

CARCINOMA INFLAMATORIO DE LA MAMA: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Idania Mesa Díaz ¹

Johana Rivera Escobio ²

Lucelia Cárdenas Achong ³

¹ Dra. en Medicina. Especialista en primer grado en Imagenología. Profesora Instructora. Hospital Militar Central: Dr. Carlos J. Finlay. Universidad de Ciencias Médicas de las Fuerzas Armadas Revolucionarias. La Habana. Cuba.

<https://orcid.org/0000-0001-8745-1143>

idaniamesadiaz@gmail.com

² Dra. en Medicina. Especialista en primer grado en Imagenología. Hospital Militar Central: Dr. Carlos J. Finlay. La Habana. Cuba.

<https://orcid.org/0000-0001-5863-3407>

johana29rivera@gmail.com

³ Dra. en Medicina. Especialista en primer grado en Imagenología. Máster en Ciencias. Profesora asistente. Hospital Militar Central: Dr. Carlos J. Finlay. Universidad de Ciencias Médicas de las Fuerzas Armadas Revolucionarias. La Habana. Cuba.

<https://orcid.org/0000-0002-9102-1784>

lucelia8810@gmail.com

RESUMEN:

El carcinoma de mama inflamatorio es un tipo de cáncer de mama poco común y agresivo. Se distingue de otros carcinomas de mama por su presentación clínica, agresividad y mal pronóstico. Presentamos el caso de una paciente femenina con antecedentes de hipertensión controlada. Solicitó atención médica masa palpable en la mama acompañada de dolor y cambios de coloración y textura de la piel (piel de naranja). Al examen físico se encontró enrojecimiento que cubría el cuadrante superior de la mama izquierda, piel engrosada y ganglios linfáticos axilares palpables. Una mamografía reveló una densidad asimétrica en la mama izquierda. Se le realizó una ecografía axilar derecha que mostró diversas adenopatías. Los métodos de imagen convencionales siguen siendo herramientas valiosas para el diagnóstico preciso del carcinoma de mama inflamatorio.

PALABRAS CLAVES:

Carcinoma inflamatorio, mama, cáncer de mama.

ABSTRACT:

Inflammatory breast carcinoma is a rare and aggressive type of breast cancer. It is distinguished from other breast carcinomas by its clinical presentation, aggressiveness and poor prognosis. We present the case of a female patient with a history of

controlled hypertension. She requested medical attention for a palpable mass in her mother accompanied by pain and changes in skin color and texture (orange peel). Physical examination revealed redness covering the upper quadrant of the left breast, thickened skin, and palpable axillary lymph nodes. A mammogram revealed asymmetrical density in the left breast. A right axillary ultrasound was performed, which showed various lymphadenopathy. Conventional imaging methods remain valuable tools for the accurate diagnosis of inflammatory breast carcinoma.

KEY WORDS:

Inflammatory carcinoma, breast, breast cancer.

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma inflamatorio de la mama fue descrito por primera vez por Charles Bell en el año de 1814 quien lo describió como un tumor mamario, en la cual la piel presenta un color púrpura, con dolor severo, relacionando estos hallazgos clínicos con una enfermedad de mal pronóstico. En el año de 1938 Taylor y Metzger son los primeros que introducen una mayor gama de signos clínicos: presencia de tumor palpable, pero en forma difusa y extensa, piel rojo púrpura y la presencia de un borde eritematoso ligeramente elevado de tipo erisipiloide.¹

El carcinoma inflamatorio de la mama es una entidad clínico patológica distinta al cáncer de mama localmente avanzado no inflamatorio, y mucho más cuando este último se presenta con características clínicas inflamatorias secundarias, donde su diferenciación se hace difícil. Simula generalmente una mastitis, sin ser tan doloroso a la palpación como lo es el proceso inflamatorio bacteriano agudo puro. Normalmente puede mejorar a su inicio con tratamiento antibiótico, pero los síntomas pueden persistir o empeorar.²

Existen 3 hallazgos de alarma que son importantes identificar, porque sugieren carcinoma inflamatorio de mama: historia previa de cáncer de mama, síntomas de mastitis en mujeres que no lactan y la presencia de adenopatías palpables. Es necesario examinar los nódulos linfáticos ya que en un 55 % 85 % de los casos, se presenta metástasis palpables a nódulos axilares o supraclaviculares, al momento del diagnóstico.³ Los puntos clave de la evaluación radiológica del cáncer de mama consisten en caracterización de la tumoración para facilitar la biopsia guiada por ultrasonido, delimitar la enfermedad locorregional, diagnóstico de metástasis y evaluación de la respuesta a la terapia.⁴

