

METÁSTASIS EN LA MAMA DE TUMORES EXTRAMAMARIOS. PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

María Florencia Costantino,* Andrea Silvina Elías,**
Horacio Sovanni,* Graciela Lozano,*** Julián Mosto,****
Claudia Surace,***** Martín Duhalde,***** Ignacio Mc Lean **

RESUMEN

Introducción

Las metástasis en la mama son raras y representan solo el 0,5 al 2% de todas las neoplasias malignas de la misma. Cualquier tumor maligno puede metastatizar en la mama, pero los más frecuentemente reportados corresponden, entre otros, a linfoma, melanoma, cáncer de pulmón, de ovario, gástrico, de próstata y renal.

Objetivo

El presente trabajo tiene como objetivo analizar nuestra experiencia en el hallazgo de nódulos mamarios que simulaban tumores benignos o malignos de la mama y resultaron ser metástasis de otros órganos.

Se evaluó la forma de presentación y las características clínico-patológicas e imagenológicas de dichos casos.

* Médico de planta, Patología Mamaria, Hospital Central de San Isidro "Melchor A. Posse".

** Servicio de Mastología, Hospital Universitario Austral.

*** Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Central de San Isidro "Melchor A. Posse".

**** Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Austral.

***** Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Central de San Isidro "Melchor A. Posse".

***** Jefe de Servicio, Cirugía General, Hospital Central de San Isidro "Melchor A. Posse".

Correo electrónico de contacto:maflorenia.costantino@gmail.com

Material y método

Se analizaron en forma retrospectiva las historias clínicas de las pacientes operadas en el Hospital Central de San Isidro y en el Centro Mamario del Hospital Universitario Austral entre agosto de 2009 y agosto de 2014. Se identificaron 5 casos de metástasis en la mama provenientes de tumores primarios de otros órganos.

Resultados

Sobre un total de 5 casos de metástasis en la mama, todos fueron del sexo femenino. Las edades oscilaron entre 59 y 72 años (promedio 64 años).

Observamos nódulos palpables al momento de la consulta, de rápido crecimiento, sin retracción de piel o pezón.

Con respecto a las imágenes mamarias, se evidenciaron nódulos de bordes predominantemente definidos en 4 casos (66,6%) y, en dos de ellos, polilobulados (33,3%). No se evidenciaron microcalcificaciones ni espículas en ninguno de los casos.

Discusión

Las metástasis mamarias son poco frecuentes. Clínica e imagenológica son de difícil diagnóstico, por lo que se destaca la importancia de tener en cuenta los antecedentes clínicos de los pacientes para realizar su diagnóstico diferencial.

Esto es importante, ya que el tratamiento de las metástasis y el del cáncer de mama son distintos; por ello, se recomienda, una vez realizado el diagnóstico, el abordaje multidisciplinario evaluando cada caso en forma individual y adaptando el tratamiento según cada paciente

Palabras clave

CÁNCER DE MAMA. METÁSTASIS EN LA MAMA. TUMORES EXTRAMAMARIOS.

SUMMARY

Introduction

Breast metastases from extramammary tumors are rare and account for only 0.5 to 2% of all malignant breast tumors. Any malignancy can metastasize to the breast but the most commonly reported are lymphoma, melanoma, lung, ovarian, gastric, prostate and kidney.

Objective

This work's objective is to describe our experience in finding breast lumps simulating benign or malignant tumors of the breast and which resulted to be metastases from other organs.

With this in mind, the presentation, the clinicopathological and radiological features of 5 cases diagnosed and treated in our centers were evaluated.

Materials and method

We made a retrospective analysis of the clinical records of the patients operated at the Hospital Central de San Isidro and at the Hospital Universitario Austral between august 2009 and august 2014.

5 cases of breast metastases from extramammary tumors were identified.

Results

Out of a total of 5 cases of breast metastases found, all were female. Ages ranged between 59 and 72 years (mean 64 years).

We observed palpable, fast growing lumps, without skin or nipple retraction.

Regarding breast imaging, the nodules had predominantly defined borders in 4 cases (66.6%) and polilobulated in two of them (33.3%). No microcalcifications or spicules were found in any of the cases.

Discussion

Metastases to the breast from extramammary tumors are uncommon, and clinically and radiologically hard to diagnose. The importance of taking into account the medical history of the patients is to be emphasized.

Its diagnosis is very important, because the treatment of metastases and breast cancer are different. This is why a multidisciplinary approach is recommended once the diagnosis is done, individually evaluating each case and adapting the treatment to the patient's needs.

