

Carcinoma en coraza como manifestación inicial de cáncer de mama

Carcinoma en cuirasse as a primary manifestation of breast cancer.

Miriam Puebla-Miranda,¹ Carolina González-Rivera,² Adriana Machado-Chavelas,³ Teresa Cristina Cuesta-Mejias⁴

Resumen

ANTECEDENTES: El carcinoma en coraza (*carcinoma en cuirasse*) es una variante de las metástasis de piel que produce el cáncer de mama. La incidencia de metástasis a piel de este tumor primario es muy frecuente; sin embargo, la variedad en coraza es una forma rara, agresiva y de mal pronóstico, que muestra una infiltración cutánea y subcutánea y suele diagnosticarse en etapas avanzadas con poca respuesta al tratamiento.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 79 años que manifestó dermatosis en el brazo derecho con lesiones pruriginosas que progresó a induración de la piel en la mama derecha y linfedema; el reporte de la biopsia describió una variedad poco frecuente de metástasis a piel.

CONCLUSIONES: Las metástasis cutáneas de cáncer de mama son las más frecuentes; sin embargo, la variedad clínica de carcinoma en coraza es excepcional, de lenta progresión y con pronóstico incierto.

PALABRAS CLAVE: Mama; cáncer de mama; metástasis de piel.

Abstract

BACKGROUND: *Carcinoma in the cuirasse (carcinoma en cuirasse) is a variant of the skin metastases caused by breast cancer. The incidence of metastases to skin of this primary tumor are very frequent; however, cuirasse variety is a rare, aggressive form with a poor prognosis, where a cutaneous and subcutaneous infiltration occurs, it is usually diagnosed in advanced stages with little response to treatment.*

CLINICAL CASE: *A 79-year-old female patient who manifested dermatosis on the right arm with pruritic lesions which progressed to induration of skin in the right breast and lymphedema, a biopsy was performed where a rare variety of skin metastases was described.*

CONCLUSIONS: *The cutaneous metastases of breast cancer are the most frequent; however, the clinical variety of carcinoma en cuirasse is exceptional, of slow progression and with an uncertain prognosis.*

KEYWORDS: *Breast, Breast cancer; Skin metastases.*

¹ Jefa del Servicio de Dermatología.

² Residente de Medicina Interna.

³ Médico adscrito al Servicio de Dermatología.

⁴ Médico adscrito al Servicio de Patología. Hospital Juárez de México, Ciudad de México.

Recibido: agosto 2020

Aceptado: septiembre 2020

Correspondencia

Miriam Puebla Miranda
drapuebla@live.com.mx

Este artículo debe citarse como: Puebla-Miranda M, González-Rivera C, Machado-Chavelas A, Cuesta-Mejias TC. Carcinoma en coraza como manifestación inicial de cáncer de mama. *Dermatol Rev Mex.* 2021; 65 (2): 216-221. <https://doi.org/10.24245/dermatol-revmex.v65i2.5594>

ANTECEDENTES

El cáncer de mama ocupa el primer lugar en frecuencia en México y el mundo, afectando principalmente al sexo femenino. De 2007 a 2016 aumentó ligeramente la mortalidad un 0.3% por año, disminuyendo en 2017; este descenso ha sido gracias a la detección temprana por métodos como la realización de mastografía y la concientización de los signos y síntomas.¹ Sin embargo, el cáncer de mama es el que con más frecuencia desarrolla metástasis cutáneas.² Se encuentran diferentes variedades, como el carcinoma en coraza, que es una forma rara que proviene de la diseminación del tumor por vía linfática o embolización vascular, implante directo durante la cirugía o afectación por contigüidad de las metástasis cutáneas en cáncer de mama.³ Comunicamos el caso de una paciente de 79 años con diagnóstico de carcinoma de mama en coraza.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 79 años de edad, ama de casa, originaria de Guanajuato y residente de la Ciudad de México.

Acudió a urgencias por padecer disnea de pequeños esfuerzos, asociada con ortopnea, edema de miembros pélvicos y tos seca de predominio nocturno, fue hospitalizada en el servicio de Medicina Interna para su estudio.

A la exploración física se encontró a la paciente con ingurgitación yugular grado III, adenopatía pétreo axilar derecha, mama derecha hiperémica, con una neoformación con aspecto de placa (**Figura 1**) y se inicia protocolo de estudio.

