

PRESENTACION CLÍNICA INUSUAL DE METÁSTASIS CUTÁNEA DE CARCINOMA MAMARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

INUSUAL CLINICAL PRESENTATION OF CUTANEOUS METASTASIS FROM BREAST CARCINOMA. A CASE REPORT

M I URÍA *, C N CHIRINO ** y D J RIVAS ***

SUMMARY Cutaneous metastasis (CM) are prominent clinical entities; they represent almost 1% to 5% of skin lesions observed in Dermatology, also can be the first clinical sign of a hidden tumor. They are usually multiple, painless, and its clinical presentation is varied. Eventually any malignancy can spread to the skin but as a direct relationship between the origin of the MC and the frequency of tumors. In women in the foreground is the origin breast (in man that place is occupied by lung tumors), then find those from the gastrointestinal tract, kidney and oral cavity. The aim of this paper is to report a case of metastatic breast carcinoma origin with unusual clinical presentation.

KEY WORDS: skin metastasis, metastatic breast carcinoma.

Rev Argent Dermatol 2009; 90: 230-236.

INTRODUCCIÓN

Si bien su diagnóstico se ha ido incrementando en los últimos años, las Metástasis Cutáneas (MC) no son entidades frecuentes; el mismo reviste importancia pues refleja la existencia de un tumor interno y además en cier-

tas ocasiones es la primera o la única manifestación de un cáncer oculto.¹

Se reconoce a la piel como asiento de MC de un gran número de neoplasias malignas fundamentalmente de los carcinomas, aunque clínicamente se detectan también hasta en un 5 al 10 % de otros tumores viscerales².

Existen publicaciones con varias series de metástasis cutáneas: Helwig³, señala al pulmón como principal agente productor de MTT. Lockingbill⁴, destaca al cáncer de mama como el más frecuente. En la serie de Bronstein las MC de mama en las mujeres ronda el 69%, seguida por las de pulmón en el varón y luego por las originadas en el tracto gastrointestinal y ovarios, siendo los tumores de tiroides y los neuroendócrinos menos frecuentes; en realidad estos datos muestran que las metástasis están en íntima relación con la edad y el sexo del paciente^{1,2}.

Las MC usualmente no se presentan de inmediato al iniciarse el tumor primario y se

* Médico Anatómopatólogo.
Policlínico Regional J D Perón.

** Médico Dermatólogo por Concurso.
Jefe del Servicio de Dermatología.
Policlínico Regional J D Perón.

*** Médico Anatómopatólogo.
Jefe Servicio Anatomía Patológica.
Policlínico Regional J D Perón.

e-mail: canechi01@hotmail.com

ha demostrado que suelen aparecer cerca de los 36 meses posteriores², situación directamente relacionada con el pronóstico.

Las células tumorales alcanzan la piel por tres vías de diseminación: la hemática, la linfática y por contigüidad. Los carcinomas eligen normalmente la vía linfática y llegan a zonas de la piel cercanas; así las MC de mama adoptan como residencia la piel del tórax. Las MC que discurren por la ruta hemática generalmente llegan a zonas cutáneas más alejadas.^{1,5,6}

Según su frecuencia de aparición las MC de origen mamario se han agrupado en las denominadas "clásicas", donde se incluyen la variante erisipelatoide o inflamatoria, resultado de la obstrucción masiva de los vasos linfáticos, del edema local asociado y la variante llamada telangiectásica. Más tardíamente aparecen otras formas clínicas menos frecuentes: la nodular y la "en coraza", de aspecto esclerodermiforme, cuyo primario puede estar ubicado tanto en mama como en páncreas. Esta forma resulta de gran interés pues semeja una esclerodermia localizada o morfea, por lo que puede ser confundida clínicamente.

El segundo grupo corresponde a las formas clínicas menos usuales, por eso denominadas "atípicas", constituidas por formas ampollares, cicatrizales, umbilicadas, papulares con distribución zosteriforme y una variante alopecica, resultado de la invasión del cuero cabelludo por células neoplásicas^{7,8}, que puede tener como fuente a los carcinomas de mama, pulmón o riñón⁷.

