

Los siliconomas suelen ser un hallazgo tardío, años después del implante¹. En este caso, se atribuyó la causa a la prótesis antigua, que se había retirado por rotura, 2 años antes de la aparición de las adenopatías, aunque no se puede descartar completamente que la silicona proceda de la prótesis nueva, radiológicamente íntegra.

De la misma manera que sucede con la diseminación metastásica ganglionar, la disrupción de las vías de drenaje linfático habituales puede implicar la migración de la silicona a zonas poco comunes⁶. Se han descrito casos de adenopatías por silicona en área mamaria interna, inguinal, mamaria contralateral e incluso miembros inferiores^{6,7}. Por lo que sabemos, este es el segundo caso descrito de aparición de adenopatías por silicona en axila contralateral en paciente reconstruida con implante unilateral⁶. Kaufman et al.⁸ publicaron un año antes de la alerta por el problema de las PIP un caso de siliconoma a axila contralateral tras rotura, obviando que el origen de la silicona podría estar en el implante ipsilateral que era de dicha marca y que, como se ha demostrado posteriormente, presentan alta tasa de trasudado («gel bleeding»).

A pesar de ser un hallazgo muy infrecuente, pensamos que se debe considerar la posibilidad de migración de gel de silicona tras el hallazgo de adenopatías axilares (ipsi o contralaterales) en pacientes portadoras en el presente, o en el pasado, de implantes de gel, sobre todo si en algún momento han llevado prótesis PIP.

Bibliografía

- Zambacos GJ, Molnar C, Mandrekas AD. Silicone lymphadenopathy after breast augmentation: Case reports, review of the literature, and current thoughts. *Aesthetic Plast Surg.* 2013;37:278–89.
- Accurso A, Rocco N, Feleppa C, Palumbo A, D'Andrea F. Spread of silicone to axillary lymph nodes after high cohesive gel silicone implant rupture. *Plast Reconstr Surg.* 2008;122:221–2.
- Lahiri A, Waters R. Locoregional silicone spread after high cohesive gel silicone implant rupture. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2006;59:885–6.
- Cárdenas-Camarena L, Chung-Gallardo J, Echeverría-Roldán G, León MA, Oaxaca-Escobar C, García-Fabian F, et al. Estudio multicéntrico prospectivo observacional sobre implantes PIP colocados en 12 años. *Cir Plast Iberolatinoam.* 2014;40:385–93.
- Ruiz-Moya A, Carvajo F, León Carrillo JM, Fernández P, Fernández Venegas M, Alfaro L. Siliconomas tras rotura de implantes mamarios de gel de silicona de alta cohesividad y Poly Implant Protheses. Revisión de indicaciones diagnósticas y terapéuticas. *Rev Senol Patol Mamar.* 2013;26:58–64.
- Collado-Mesa F, Yepes M, Doshi P, Umar SA, Net J. Contralateral intramammary silicone lymphadenitis in a patient with an intact standard dual-lumen breast implant in the opposite reconstructed breast. *J Radiol Case Rep.* 2013;7:24–31.
- Sagi L, Baum S, Lyakhovitsky A, Barzilai A, Shpiro D, Trau H, et al. Silicone breast implant rupture presenting as bilateral leg nodules. *Clin Exp Dermatol.* 2009;34:e99–101.
- Kaufman GJ, Sakr RA, Inguenault C, Sarfati I, Nos C, Clough KB. Silicone migration to the contralateral axillary lymph nodes and breast after highly cohesive silicone gel implant failure: A case report. *Cases J.* 2009;2:6420.

Juan Ramón Esteban-Vico*, Alberto Pérez-García, Roberto Moltó García, María Eloísa Villaverde Doménech, Luis Miranda Gómez y Eduardo Simón-Sanz

Sección de Cirugía Plástica y Microcirugía, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juanra.vico@hotmail.com (J.R. Esteban-Vico).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.senol.2016.08.004>
0214-1582/

© 2016 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Quiste hemorrágico postraumático de larga evolución, asociado a drenaje espontáneo como forma rara de presentación de carcinoma papilar intraquistico



Longstanding traumatic hemorrhagic cyst associated with spontaneous drainage as a rare presentation of intracystic papillary carcinoma

Sr. Director:

