

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 iatrógena y la hematogena¹⁻³.

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.

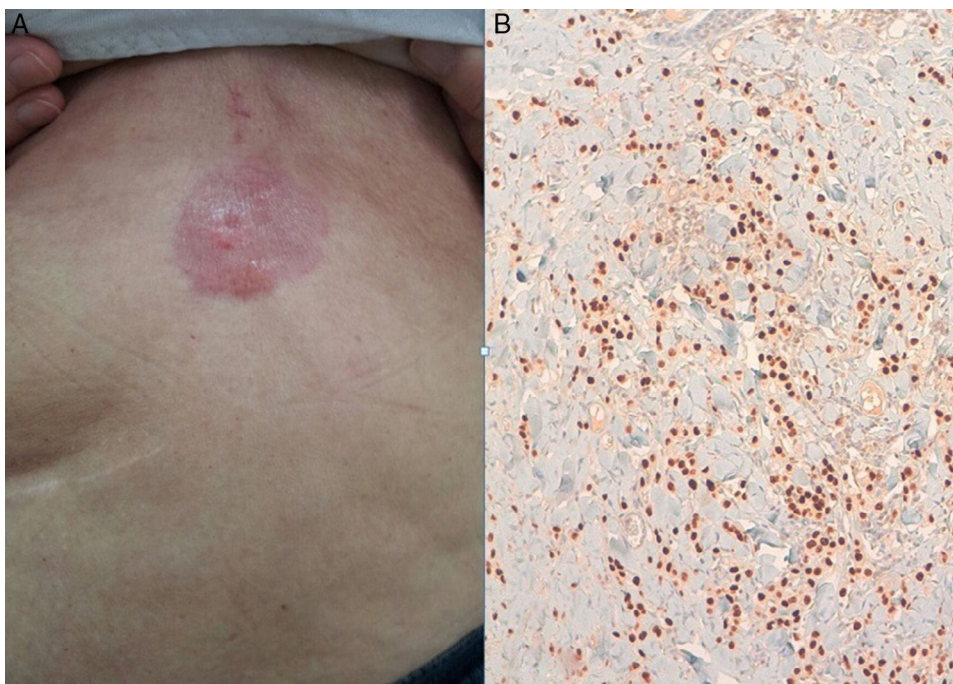


Figura 1 A) Imagen metástasis cutánea. B) Inmunohistoquímica que revela infiltración dermo-epidérmica de probable origen mamario.

Las metástasis cutáneas, especialmente las MCCM se consideran un signo de mal pronóstico, aunque este también depende de la patología y biología del tumor primario, y de su respuesta al tratamiento⁴.

Aunque de forma más excepcional, también se han descrito casos en la literatura de metástasis cutáneas como primer hallazgo de cáncer de mama en varones. El carcinoma de mama en el varón supone el 1% de todos los carcinomas de mama. En general se asocia a un mal pronóstico, dado el diagnóstico tardío, peores factores anatómicos y edad más avanzada en el momento del diagnóstico. Aún y todo, y pese a su escasa prevalencia, es importante realizar una exploración completa, en los varones, que permita un diagnóstico más temprano de estos carcinomas¹⁰.

En definitiva, la vigilancia debe extremarse debiéndose biopsiar todas aquellas lesiones sospechosas, así como úlceras que no curan, eritemas persistentes y nódulos indeterminados, para la detección temprana de esta manifestación cutánea que, aunque poco frecuente, pueden ser de extrema importancia para el diagnóstico, la estadificación y el pronóstico de un cáncer interno⁴.

Agradecimientos

A la Dra. Olaizola, dermatóloga, y a la Dra. Viguri, anatomopatóloga del Hospital Universitario de Álava, y a Amanda López Picado de la Unidad de Investigación de Álava.

Bibliografía

- Alcaraz I, Cerroni L, Rütten A, Kutzner H, Requena. Cutaneous metastases from internal malignancies: A clinicopathologic and immunohistochemical review. *Am J Dermatopathol.* 2012;34:347-93.
- Chisti MA, Alfadley AA, Banka N, Ezzat A. Cutaneous metastasis from breast carcinoma: A brief report of a rare variant and proposed morphological classification. *Gulf J Oncolog.* 2013;1:90-4.
- Navaratnam AV, Chandrasekharan S. Remote cutaneous breast carcinoma metastasis mimicking dermatitis. *Indian J Dermatol.* 2015;60:106.
- Virmani NC, Sharma YK, Panicker NY, Dash KN, Patvekar MA, Deo KT. Zosteriform skin metastases: Clue to an undiagnosed breast cancer. *Indian J Dermatol.* 2011;56:726-7.
- Krathen RA, Orengo IF, Rosen T. Cutaneous metastasis: A meta-analysis of data. *South Med J.* 2003;96:164-7.
- Shinohara MM, Tozbikian G, Wolfe JT, Shin SJ, Mies C, Elenitsas R. Cutaneous metastatic breast carcinoma with clear cell features. *J Cutan Pathol.* 2013;40:753-7.
- Afrose R, Akram M, Siddiqui SA. Papular skin lesions: Clue to a recurrence of breast cancer on fine needle non-aspiration cytology (FNNAC). *J Cytol.* 2015;32:68-70.
- Schwartz RA, Rothenberg J. Metastatic adenocarcinoma of breast within a benign melanocytic nevus in the context of cutaneous breast metastatic disease. *J Cutan Pathol.* 2010;37:1251-4.
- Siqueira VR, Frota AS, Maia IL, Queiroz HM, Valença Júnior JT, Accioli Filho JW. Cutaneous involvement as the initial presentation of metastatic breast adenocarcinoma - Case report. *An Bras Dermatol.* 2014;89:960-3.
- Ai-Ping F, Yue Q, Yan W. A case report of remote cutaneous metastasis from male breast carcinoma. *Int J of Dermatol.* 2007;46:738-9.

Lorea Ugarte Rubio*, Oihane Lapuente Ocamica,
Javier Gorostiaga Ayastui, Mirian Aguiar San Miguel,
Arguiñe Andonegui González e Iñaki Lete

*Unidad de Gestión Clínica de Ginecología y Obstetricia,
Hospital Universitario de Araba, Vitoria-Gasteiz, Araba,
España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: l.ugarterubio@gmail.com
(L. Ugarte Rubio).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.senol.2016.09.001>

0214-1582/

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