Key words

BREAST CANCER. METASTASES TO THE BREAST. EXTRAMAMMARY MALIGNANCIES.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es la patología oncológica más frecuente en las mujeres; sin embargo, las metástasis hacia esta glándula son raras y representan solo el 0,5 al 2% de todas las neoplasias malignas de la mama.^(1,2) Al realizar una revisión sistemática de la literatura actual y utilizar las bases de datos de PubMed y Medline para consultar sobre metástasis en la mama secundarias a otras neoplasias malignas, se evidencia su muy baja incidencia: la mayoría de los trabajos presentan casos aislados.

Cualquier tumor maligno puede metastatizar en la mama, pero los más frecuentemente reportados en orden descendente de frecuencia corresponden, entre otros, a linfoma, melanoma, cáncer de pulmón, de ovario, gástrico, de próstata y renal.⁽³⁾

El objetivo de nuestro trabajo es analizar las características clínico-patológicas e imagenológicas obtenidas a través de nuestra experiencia en el hallazgo incidental de metástasis en la mama y en el manejo en 5 pacientes diagnosticadas y tratadas en nuestros centros con el propósito de incluir dentro de los diagnósticos diferenciales esta patología tan poco común, ya que puede simular y confundirse con los tumores benignos y malignos de la mama.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron en forma retrospectiva las historias clínicas de las pacientes operadas en el Hospital Central de San Isidro y en el Centro Mamario del Hospital Universitario Austral entre agosto de 2009 y agosto de 2014.

Siendo el objetivo evaluar la forma de presentación, las características clínico-patológicas, el manejo y evolución de estas pacientes, se revisaron los antecedentes personales y sus estudios mamarios tanto mamográficos como ecográficos.

Se describieron los hallazgos clínicos del examen mamario y axilar, así como el método utilizado para realizar el diagnóstico y la conducta tera-

péutica ante el resultado de la anatomía patológica.

De un total de 455 pacientes operadas por el sector de Patología Mamaria del Hospital Central de San Isidro, 3 casos (0,6 %) fueron diagnosticados como tumores metastásicos.

En el mismo período, en el Centro Mamario del Hospital Universitario Austral (HUA) también se identificaron 2 casos (0,3 %) sobre un total de 731 pacientes operadas.

Entre ambas instituciones, se obtiene un promedio de 0,45% sobre el total de pacientes operadas.

A continuación, se describen los diferentes casos clínicos, según orden de frecuencia de tumor primario.

Caso clínico 1

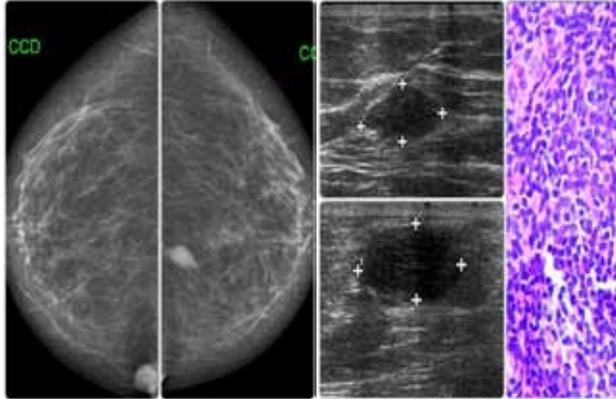
Paciente femenina de 59 años que consulta en junio de 2012 al Centro Mamario del HUA por presentar un nódulo en mama derecha (MD). La paciente refiere haberlo notado en el autoexamen mamario unos días atrás.

Como antecedentes clínicos de importancia, además de obesidad, tabaquismo e insuficiencia cardíaca, cabe destacar que en el año 1993 le diagnosticaron Linfoma No Hodgkin (LNH). Por dicha enfermedad, realizó transplante autólogo de médula ósea. En los años 2004 y 2009, recidivó como adenopatías generalizadas y linfoma folicular en el dorso, por lo que recibió, respectivamente, quimioterapia y cirugía asociada a radioterapia.

Clínicamente, en el examen mamario se palpa nódulo móvil e irregular de 1,5 cm en hora 3 de mama derecha, sin retracción de la piel. No se evidencian adenopatías axilares.

La mamografía confirma una opacidad nodular de bordes netos en MD y otra imagen densa de las mismas características en mama izquierda (MI) cuadrante inferointerno (CII).