Presentamos el caso de una mujer de 71 años, diabética, con traumatismo en la mama derecha a los 50 años, con secreción serosanguinolenta por ambos pezones, remitida por un nódulo en la mama derecha con vaciado a través de la piel. A la exploración existía una tumoración violácea

de unos 5 cm de contornos irregulares, dura, con punto necrótico en la piel. La mamografía muestra 2 imágenes nodulares superpuestas en CIE MD, la mayor de 38 mm (fig. 1A). La ecografía informa de 2 lesiones heterogéneas de predominio quístico, con una zona anecogénica basal de 34 × 26 mm y 27 × 19 mm, respectivamente (fig. 1B). Se realizó PAAF de la mayor, extrayendo 7 cc de líquido serohemático (informada como celularidad propia de quiste hemorrágico). Se propuso extirpación de los quistes dada su larga evolución y comportamiento, rechazando la paciente inicialmente la intervención, aunque 9 meses más tarde y tras haber presentado importante aumento del tamaño (fig. 1C), la aceptó. Se practicó la enucleación de un gran quiste de 10 cm de eje mayor, y de varios quistes periféricos. El informe anatomopatológico fue de carcinoma papilar intraquistico multifocal con áreas de invasión estromal, cambios fibroquísticos, metaplasia apocrina y papilomas intraductales; por todos estos cambios se sugiere que el tumor se debe a una degeneración maligna de los papilomas intraductales. El estudio inmunohistoquímico presentaba

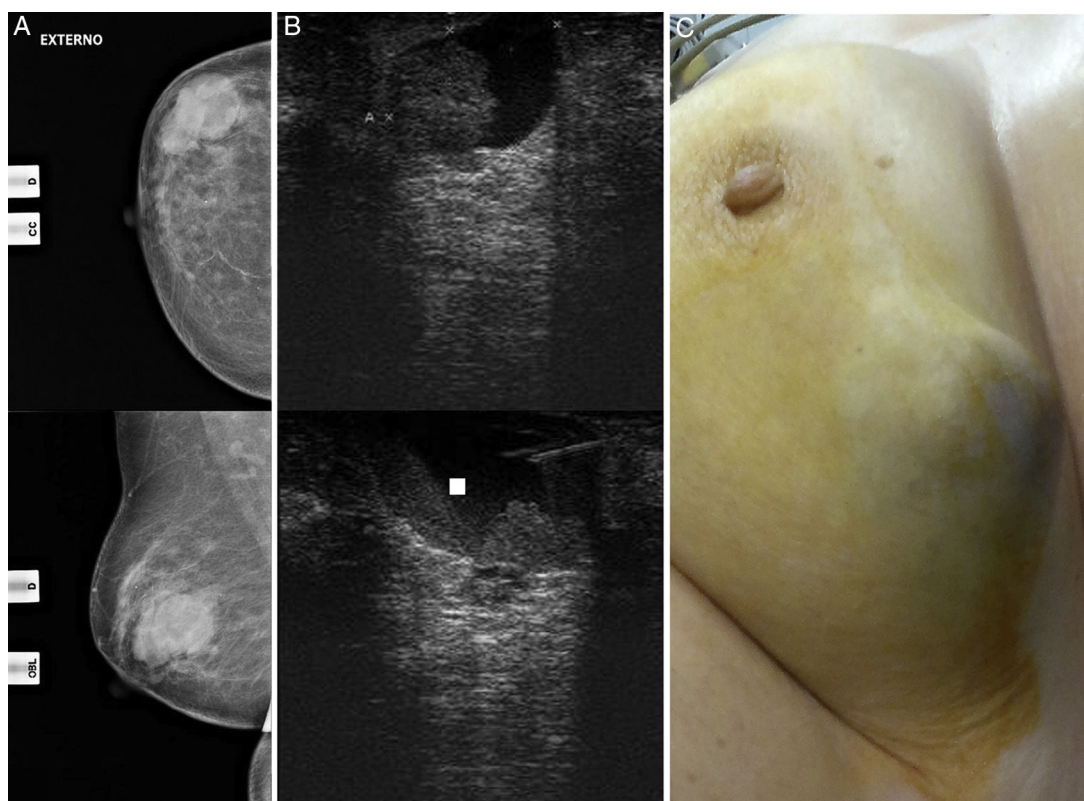


Figura 1 A) Mamografía derecha: imágenes nodulares superpuestas. B) Ecografía mamaria y (PAAF): nódulo heterogéneo de contenido quístico. C) Aspecto externo.

