

Cáncer de mama con metástasis cutánea

Porras-Kusmanic N,¹ Norris-Squirrell F²

Resumen

Se comunica el caso de una paciente de 91 años de edad, hipertensa, con antecedente de mastectomía izquierda por cáncer de mama; canalizada por padecer un cuadro de un año de evolución, caracterizado por la aparición de lesión cutánea de aspecto tumoral de 4 cm de diámetro, ubicada en la escotadura esternal. Al examen físico destacó un tumor hiperqueratósico con eritema violáceo en la periferia, de consistencia infiltrada, adherido a los planos profundos, de 6 cm de diámetro, en la región supraesternal. En la región mamaria izquierda se observó placa infiltrada de 10 x 15 cm de diámetro, con zonas de necrosis y eritema violáceo, con abundantes escamas y residuos de costras sobre múltiples neoformaciones de aspecto nodular que confluían en la zona de cicatriz anterior. Se palparon adenopatías supraclaviculares y axilares indoloras. La biopsia cutánea mostró dermis infiltrada por células atípicas de núcleos anisocarióticos, hiper cromáticos, con citoplasma eosinófilo, dispuestas en nidos. La inmunohistoquímica mostró receptores de estrógenos positivos +++ y receptores de progesterona positivos +++. Se estableció el diagnóstico de cáncer de mama con metástasis cutánea. El servicio de Oncología inició tratamiento con tamoxifeno durante seis meses y derivó a cuidados paliativos.

PALABRAS CLAVE: cáncer de mama, metástasis cutáneas.

Dermatol Rev Mex 2017 March;61(2):153-157.

Breast cancer with skin metastasis.

Porras-Kusmanic N,¹ Norris-Squirrell F²

Abstract

This paper reports the case of a 91-year-old female patient, with hypertension and left mastectomy from breast cancer; she was derived by history of a year of evolution, characterized by the appearance of tumor like skin lesion, 4 cm in diameter, located in sternal notch. Physical examination revealed hyperkeratosis tumor, infiltrated consistency, adhered to deep planes, 6 cm in diameter with violet erythema on the periphery in supraesternal region. It was an infiltrated plate, 10 by 15 cm of diameter in scar zone with areas of necrosis, violet erythema and hyperkeratotic tumors, with painless axillary and supraclavicular lymph nodes. Skin biopsy showed dermis infiltrated by atypical cells with anisocariotics and hyperchromatic nuclei, eosinophilic cytoplasm arranged in nests. Immunohistochemical study demonstrated: oestrogen receptor; positive +++. Progesterone receptor; positive +++. Diagnosis established was of breast cancer with skin metastasis. Oncology staff started tamoxifen for six months and led to palliative care.

KEYWORDS: breast cancer; skin metastasis

¹ Médico Cirujano, Dermatólogo, Hospital Metropolitano de La Florida, Santiago de Chile.

² Médico Cirujano, Magister en Epidemiología, Universidad de Los Andes, Bogotá, Colombia.

Recibido: mayo 2016

Aceptado: julio 2016

Correspondencia

Dra. Frances Norris Squirrell
fnsquirrell@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Porras-Kusmanic N, Norris-Squirrell F. Cáncer de mama con metástasis cutánea. Dermatol Rev Mex. 2017 mar;61(2):153-157.

ANTECEDENTES

Las metástasis cutáneas de neoplasias viscerales son poco frecuentes, su incidencia varía de 0.7 a 9%. Un metanálisis de Hu y colaboradores, que incluyó autopsias y estudios retrospectivos, encontró una incidencia global de 5% de metástasis cutáneas en neoplasias viscerales. Su localización más común es en la región periumbilical. Los tumores primarios más frecuentes corresponden a cáncer de mama, seguidos de cáncer de pulmón y de colon. Existe escasa evidencia disponible acerca de la prevalencia de la metástasis cutánea como manifestación inicial de malignidad.¹⁻³

Existen diversos subtipos de cáncer de mama, que pueden identificarse por gen o perfiles de expresión de proteínas mediante inmunohistoquímica. Entre estos últimos encontramos los patrones de expresión del receptor de estrógeno, receptor de progesterona y receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2). Esta clasificación permite seleccionar el tratamiento más adecuado.⁴

