

# Metástasis cutáneas de adenocarcinoma lobulillar de mama

## *Cutaneous metastases from lobular breast carcinoma*

Margarita Carnero-Fernández<sup>1</sup>, Francisco Allegue-Rodríguez<sup>2</sup>, Carmen Fachal-Bermúdez<sup>3</sup>, Julián Fernández-Martín<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Hospitalización a Domicilio (HADO). <sup>2</sup>Servizo de Dermatoloxía. <sup>3</sup>Servizo de Anatomía Patolóxica. <sup>4</sup>Servizo de Medicina Interna. Hospital Meixoeiro. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI). SERGAS

### Resumen

El carcinoma de mama es la neoplasia que más frecuentemente se asocia a diseminación cutánea en mujeres, mientras que en los varones es el cáncer pulmonar el que más comúnmente metastatiza a piel. Habitualmente, las metástasis cutáneas se presentan en casos con tumor primario ya conocido (en ocasiones diagnosticado y tratado muchos años antes) y asociadas a afectación de otros órganos.

En el caso que presentamos, las metástasis cutáneas fueron el signo de presentación de un carcinoma lobulillar de mama sin evidencia de diseminación visceral hasta un año después del diagnóstico y cuya supervivencia desde el inicio del cuadro fue de aproximadamente dos años.

En conclusión, las metástasis cutáneas deben ser incluidas en el diagnóstico diferencial de cualquier lesión cutánea, tanto en pacientes con historial previo de cáncer como en aquellos sin diagnóstico previo de enfermedad neoplásica y asintomáticos.

Palabras clave: cáncer de mama; metástasis cutáneas; signo de presentación.

### Abstract

Breast carcinoma is the neoplasia more frequently associated to cutaneous dissemination in women, whereas pulmonary cancer is the one that more commonly metastasize to skin in men. Usually, the cutaneous metastases present in cases with primary tumor already known (sometimes diagnosed and treated a lot of years before) and associated to affectation of other organs.

In the case we present, cutaneous metastases were the presenting sign of a lobular breast carcinoma without evidence of visceral dissemination until a year after the diagnostic and whose survival from the start of the complaint was of roughly two years.

In conclusion, cutaneous metastases have to be included in the differential diagnostic of any cutaneous injury, so much in patients with previous history of cancer as in those without known neoplasia and asymptomatic.

Key words: breast carcinoma; cutaneous metastases; presenting sign.

Las metástasis cutáneas (MC) de neoplasias internas son relativamente infrecuentes, siendo el carcinoma de mama el tumor primario más frecuentemente asociado a diseminación cutánea en las mujeres y el cáncer de pulmón en varones<sup>1-5</sup>.

Las MC del cáncer de mama ocurren más frecuentemente en la parte anterior del tórax, espalda o cuero cabelludo<sup>1</sup>, correspondiendo la mayoría a carcinomas ductales infiltrantes y, con menos frecuencia, a comedocarcinomas, carcinomas medulares, lobulillares, coloides e inflamatorios, cistosarcoma filoides y carcinomas sarcomatoides<sup>5</sup>.

Normalmente, los depósitos cutáneos de cáncer de mama aparecen en casos con diagnóstico previo del tumor primario (asociados habitualmente a afectación metastásica de otros órganos), pero ocasionalmente pueden ser su signo de presentación<sup>2-5</sup>.

Presentamos el caso de una paciente con múltiples MC como signo de presentación de un carcinoma lobulillar de mama, sin evidencia de afectación visceral en el momento del diagnóstico y con una evolución desfavorable.

En nuestra búsqueda bibliográfica acotada a los últimos diez años, utilizando el Pubmed e introduciendo como palabras

clave "skin metastasis breast carcinoma", encontramos únicamente cuatro artículos<sup>7-10</sup> describiendo casos en que las metástasis cutáneas fueron signo de presentación de un carcinoma de mama no diagnosticado previamente.

### Caso clínico

Mujer de 59 años de edad, con antecedentes de cólicos nefríticos y cefaleas, que acudió a la consulta de medicina interna por cuadro de aproximadamente 1 mes de evolución de aparición de pequeños "bultos" a nivel de la piel del cuello, no dolorosos, de lento crecimiento en tamaño y número, sin existencia de síndrome consuntivo, ni otra sintomatología acompañante. En la exploración física se objetivaron múltiples lesiones nodulares subcutáneas, fundamentalmente a nivel latero-cervical de entre 4 y 8 mm de diámetro, en número aproximado de 15 en el lado derecho y 6 en el izquierdo (figura 1), así como alguna lesión de similares características en axila derecha. No se evidenciaban nódulos mamarios palpables ni adenopatías y el resto de la exploración resulta normal. La analítica general no presentaba alteraciones destacables. Se encontraban elevados los marcadores CEA 155 ng/ml(0-5) y Ca 15.3 77 U/ml(0-35). La radiografía de tórax, ecografía abdominal y mamografías fueron normales. Se realizó biopsia de una de las lesiones, con resultado histológico de metástasis de adenocarcinoma lobulillar de mama en piel, con positividad para receptores de estrógenos (RE) y CEA en el estudio histoquímico (figura 2 y

Figura 1. Lesiones cutáneas nodulares múltiples en región lateral cervical.



