

CASO CLÍNICO

Metástasis cutánea por Adenocarcinoma de mama: Reporte de dos casos.

Dra. María Belén Estrella,* Dra. María Belén Andino,** Dr. Vladimir Preciado,** Dr. Juan Carlos Garcés,**
Dr. Enrique Úraga****

- * R2 Postgrado Dermatología de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil
- ** Médico Dermatólogo Centro Privado de Piel “Dr. Enrique Úraga P.”
- *** Médico dermatopatólogo del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil
- **** Director de postgrado de Dermatología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil/ Jefe del Departamento de Dermatología Hospital Luis Vernaza/ Director del centro privado de piel “Dr. Enrique Úraga P.”

RESUMEN

La metástasis cutánea sugiere la existencia de un tumor primario en otra parte del cuerpo, y se caracteriza por la infiltración de la piel por un proceso neoplásico maligno cutáneo o extra cutáneo. El tumor que más comúnmente metastatiza piel corresponde al cáncer de mama con una incidencia superior al 20%.

Presentamos dos casos de pacientes femeninas, ambos debutaron con lesiones en piel. Uno de ellos corresponde a una paciente cuyo cuadro inició como un brote herpetiforme acompañado de dolor y prurito. El resultado del estudio histopatológico reveló carcinoma mucinoso de mama. El segundo caso con antecedente de mioma nodular mamario derecho, presentó una placa eccematosa ulcerada cubierta por costra periareolar; cuya confirmación histopatológica fue compatible con piel infiltrada por carcinoma ductal de mama.

A pesar de que las metástasis cutáneas representan del 1-5% de las lesiones cutáneas en dermatología, son más frecuentes cuando son originadas por cáncer de mama. Debido a su diverso patrón de presentación clínica como nódulos únicos o múltiples, placas, lesiones ampollares, entre otras; pueden enmascarar y hasta imitar otras patologías. En algunos casos pueden debutar como la única manifestación de cáncer oculto o enfermedad diseminada. A causa de su forma de presentación confusa, es importante que el dermatólogo considere a las metástasis cutáneas dentro de su diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas en mama.

Palabras clave: Metástasis cutánea, Adenocarcinoma de mama

INTRODUCCIÓN

La piel puede proporcionar información útil sobre la presencia de enfermedades sistémicas. La metástasis cutánea sugiere la existencia de un tumor primario en otra parte del cuerpo, y se caracteriza por la infiltración de la piel por un proceso neoplásico maligno cutáneo o extra cutáneo.⁽¹⁾ El tumor primario en la metástasis cutánea de mama se asienta en la propia mama o menos comúnmente es extramamario, con una incidencia del 0,7%–10,4%.^(2,3)

A pesar de que las metástasis cutáneas representan del 1–5% de las lesiones cutáneas en dermatología, son más frecuentes cuando son originadas por cáncer de mama; ya que éste es el tumor que más comúnmente metastatiza piel con una incidencia superior al 20%.^(2,4)

Los tumores primarios de mama metastatizan piel a través de: diseminación hemática, linfática, por invasión directa de tejidos adyacentes e implantación iatrogénica a través de procedimientos quirúrgicos.^(4,5)

CASO CLÍNICO

Presentamos dos casos de pacientes femeninas, ambos debutaron con lesiones en piel. El primer caso corresponde a una mujer de 80 años, hipertensa, cuyo cuadro inició posterior a un brote de herpes zoster. El mismo que persistió como una erupción maculopapulosa de distribución herpetiforme en mama derecha. En el borde superior de pezón del mismo lado se asientan algunas pápulas eritematovioláceas, retracción del mismo y alrededor costras amarillentas y grietas (Figura 1). A la palpación bimanual de la mama se evidenció dolor más presencia de masa, acompañado de prurito ocasional. Destacaba entre sus exámenes una



Figura 1: Erupción maculopapulosa en mama derecha de distribución herpetiforme. En el borde superior del pezón se asientan unas pápulas eritematovioláceas.