En esta última década han existido avances en el uso de las técnicas de imagen usadas para el diagnóstico de carcinoma inflamatorio de la mama entre los que se incluyen: mastografía, ultrasonido, resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones-computarizada (PET-CT) (por sus siglas en inglés), lo que ha mejorado el diagnóstico y estadio de la enfermedad, por lo cual nos hemos motivado a la presentación de este reporte.⁵

CASO CLÍNICO:

Se trata de una paciente femenina de 53 años de edad, de la raza negra sin hábitos tóxicos. Con Antecedentes Patológicos Personales de Hipertensión Arterial desde la adolescencia, actualmente compensada y antecedentes familiares de cáncer de mama de primera línea.

La paciente acude al servicio de Medicina Interna porque hacía 11 meses comienza a notar una masa palpable en la mama izquierda, móvil, no dolorosa, con bordes regulares, de aproximadamente 1 cm de diámetro, dura, sin cambios de coloración, localizada a dos centímetros por encima de la areola, sin secreción mamaria. Se pone tratamiento con el diagnóstico de mastitis. A las dos semanas comienza con dolor en la misma mama, que fue progresando en intensidad, con cambios de coloración y textura de la piel (piel de naranja). Se le realizaron exámenes complementarios, como ultrasonido y mamografía encontrándose en cada uno de ellos los siguientes hallazgos:

Mamografía: se realizan vistas cráneo-caudales y medio-laterales oblicuas de ambas mamas, observándose asimetría de densidad entre ambos hemisferios superiores, siendo el de mayor densidad el de la mama derecha, sin lograr definir imagen nodular focal. Se observa además a ese nivel presencia de múltiples calcificaciones agrupadas, groseras, de aspecto benigno. Se complementa con ultrasonido de mamas (Fig. 1 y 2).

Ultrasonido de mama: se observa patrón mamario graso, llamando la atención asimetría de densidad dado por una disrupción del trabeculado con distorsión hacia los cuadrantes superiores de la mama izquierda y región periareolar (Fig. 3). Existe además atenuación y engrosamiento de la piel y el tejido celular subcutáneo, con pobre definición de dichos planos, con un engrosamiento de la piel que alcanza el mayor grosor en región periareolar llegando a medir aproximadamente 3.9mm (Fig. 4). No se define imagen nodular ni sólida ni quística. Ligero linfedema en el área afectada ya descrita. En ambas axilas se observan adenopatías, llamando la atención en la axila derecha adenopatía de morfología ovoide, que conserva su hilio graso, pero con una cortical que alcanza los 3.9mm. En la axila izquierda se observa adenopatía única redondeada con muy pobre mediastino, con una cortical muy engrosada, de baja ecogenicidad, que alcanza un grosor de 4.7mm (Fig. 5). Por todos los hallazgos reportados, se sospecha que estamos en presencia de un carcinoma inflamatorio de la mama con una clasificación BIRADS 5.

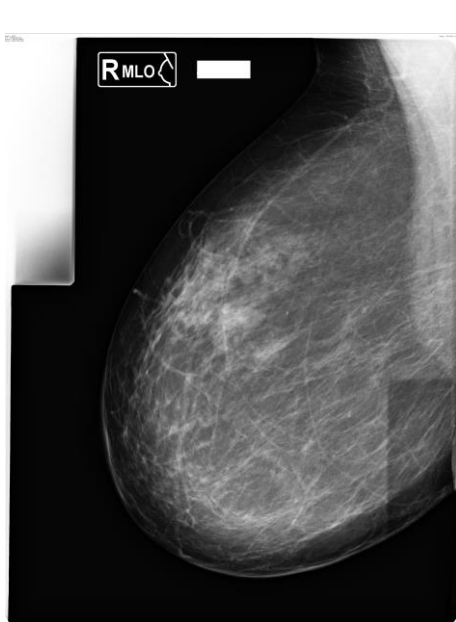


Fig. 1.

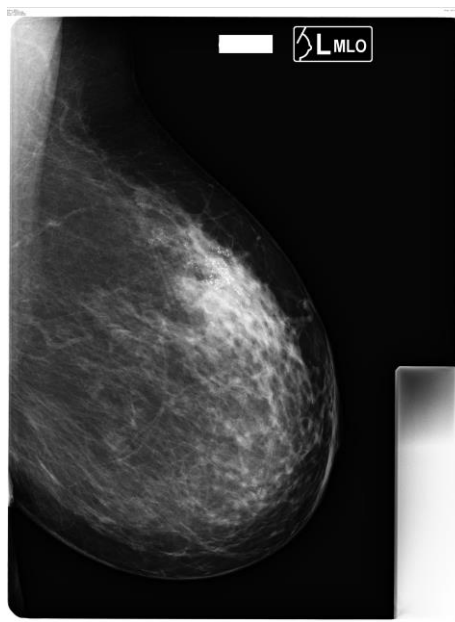


Fig. 2.