Figura 2. Tinción HE-EO de  $\times 20$ . En la dermis hay células tumorales de ca. lobulillar de mama dispuestas en regueros entre colágeno y glándulas ecquinas.

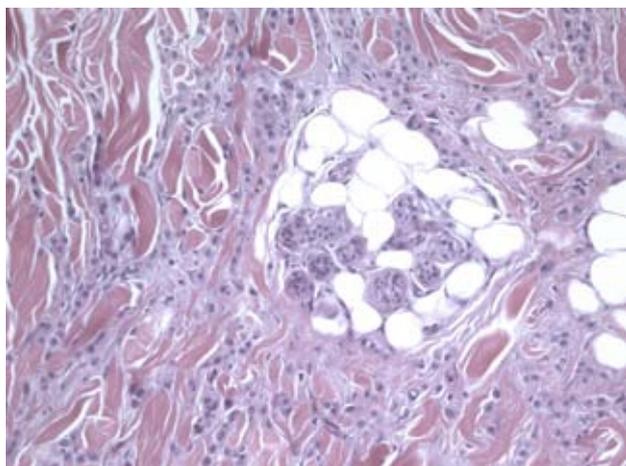


Figura 3. Tinción de estrógenos de  $\times 40$ . Los núcleos de las células neoplásicas se tiñen con anticuerpos para estrógenos.

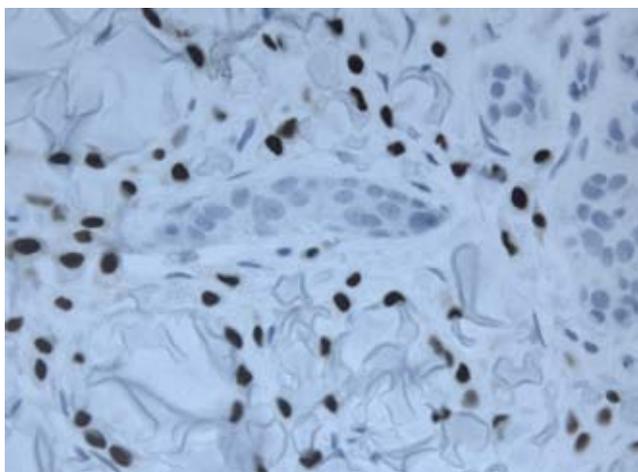


figura 3). La paciente fue derivada al servicio de oncología, donde confirmaron mediante RMN afectación bilateral mamaria, compatible con adenocarcinoma lobulillar y pequeña lesión nodular cutánea en mama izquierda compatible con MC. En el resto del estudio de extensión, gammagrafía ósea, TAC tóraco-abdomino-pélvico, RNM craneal, sólo se encontró una pequeña lesión pseudonodular paraumbilical sugestiva de metástasis subcutánea.

Ante el diagnóstico de cáncer de mama bilateral con afectación subcutánea múltiple, ausencia de afectación visceral y RE positivos, se inició tratamiento hormonal de primera línea paliativo con letrozol en enero/05. Pese a una inicial mejoría de las lesiones cutáneas, se objetivó elevación progresiva de marcadores tumorales. En diciembre/05 se inició tratamiento hormonal de segunda línea con exemestano ante la sospecha gammagráfica de compromiso metastásico a nivel de escápula derecha. En junio/06 se realizó TAC abdomino-pélvico, que mostró hallazgos compatibles con enfermedad generalizada ósea y carcinomatosis peritoneal, mostrando el estudio citopatológico del líquido peritoneal células compatibles con carcinoma lobulillar, por lo que se decidió iniciar quimioterapia con esquema CMF. Ante la progresión de la enfermedad, en septiembre/06 la paciente ingreso en el servicio de oncología por deterioro del estado general, neutropenia y obstrucción intestinal. Fue remitida a la unidad de hospitalización a domicilio para control y tratamiento paliativo siendo éxitus a los pocos días.

## Discusión

Las MC de neoplasias internas son un fenómeno relativamente poco frecuente. En general los tumores primitivos más comunes en la población son los que con mayor frecuencia metastatizan en la piel, siendo el carcinoma de mama el tumor primario más frecuentemente asociado a diseminación cutánea en las mujeres y el cáncer de pulmón en varones. Existen no obstante otros cánceres, como el de próstata y de cervix uterino que, pese a su gran incidencia, son una rara fuente de MC<sup>1-5</sup>. Entre un 50-69% de las MC tienen un origen mamario<sup>5</sup>.

Aunque la mayoría de las MC de cáncer de mama se presentan como nódulos intradérmicos o subcutáneos únicos o múltiples, que pueden ulcerarse o contener pigmento, se han descrito otros tipos clínico-patológicos de MC de cáncer de mama, como el carcinoma erisipelatoide, en coraza (cáncer en curiassse), telangiectásico, del pliegue submamario, carcinoma metastásico mamario palpebra, alopecia metastásica y enfermedad de Paget<sup>1-3,5,6</sup>. La invasión cutánea ocurre con más frecuencia por extensión directa o diseminación linfática siendo la vía hematogena menos común. Otro mecanismo posible de diseminación es la implantación directa de células tumorales durante un procedimiento quirúrgico como mastectomía o reconstrucción mamaria<sup>1,2,5</sup>.

