis¹.

El CM es la neoplasia que con mayor frecuencia metastatiza en las coroides (47%), seguido del cáncer de pulmón (21%)². Pero la incidencia real es difícil de estimar debido a que en muchos casos son asintomáticas. Wiegel et al³ seleccionaron 120 pacientes diagnosticadas de CM diseminado sin sintomatología ocular y, tras explorarlas, detectaron metástasis coroideas en 6 de los casos (5%). Los signos y síntomas más frecuentes de las metástasis oculares son la disminución de la agudeza visual, dolor, proptosis e hiperemia conjuntival⁴.

Existe una relación entre metástasis coroideas y aumento de incidencia de metástasis en el sistema nervioso central (SNC). Demirci H. et al⁵ observaron que la incidencia relativa de metástasis en el SNC fue del 6% en pacientes con CM antes de la aparición de una metástasis ocular; mientras que aumentó al 28% después de desarrollar una metástasis ocular.

La exploración del fondo de ojo no se encuentra entre las pruebas que habitualmente se realizan durante el seguimiento de esta enfermedad. Es una prueba sencilla, rápida, barata y disponible en cualquier hospital. Quizá su inclusión dentro de los protocolos de seguimiento nos podría ayudar a la detección precoz de la metástasis en coroides y a un mejor estudio de la extensión de la enfermedad. En la literatura no hay estudios que analicen si el diagnóstico precoz y su tratamiento influyen en la supervivencia global. En nuestro caso ayudó al diagnóstico de las metástasis óseas y al inicio de un tratamiento.

El tratamiento de las metástasis coroideas es el de la enfermedad sistémica con quimioterapia u hormonoterapia². Existen grupos que utilizan radioterapia externa⁶ con buenos resultados oncológicos y, además, consigue preservar la visión hasta en el 57% de los casos.

La asociación de metástasis corioidea y de cuero cabelludo como forma de presentación de la enfermedad metastásica del CM es muy infrecuente y se asocia con un mal pronóstico. Sin embargo, los nuevos tratamientos sistémicos con taxanos, bevacizumab y trastuzumab⁷ (solo activo en el CM Her2 positivo) obtienen los mejores resultados con remisión clínica completa y aumentando el intervalo libre de enfermedad.

doi:10.1016/j.ciresp.2009.12.005

BIBLIOGRAFÍA

1. Lookingbill DP, Spangler N, Helm KF. Cutaneous metastases in patients with metastatic carcinoma: a retrospective study of 4020 patients. *J Am Acad Dermatol.* 1993;29:228-36.
2. Shields CL, Shields JA, Gross NE, Schwartz GP, Lally SE. Survey of 520 eyes with uveal metastases. *Ophthalmology.* 1997;104:1265-76.
3. Wiegel T, Kreusel KM, Bondfeld N, Bottke D, Stange M, Foerster MH, et al. Frequency of asymptomatic choroidal metastasis in patients with disseminated breast cancer: results of a prospective screening programme. *Br J Ophthalmol.* 1998;82:1159-61.
4. Ferry AP, Font RL. Carcinoma metastatic to the eye and orbit. A clinicopathologic study of 227 cases. *Arch Ophthalmol.* 1974;92:276-86.
5. Demirci H, Shields CL, Chao AN, Shields JA. Uveal metastases from breast cancer in 264 patients. *Am J Ophthalmol.* 2003;136:264-71.
6. Wiegel T, Bottke D, Kreusel K, Schmidt S, Bornfeld N, Foerster MH, et al. External beam radiotherapy of choroidal metastases-final results of a prospective study of the German Cancer Society. *Radiother Oncol.* 2002;64:13.
7. Munzone E, Nolè F, Sanna G, Goldhirsch A. Response of bilateral choroidal metastases of breast cancer to therapy with trastuzumab. *Breast.* 2005;14:380-3.

Pablo Aragón^{a,*}, Elvira Buch^a, Teresa Herranz^b, Antonio Galán^c y Manuel Muñoz^a

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital de Sagunto, Valencia, España

^bServicio de Oftalmología, Hospital de Sagunto, Valencia, España

^cServicio de Oncología Médica, Hospital de Sagunto, Valencia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pauara@gmail.com (P. Aragón).

Linfoma gástrico primario anaplásico de células grandes CD30 (Ki-1) positivo

Primary gastric CD30 (Ki-1)-positive anaplastic large cell lymphoma

El linfoma anaplásico de células grandes (LACG) corresponde a una variante infrecuente de linfoma T, caracterizado por la fuerte expresión del antígeno de activación CD30 (Ki-1). Afecta preferentemente a los ganglios linfáticos con un comportamiento biológico altamente agresivo. La afectación extranodal primaria es infrecuente y, en el caso particular de la localización gástrica, solo se han descrito 22 casos en la literatura. Esta patología presenta un desafío diagnóstico y terapéutico, donde el enfoque multidisciplinario es funda-

mental. La inmunohistoquímica es actualmente el recurso diagnóstico y pronóstico más importante. El tratamiento quirúrgico es crítico para el diagnóstico definitivo y prevenir las complicaciones en la evolución de la enfermedad o durante el tratamiento adyuvante¹⁻⁴.

Presentamos un caso de linfoma gástrico anaplásico de células grandes y revisamos la literatura.

Se trata de una mujer de 47 años que consultó por epigastralgia y pérdida de peso de 7 kg en 2 meses. No