Kong y colaboradores realizaron un análisis retrospectivo de 125 pacientes con metástasis cutánea de cáncer de mama que mostró que estas metástasis fueron más comunes en neoplasias con receptores hormonales positivos que en las neoplasias con estudios de inmunohistoquímica negativos (42 vs 23%). Además, concluyeron que en este último grupo se observaron con mayor frecuencia metástasis cutáneas con aspecto de placas eritematosas infiltradas.⁵

Lee y colaboradores reportaron el caso de una paciente de 38 años de edad con diagnóstico de carcinoma ductal invasivo escasamente diferenciado con estudios de inmunohistoquímica negativos, sin evidencia de metástasis, que se trató con tres ciclos de quimioterapia y posterior mastectomía derecha radical.⁴ El

examen histopatológico reveló un carcinoma ductal infiltrante con necrosis y afectación en 11 ganglios linfáticos. De nuevo se trató con tres ciclos de quimioterapia, pero esta vez se agregó radioterapia coadyuvante de la pared torácica derecha y de los linfáticos regionales. Dos meses más tarde la paciente consultó por aparición de múltiples nódulos eritematosos de consistencia infiltrada y ulcerados en la pared torácica derecha, el hombro y el brazo ipsilateral. Se le indicó resonancia magnética nuclear de mama que mostró engrosamiento de la piel, que se atribuyó al procedimiento quirúrgico o a la radioterapia. Se le realizó biopsia de piel de la región afectada, que reportó carcinoma ductal infiltrante con invasión linfática difusa. El estudio de inmunohistoquímica resultó positivo para los receptores de estrógenos. La tomografía por emisión de positrones mostró actividad hipermetabólica heterogénea de la piel a lo largo de la pared torácica derecha y pequeñas lesiones nodulares hipermetabólicas en la zona paraesternal, sin evidencia de otras metástasis. Se indicaron tres ciclos de tratamiento hormonal, con buena respuesta.⁴

Nuestro objetivo es comunicar el caso de una paciente de 91 años de edad con antecedente de cáncer de mama, enviada desde la atención primaria por lesión de aspecto tumoral en la región cervical.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 91 años de edad, con antecedentes personales patológicos de mastectomía izquierda por cáncer de mama sin tener otros tratamientos, con hipertensión arterial tratada con nifedipino y ácido acetilsalicílico; enviada desde la atención primaria a policlínico de Dermatología del Hospital Metropolitano de La Florida, Santiago de Chile, por padecer un cuadro de un año de evolución, caracterizado por la aparición de lesión cutánea de aspecto

tumoral, de 4 cm de diámetro, localizada en la escotadura esternal. En la anamnesis dirigida, la paciente no recordó la fecha de su cirugía.

En el examen físico destacó la existencia de un tumor hiperqueratósico con eritema violáceo en la periferia, de consistencia infiltrada, adherido a planos profundos, de 6 cm de diámetro, en la región supraesternal. En la región mamaria izquierda se observó placa infiltrada de 10 por 15 cm de diámetro, con zonas de necrosis y eritema violáceo, con tumores hiperqueratósicos en la zona de la cicatriz anterior. Se palparon adenopatías supraclaviculares y axilares bilaterales, indoloras, de consistencia petrosa, adheridas a planos profundos (Figuras 1 a 3).

Se formuló la hipótesis diagnóstica de cáncer de mama con metástasis cutánea, por lo que se le realizó biopsia cutánea por escisión de tórax, de la que se obtuvo un fragmento irregular de piel de 1.2 x 0.5 cm de diámetro, que mostró epidermis de aspecto conservado y dermis infiltrada por células atípicas de núcleos anisocarióticos, hiper cromáticos, con citoplasma eosinófilo, dispuestas en nidos (Figura 4).



Figura 1. Tumor hiperqueratósico en la región supraesternal. Vista al ojo desnudo.



Figura 2. Imagen ampliada de la Figura 1. Tumor hiperqueratósico de consistencia infiltrada con eritema violáceo en la periferia. Vista al ojo desnudo.