En cuanto a su localización, las MC del cáncer de mama suelen afectar a la piel suprayacente o próxima al tumor primario, encontrándose generalmente en la parte anterior

del tórax, abdomen, raíz de miembros superiores, espalda y cuero cabelludo; raramente, pueden aparecer en nalgas, miembros inferiores, región perianal y párpados<sup>1,2,5,7-10</sup>.

Normalmente, los depósitos cutáneos de cáncer de mama y, en general, de cualquier neoplasia que pueda originarlos, aparecen en casos de tumor primario conocido, en ocasiones muchos años después del diagnóstico y tratamiento de este último. En el momento del diagnóstico la afectación cutánea ocurre en alrededor de un 6% de las mujeres y únicamente en un 3,5% de los casos constituyen la primera manifestación de un tumor primario no diagnosticado y asintomático, siendo el carcinoma erisipelatoide (erupción cutánea tipo erisipela), generalmente secundario a carcinoma inflamatorio de mama, el tipo de MC que más comúnmente aparece como signo de presentación de un carcinoma subyacente<sup>2-5</sup>. Generalmente las MC suelen asociarse a enfermedad avanzada con afectación metastásica de múltiples órganos y, por tanto, habitualmente pobre pronóstico. Por lo tanto, el diagnóstico de MC debe seguirse siempre de la realización de los estudios necesarios para descartar afectación de otros órganos. Si ésta se descarta, la escisión quirúrgica en casos de lesiones únicas o el tratamiento hormonal cuando existen receptores positivos, son posibles opciones terapéuticas. Si la terapia hormonal no es una opción, no existe respuesta a ésta o se comprueba diseminación a otros órganos puede utilizarse quimioterapia sistémica<sup>1,2,6</sup>. De todas formas, la afectación cutánea en casos de carcinoma de mama es un indicador de mal pronóstico describiéndose en diversos estudios supervivencias de pocos meses, que se reducen claramente si existe afectación multiorgánica<sup>1,2,4,6</sup>.

En el caso que presentamos, las MC fueron el signo de presentación de un carcinoma de mama de tipo lobulillar, obje-

tivado posteriormente en el estudio dirigido mamario (RMN). No existía en el momento del diagnóstico evidencia de diseminación visceral, que apareció tras aproximadamente un año de evolución con tratamiento hormonal. Se instauró entonces tratamiento quimioterápico, continuando no obstante su evolución desfavorable, siendo la supervivencia desde el inicio del cuadro de aproximadamente dos años.

En conclusión, así como en pacientes con historia previa de cáncer las MC deben incluirse en el diagnóstico diferencial de cualquier lesión cutánea, también en pacientes sin antecedentes oncológicos y asintomáticos, como en nuestro caso, hay que tenerlas presentes en el diagnóstico diferencial.

## Bibliografía

1. Lehman JS, Benacci JC. Cutaneous metastasis of invasive ductal carcinoma of the breast to an infusaport site. *Cutis*. 2008; 81: 223-6.
2. Moore S. Cutaneous metastatic breast cancer. *Clin J Oncol Nurs*. 2002; 6: 255-60.
3. Krathen RA, Orengo IF, Rosen T. Cutaneous metastasis: a meta-analysis of data. *South Med J*. 2003; 96: 164-7.
4. Saeed S, Keehn CA, Morgan MB. Cutaneous metastasis: a clinical, pathological, and immunohistochemical appraisal. *J Cutan Pathol*. 2004; 31: 419-30.
5. Allegue F. Metástasis cutáneas de neoplasias de otros órganos. *Cáncer de piel. Clínicas Dermatológicas de la Academia Española de Dermatología y Venereología*. Vol.3, Nº 2, pp. 127- 162 (edición electrónica en CD-ROM, ISBN: 84-95972-34-4). ISBN obra completa: 84-95972-04-2.
6. ten Bokkel Huinink W. Treatment of skin metastases of breast cancer. *Cancer Chemother Pharmacol*. 1999; 44 Suppl: S31-3.
7. Martí N, Molina I, Monteagudo C, López V, García L, Jordá E. Cutaneous metastasis of breast carcinoma mimicking malignant melanoma in scalp. *Dermatol Online J*. 2008; 14: 12.
8. Wu CY, Gao HW, Huang WH, Chao CM. Infection-like acral cutaneous metastasis as the presenting sign of an occult breast cancer. *Clin Exp Dermatol*. 2009; 34: e409-e410.
9. Ai-ping F, Yue Q, Yan W. A case report of remote cutaneous metastasis from male breast carcinoma. *Int J Dermatol*. 2007; 46: 738-9.
10. Prochno T, Koch S, Wohlfarth B. Scalp metastasis of unrecognized breast cancer. *HNO*. 2007; 55: 1017-20.