

Carcinoma epidermoide de dedo con metástasis a mama y región axilar. Reporte de un caso

Omar Jaimes Ramírez,* Arturo Aquino Álvarez,* Ángel Alfonso Fuentes Cristales,*
Mónica Alexandra Rincón Camargo* Ma. del Rosario García Calderón**

RESUMEN

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en las mujeres; sin embargo, las metástasis a este órgano son raras. Por lo tanto, ocasionalmente se piensa en una metástasis cuando una paciente presenta un nódulo mamario. Su diagnóstico por medio de estudios de imagen como la mastografía, el ultrasonido y la distinción entre una malignidad mamaria primaria son importantes debido a que su manejo cambia y en consecuencia el pronóstico. Este trabajo informa sobre el caso de una paciente con antecedente de un carcinoma epidermoide del primer dedo de mano derecha, con metástasis a mama un año posterior a su diagnóstico, evaluando las características clínicas-radiológicas y revisión de la literatura.

Palabras clave: Metástasis, carcinoma epidermoide, diagnóstico.

ABSTRACT

Breast cancer is the most common malignancy in women, however, metastases in the breast are rare. Therefore, we only occasionally think of a metastatic disease when a patient has a mass in the breast. The diagnosis through imaging studies, such as mammography and ultrasound of a metastases to the breast and the distinction of primary breast malignancy are important for the medical clinician, due to possible patient treatment changes as well as patient survival. This paper will evaluate the radiological characteristics and review the case history of a patient who was diagnosed with squamous cell carcinoma of the right thumb and one year later was discovered to have a breast metastases.

Key words: Metastases, squamous cell carcinoma, diagnosis.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en las mujeres; no obstante, las metástasis a este órgano son raras (representan 0.4-2% de todos los tumores primarios en el mismo).^{1,2} Los linfomas (17%), melanomas (15%), rhabdomyosarcomas (12%) son la procedencia más común, seguidos de los procedentes de pulmón (8%) ovario o estómago,³ e infrecuentemente carcinomas de hígado, amígdalas, pleura, páncreas, cérvix, endometrio, vejiga⁴ y de tipo epidermoide.⁵ Por lo tanto, sólo en raras ocasiones

se piensa en una metástasis cuando una paciente presenta alteraciones en la mama. Seung y cols.⁶ en una serie de 18 casos revisados reportaron un caso de tumor epidermoide con metástasis a mama.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 72 años de edad, con antecedentes heredo-familiares de madre finada por cáncer de piel en cara (se desconoce tipo), tabaquismo positivo a razón de 10 cigarros al día, suspendido a los 54 años e hipertensión arterial sistémica de 15 años de evolución. Inició su padecimiento con eritema del primer dedo de mano derecha y posteriormente lesión ulcerada de crecimiento lento que más tarde fue diagnosticada como carcinoma epidermoide invasor, bien diferenciado, de células grandes, queratinizante, patrón de crecimiento endofítico con respuesta inflamatoria moderada, infiltración ósea y permeación vasculo-

* Servicio de Mastografía.

** Jefe de Sección Médica, Mastografía.

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/revmexmastol>

linfática. Se manejó con amputación de primer dedo, sin complicaciones aparentes. Un año más tarde se observaron cambios de coloración en mama derecha de tipo «piel de naranja», así como la palpación de un nódulo firme, motivo por el cual se sospechó de tumoración de la mama, pensando que se tratase de un segundo primario. Se realizó mastografía diagnóstica, la cual reveló tejido mamario de tipo fribroglandular disperso, sin evidencia de nódulos sólidos o microcalcificaciones; sólo se observó engrosamiento de la piel y trabecular de mama derecha acompañada de crecimiento ganglionar ipsilateral (*Figura 1*). Se llevó a cabo ultrasonido mamario, en el cual se identificó engrosamiento de la piel en forma generalizada de esta mama de hasta 6.1 mm (*Figura 2*), además de observarse nódulo irregular, hipoeoico, sugerente de ganglio linfático con pérdida de su cortical (*Figura 3*).