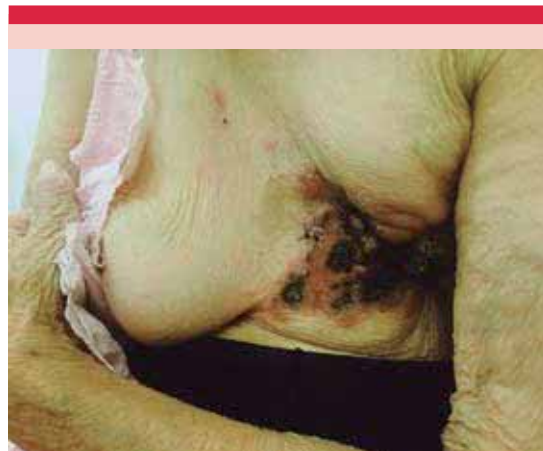


Figura 3. Placa infiltrada de 10 x 15 cm de diámetro, con zonas de necrosis y eritema violáceo, con abundantes escamas y residuos de costras sobre múltiples neoformaciones de aspecto nodular que confluyen en la zona de la cicatriz anterior, en la mama izquierda. Vista al ojo desnudo.

El estudio inmunohistoquímico con técnica automatizada en el carcinoma invasor, con anticuerpos monoclonales Ventana y Kitrevelado Ultra View universal DAB, mostró receptores de estrógenos positivos +++ en 99% de los núcleos

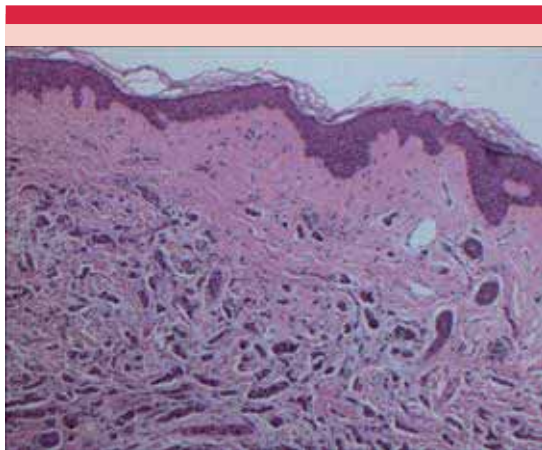


Figura 4. HE 4X o 10X. Epidermis conservada. Dermis infiltrada por células atípicas dispuestas en nidos.

celulares, receptores de progesterona positivos +++ en 99% de los receptores de los núcleos celulares, c-erB-2 negativo (puntuación 1+), tinción con patrón de membrana citoplasmática incompleta, débil, en aproximadamente 20% de las células, Ki-67 índice de proliferación celular de aproximadamente 20%, E-cadherina positiva en la membrana de las células neoplásicas. Los hallazgos morfológicos, así como los inmunohistoquímicos en conjunto con los antecedentes clínicos ayudaron a establecer el origen mamario de la enfermedad. Los hallazgos fueron compatibles con metástasis cutánea. La paciente se envió a Oncología para su tratamiento y seguimiento, donde le prescribieron tamoxifeno durante seis meses, con cuidados paliativos.

DISCUSIÓN

La metástasis cutánea corresponde a la afectación tumoral de la dermis o del tejido celular subcutáneo como causa de un tumor primario que puede tener distintas localizaciones. Puede ser la única manifestación clínica de una neoplasia subyacente; por tanto, un índice de sospecha

clínica alto es fundamental. Por lo general afecta a sujetos entre la quinta y sexta décadas de la vida; su manifestación es variable y puede ser asintomática o dolorosa; puede manifestarse como máculas, placas infiltradas o induradas, lesiones discoides, nódulos tumorales con telangiectasias, ampollas, lesiones papuloescamosas, placas con cicatrices o tumores pigmentados. Lo más común es que aparezca como una placa indolora de crecimiento rápido o como nódulos subcutáneos con la epidermis intacta.⁶⁻¹²

Las metástasis procedentes de cáncer de mama tienden a manifestarse en la pared anterior del tórax; hecho que puede ocurrir por extensión directa del tumor subyacente o por diseminación linfática; por tanto, es indispensable realizar un examen físico completo y minucioso a cada paciente.^{13,14}

La paciente de nuestro estudio se canalizó por una lesión supraclavicular derecha; la pesquisa de la lesión en la cicatriz de la mastectomía se realizó durante su evaluación en el policlínico de Dermatología; la paciente no le dio importancia, puesto que nunca tuvo dolor. El examen físico exhaustivo permitió descubrir esta lesión.