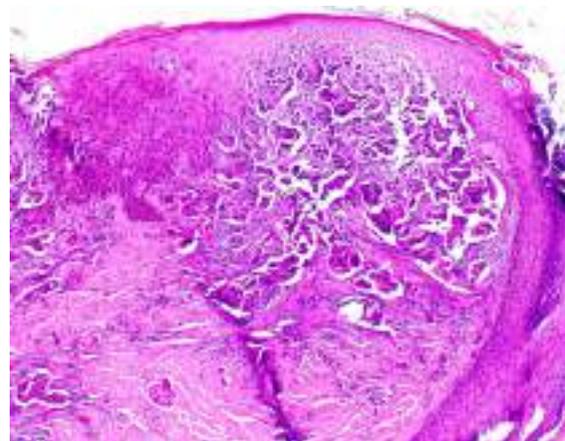


Figura 2: Histopatología de piel infiltrada por adenocarcinoma mucinoso de mama.

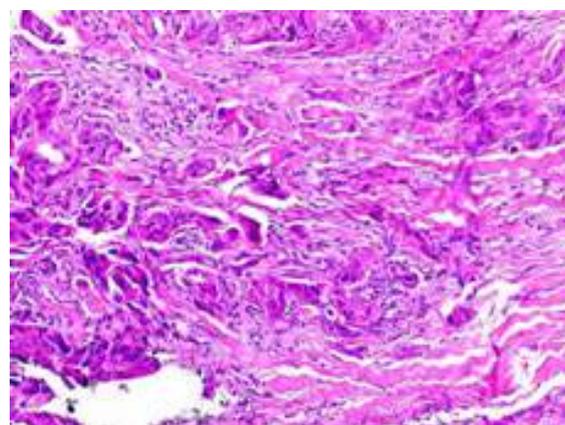


Figura 3: HE que muestra dermis infiltrada por neoplasia maligna de estirpe epitelial compuesta por grandes mantos de mucina extracelular en el que destacan nidos de células flotantes dispuestas en mórulas



Figura 4: placa eczematosa, ulcerada en cuadrante superior de mama derecha cubierta por costra mielicérica periareolar.

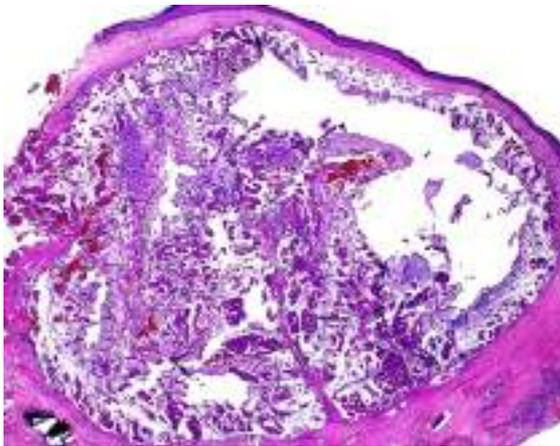


Figura 5: Histopatología de piel infiltrada con carcinoma ductal de mama.

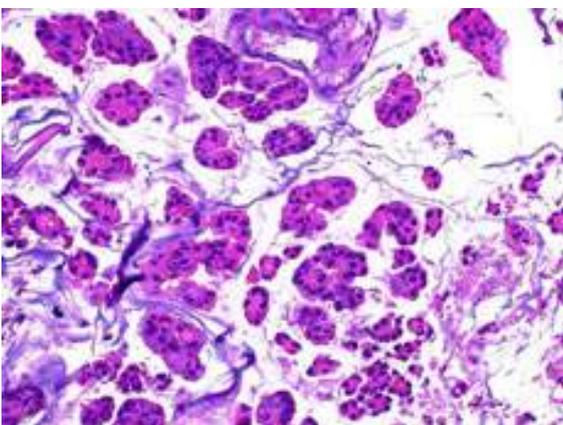


Figura 6: HE que muestra nidos irregulares de células poligonales con marcada anisocitosis y anisocariosis, citoplasma eosinofílico y presencia de mitosis.