La paciente refería dermatosis en el brazo derecho con lesiones pruriginosas de tres meses de evolución con induración de la piel en la mama derecha; recibió tratamiento con loratadina sin



Figura 1. Neoformación con aspecto de placa de 15 x 10 cm, de superficie eritematosa, con lesiones de aspecto papular y nodular en la superficie, costras sanguíneas, neoformación indurada.

mejoría. Como antecedentes personales, tenía diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica. No tenía antecedentes heredofamiliares de importancia. Entre los antecedentes ginecoobstétricos destacó nuliparidad.

Sus estudios de laboratorio mostraron hipercalemia de 5.9 y proBnP elevado, por lo que se estableció inicialmente el diagnóstico de insuficiencia cardíaca NYHA III por los síntomas que manifestaba y tumoración de la mama derecha en estudio.

Se envió interconsulta al servicio de Dermatología por dermatosis diseminada al tronco en

la cara anterior del tórax del lado derecho y la extremidad superior derecha, caracterizada por una placa eritematoviolácea, indurada, de 10 por 15 cm de diámetro, así como neoformaciones de aspecto papular y nodular eritematosas fijas a planos profundos, de 5 mm a 1 cm de diámetro, que formaban placas infiltradas de consistencia pétreo en la mama que se extendían hasta la extremidad superior derecha, que mostraba linfedema indurado, eritematoso, sin cambios de temperatura (**Figuras 2 y 3**). Se tomó biopsia de piel con sospecha de carcinoma de mama en coraza contra angiosarcoma.

En los estudios de imagen la radiografía de tórax mostró cardiomegalia grado III, el ultrasonido de hígado y vías biliares no mostró datos de metástasis.



Figura 2. Extremidad superior derecha con aumento de volumen, linfedema y eritema difuso.



Figura 3. Antebrazo derecho con linfedema, eritema difuso, neoformaciones de aspecto papular y nodular, zonas ulceradas, costras sanguíneas y melicéricas en la superficie.

La biopsia de piel con tinción de hematoxilina-eosina mostró infiltración dérmica difusa de células neoplásicas organizadas en un patrón de nidos irregulares con desmoplasia abundante, predominando en la dermis reticular. **Figuras 4 y 5**

La inmunohistoquímica fue positiva para citoqueratina 19 con marcación intensa, GCDFP-15 positiva con marcación débil (**Figura 6**), lo que avala el diagnóstico de carcinoma primario en mama.

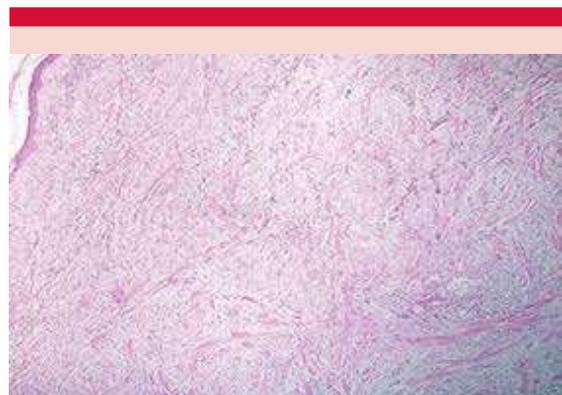


Figura 4. Infiltración dérmica difusa por células neoplásicas en nidos irregulares (HE 10X).

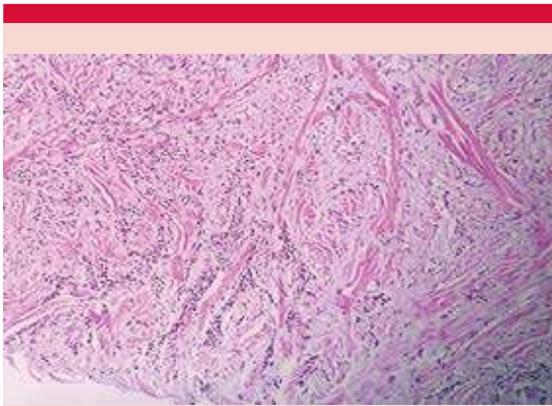


Figura 5. Tinción hematoxilina-eosina 20X. Células atípicas en patrón nodular de fila india.