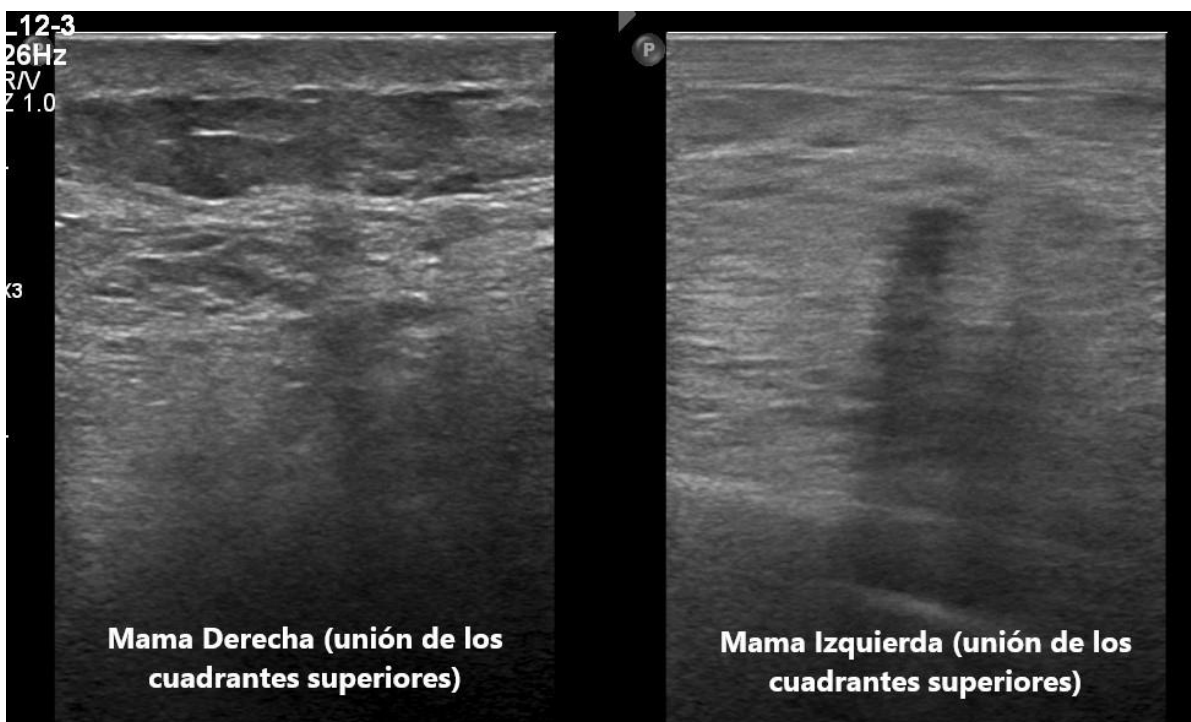


Fig. 3.

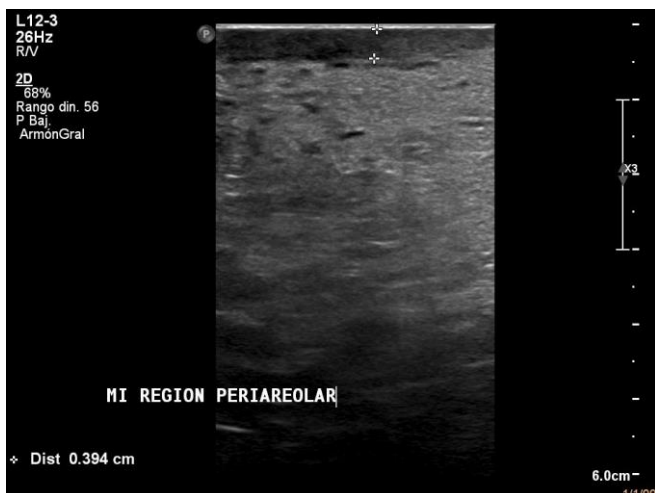


Fig. 4.