La ecografía informa en MD hora 3 una imagen hipocóica ovalada heterogénea, de bordes definidos, de 16 x 10 mm, y en MI CII una imagen de simi-

Figura 1. Caso 1. Mamografía, Ecografía y Anatomía Patológica

lares características, de 14 x 7 mm; ambas imágenes son doppler positivo BI-RADIV.

Se realiza biopsia histológica por punción de ambos nódulos con resultado anátomo-patológico compatible con Linfoma No Hodgkin. El Servicio de Hematología recomienda su exéresis, y luego la paciente continúa su tratamiento quimioterápico y su seguimiento en dicho servicio hasta el día de la fecha (Figura 1)

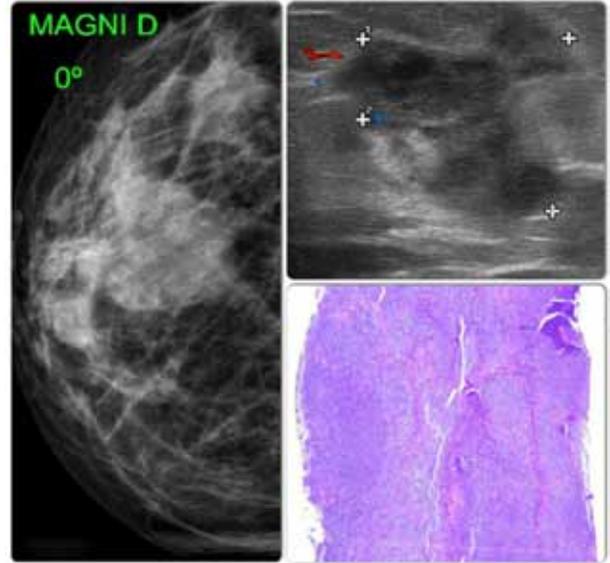
Caso clínico 2

Paciente de sexo femenino de 63 años derivada al Centro Mamario del HUA por anomalía en los estudios mamarios de control en marzo de 2014.

Informó antecedentes de infarto agudo de miocardio y cirugía por Linfoma No Hodgkin cerebral en el año 2008.

Clínicamente se palpa en MD hora 12 un nódulo de 2,5 cm, duro pétreo, indoloro, que no retrae pezón. Hay ausencia de adenopatías axilares.

Mamográficamente, en MD retroareolar se evidencia asimetría de densidad polilobulada, de bordes netos en el estudio magnificado, que no se asocia a microcalcificaciones. Esa imagen no fue hallada en estudios previos del año 2013.

Figura 2. Caso 2. Mamografía, Ecografía y Anatomía Patológica

La ecografía informa, acorde a lo palpatorio y radiológico, una extensa formación hipoeoica, polilobulada, heterogénea, de 30 x 25 mm, y otra imagen similar de 14 x 10 mm; ambas imágenes parecen unirse en un sector. Las dos son doppler positivo categorizadas BI-RAD IV.

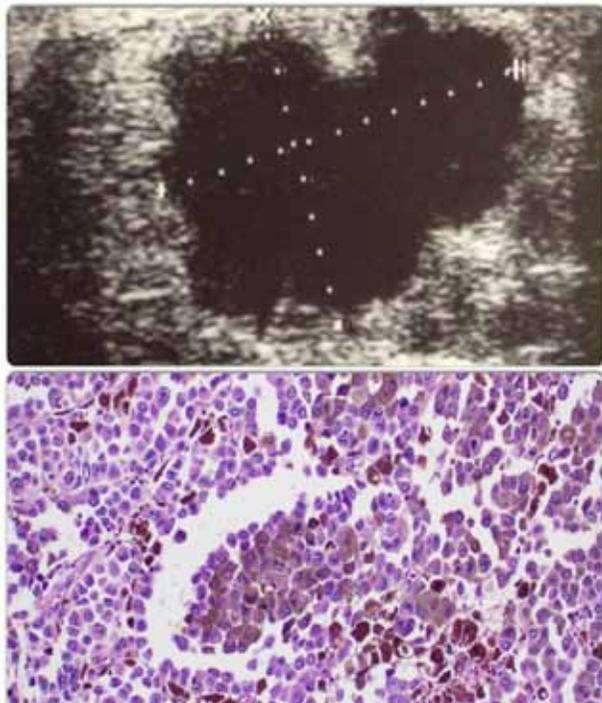
Se realiza biopsia por punción que informa cuadro histológico vinculable con proceso linfoproliferativo de alto grado.

La paciente recibe quimioterapia por recidiva de su enfermedad y actualmente continúa en seguimiento por el Servicio de Hematología (Figura 2).