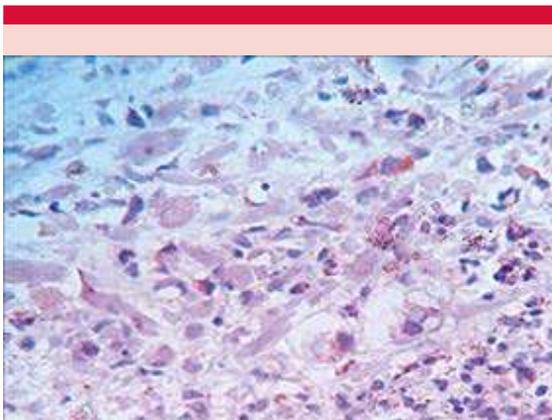


Figura 6. Inmunomarcación positiva para proteína líquida de enfermedad quística macroscópica 15 (GCDFP-15) 40X.

Con el diagnóstico de metástasis cutáneas de cáncer de mama la paciente fue referida al servicio de Oncología donde se ofreció tratamiento con quimioterapia; sin embargo, por las comorbilidades crónico-degenerativas que padecía, la paciente no aceptó el tratamiento, por lo que egresó con oxígeno suplementario y medicina paliativa.

DISCUSIÓN

Las metástasis cutáneas que provienen de tumores primarios de algún órgano sólido invaden la piel mediante diseminación linfática, hematogena o por contigüidad.⁴

Se ha reportado una incidencia del 0.5 al 10.4% de todas las neoplasias.⁵ La mayoría de los casos son indoloros, se manifiestan como lesión única en una región anatómica específica. Los sitios más comunes de metástasis cutáneas son el tórax, el abdomen, la cabeza y el cuello.^{5,6}

Las metástasis pueden manifestarse simultáneamente al tumor primario denominándose sincrónicas o metacrónicas cuando aparecen tras años de diagnóstico e, incluso, pueden ocurrir como primer signo de manifestación ante un tumor maligno.^{2,7}

La frecuencia de aparición es variable en cada sexo; sin embargo, el cáncer de mama es el principal tumor primario que ocasiona metástasis cutáneas en mujeres hasta en un 69%, como el caso comunicado; seguido del intestino grueso (9%), melanoma (5%), cáncer de pulmón (4%) y de ovario (4%).²

Las metástasis cutáneas del cáncer de mama tienen diversas formas clínicas, entre ellas el carcinoma nodular metastásico, telangiectásico, inflamatorio o erisipeloide, en coraza, alopecia metastásica, enfermedad de Paget del pezón y la areola y metástasis zosteriformes.⁸

La variante de carcinoma metastásico en coraza (carcinoma en *cuirasse*) es una forma rara que ocurre en el 0.7 al 9% de las metástasis cutáneas en la mama. Es una forma agresiva y de mal pronóstico, con infiltración cutánea y subcutánea que puede afectar las regiones cercanas al tumor primario, con mayor frecuencia el tórax, el cuello, las axilas, las extremidades

y el abdomen; mediante extensión directa del tumor, diseminación linfática, embolización vascular o implantación quirúrgica posterior de una mastectomía.^{9,10}

Se distingue por una neoformación con aspecto de placa lisa eritematosa, violácea, esclerodermiforme con pápulas y nódulos en forma aislada, característicamente se encuentra un aspecto morfeiforme,⁸ como en el caso comunicado.

En el 6% de los casos es el signo inicial de la enfermedad,^{9,10} como el caso comunicado, en el que el tumor primario se manifestó inicialmente con una lesión de aspecto pápulo-nodular, que posteriormente progresó a linfedema que afectaba toda la extremidad derecha y el cuadrante superior externo de la mama derecha.

La característica principal de esta metástasis es su induración esclerodermiforme en la piel,¹⁰ por lo que con base en la similitud a una armadura, se le nombró en coraza; Velpeau la describió en 1838. En la paciente la consistencia de la placa era pétreo, eritematosa, lo que hizo sospechar el diagnóstico de manera inicial.