mamografía que mostraba calcificaciones y engrosamiento retroareolar. Se realizó biopsia de la lesión, el estudio histopatológico reveló epidermis sin alteraciones. Dermis infiltrada por grandes mantos de mucina extracelular en el que destacan nidos flotantes de células epiteliales dispuestas en mórulas. Las células presentan citoplasma eosinofílico y núcleo denso e hiper cromático. Compatible con piel infiltrada por adenocarcinoma mucinoso de mama (Figura 2 y 3).

El segundo caso es sobre una mujer de 37 años de edad con antecedente de fibroadenoma en mama derecha. Hace 2 meses debutó con una placa eczematosa, ulcerada en cuadrante superior de mama derecha cubierta por costra mielicérica periareolar que supuraba material seroso; acompañado de prurito y dolor (Figura 4). A la palpación los ganglios axilares se encontraban aumentados de tamaño. Se tomó biopsia de la lesión, cuya histopatología reveló dermis infiltrada por neoplasia maligna de estirpe epitelial. Se aprecian nidos irregulares de células poligonales con marcada atipia que infiltran el intersticio dérmico y epidermis. Además se identifican permeaciones vasculares linfáticas. Compatible con piel infiltrada con carcinoma ductal de mama (Figura 5 y 6). Ambos pacientes fueron derivados a oncología.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En algunos casos las metástasis cutáneas corresponden al signo inicial que nos permite diagnosticar una neoplasia interna o pueden debutar como la primera o única manifestación de cáncer oculto, enfermedad diseminada o recidiva.^(4,5) El 6,3% de los pacientes con cáncer de mama tienen compromiso cutáneo al momento del diagnóstico del tumor primario y el 3% manifiesta lesiones en piel como signo inicial.⁽⁵⁾

Las metástasis cutáneas son más frecuentes en hombres por melanoma y cáncer de pulmón y en mujeres por cáncer de mama, como es el caso de nuestras pacientes (tabla 1).⁽⁵⁾ La mayoría de las metástasis ocurren en una región del cuerpo cercana al tumor primario.⁽⁶⁾ El cáncer de mama va a metastatizar más frecuentemente la pared anterior del tórax y abdomen y menos comúnmente piel cabelluda, cuello y extremidades.⁽⁶⁾

Tabla 1.

FRECUENCIA DE METÁSTASIS CUTÁNEAS EN MUJERES SEGÚN EL TUMOR PRIMARIO	
CÁNCER DE MAMA	69%
CÁNCER DE INTESTINO DELGADO	9%
CÁNCER DE PULMÓN	4%
CÁNCER DE OVARIOS	4%

El cáncer de mama que metastatiza a la pared del tórax tiene diferentes formas de presentación clínica. Las lesiones se pueden presentar como máculas, placas infiltradas o induradas, lesiones discoides, nódulos con telangiectasias, formas ampollosas o papuloescamosas y tumores pigmentados.⁽⁵⁾ Es decir, que debido a su diverso patrón de presentación clínico lo gran enmascarar y hasta simular otras patologías.⁽⁷⁾

Las metástasis cutáneas de origen mamario, se han agrupado clinicopatológicamente en las denominadas “clásicas” y el segundo grupo corresponde a las formas menos usuales, por eso denominadas “atípicas.”⁽⁷⁾ Dentro de las formas clásicas destacan: la erisipeloide, teleangiectásica, nodular y en coraza. Las formas atípicas están constituidas por las va-

riantes ampollares, cicatrizales, umbilicadas, papulares de distribución zosteriforme y una variante alopécica, resultado de la invasión del cuero cabelludo por células neoplásicas.^(2,7)