Los hallazgos histológicos están en estrecha relación con el tipo de tumor fuente de la metástasis, habitualmente los de mama adoptan un patrón sólido, glanduliforme, en fila, otra veces pueden ser observados como émbolos en las luces vasculares. En varias ocasiones las células tumorales metastásicas se tornan indiferenciadas, siendo necesarias técnicas de inmuno-marcación para determi-

nar con certeza el origen.

Crucial importancia reviste el significado de la aparición de una MC, pues este signo indica la presencia de una enfermedad diseminada en estado avanzado y una sobrevida muy acotada, usualmente menor a los doce meses^{1,2,9}.

OBJETIVOS

- Se presenta un caso de metástasis cutánea originada en un tumor primario de mama, el cual ha adoptado una forma clínica inusual.
- Se informa su rápida evolución.
- Se realiza revisión bibliográfica y actualización del tema.

MATERIALES Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer de 57 años de edad, quien ingresó al Servicio de Clínica Médica en mal estado general, con gran astenia y disnea. La paciente registraba varias internaciones anteriores por anemia crónica de etiología desconocida, las que habían sido tratadas con sulfato ferroso y ácido fólico sin resultado satisfactorio. No había sido sometida a ningún acto quirúrgico previamente. En el curso de la última internación, aparecieron en la piel de la región preesternal cuatro formaciones asintomáticas de consistencia gomosa, cuyo tamaño oscilaba entre 0.5 a 1.5 cm. Es consultado el Servicio de Dermatología y con la sospecha clínica de MC de un primitivo ignorado, se decide realizar una toma biopsica. La paciente sufrió un empeoramiento de su estado clínico y la biopsia tuvo que ser postergada durante tres semanas; en ese lapso, la mama izquierda insinuó cierta umbilicación del pezón y se hace más ostensible una induración localizada en el cuadrante inferoexterno de la misma, se palpan



Fig 1: Metástasis cutáneas múltiples.

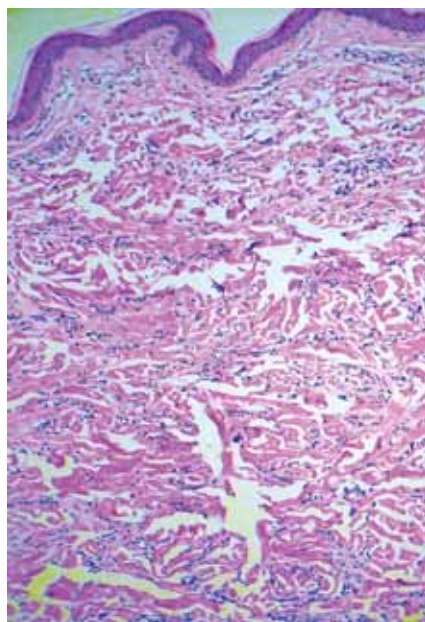
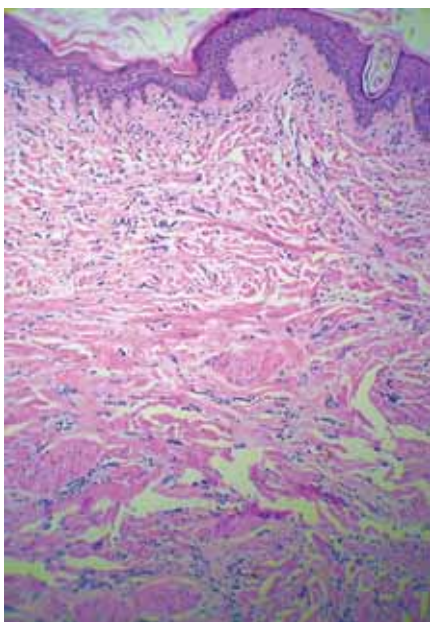


Fig 2: microfotografías con técnica H/E con lupa muestra los ange de piel con infiltración tumoral.

adenopatías ipsilaterales y en ese momento aparecen de manera “eruptiva” cientos de elementos similares a los cuatro primeros descriptos. La radiografía de tórax mostró en ambos pulmones numerosas imágenes compatibles con metástasis tumorales.