El diagnóstico diferencial clínico incluye tumores primarios benignos o malignos, como granuloma piógeno, carcinoma epidermoide, melanoma y angiosarcoma.^{8,11}

El angiosarcoma es muy similar al carcinoma en coraza porque se origina ante la existencia de linfedema crónico. Es un tumor raro, predomina en mujeres, con intervalo de edad de 65 a 70 años,^{11,12} por lo que se incluyó en el diagnóstico diferencial del caso que comunicamos. En términos clínicos, se encuentra una dermatosis caracterizada por exantema maculopapular multifocal, de coloración purpúrea.^{13,14}

Dentro del estudio de un tumor primario desconocido, una consideración habitual es el

carcinoma de mama, al ser el tumor más frecuente en la mujer, orientando el sitio de metástasis.

En el carcinoma en coraza se observa infiltración intersticial de células epiteliales atípicas en un patrón nodular o en pequeños grupos en una disposición lineal de haces de colágeno diseccionados que se conoce como fila india. Estas células en ocasiones son confundidas con fibroblastos, aunque son más angulados, largos y con un núcleo basófilico más profundo.¹⁵

El desarrollo en marcadores de inmunohistoquímica ha contribuido a la localización del origen del tumor primario; los receptores hormonales, la mamoglobina y la proteína GCDFP-15 (*gross cystic disease fluid protein 15*), también conocida como proteína inductora de prolactina.¹⁵

La proteína líquida de enfermedad quística macroscópica 15 (GCDFP-15) es una glucoproteína de 15 kDa presente en varios fluidos orgánicos (saliva, leche, líquido seminal); se considera un marcador de diferenciación apocrina y la describieron originalmente Pearlman y su grupo. Es un marcador muy útil para el diagnóstico, con alta especificidad, de más del 90%, y sensibilidad moderada, entre el 60 y el 70%, en el carcinoma de mama.¹⁵⁻¹⁸ Por lo que en el caso que comunicamos la proteína líquida de enfermedad quística macroscópica 15 (GCDF-15) fue positiva.

Las metástasis cutáneas en la mama suelen indicar estadios avanzados del tumor primario, por lo que son poco respondedores al tratamiento.¹⁹ Se han prescrito tratamientos basados en quimioterapia, radioterapia, hipertermia, antagonistas hormonales y procedimientos quirúrgicos basados en el estadio y variante del tumor primario.^{20,21} Sin embargo, nuestra paciente estaba en la octava década de la vida, con múltiples comorbilidades, por lo que se optó por tratamiento paliativo.

Schoenlaub y su grupo calcularon la mediana de supervivencia en pacientes con carcinoma en coraza desde un tumor primario de mama en 13.8 meses en una cohorte de 64 pacientes con sólo 3.1% de supervivencia en un intervalo de 10 años.²² El pronóstico depende del estadio del cáncer de mama y su respuesta al tratamiento.¹⁹

CONCLUSIONES

Las metástasis cutáneas de cáncer de mama son las más frecuentes; sin embargo, la variedad clínica del carcinoma en coraza es excepcional, de progresión lenta y con pronóstico incierto, por lo que debe establecerse el diagnóstico de manera temprana para poder iniciar el tratamiento oportuno, ya sea quirúrgico o con quimioterapia.