Se realizó biopsia de mama y de ganglio axilar derecho reportando conglomerado ganglionar con metástasis de carcinoma epidermoide poco diferenciado, con infiltración en dermis superficial y profunda de la mama. Se efectuaron marcadores de inmunohistoquímica, siendo negativo para los receptores de estrógenos, receptores de progesterona y receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (Her2)/neu y marcador de inmunohistoquímica P-63 positivo con reacción intensa en células neoplásicas en 100% (*Figura 4*). Estos hallazgos aunados a la clínica apoyaron el diagnóstico de metástasis a región axilar y mama. Se aplicó tratamiento de resección axilar más radioterapia.

DISCUSIÓN

La mayoría de las pacientes tienen documentada una historia previa de cáncer extramamario en el momento en el que ocurre la metástasis en la mama, pero puede ser la primera manifestación de la enfermedad en 25-32% de los casos.^{1,6}

Las metástasis en glándula mamaria son raras, debido al gran contenido de tejido fibroso de este órgano en proporción con su escaso afluente sanguíneo. Pueden ocurrir por dos vías distintas, la linfática que por lo general se produce a través de la pared anterior del tórax y la hematógena.⁴ En el caso de metástasis de un carcinoma epidermoide puede metastatizar generalmente por vía linfática.

No se han identificado factores de predisposición claros que se correlacionen con el desarrollo de la metástasis de mama. El papel de los factores hormonales es discutible; el mecanismo sugerido es que es probable que el estrógeno cause un aumento de la vascularización en el estroma mamario que puede ser un factor predisponente en el desarrollo de metástasis.⁶

Aunque infrecuentes, estas metástasis pueden simular tumores primarios tanto clínica como radiológicamente.³ Por lo general, se manifiestan como nódulos no dolorosos, firmes y de rápido crecimiento, tienden a ser móviles, pero pueden adherirse a la piel. En ocasiones, es posible que los émbolos tumorales permeen los linfáticos de la piel, produciendo un cuadro clínico similar al de un carcinoma mamario de tipo inflamatorio,^{1,6,7} como fue el caso de la paciente que aquí se presenta. Es común que

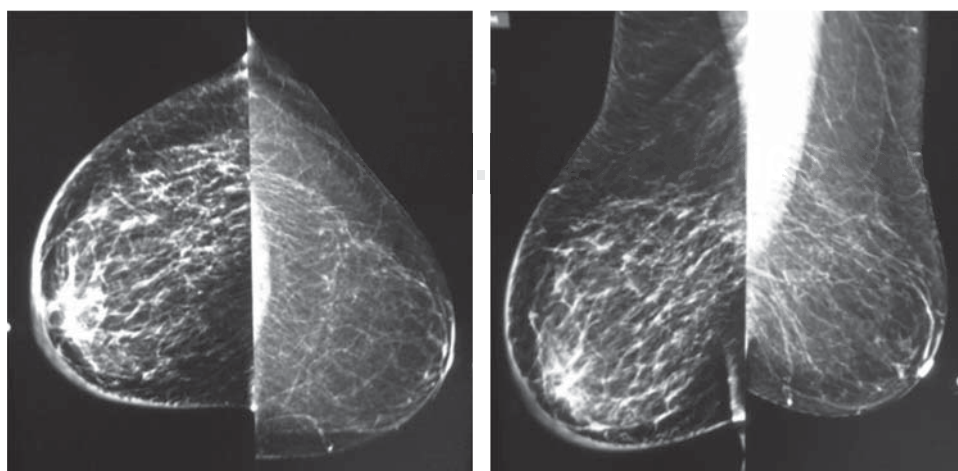


Figura 1. Estudio de mastografía bilateral en el que se evidencia engrosamiento dérmico generalizado de mama derecha, sin evidencia de nódulos, calcificaciones ni distorsión de la arquitectura mamaria.

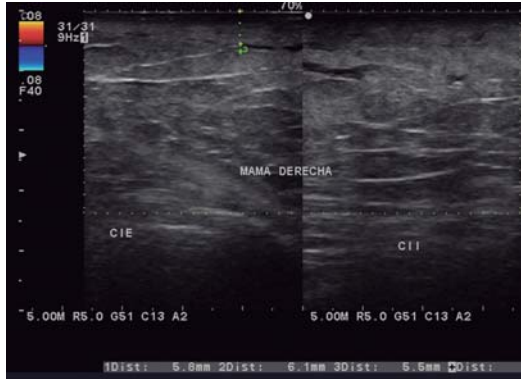


Figura 2. Ultrasonido mamario en el que se observa aumento en el grosor de la piel de la mama derecha que se acompaña también de engrosamiento trabecular.