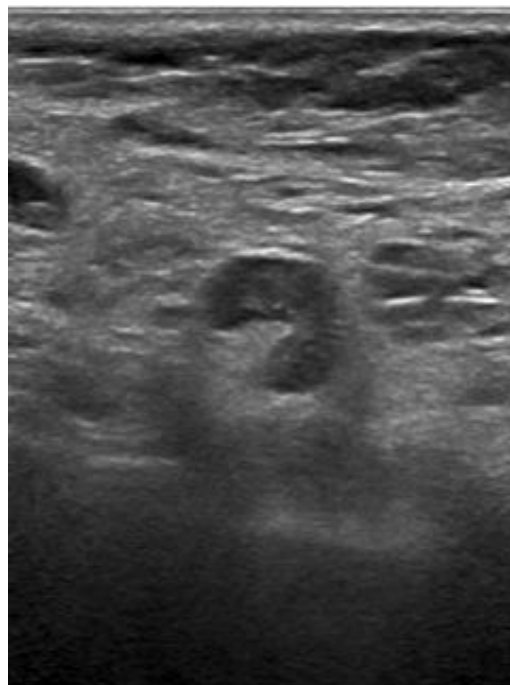


Fig. 5.

Se le realizó una PAAF ganglionar de la axila izquierda, arrojando como resultado presencia de células sugestivas de un carcinoma metastásico, por lo cual se decide entonces realizar ponche de piel para definir el diagnóstico. Se tomó muestra de un segmento de piel de mas menos 7mm de diámetro en la zona afectada y se informa como resultado presencia de numerosos émbolos neoplásicos invadiendo los vasos linfáticos, tantos de la dermis papilar como la reticular, confirmando así el diagnóstico de carcinoma inflamatorio de la mama.

DISCUSIÓN:

El carcinoma inflamatorio de mama es una neoplasia no muy frecuente, su incidencia mundial aproximadamente es del 1-4%, su relevancia clínica radiológica es por afectación a mujeres menores de 30 años, aunque suele ser más frecuente entre la cuarta y quinta década de la vida. Se caracteriza por ser un tumor altamente agresivo y de muy mal pronóstico.^{6, 7}

Las pacientes con esta enfermedad debutan con un inicio rápido de los síntomas en los primeros 3 meses, en los que se incluyen: El eritema y edema mamarios, a menudo sin masa palpable, suelen afectar a un tercio o más de la mama, La mama está agrandada, caliente y sensible, síntomas que imitan la inflamación, pero no hay un componente inflamatorio real. También existe dolor y en ocasiones retracción del pezón. Todo este cuadro, hace, por lo tanto, el diagnóstico diferencial con la mastitis benigna muy difícil.⁸

Las técnicas imagenológicas utilizadas para realizar el diagnóstico de carcinoma inflamatorio de la mama tenemos a la mamografía ya sea 2D o Tomosíntesis, ecografía, resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones-computarizada

(PET-TC), estas técnicas son vitales para el diagnóstico y planificación del tratamiento. El signo radiológico común en todas estas técnicas imagenológicas mencionadas es el aumento en el grosor de la piel, mayor a 3mm. Existe una patología, el carcinoma inflamatorio de mama secundario que se inicia a partir de carcinoma primario no inflamatorio de mama, y su historia de la enfermedad es similar, en cuanto a clínica y datos imagenológicos.⁹

En la mamografía se encuentra engrosamiento de la piel con aumento de la densidad mamaria y de la trama intersticial. La ecografía suele mostrar nódulos o masas hipoecoicas acompañadas de engrosamiento de la piel (es el hallazgo más común de cáncer de mama inflamatorio en este tipo de estudio). En el caso de mostrar imágenes nodulares, la ecografía puede ser útil para guiar la biopsia percutánea. Aunque las pacientes se someterán a mastectomía, puede ser útil para localizar el tumor y evaluar la respuesta después de la quimioterapia. En el caso de la resonancia magnética, tanto los cánceres de mama inflamatorios como la mastitis benigna pueden mostrar características morfológicas similares, como engrosamiento de la piel, edema y presencia de lesiones de masa o realce tipo masa o no masa.¹⁰

La biopsia de la piel (punch) es la mejor manera de confirmar el diagnóstico, aunque, pese a su nombre, el carcinoma inflamatorio de la mama no muestra los cambios histológicos propios de los procesos inflamatorios. Se recomienda realizarla en el área en la que los cambios cutáneos sean más prominentes.¹¹

La característica histopatológica del carcinoma inflamatorio de mama es la afectación linfática dérmica. Los émbolos tumorales en la dermis papilar y reticular son la causa de sus características clínicas. El carcinoma inflamatorio de mama bloquea los vasos linfáticos y causa edema y eritema mamario. Aunque estos cambios en la piel imitan la inflamación, no existe una verdadera inflamación.^{8, 11}