Caso clínico 3

Paciente femenina de 69 años, diabética e hipertensa, derivada al consultorio de Patología Mamaria del Hospital Central de San Isidro por anomalía en los estudios mamarios de rutina en diciembre 2012.

Como antecedentes relevantes, refiere que en el año 2000 fue operada por Melanoma extensivo

Figura 3. Caso 3. Ecografía y Anatomía Patológica

superficial Breslow 1,2 mm Clark III Estadio IIa, con ganglio centinela negativo, ubicado en cara anterior de pierna derecha.

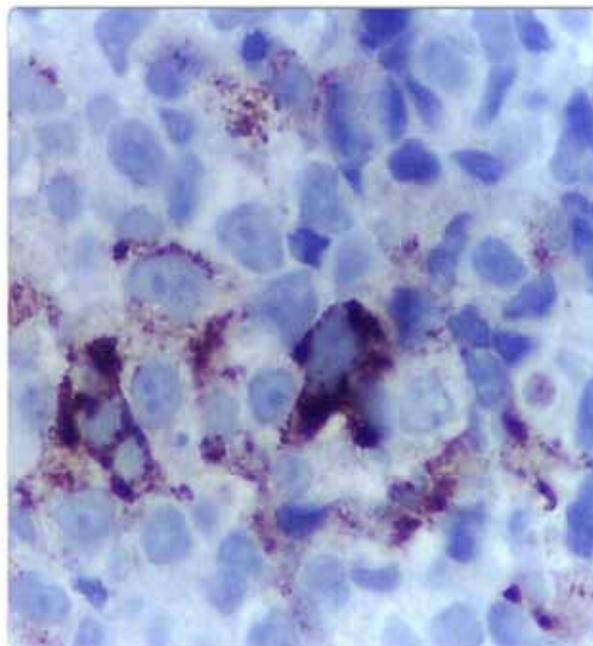
Presentó tres recaídas locales con resección quirúrgica e injertos de piel asociados a tratamiento sistémico.

Al examen mamario, se palpa en MI hora 12 un nódulo duro pétreo, móvil, no doloroso, de 2,5 cm, sin compromiso de la piel ni axilar.

La mamografía informa en MI hora 12 periareolar una imagen dominante de bordes poco definidos y lobulados, de 1,5 cm de diámetro.

La ecografía describe un nódulo hipoecoico sólido, heterogéneo, de contornos polilobulados irregulares, de 25 x 15 mm, BI-RAD IV.

Se decide realizar cuadrantectomía, cuya anatomía patológica informa melanoma maligno de tipo epitelioides con intensa necrosis y hemorragia intra-

Figura 4. Caso 4. Anatomía Patológica: Carcinoma pobremente diferenciado, neuroendócrino, primitivo de pulmón, cromogranina, citoqueratinas y TTF-1 positivos

tumoral y márgenes quirúrgicos libre de neoplasia.

La paciente es derivada al Servicio de Oncología, donde se realiza PET/TC que informa pequeño nódulo subcutáneo en pierna derecha y nodulillos pulmonares bilaterales metabólicamente activos compatibles con secundarismo.

Durante el tratamiento sistémico, la paciente intercorre con metástasis en ojo izquierdo y cerebrales para lo que recibe radioterapia. Fallece en mayo de 2014 (Figura 3).

Caso clínico 4

Paciente femenina de 56 años, tabaquista severa, que, en el año 2009, concurre al consultorio de Patología Mamaria del Hospital Central de San Isidro por haberse palpado un nódulo en mama derecha.

Al examen físico, se identifica en MD hora 6 un nódulo móvil, duro elástico, de aproximadamente 2

x 1,5 cm, no adherido a la piel. Los ganglios de axila y los supra e infraclavicular estaban libres.

Mamográficamente informa en MD una imagen densa redondeada, de contornos netos, no evidenciada en estudios del año 2007. En el año 2008 la paciente no realizó estudios de *screening*.

La ecografía informó nódulo hipoeoico ligeramente heterogéneo, de bordes definidos, de 2,5 x 2 cm, BI-RAD IV.

Se programa tumorectomía de hora 6.

La Anatomía Patológica informa carcinoma pobremente diferenciado, neuroendócrino, primitivo de pulmón, con receptores hormonales y HER2/neu negativos, Ki 67 60%, cromogranina, citoqueratinas y TTF-1 (Factor de Transcripción Tiroideo) positivos.

La paciente es derivada al Servicio de Oncología, donde se solicita Tomografía Axial Computada de tórax, en la cual se evidencia masa central en pulmón derecho. La paciente fallece a los 11 meses del diagnóstico inicial (Figura 4).