REFERENCIAS

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2020. *CA Cancer J Clin* 2020; 70 (1): 7-30. doi. 10.3322/caac.21590.
2. Méndez-Flores S, Gatica-Torres M, Zamora-González A, Domínguez-Cherit J. Metástasis cutáneas. *Med Int Méx* 2015; 31: 434-440.
3. Farahat A, Mohamed S, Vijay A, Magdy N, et al. Invasive duct carcinoma of the forearm: a rare case of distant, isolated 'carcinoma en cuirasse'. *J Surg Case Rep* 2015; 2015 (6): rjv062. doi. 10.1093/jscr/rjv062.
4. Casimiro LM, Corell JV. Metástasis cutáneas de neoplasias internas. *Med Cutan Iber Lat Am* 2009; 37 (3): 117-129.
5. Habermehl G, Ko J. Cutaneous metastases: A review and diagnostic approach to tumors of unknown origin. *Arch Pathol Lab Med* 2019; 143 (8): 943-957. doi. 10.5858/arpa.2018-0051-RA.
6. Weijin F, Jinjin Z, Jiwen C. Cutaneous and systematic metastasis of testicular choriocarcinoma: Case report and literature review. *Medicine (Baltimore)* 2018; 97 (22): e10736. doi. 10.1097/MD.00000000000010736.
7. Miraglia E, Gerez EM, Gómez SMS, Ibáñez MJ, et al. Metástasis cutáneas: reporte de seis casos. *Med Cutan Iber Lat Am* 2016; 44 (3): 233-239.
8. Hasbún Acuna P, Vial-Letelier V, Correa-Gutiérrez H, Lechuga-Ramírez M, et al. Metástasis cutáneas de cáncer de mama: revisión de la literatura. *Rev Chil Cir* 2016; 69: 84-88. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.06.003>.
9. Oliveira GM, Zchetti DB, Barros HR, Tiengo A, et al. Breast carcinoma en Cuirasse--case report. *An Bras Dermatol* 2013; 88 (4): 608-610. doi. 10.1590/abd1806-4841.20131926.
10. Reich A, Samotij D, Szczęch J, Woźniak Z, et al. Carcinoma en cuirasse as an initial manifestation of inflammatory breast cancer. *Postepy Dermatol Alergol* 2016; 33 (2): 142-145. doi. 10.5114/pdia.2015.48069.
11. García-Arpa M, Flores-Terry MA, González-Ruiz L, Franco-Muñoz M, et al. Carcinoma en coraza por cáncer de mama 17 años después. *Ginecol Obstet Mex* 2017; 85 (12): 834-838. doi. <https://doi.org/10.24245/gom.v85i12.1615>.
12. Abdou Y, Elkhanany A, Attwood K, Ji W, et al. Primary and secondary breast angiosarcoma: single center report and a meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat* 2019; 178 (3): 523-533. doi. 10.1007/s10549-019-05432-4
13. Roy P, Clark MA, Thomas JM. Stewart-Treves syndrome--treatment and outcome in six patients from a single centre. *Eur J Surg Oncol* 2004; 30 (9): 982-986. doi. 10.1016/j.ejso.2004.07.027
14. Marasca C, Fontanella G, Fabbrocini G, et al. A case of Stewart-Treves Syndrome of the lower limbs: The usefulness of dermoscopy. *Int Wound J* 2019; 16 (5): 1237-1238. doi. 10.1111/iwj.13185
15. Xu P, Tan C. Primary breast carcinoma en cuirasse. *J Dtsch Dermatol Ges* 2016; 14 (6): 614-616. doi. 10.1111/ddg.12877
16. Villarreal Salinas J, Ortiz Hidalgo C, Soria Céspedes D. Comparación inmunohistoquímica entre la GCDFP-15 y los receptores para estrógenos y progesterona en el diagnóstico de carcinoma metastásico de la mama [Immunohistochemical comparison between GCDFP-15 and estrogen and progesterone receptors in the diagnosis of metastatic carcinoma of the breast]. *Gac Med Mex* 2012; 148 (3): 213-217.
17. Rollins-Raval M, Chivukula M, Tseng GC, Jukic D, Dabbs DJ. An immunohistochemical panel to differentiate metastatic breast carcinoma to skin from primary sweat gland carcinomas with a review of the literature. *Arch Pathol Lab Med* 2011; 135 (8): 975-983. doi. 10.5858/2009-0445-OAR2.
18. Bhargava R, Beriwal S, Dabbs DJ. Mammaglobin vs GCDFP-15: an immunohistologic validation survey for sensitivity and specificity. *Am J Clin Pathol* 2007; 127 (1): 103-113. doi. 10.1309/TDP92PQLDE2HLEET.
19. Prabhu S, Pai SB, Handattu S, Kudur MH, et al. Cutaneous metastases from carcinoma breast: the common and the rare. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2009; 75 (5): 499-502. doi. 10.4103/0378-6323.55395.
20. Culver AL, Metter DM, Phippen JE Jr. Carcinoma en cuirasse. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2019; 32 (2): 263-265. doi. 10.1080/08998280.2018.1564966.
21. Oldenborg S, Rasch CRN, van Os R, et al. Reirradiation + hyperthermia for recurrent breast cancer en cuirasse. Rebestrahlung + Hyperthermie bei Brustkrebs in Form von Cancer en cuirasse. *Strahlenther Onkol*. 2018;194(3):206-214. doi. 10.1007/s00066-017-1241-7.
22. Schoenlaub P, Sarraux A, Grosshans E, Heid E, et al. Survie après métastases cutanées: étude de 200 cas [Survival after cutaneous metastasis: a study of 200 cases]. *Ann Dermatol Venereol* 2001; 128 (12): 1310-1315.