RE 100%, RP 80%, HER-2 negativo y e-cadherina negativa. Al tratarse de un carcinoma microinvasivo se realizó biopsia selectiva del ganglio centinela BSGC, remitiéndose para su estudio intraoperatorio 2 ganglios que se informaron como ausencia de metástasis. Posteriormente la paciente fue remitida a oncología (15 sesiones de radioterapia y anastrozol 1 mg/día). A los 18 meses de la primera intervención la paciente falleció por complicaciones de su diabetes.

El carcinoma papilar intraquístico (CPI) supone entre un 0,5-2% del total de los tumores de la mama^{1,2}, siendo más frecuente en mujeres posmenopáusicas², con un 3,5% de casos en varones³. Clínicamente, la mayoría de las veces se presentan como un nódulo mamario asociado o no a secreción por el pezón¹. En la mamografía se muestran como nódulos circunscritos, redondeados u ovales, en la región retroareolar^{1,4}, estando descrita la rotura del quiste, por lo que se puede recomendar el vaciamiento por punción⁵. En la ecografía se describen nódulos de aspecto quístico con o sin septos, y con una zona papilar proyectada al interior³. En ocasiones existe un adelgazamiento de las paredes del quiste con zonas anecóicas e hiperecóicas adyacentes secundario a hemorragias por rotura de capilares¹. La PAAF se suele asociar a falsos negativos², con similares resultados para la BAG, que suele realizarse en la porción central del tumor sólido, mientras que la invasión ocurre principalmente en la periferia⁶.

En las formas no invasivas, el tratamiento del CPI mediante cirugía conservadora es de elección^{3,6}. En aquellos casos en que el CPI se asocia a un carcinoma *in situ*,

se recomienda seguir el mismo algoritmo que para el CDIS³. Cuando aparece un componente invasivo, existe la recomendación de realizar BSGC seguida o no de linfadenectomía axilar^{2,3,6}. Los CPI tienen un crecimiento lento¹, que en las formas puras la tasa de supervivencia a los 10 años es prácticamente del 100%². En los casos con componente invasivo, la supervivencia a 5 años se sitúa en torno al 85%³.

Bibliografía

1. Dogan BE, Whitman GJ, Middleton LP, Phelps M. Intracystic papillary carcinoma of the breast. *AJR*. 2003;181:186.
2. Reefy SA, Kameshli R, Al Sada D, Al Elewah A, Al Awadhi A, Al Awhadi K. Intracystic papillary breast cancer: A clinical update. *Ecancelmedicalscience*. 2013;7:286.
3. Grabowski J, Salzstein SL, Sadler GR, Blair S. Intracystic papillary carcinoma. A review of 917 cases. *Cancer*. 2008;113:916-20.
4. Sáez N, Peña J, Santoya L, Lastra J, Márquez P, Messer C. Carcinoma papilar intraquístico asociado a adenocarcinoma ductal infiltrante en un hombre. Reporte de un caso. *Rev Venez Oncol*. 2013;25:113-6.
5. Valencoso O, Culell P, Giménez J, Collado A, Yanguas C. Rotura de un carcinoma papilar intraquístico por la compresión aplicada en la mamografía. *Rev Senol Patol Mama*. 1999;12:193-6.
6. Pérez JA, Mariángel P, Poblete MT. Carcinoma mamario papilar intraquístico. *Cuad Cir*. 2004;18:70-5.

Juan Pastor Roldán-Aviña*, Concepción del Álamo-Juzgado, Evangelina Palacios-García, Estela Romero-Vargas, Francisco Muñoz-Pozo y Luis Herrera-Gutiérrez

Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Digestiva, Unidad de Patología Mamaria, Hospital de Alta Resolución de Écija, Écija, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jproldan@aecirujanos.es (J.P. Roldán-Aviña).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.senol.2016.08.003>
0214-1582/

© 2016 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Metástasis cutáneas como primer hallazgo clínico de un carcinoma de mama



Skin metastasis as the first clinical manifestation of breast carcinoma

Sr. Director:

Las metástasis cutáneas ocurren en el 0,6-10,4% de los cánceres, y representan el 2% de todos los tumores cutáneos¹⁻⁴. En general son signo de mal pronóstico, y aunque de manera infrecuente, pueden ser el primer hallazgo clínico de un tumor primario «oculto»^{4,5}.

Se presenta el caso de una mujer de 79 años que consulta a su dermatólogo por la aparición de una lesión en el abdomen desde hace aproximadamente un año.