Caso clínico 5

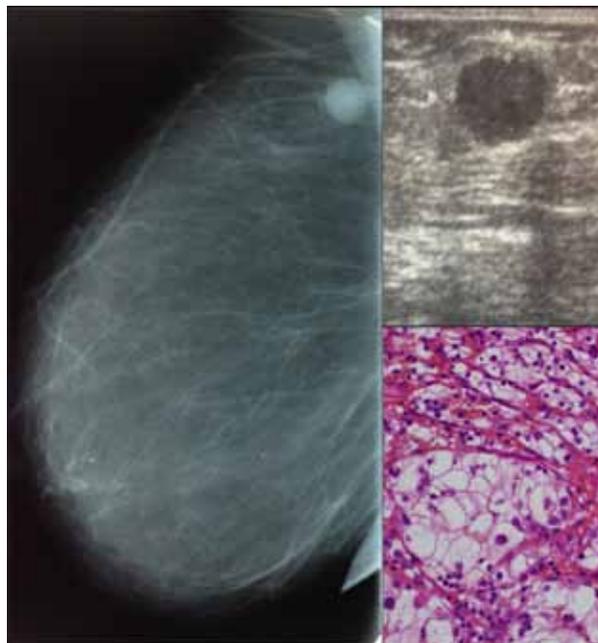
Paciente de sexo femenino, de 72 años, ex tabaquista e hipertensa, que consulta a principios del año 2014 por haber notado un nódulo en mama derecha al realizar el autoexamen 3 meses atrás.

Como antecedentes quirúrgicos de relevancia, refiere nefrectomía radical derecha por carcinoma de células claras en el año 2002 en otra institución.

Al examen físico, se palpa en mama derecha cuadrante supero externo (CSE) pequeño nódulo duro elástico y móvil, no adherido a planos profundos ni superficiales, de aproximadamente 2 cm de diámetro. No se observan adenopatías ni en axila, ni en huesos infraclavicular y supraclavicular.

En la mamografía, en MD hacia prolongación axilar se identifica imagen nodular de alta densidad de contornos predominantemente definidos no detectada en estudios del año anterior.

Figura 5. Caso 5. Mamografía, Ecografía y Anatomía Patológica



Ecográficamente se advierte un nódulo hipoeoico, ligeramente heterogéneo, de bordes definidos, de 12,8 x 16,2 cm, BI-RAD IV.

Trae Tomografía Axial Computada de cuello, tórax y abdomen sin evidencias de lesiones.

Se realiza tumorectomía de dicho nódulo, cuya biopsia por congelación informa neoplasia de aspecto estromal, de 2 cm, con márgenes libres; el estudio diferido informó metástasis por carcinoma renal de células claras.

Actualmente, la paciente se encuentra en seguimiento en el Servicio de Oncología (Figura 5).

RESULTADOS

Sobre un total de 5 casos de metástasis en la mama, todos fueron del sexo femenino. Las edades oscilaron entre 59 y 72 años (promedio 64 años).

La mama derecha fue afectada en 3 casos (60%), la mama izquierda en un solo caso (20%); la afectación fue bilateral también en un solo caso (20%).

Tabla 1. Resumen de las características de los casos clínicos descriptos

CASO	SEXO	EDAD	TUMOR PRIMARIO	UBICACIÓN MTS	AXILA	IMAGENOLOGÍA	FORMA DE DIAGNÓSTICO	ÚLTIMO CONTROL
1	F	59	LNH 1993	MD H3 MI CII	Negativa	Bordes netos	Biopsia por punción Tumorectomía	2014
2	F	63	LNH 2008 Cerebral	MD H12	Negativa	Bordes polilobulados	Biopsia por punción	2014
3	F	69	Melanoma pierna derecha 2000	MI H12	Negativa	Bordes polilobulados	Tumorectomía	Óbito 2014
4	F	56	Ca Pulmón 2009	MD H6	Negativa	Bordes netos	Tumorectomía	Óbito 2010
5	F	72	Ca Renal 2002	MD CSE	Negativa	Bordes netos	Biopsia por congelación Tumorectomía	2014

Con respecto a la afectación de cuadrantes, 4 tuvieron ubicación en el cuadrante superior (67%) y dos en el inferior (33%).

Ninguno de los casos evaluados presentó afectación ganglionar axilar.

Todos fueron nódulos palpables en el examen mamario, y el diámetro promedio osciló entre 1,5 y 3 cm. Ninguno presentó retracción de la piel ni del pezón.