La invasión linfática dérmica, en ausencia de los típicos signos de mastitis carcinomatosa no es suficiente para establecer un diagnóstico de carcinoma inflamatorio de mama. No existe una forma típica de carcinoma inflamatorio de mama, aunque lo frecuente es que se trate de tumores indiferenciados de cualquier tipo histológico.^{8, 11}

El carcinoma inflamatorio de la mama, como se ha dicho anteriormente, es una enfermedad altamente agresiva, con una alta tasa de mortalidad, por lo que el uso de las pruebas de imagen no invasivas para su diagnóstico y seguimiento, así como para valorar la respuesta al tratamiento resulta esencial, ya que puede ofrecer las estrategias de tratamiento más adecuadas dirigidas a las pacientes.

Referencias bibliográficas:

1. Peña Colmenares J, Gómez Rodríguez A, Medina Olivo S, Muñoz Escriba JA, Pezzetti Tornese L, Pacheco Soler C. Cáncer inflamatorio de la mama: Aspectos clínicos y tratamiento. Rev venez oncol [Internet]. 2006 Sep [citado 20 Nov 2023] ; 18(3): 158-166. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822006000300005&lng=es.
2. Monge Castro C, Durán Bolaños G, Gamboa Montero M, Herrera Mora G. Cáncer de mama inflamatorio: un reto diagnóstico y terapéutico. Med leg Costa Rica [Internet]. 2013 Mar [citado 20 Nov 2023] ; 30(1): 99-109. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152013000100013&lng=es

3. Villafuerte DD, Torres AJJ, Rodríguez PMY. Inflammatory breast carcinoma. A case report. Rev Enf no Transm Finlay. 2016;6(2):150-155. [cited 2023 Nov 20] ;18(3):158-166. Available in: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=66476>
4. Molckovsky A, Fitzgerald B, Freedman O, Heisey R, Clemons M. Approach to inflammatory breast cancer. Can Fam Physician [internet]. 2009 Jan [cited 2023 Nov 21];55(1):25-31. Available in: <https://www.cfp.ca/content/55/1/25.short>
5. García Gómez JI, Villaseñor Y. Correlación clínica radiológica en el carcinoma inflamatorio de la mama, cinco años de experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología. Rev Invest Med Sur Mex [internet]. 2015 Jun [citado 21 Nov 2023];22(2):87-91. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=67274>
6. Jagsi R, Mason G, Overmoyer BA, Woodward WA, Badve S, Schneider RJ, et al. Inflammatory breast cancer defined: proposed common diagnostic criteria to guide treatment and research. Breast Cancer Res Treat [internet]. 2022 Apr [cited 2023 Nov 21];192(2):235-243. Available in <https://link.springer.com/article/10.1007/s10549-021-06434-x>
7. Chicaiza G. Cáncer de mama. Actualización diagnóstica histopatológica y molecular. Cuenca-Ecuador. Universidad Católica de Cuenca. [internet]. 2022 [citado 21 Nov 2023];1:1 Tesis. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/13115>
8. Lajusticia Andrés DH, Laxe Vidal DT, Vicaría Fernández DI, Hidalgo Gómez De Travededo DJ, Sancho Mainar DE, Guapisaca Siguenza DD, et al. Carcinoma inflamatorio de mama: correlación clínico-radio-patológica y utilidad de las técnicas de imagen. Seram [Internet]. 2022 May [citado 20 Nov 2023];1(1):36 Disponible en: <https://www.piper.espacioseram.com/index.php/seram/article/view/9137>
9. Cusipaucar Supo M. Hallazgos histopatológicos y mamografía en carcinoma inflamatorio de mama Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2005-2018 [internet]. 2019 [citado 21 Nov 2023]; 1:1 Tesis <https://hdl.handle.net/20.500.12727/5018>
10. Miranda Bautista DJ, Sánchez García DD, García Redondo MJ, Bueno Zamora DO, Adán Martín DM, Díez Uriel DE, et al. Edema mamario: manifestaciones radiológicas y etiologías. Seram [Internet]. 2022 May [citado 20 Nov 2023];1(1):5 Disponible en: <https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/9144>
11. Gredilla Sáenz DM, Azcona Sáenz DJ, Rodríguez Rodríguez DD, Rodríguez Lizarbe DI, Etxeberria Del Campo DA, Arizaga Batiz DE. Cuando la mastitis no responde al tratamiento: Carcinoma Inflamatorio. Seram [Internet]. 2022 May [citado 20 Nov 2023];1(1):7 Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/9141>