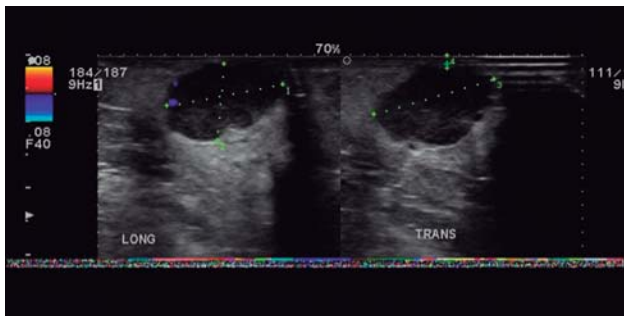


Figura 3. Ultrasonido de región axilar derecha en el que se identifica nódulo oval, heterogéneo, en relación con el ganglio de tipo metastásico con pérdida de su hilio central.

aparezcan adenopatías axilares discretas, indoloras, únicas o múltiples que pueden ser bilaterales^{2,6} y de rápido crecimiento.⁸ Como resultado, a menudo surgen dilemas diagnósticos en la diferenciación de estas neoplasias.²

En la mastografía, la presencia de un nódulo redondeado solitario o de múltiples nódulos ovales con márgenes circunscritos se describe como el patrón más común de metástasis a mama, aunque puede no haber nódulos como es en el caso que se presenta. Es probable encontrar microcalcificaciones en 10% de casos.⁸ En la ecografía se observan típicamente nódulos hipoeoicos, ovales o redondeados, con márgenes circunscritos o microlobulados, con o sin sombra acústica posterior.^{6,8,9}

Algunos autores afirman que las metástasis en mama pueden diferenciarse de las neoplasias primarias en el examen macroscópico, ya que las primeras son redondeadas¹ de contornos circunscritos y las segundas tienden a ser espiculadas; sin embargo, este criterio es relativo, también se han reportado algunos ejemplos de carcinomas de tiroides metastásicos en mama asociados a microcalcificaciones y manifestados en la mastografía.¹

El diagnóstico siempre será histopatológico, procurando que pueda realizarse una biopsia excisional o con aguja gruesa⁸ y en menor medida por aspiración con aguja fina.¹⁰ El papel de la inmunohistoquímica es fundamental para diferenciar estas neoplasias. Se ha observado la expresión del marcador epitelial p63 en algunos carcinomas escamosos como los de la piel, el pulmón y el cuello uterino.¹¹

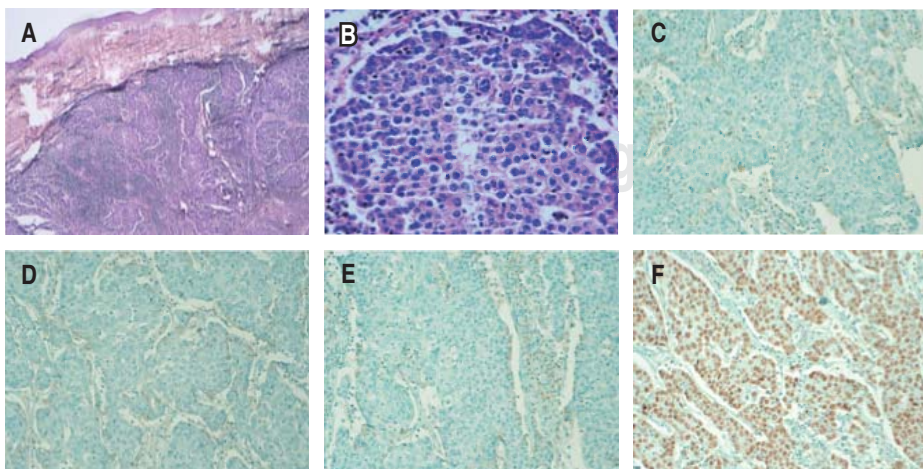


Figura 4. Análisis histológico. **A.** Tinción panorámica en la cual se identifican nidos de células neoplásicas. **B.** Células neoplásicas con atipia y pleomorfismo. **C.** Estudio inmunohistoquímico receptor de estrógenos negativo. **D.** Estudio inmunohistoquímico receptor de progesterona negativo. **E.** Estudio inmunohistoquímico HER2 negativo, y **f.** Estudio inmunohistoquímico p63 positivo.