Con respecto a las imágenes mamarias en la mamografía, se evidenciaron nódulos de alta densidad, de bordes predominantemente definidos en 4 casos (66,6%) y, en dos de ellos, polilobulados (33,3%). No se presentaron microcalcificaciones ni espículas en ninguno de los casos.

La ecografía mostró nódulos sólidos hipoecogénicos, de estructura heterogénea, bordes circunscritos o parcialmente definidos. En dos pacientes se observó un nódulo polilobulado.

En 4 casos (80%) las lesiones no se evidenciaban en estudios anteriores y en 1 (20%) se desconocía la existencia de estudios previos.

Los métodos diagnósticos fueron: en tres ocasiones, biopsia por punción histológica; en cuatro se realizó tumorectomía con congelación intraoperatoria y por diferido.

En la Tabla I se detalla un resumen de las características anteriormente descriptas.

El intervalo entre el diagnóstico del tumor primario y la aparición de la metástasis en la mama fue de entre 0 y 19 años (con un promedio de 9,8 años). En un solo caso, la metástasis mamaria fue la primera presentación de un tumor primario desconocido.

En todos los casos se realizó diagnóstico anatómo-patológico de las lesiones intramamarias.

DISCUSIÓN

Las metástasis en la mama originadas en tumores de otros órganos son muy poco frecuentes, por lo que raramente se tienen en cuenta como diagnóstico diferencial. Es por esta razón que en la literatura científica predomina la presentación de

casos únicos o de unos pocos casos de aparición incidental. Nosotros, en un período de 5 años, identificamos tan solo 5 casos uniendo los hallazgos de dos Servicios de Patología Mamaria.

Algunos autores afirman que las metástasis en la mama pueden diferenciarse de los tumores primarios de la misma por su morfología, ya que los primeros tienden a tener bordes circunscriptos o parcialmente definidos y los últimos a ser infiltrativos.⁽³⁾ Esto es controversial, ya que existen tumores malignos de la mama que pueden ser redondeados y circunscriptos, como el cáncer medular, el mucinoso o el papilar, y en nuestros casos, si bien la mayoría tenían bordes circunscriptos, también observamos dos casos con bordes lobulados.

Las metástasis en la mama son más frecuentemente diagnosticadas en mujeres.

Aproximadamente en un 30% de los pacientes, estas lesiones son el primer hallazgo de malignidad desconociéndose el origen del tumor primario.⁽⁴⁾

Los pacientes habitualmente presentan una masa indolora, móvil, de rápido crecimiento y palpable en el momento de la consulta; generalmente, esa masa tiene una localización superficial pero no retrae la piel ni el pezón; además, la axila raramente está afectada.⁽⁵⁾

En nuestras historias clínicas, nosotros encontramos únicamente pacientes del sexo femenino con esta patología. En 4 de los casos presentaban antecedentes de tumor primario conocido, y en un solo caso el primario se diagnosticó a partir del hallazgo metastásico en la mama: correspondió al carcinoma pulmonar de células pequeñas, cuyo tipo de metástasis tiende a ser sincrónico con el tumor primario.⁽⁶⁾

Por otra parte, coincidentemente con lo que se observa en forma habitual –como acabamos de mencionar–, también constatamos que, al momento de la consulta, las pacientes presentaban nódulos palpables, de rápido crecimiento que, a pesar de ser superficiales, no retraían ni la piel ni el pezón. Además, tampoco se evidenciaron a la palpación

adenopatías axilares, supra e infraclaviculares.

El patrón mamográfico de estas lesiones metastásicas suele consistir en nódulos relativamente bien circunscriptos, generalmente únicos, de márgenes ligeramente irregulares.⁽⁷⁾ Habitualmente carecen de espículas, y las microcalcificaciones son raras, aunque pueden ocurrir en las metástasis de cáncer de ovario y de tiroides.⁽⁸⁾ La forma más comúnmente encontrada es la de un nódulo sólido único (85%), seguido en frecuencia por imágenes múltiples (11%) y difusas (4%) –las menos frecuentes–. En el 26% de los casos los nódulos son bilaterales. Estas lesiones se ubican mayormente en el cuadrante superior externo (CSE) de la mama.⁽⁹⁾

En nuestra experiencia, las lesiones se presentaron como nódulos únicos, y un solo caso fue bilateral.