Se realizó una biopsia simple con bisturí de uno de los elementos y el material fue enviado a Anatomía Patológica con los diagnósticos presuntivos de:

1. Metástasis Cutánea de tumor primario desconocido

2. Linfoma cutáneo
3. Leucemia Cutis

En este Servicio se realizó un procesamiento histológico de rutina con inclusión en parafina y cortes con micrótopo, coloreándose con hematoxilina eosina.

Posteriormente se solicitó estudio inmunohistoquímico antígeno-anticuerpo con el siguiente panel: Pan Queratina, Antígeno Común leucocitario y GCPF15.

RESULTADOS

La Anatomía Patológica de la lesión biopsiada describe una losange de piel infiltrada en dermis superficial y profunda, por cordones y grupos de células neoplásicas malignas de mediano tamaño (Figs 2 y 3), con núcleos amplios pleomórficos plasmocitoides (Figs 4 y 5). El estroma adyacente era de tipo colágeno con leve dilatación de vasos (Figs 6 y 7). Los hallazgos sugerían una metástasis cutánea por células neoplásicas, cuya morfología era vinculable a un origen lobulillar mamario. La morfología con estas técnicas de rutina planteaba diagnósticos diferenciales, con otras neoplasias de origen primario como la leucemia cutis, fue necesario realizar técnicas de inmuno-histoquímica:

a- Citoqueratinas: resultaron positivas indicando un origen epitelial; b- el antígeno común leucocitario resultó negativo por lo cual se descarta el origen linfoide y c- el anticuerpo específico GCPF15 para tumor mamario, resultó francamente positivo. La conclusión diagnóstica fue metástasis cutánea de origen lobulillar mamario.

En la mamografía se observó una formación tumoral de límites espiculados BIRDAS V.

La paciente fue derivada al Servicio de Ginecología para completar estudios sin proto-

colo de tratamiento, el empeoramiento clínico fue notable, falleciendo en el lapso de 35 días.

CONCLUSIONES

El carcinoma de origen mamario es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer; casi un 5 al 10% de estas neoplasias generan metástasis cutáneas en algún momento de la evolución, incluido el postquirúrgico reciente o tardío; casi en todos los casos el diagnóstico de tumor de mama es previo a la aparición de la MC^{1,2}, en pocas ocasiones la primera manifestación es la MC, como fue nuestro caso. Si bien los primeros cuatro elementos estaban localizados en la zona torácica siguiendo aparentemente la vía linfática⁶ y aunque hay informes de localizaciones poco usuales como en miembro superior, manos¹⁰ y pierna^{11,12,13} nos sorprendió la erupción diseminada de metástasis múltiples, las cuales involucraban prácticamente toda la economía corporal, presentación que sumada a las alteraciones hematológicas hizo pensar en leucemia cutis o en linfomas. La evaluación posterior ubicó al síndrome anémico crónico como un cuadro paraneoplásico y a las lesiones como MC de un primitivo de mama. En todo caso esta diseminación tumoral indicaba una enfermedad avanzada con mal pronóstico.

La biopsia simple de una lesión y el estudio diferido es de elección a los fines diagnósticos^{2,7}. Si bien algunos autores han planteado la realización de biopsias por congelación en el momento del acto quirúrgico, las mismas no han demostrado ventajas ni diagnósticas ni terapéuticas. Por estas razones se decidió la toma de una biopsia simple efectuándose una losange de piel incluyendo una lesión tumoral completa.

Usualmente las características histológicas de la MC son semejantes al tumor de origen, donde las células se disponen siguiendo ya

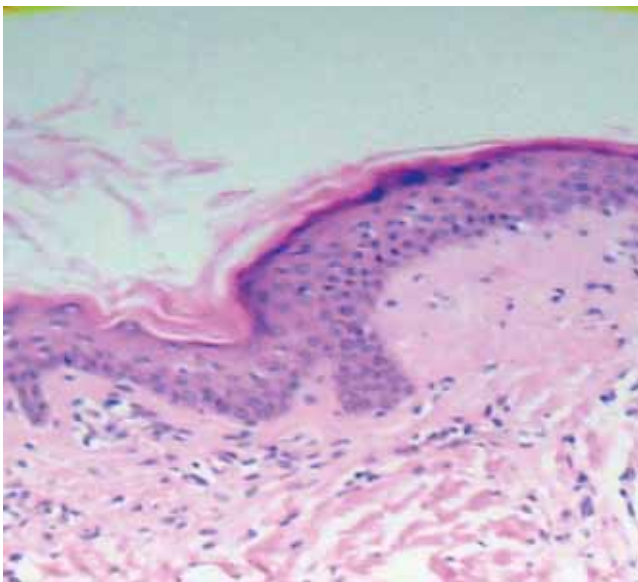


Fig 3: microfotografía con técnica de H/E en 10 x con infiltración tumoral.