Ocasionalmente las lesiones de piel pueden simular metástasis, así como lesiones que dan metástasis a distancia se confunden con lesiones benignas. Morfológicamente parecen tumores de piel benignos como nódulos, dermatitis, pérdida del cabello, edema periorbitario y escleroderma. De igual manera asemejan infecciones bacterianas como celulitis y erisipela, virales como infección por herpes zoster.⁽⁸⁾ Debido a su configuración anular incluso se debe descartar tiña corporis o lupus subagudo cutáneo. También imitan lesiones vasculares como linfangioma circunscrito.^(4,7,9)

El manejo de las metástasis cutáneas debe ser multidisciplinario. Se debe tratar el tumor primario y brindar cuidados paliativos al paciente. La excisión quirúrgica con vaciamiento ganglionar y radioterapia se encuentran a la cabeza. Entre otras terapias alternativas se considera: nitrógeno líquido, imiquimod, terapia fotodinámica, láser CO2, quimioterapia, bleomicina o cisplatino intralesional.^(7,10)

El pronóstico de la metástasis cutánea es diferente según el origen del tumor primario. Por lo general es pobre debido a la diseminación de la enfermedad. Sin embargo, el cáncer de mama que metastatiza piel tiene una mejor tasa de supervivencia en relación a otros tumores primarios.^(5,10) El tiempo entre el diagnóstico del tumor primario y la aparición de la metástasis es en promedio de dos a tres años.⁽¹¹⁾

En el 50% de casos, la media de supervivencia posterior al diagnóstico es de tres a seis meses.⁽¹⁰⁾

Por todas las consideraciones antes descritas sobre el difícil diagnóstico de ésta entidad, es importante que el dermatólogo considere a las metástasis cutáneas dentro de su diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas de mama.^(3,5)

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez MCF, Parra-blanco V, Izquierdo JAA. Metástasis cutáneas de origen visceral. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104(10): 841-853
- Whitaker-Worth D, Carlone V SW y cols. Dermatologic diseases of the breast and nipple. *J Am Acad Dermatology.* 2000;43(5):733-54
- Vincenzo De Giorgi, Marta Grazzini, Barbara Alfaioli, Imma Savarese S. Cutaneous manifestations of breast cancer. *Dermatol Therapy.* 2010;23:581-9.
- Afroze R, Akram M, Siddiqui SA. Papular skin lesions: Clue to a recurrence of breast cancer on fine needle non-aspiration cytology (FNNAC). 2015; 32 (1):68-70
- Siqueira V, Frota A, Maia I, Queiroz H y cols. Cutaneous involvement as the initial presentation of metastatic breast adenocarcinoma-Case report. 2014; 89(6):960-963
- Yin C, Wong B, Helm MA, Kalb RE, Helm TN, Zeitouni NC. The Presentation, Pathology, and Current Management Strategies of Cutaneous Metastasis. *North American Journal Medical Science.* 2013;5(9):499-504
- Uria M, Chirina C, Rivas D. Presentación clínica inusual de metástasis cutánea de carcinoma mamario A propósito de un caso. *Rev Argentina Dermatol* 2009; 90: 230-236
- Riahi R, Cohen P. Clinical Manifestations of Cutaneous Metastases: A Review with Special Emphasis on Cutaneous Metastases Mimicking Keratoacanthoma. *American Journal Clinical Dermatology* 2012; 13 (2): 103-112
- Yaghoobi R, Lal K, Ranjbari N, Sohrabian N, Feily A. Inflammatory breast carcinoma presenting with two different patterns of cutaneous metastases: Carcinoma telangiectaticum and carcinoma erysipeloides. *The journal of Clinical and Aesthetic Dermatology* 2015; 8 (8): 47-51
- Benmously R, Souissi A, Badri T y cols. Cutaneous metastases from internal cancers. *Acta Dermatoven APA* 2008; 17 (4); 167-170
- Bittencourt M, Carvalho A, Nascimento B y cols. Cutaneous metastasis of a breast cancer diagnosed 13 years before. *Anais Brasileiros de Dermatologia* 2015; 90 (1):1-4