Como antecedentes médicos presenta diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial en tratamiento. Respecto a sus antecedentes familiares, su hijo tuvo un carcinoma de mama. A la exploración, se trata de una placa de 4 cm, muy esclerosa en región epigástrica de abdomen, sugestiva de morfea (fig. 1A). Se realiza una biopsia que informa de infiltración de neoplasia epitelial, por lo que se decide la extirpación de la lesión y la realización de una tomografía axial computarizada (TAC) completa. La TAC objetiva una diverticulosis en duodeno y sigma, un nódulo mamario izquierdo (probable fibroadenoma) y un nódulo en hemitiroides derecho. La anatomía patológica (AP) final de la lesión, tras estudio con inmunohistoquímica, informa de infiltración dermo-hipodérmica por carcinoma concordante con origen mamario (AE1, AE3 y GATA-3 positivas; proteína S100, HMB-45 y CD30 negativos) observándose infiltración tumoral de linfáticos perineurales y con márgenes libres de tumor (fig. 1B). Se deriva, a la mujer, a la consulta de patología mamaria, y se realiza exploración mamaria, mamografía, ecografía y resonancia magnética nuclear (RMN) mamaria bilateral en la que se identifica un nódulo no palpable en unión de cuadrantes superiores de mama izquierda, de 19 × 15 mm sugestivo de malignidad (BI-RADS®). Se realiza una biopsia con aguja gruesa, obteniendo como resultado un carcinoma ductal infiltrante, por lo que se realiza una tumorectomía de la mama izquierda. En este caso se desestima la realización de biopsia de ganglio centinela, por tratarse de un estadio IV, un carcinoma con metástasis a distancia, en el que su valoración no cambiaría la actitud a seguir.

Los resultados finales de la AP de la pieza informan de un carcinoma ductal infiltrante, grado histológico II,

de 22 × 14 mm, clasificándose como un pT2NxM1. Los marcadores pronósticos por inmunohistoquímica muestran: receptores de estrógeno y progesterona positivos, un Ki-67 del 10% y HercepTest®, P53 y citoqueratina 19 negativos. Dados los resultados se decide completar el tratamiento con inhibidores de la aromatasa (anastrozol) durante 5 años. Transcurridos 8 meses, la paciente se mantiene libre de enfermedad y realiza controles en la unidad de patología mamaria cada 6 meses.

Excluyendo el melanoma, el carcinoma de mama es el tumor que más frecuentemente metastatiza en la piel, suponiendo el 70% de las metástasis cutáneas en la mujer. A este le sigue el cáncer de ovario en una proporción mucho menor (3,3%)^{1,2,5,6}.

Las metástasis cutáneas en el cáncer de mama (MCCM) tienen una incidencia del 23,9%^{1,3,4}, apareciendo en la mayoría de los casos en los primeros 5 años tras la escisión⁷. Los lugares más frecuentes de afectación son la pared torácica y el abdomen, aunque también pueden aparecer en extremidades, y en cabeza y cuello¹. Las vías de propagación más frecuentes son la invasión directa por contigüidad y la linfática, siendo más raras la implantación iatrogénica y la hematogénica¹⁻³.

La morfología de las metástasis cutáneas puede ser muy variable, con lesiones que varían entre nódulos, pápulas, placas, tumoraciones y úlceras. Menos frecuentemente pueden expresarse como placas de alopecia, «cáncer en coraza», y simular lesiones tipo morfea, dermatofibromas, granulomas, hemangiomas, erupción tipo herpes zóster, celulitis o erisipela^{1,8}. Este amplio abanico hace que muchas veces el diagnóstico sea difícil y retrasado¹.

Los nódulos son la forma más frecuente de presentación de las MCCM^{1,6}. Suelen medir entre 1-3 cm y aparecen como firmes, solitarias o múltiples lesiones que se localizan en dermis o en tejido subcutáneo. Generalmente presentan una coloración similar a la piel sana adyacente, aunque también pueden adquirir coloración rosa, roja o marrón¹. A veces, estos nódulos pueden ulcerarse e infectarse. En general son lesiones asintomáticas, aunque también pueden asociar dolor y aumento de sensibilidad¹.

Es importante tener en cuenta que la aparición de estas lesiones puede ser el primer hallazgo de un carcinoma oculto, ocurriendo así en el 3,5% de los carcinomas de mama⁹. Así mismo, se ha verificado que en el 6,3% de los pacientes con carcinoma de mama existe afectación cutánea en el momento del diagnóstico del tumor primario⁹. Por otra parte, su detección puede cambiar la estadificación de la enfermedad, así como el pronóstico y el tratamiento⁹.