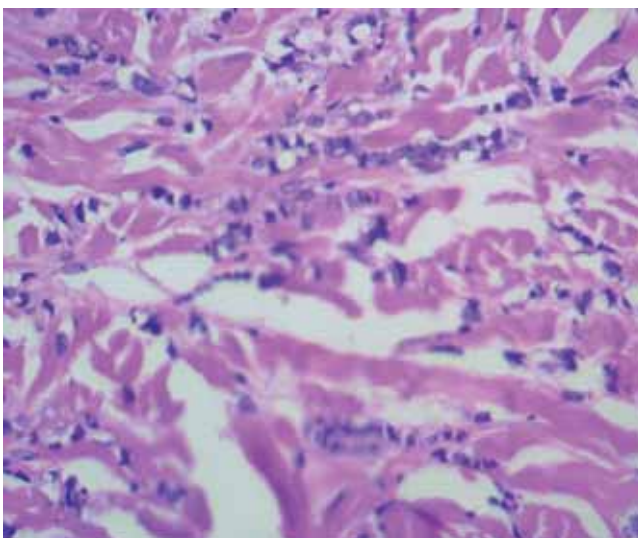


Fig 4: microfotografía con 40 X mostrando detalles nucleares.

sea un modelo sólido u otro en fila india ^{1,7,9}. Nuestro caso mostraba un patrón en hilera irregular de células de mediano tamaño, con pleomorfismo moderado y núcleos plasmocitoides. Por lo tanto, el patrón descrito y las características celulares sugerían la presen-

cia de una MC de un tumor mamario como primer diagnóstico, pero como se ha expresado, la pérdida de diferenciación de las células tumorales requirió la realización de técnicas de inmuno-histoquímica para determinar el origen del tumor con certeza ^{1,10}. Gracias al

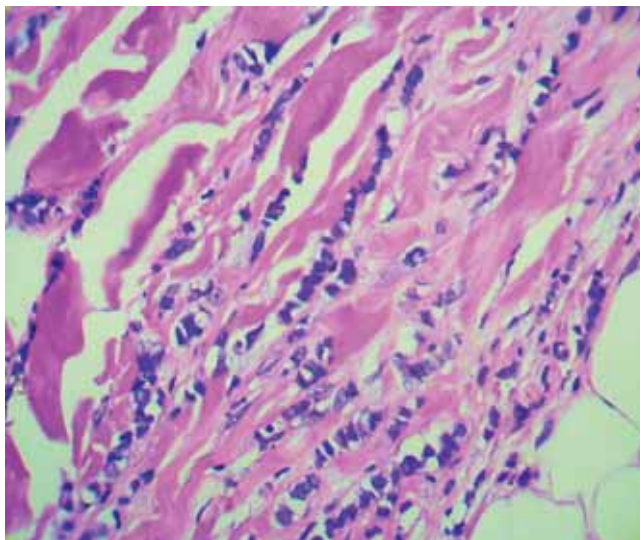


Fig 5: microfotografía con técnica de H.E. que muestra núcleos de aspecto plasmocitoides.

