

ARTÍCULO ESPECIAL

Lesiones cutáneas en paciente con antecedente de cáncer de mama. La importancia del diagnóstico diferencial

Gómez-Sánchez L¹, Gómez-Sánchez T²,
Arroyo-Fernández FJ³, López-Gómez EA⁴,
Sáenz de tejada Valdivia P⁵

¹Centro de Salud San Roque. Hospital La Línea de la Concepción

²Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción

³Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital La Línea de la Concepción

⁴Centro de Salud San Roque. Hospital La Línea de la Concepción.

⁵Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción.

CORRESPONDENCIA

Tatiana Gómez Sánchez

E-mail: tgomezsanchez@hotmail.com

Recibido el 19-09-2016; aceptado para publicación el 5-12-2016

Med fam Andal. 20167 1: 71-73

Palabras clave

Cáncer, mama, diagnóstico, piel, lesión, cutánea, recidiva.

Resumen

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en la mujer. A pesar de que solamente del 5 al 10% de las pacientes presentan enfermedad a distancia al diagnóstico, la mayoría de las pacientes que desarrollan metástasis a lo largo de su proceso oncológico debutan con un estadio precoz del cáncer de mama. Las metástasis cutáneas de

tumores sólidos son infrecuentes, sin embargo, la incidencia de metástasis cutáneas por cáncer de mama asciende hasta el 23,9%. El diagnóstico diferencial de estas lesiones es crucial en la consulta de Atención Primaria, ya que suelen aparecer mucho después del diagnóstico inicial y durante el periodo libre de enfermedad de las pacientes. Se presenta el caso clínico de una mujer de 73 años intervenida por cáncer de mama hace 3 años. Acude a consulta de atención primaria por presentar erupción cutánea pruriginosa en el pezón y cuadrante externo de la mama intervenida de dos semanas de evolución. Se realiza biopsia cutánea, informándose como existencia de infiltración dermohipodérmica por carcinoma

pobrementemente diferenciado. Conclusiones: dentro de la gran variedad de patología dermatológica que puede encontrarse en una consulta de Atención Primaria, existen manifestaciones cutáneas de enfermedades sistémicas, entre ellas, las enfermedades oncológicas. Una buena anamnesis permitirá realizar un diagnóstico y un tratamiento precoz al paciente, disminuyendo la morbilidad y aumentando la supervivencia y la calidad de vida.

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en la mujer, y la segunda causa de muerte por cáncer tras el cáncer de pulmón¹. A pesar de que solamente del 5 al 10% de las pacientes presentan enfermedad a distancia al diagnóstico, la mayoría de las pacientes que desarrollan metástasis a lo largo de su proceso oncológico debutan con un estadio precoz del cáncer de mama². Las metástasis cutáneas de tumores sólidos son infrecuentes, con una incidencia entre el 0,7 y el 10,4%³ dependiendo de las características del tumor primario y del paciente. Sin embargo, la incidencia de metástasis cutáneas por cáncer de mama asciende hasta el 23,9%³. Estas pueden presentarse como extensión directa del tumor, síndrome paraneoplásico o en forma de dermatosis. El tórax y abdomen son las localizaciones más frecuentes, aunque también pueden presentarse en la región cervical y extremidades superiores^{2,3}.

El diagnóstico diferencial de estas lesiones es crucial en la consulta de Atención Primaria, ya que suelen aparecer mucho después del diagnóstico inicial y durante el periodo libre de enfermedad de las pacientes. La frecuencia y la alta supervivencia de este tipo de tumores hacen que estas lesiones puedan aparecer años después de finalizar incluso el tratamiento adyuvante y el seguimiento a largo plazo por parte de Oncología Médica y Cirugía de la Mama, siendo el médico de Atención Primaria la piedra angular en el diagnóstico de una recidiva.

La recogida de los antecedentes personales de la paciente, así como valorar la posibilidad diagnóstica son dos elementos clave en el diagnóstico de las metástasis cutáneas por cáncer de mama.

Se presenta el caso clínico de una mujer de 73 años sin alergias conocidas, con antecedentes personales de dislipemia e intervención por

cáncer de mama hace 3 años. El primer diagnóstico se realizó tras ser remitida a la consulta de Cirugía de la Mama por sensación de masa en la región inferior de la mama derecha. Tras estudio radiológico se evidenció una lesión sospechosa y se realizó una biopsia con aguja gruesa (BAG), que resultó positiva para Carcinoma Ductal Infiltrante sin extensión axilar. Tras cirugía conservadora y biopsia selectiva de ganglio centinela negativa se estadifica el tumor como pT2pN0cM0, Estadio IIA, con receptores hormonales positivos y Her2neu negativo. La paciente recibió radioterapia y hormonoterapia adyuvantes, pero rechazó la quimioterapia. Finalizando el tratamiento con radioterapia y en tratamiento con hormonoterapia (letrozol) la paciente se encuentra libre de enfermedad durante 3 años.