Surov y col.⁽¹⁰⁾ obtuvieron un 37% de imágenes mamográficas redondeadas, ovals, de bordes circunscriptos –y en menor medida microlobulados–, sin microcalcificaciones ni espículas, categorizadas BI-RADS IV; por otro lado, reportaron un 67% de las imágenes ecográficas con características hipocogénicas ovals y redondeadas, con márgenes mayormente lobulados –y en menor medida circunscriptos–, categorizados también BI-RADS IV. Con respecto al ecodoppler, un 39% de los casos evaluados demostró hipervascularización.

En nuestro estudio también obtuvimos en todos los casos una categoría BI-RADS IV.

Histológicamente, en la mayoría de las ocasiones suele ser fácil diagnosticar dichas lesiones con el antecedente clínico del tumor primario. El hallazgo al microscopio de células claras es sugestivo de carcinoma renal; observar células con pigmento melánico e hiper cromasia nuclear en las células neoplásicas corresponde a melanoma. Sin embargo, un tercio de las lesiones puede no tener características específicas y presentarse en pacientes que carecen de antecedentes clínicos relevantes. Por ello, el diagnóstico debe ayudarse con la inmunohistoquímica (IHO): se solicitan receptores de estrógeno

y progesterona, así como HER2/neu –que serán negativos en la mayoría de las metástasis–, factor de transcripción tiroideo 1 (TTF-1) para el cáncer de pulmón, S 100 para melanoma, CK 20 y CK 7 para los cánceres gastrointestinales.⁽⁴⁾

En nuestro estudio, en el caso de la metástasis del cáncer de pulmón sin antecedentes clínicos previos, para realizar el diagnóstico, se utilizó IHC, dando el TTF-1 y la cromogranina positivos. En el resto no fue necesaria la IHC ya que eran casos de fácil diagnóstico.

El intervalo entre el diagnóstico del tumor primario y la aparición de la metástasis en la mama varía entre 0 y 144 meses (promedio de 12 meses).⁽¹¹⁾

Según los distintos trabajos,^(4, 11) el diagnóstico de metástasis mamaria se acompaña de un mal pronóstico y –en ocasiones– de enfermedad diseminada, con una sobrevida de 10 meses y 5 años.

En nuestro estudio, de un total de 5 pacientes, 2 fallecieron luego de diagnosticada la metástasis: una al año y la otra a los 2 años. Para poder hablar de sobrevida, es necesario un mayor tiempo de seguimiento.

Es importante tener la sospecha diagnóstica ya que los tratamientos son diferentes; para ello, es fundamental una detallada confección de la historia clínica con los antecedentes del paciente, ya que esto puede ayudar a pensar en la posibilidad de que se trate de una lesión metastásica de un tumor extramamario aunque sus características imagenológicas sean poco orientadoras.

Se recomienda, una vez realizado el diagnóstico, el abordaje multidisciplinario evaluando cada caso en forma individual y adaptando el tratamiento según cada paciente.

REFERENCIAS

1. Alvarado C, Carrera A, Perez M, Tavassoli F. Metastases to the breast. *Eur J Surg Oncol* 2003; 29: 854-855.
2. Loffeld A, Marsden J. Management of melanoma metastasis to the breast: case series and review of the literature. *British Journal of Dermatology* 2005; 152: 1206-1210.
3. Alva S, Shetty-Alva N. An update of tumor metastases to the breast data. *Arch Surg* 1999; 134: 450.
4. Lee AH. The histological diagnosis of metastases to the breast from extramammary malignancies. *J Clin Pathol* 2007; 60: 1333-1341.
5. Alzaraa A, Vodovnik A, Montgomery H, Saeed M, Sharma N. Breast metastases from a renal cell cancer. *World Journal of Surgical Oncology* 2007; 5: 25.
6. Mirrielees J, Kapur J, Szalkucki L et al. Metastasis of primary lung carcinoma to the breast: a systemic review of the literature. *Journal of Surgical Research* 2014; 188: 419-431.
7. Perez B, Tapia A, Sanchez L et al. Metástasis en mama de melanoma maligno cutáneo. *Prog Obstetricia Ginecol.* 2011; 54: 371-375.
8. Williams S, Ehlers R, Hunt K et al. Metastases to the Breast from Nonbreast Solid Neoplasms. *Cancer* 2007; 4: 731-737.
9. Toombs B, Kalisher L. Metastatic Disease to the Breast: Clinical, Pathologic and Radiographic Features. *Am J Roentgenol* 1977; 129: 673-676.
10. Surov A, Fiedler E, Holzhausen H et al. Metastases to the Breast from Non-mammary Malignancies. *Acad Radiol* 2011; 18: 565-574.
11. Yeh C, Lin C, Chen M. Clinical and ultrasonographic characteristics of breast metastases from extramammary malignancies. *Am Surg* 2004; 70: 287-290.