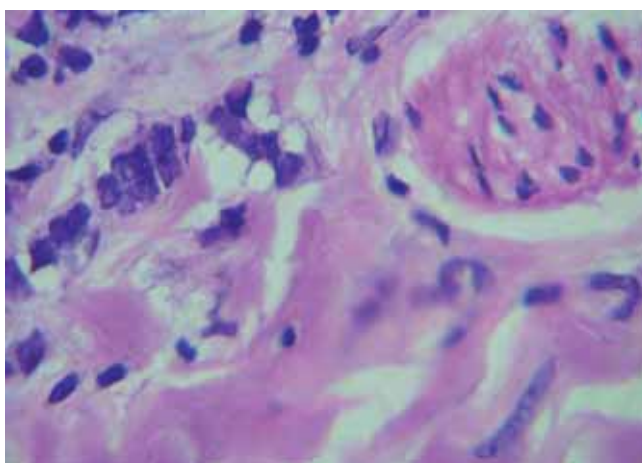


Fig 6: microfotografía con técnica de H.E. que muestra estroma colágeno y linfáticos.

anticuerpo CGPF15 de alta especificidad, finalmente se confirmó el origen epitelial mamario.

RESUMEN

Las Metástasis Cutáneas (MC) son entidades clínicas destacadas pues representan entre el 1% al 5% de las lesiones cutáneas observadas en Dermatología, adquieren mayor importancia ya que pueden ser el primer o único

signo clínico de un tumor oculto. Pueden ser únicas o múltiples, asintomáticas y de aspecto clínico variado. Eventualmente cualquier neoplasia maligna puede metastatizar en la piel, pero en la mujer el origen mamario es el más frecuente y en el hombre ese lugar está ocupado por los tumores pulmonares, luego se encuentran las provenientes del tracto gastrointestinal, riñón y cavidad oral.

El objetivo de este trabajo es informar un caso de MC de origen mamario con una forma clínica de presentación inusual.

PALABRAS CLAVE

Metástasis cutáneas, adenocarcinoma de mama metastásico.

REFERENCIAS

- 1) Johnson WC. Metastatic carcinoma of the skin: incidence and dissemination. In: Elder DE, Elenitsas R, Johnson BL, Murphy GF Editores. *Lever's Histopathology of the skin*. Novena Edición. Lippincott Williams & Wilkins. 2005; 1149-1157.
- 2) Azcune R, Spelta MG, Moya J, Lado Jurjo ML, Fontana MI, Barbarulo AM, Gavazza S, Barrera M, Ortega SM, Martínez S, Vanzulli S y Zeitlin E. Metástasis cutáneas de carcinomas internos, nuestra experiencia a propósito de 94 casos. *Dermatol Argent* 2009; 15 (2): 117-124.
- 3) Brownstein MH y Helwig EB. Patterns of Cutaneous Metastasis. *Arch Dermatol* 1972; 105 (6): 862-868.
- 4) Lookingbill DP, Spangler N y Helm KF. Cutaneous metastases in patients with metastatic carcinoma: a retrospective study of 4020 patients. *J Am Acad Dermatol* 1993; 29: 228.
- 5) Brownstein MH y Helwig EB. Metastatic tumors of the skin. *Cancer* 1972; 29: 1298.
- 6) Requena L. Metástasis cutáneas. *Tema* 91 en <http://www.e-dermatosis.com>.
- 7) Mckee PH. Cutaneous metastases. In: *Pathology of the skin with clinical correlations*. Segunda edición. Editorial Mosby-Wolfe. Barcelona. España. 1997; 1-14.
- 8) Conner KB y Cohen PR. Cutaneous metastasis of breast carcinoma presenting as alopecia neoplastic. University of Texas-Houston Medical School. Department of Dermatology. *South Med J* 2009; 102 (4): 343-344.
- 9) Rosai J y Ackerman's. *Surgical Pathology*. Capítulo: Tumors and tumorlike conditions. Novena edición. Mosby. Edinburgh 2004; 1: 177-179. .
- 10) Vano-Galvan S, Moreno, M y Salguero I. Cutaneous metastases of breast carcinoma: a case report. *Cases J* 2009; 2: 71. Published online 2009.
- 11) Daneshbod Y, Mosalaei A y Daneshbod K. Unusual skin presentation of metastatic breast carcinoma. *Breast J* 2007; 13 (2): 207-208.
- 12) French FP, Murray PM y Perdakis G. Extensive cutaneous metastatic breast carcinoma of the hand and upper extremity: a case report. *J Hand Surg Am* 2007; 32 (2): 252-255.
- 13) García Arpa M, Rodríguez Vázquez M, Sánchez Caminero P, Delgado M y col. Metástasis digital acral. *Actas Dermatosifilogr* 2006; 97: 334-336.