El pronóstico es generalmente pobre y la mayoría de las pacientes fallecen dentro de los primeros años del diagnóstico.^{1,7} Muy poco se sabe sobre el tratamiento de las pacientes con metástasis no hematológicas a la mama y sobre todo de este tipo,² así como de sus características clínicas y por imagen pues no son específicas.^{7,12} La edad y el tamaño tumoral parecen ser los factores pronósticos más relevantes.¹³

CONCLUSIONES

En conclusión las metástasis a mama de un carcinoma epidermoide son tumores muy agresivos y poco frecuentes. Consideramos que son necesarios futuros estudios para establecer un protocolo de tratamiento adecuado, además de que no existe un patrón específico en los hallazgos por imagen como elemento diagnóstico.

Agradecimientos

Agradecimiento al Servicio de Patología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre por su colaboración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarado CI, Sánchez VAE, Mohs AM. Metástasis mamaria de un adenocarcinoma colónico: informe de un caso y revisión de la literatura. *Gac Med Mex.* 2011; 147: 361-364.
2. Vaughan A, Dietz JR, Moley JF, Debenedetti MK, Aft RL, Gillanders WE et al. Metastatic disease to the breast: the Washington University experience. *World J Surg Oncol.* 2007; 5: 74.
3. Sancho B, Guerra A, Hernández L, Idrovo F, Noguero R, Gallego M y cols. Metástasis en mama de melanoma maligno cutáneo. *Prog Obstet Ginecol.* 2011; 54 (7): 371-375.
4. Mun SH, Ko EY, Han BK, Shin JH, Kim SJ, Cho EY. Breast metastases from extramammary malignancies typical and atypical ultrasound features. *Korean J Radiol.* 2014; 15 (1): 20-28.
5. Dinehart SM, Pollack SV. Metastases from squamous cell carcinoma of the skin and lip. An analysis of twenty-seven cases. *J Am Acad Dermatol.* 1989; 21: 241-248.
6. Lee SH, Park JM, Kook SH, Han BK, Moon WK. Metastatic tumors to the breast: mammographic and ultrasonographic findings. *J Ultrasound Med.* 2000; 19 (4): 257-262.
7. Kwak JY, Kim EK, Oh KK. Radiologic findings of metastatic signet ring cell carcinoma to the breast from stomach. *Yonsei Med J.* 2000; 41 (5): 669-672.
8. Lee AH. The histological diagnosis of metastases to the breast from extramammary malignancies. *J Clin Pathol.* 2007; 60 (12): 1333-1341.
9. Solaini L, Bianchi A, Filippini L, Lucini L, Simoncini E, Ragni F. A mammary nodule mimicking breast cancer. *Int Surg.* 2014; 99 (3): 200-202.
10. Garza GR, Mendez ON, Flores JP, Hernandez MS, Candanosa MM, Ancer RJ et al. Fine needle aspiration biopsy diagnosis of metastatic neoplasms of the breast. A three-case report. *Cytojournal.* 2005; 2: 17.
11. Fuertes L, Santoja C, Kutzner H, Requena L. Inmunohistoquímica en dermatología: revisión de los anticuerpos utilizados con mayor frecuencia (parte I). *Actas Dermosifiliogr.* 2013; 104 (2): 99-127.
12. Feder JM, de Paredes ES, Hogge JP, Wilken JJ. Unusual breast lesions: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics.* 1999; 19: S11-S26.
13. Guzmán MM, Cano CA, Martínez PN, Martínez GE, Heron IS, Nieto DA y cols. Cáncer epidermoide de mama: una entidad que se debe estudiar. *Prog Obstet Ginecol.* 2012; 55 (4): 181-184.

Correspondencia
Dr. Omar Jaimes Ramírez
Servicio de Mastografía
CMN 20 de Noviembre, ISSSTE.
Av. Félix Cuevas Núm. 540,
Col. Del Valle, 03229,
Del. Benito Juárez, México, D.F.
Tel. 5200-50-03, ext. 86859
E-mail: ojaimesr@yahoo.com