En la actualidad, acude a consulta de atención primaria por presentar erupción cutánea en el pezón y cuadrante externo de la mama intervenida (figura 1). A la exploración se evidencian lesiones rosadas, papulares y descamativas de 1 cm de diámetro algo pruriginosas asociándose a retracción del pezón y areola, que habían sido normales hasta dos semanas antes de la consulta. Es derivada con carácter preferente a Oncología Médica que deriva a la paciente a Cirugía de la Mama para realizar BAG en zona lesionada. El estudio anatomopatológico revela la existencia de infiltración dermohipodérmica por carcinoma pobremente diferenciado, estudio inmunohistoquímico con receptores hormonales positivos, Human Epidermal Growth Factor (Her2neu) negativos. Ante estos resultados se realiza estudio de extensión que resulta negativo por lo que se trata a la paciente con quimioterapia (taxanos y gemcitabina) y segunda línea de hormonoterapia con fulvestrant.

La forma de presentación más frecuente de metástasis cutánea por cáncer de mama es en forma de nódulo cutáneo.

Un estudio realizado por Mordenti et al⁴ señaló que un 80% de los pacientes con metástasis cutáneas eran en forma de nódulo. Éstos suelen ser duros, ovalados o redondeados, firmes en la piel, aunque no adheridos a tejidos profundos y con una textura ligeramente rugosa^{3,4}. Pueden ser solitarios, aunque frecuentemente son múltiples y de coloración rosada-marróncea^{3,4}.

Otras presentaciones de metástasis cutánea por cáncer de mama son el carcinoma teleangiectásico, el carcinoma erisipeloides y el carcinoma escirroso. El primero se caracteriza por pápulas pruriginosas que se acompañan de teleangiectasias vasculares. El carcinoma erisipeloides se conoce también con el nombre de carcinoma metastásico inflamatorio. Se caracteriza por la aparición de placas eritematosas, calientes, con bordes bien definidos. El carcinoma escirroso aparece como placas induradas, dispersas, habitualmente en tórax^{2,5}.

El diagnóstico definitivo de estas lesiones es histológico. Ante una lesión sospechosa, debe realizarse una biopsia de piel. El examen histológico suele mostrar agregados de células neoplásicas, con inmunohistoquímica compatible con un carcinoma de mama.

Tras el diagnóstico es recomendable realizar un estudio de extensión a la paciente, para valorar enfermedad en otras localizaciones.

El tratamiento, al igual que la aparición de metástasis a distancia en otras localizaciones, es sistémico. La inmunohistoquímica revelará el estado de los receptores hormonales (de estrógeno y progesterona) y el Her2Neu^{2,6}. La positividad de los receptores hormonales determinará la eficacia del tratamiento hormonal a la paciente. La positividad del receptor HER2 permitirá el uso de terapias diana, como el trastuzumab. Ante la negatividad de estos factores, el tratamiento de elección es la quimioterapia, dependiendo de la extensión de la enfermedad a distancia. En pacientes que no hayan recibido radioterapia previamente, ésta es una opción para intentar controlar la enfermedad local⁶.

En conclusión, debe tenerse en cuenta que dentro de la gran variedad de patología dermatológica que puede encontrarse en una consulta de Atención Primaria, existen manifestaciones cutáneas de enfermedades sistémicas, entre ellas, las enfermedades oncológicas. El desarrollo de una buena anamnesis, recogiendo los antecedentes del paciente, y teniendo en cuenta la posibilidad diagnóstica, permitirá realizar un diagnóstico y un tratamiento precoz al paciente, disminuyendo la morbilidad y aumentando la supervivencia y la calidad de vida.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. American cancer society. Cancer facts & figures 2015. Atlanta, American Cancer Society, 2015.
2. Tan, Antoinette. Cutaneous manifestations of breast cancer. Seminars in oncology 2016; 43:331-334.
3. Benmously R, Souissi A, Badri T, Ben Jannet S, Marrak H, Mokhtar I, et al. Cutaneous metastasis of internal cancer. Acta Dermatovenereol Alp Panonica Adriat 2008; 17(4): 167-70.
4. Modentic C, Peris K, Concerta Fargnoli M. Cutaneous metastatic breast carcinoma. Acta Dermatovenereol 2000; 9:143-48.
5. De Giorgi V, Grazzini M, Alfaiolli B, Savarese I, Corciova SA, Guerriero G, et al. Cutaneous manifestations of breast carcinoma. Dermatologic Therapy 2010; 23:581-89.
6. National Comprehensive Cancer Network. <http://www.nccn.org>. Acceso junio 2016.

Figura 1. Lesiones papulares eritematosas en región centromamaria. Puede observarse un engrosamiento en la piel del complejo areola-pezones y la retracción de la zona retroareolar hacia cuadrantes internos