Si bien la paciente correspondía a un caso social, es decir, no contaba con soporte familiar y estaba prácticamente en el abandono, además, no recordaba haberse sometido a quimioterapia ni radioterapia, uno de los diagnósticos diferenciales que debería plantearse al enfrentarse a este tipo de pacientes es el de radiodermatitis. Éste es un problema en aumento debido al número creciente de sujetos que requieren este tratamiento. En la mayor parte de los casos los efectos en la piel son mínimos y transitorios, pero pueden aparecer efectos severos de manera aguda o crónica.⁶⁻⁹

La radiodermatitis es un efecto menos frecuente. Se manifiesta entre 2 y 10 años posterior a la

exposición; la piel se atrofia, pueden aparecer telangiectasias e hiper o hipopigmentación; incluso, en algunos casos puede evolucionar a fibrosis actínica.¹⁰

No contar con antecedentes de quimioterapia ni de radioterapia, un mal apego al tratamiento farmacológico, los escasos controles con el equipo de Oncología, así como las características de la lesión en la mama permitieron plantear como hipótesis diagnóstica metástasis cutánea de cáncer de mama, que posteriormente se confirmó mediante biopsia.

Aunque las medidas sean terapéuticas, que en este caso fueron de orden paliativo, es fundamental destacar la importancia de un examen acucioso al momento de tratar pacientes de edad avanzada y con escaso soporte familiar. Aunque no siempre se les ofrecerá una alternativa de curación, sí puede dárseles un diagnóstico certero y las mejores alternativas disponibles para sobrellevar la enfermedad de la manera más digna posible.

REFERENCIAS

1. Jun DW, Lee OY, Park CK, et al. Cutaneous metastases of pancreatic carcinoma as a first clinical manifestation. *Korean J Intern Med* 2005;20:260-263.
2. Ruiz de Erenchun F, Vázquez F, Sola M. Metástasis cutáneas de adenocarcinoma de páncreas. *Actas Dermosifiliográficas* 1991;82:455-458.
3. Hu S, Chen G, Lu Y, et al. Cutaneous metastases from different internal malignancies: a clinical and prognostic appraisal. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008;22:735-740. Disponible en: <http://onlineibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-3083.2008.02590.x/full>
4. Lee SM, Kang EJ, Kim JH, et al. Triple-negative breast cancer that progressed as estrogen receptor-positive skin metastases. *Korean J Intern Med* 2015;30:411-414. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4438298/>
5. Kong JH, Park YH, Kim JA, et al. Patterns of skin and soft tissue metastases from breast cancer according to subtypes: relationship between EGFR overexpression and skin manifestations. *Oncology* 2011;81:55-62.
6. Garza DE, Ocampo-Candiani J. Dermatitis por radiación. Generalidades y su asociación con cetuximab. *Medicina Cutánea Ibero Latinoamericana*, 2010;38:127-133. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/revista/4582/A/2010>
7. Spittle MT. Radiotherapy and reactions to ionizing radiation. En: Champion RH, Burton JL, Ebling FJC, eds. *Textbook of Dermatology*. 5th ed. Oxford: Blackwell Scientific, 1992;3089.
8. Trotti A, Byhardt R, Stetz J, Gwede C, et al. Common toxicity criteria: version 2.0. an improved reference for grading the acute effects of cancer treatment: impact on radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2000;47:13-47. Disponible en: [http://www.redjournal.org/article/S0360-3016\(99\)00559-3/fulltext](http://www.redjournal.org/article/S0360-3016(99)00559-3/fulltext)
9. Camidge R, Price A. Characterizing the phenomenon of radiation recall dermatitis. *Radiother Oncol* 2001;59:237-245. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167814001003280?showall=true>
10. Ruiz V, Algara M, Foro P, Reig A, Valls A. Eficacia de la orgoteína en el tratamiento de la fibrosis y xerostomía radioinducidas. *Oncología* 1995;18:60-64.
11. García Berrocal MI. Necrosis epidérmica tóxica tras radioterapia. *Oncología* 2001;24:49-50.
12. Kurokawa M, Watanabe M, Harada R, et al. Initial experience of radiotherapy plus cetuximab for Japanese head and neck cancer patients. *J Radiat Res* 2015;56:849-8565. Disponible en: <http://jrr.oxfordjournals.org/content/early/2015/07/08/jrr.rrv038.full>
13. Torres-Aja L. Metástasis cutánea de carcinoma mamario: cáncer de mama en coraza. Revisión de la literatura y presentación de un caso. *Rev Finlay* 2012;2. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/121>
14. Yin Bin C, Meghan A, Helm A, Zeitouni N, et al. The presentation, pathology, and current management strategies of cutaneous metastasis. *N Am J Med Sci* 2013;5:499-504.