DEBATE

Dr. Dávalos Michel: Es interesante el trabajo. Yo he tenido la oportunidad de ver tres casos. Uno era una metástasis en piel de la mama de un cáncer de vejiga avanzado. Le hice la biopsia de la piel de la mama, porque la señora había estado operada previamente de un cáncer de mama bilateral. Los otros dos casos, coincidentemente con lo expuesto, parecían nódulos: una era una mujer joven que operé en la década del 80 de dos fibroadenomas bien antes de su cáncer de páncreas, no recuerdo si era neuroendócrino; y el otro caso fue el de un linfoma primitivo en una mujer que no tenía ningún antecedente de linfoma. En esa época, a fines del 80, eran importantes las punciones percutáneas –después empezaron los radiólogos, en el año 94–. Fue muy importante la biopsia diferida, porque era una mujer con la mama chica, con un nódulo de 4 cm que yo no sabía muy bien qué era; podía ser un cáncer o no, podía ser un Phyllodes también. Se hizo biopsia por congelación que informó carcinoma nodular. Entonces, le hago una mastectomía tipo Madden y, cuando estoy terminando, la patóloga me dice: “Doctor, es un linfoma”. Ya la mastectomía estaba hecha. La señora evolucionó bien, se murió por otra causa. Por eso, cuando ustedes dicen que el pronóstico es malo, hay que aclarar que depende de qué tumor se trate; el pronóstico, en el caso del linfoma, va a depender del tipo de linfoma en cuestión. Son unos nódulos grandes y tienen bordes lobulados, no tienen calcificaciones y son poco frecuentes; hace años que trabajo y solo he visto tres.

Dr. Montesinos: Quisiera recalcar la importancia de hacer una punción histológica en un BI-RAD 4 o en cualquier lesión sospechosa, después estadificarla con un PET y luego, si es necesario como toilette, hacer la resección.

Dra. Costantino: En realidad, las que se hicieron punción fueron las del Centro Mamario del Hospital Austral. Nosotros, en el Hospital Central

de San Isidro, no tenemos biopsia por punción, lamentablemente; tendría que hacerla yo, pero debería hacer la curva de aprendizaje. Es por eso que optamos por la tumorectomía; y nos hemos llevado estas sorpresas. Pero, efectivamente, es muy bueno tener la biopsia previa para ver cómo sigue el tratamiento.

Dr. Cassab: La Dra. Quinteros consulta si pueden estimar el tiempo que pasó entre la atención del tumor primario y la metástasis, ya que todos los tumores eran palpables.

Dra. Costantino: Entre 0 y 19 años con un promedio de 9,8 años, aproximadamente.

Auditorio: Les quiero dar la opinión desde el punto de vista oncológico. En la práctica diaria asistencial, las metástasis mamarias de un tumor de otro origen no son un hecho infrecuente. No es común que a la paciente con la enfermedad diseminada y con un pronóstico ominoso a corto plazo le pidan mamografías, con lo cual a veces pasan totalmente desapercibidas. Pero, en series de necropsias, los hallazgos de metástasis mamarias en melanoma diseminado, o en pulmón diseminado, son mucho más altas. Algo que me pareció muy interesante de la presentación, y que se comentó, es que, cuando se encuentra un nódulo en la mama y hay antecedentes de cierto tipo de tumor, por ejemplo, un melanoma, se debe descartar sí o sí que no se trate de una metástasis del melanoma. En el caso del cáncer de pulmón, cuando está diseminado, puede comprometer la mama y es rápidamente evolutivo. Observamos que la paciente que tuvo mayor intervalo libre de enfermedad fue la de cáncer renal. Este es un tumor que metastatiza a veces hasta a los 15 ó 20 años, con lo cual se debe tener en cuenta. Creo que pesquisar la metástasis en la mama es útil porque, si esa es la única metástasis que tiene, con una simple tumorectomía le resuelve tal vez a la paciente el hecho de que a lo mejor se vea sometida a quimioterapia. Es decir, con cirugía uno puede

resolver quirúrgicamente la lesión metastásica sin necesidad de hacer un tratamiento sistémico. Estas son pacientes que no se curan. Lo que uno busca es mantener la calidad de vida; por ello me parece que la cirugía es un hecho a considerar siempre que uno encuentre una metástasis en la mama.

Dr. Elizalde: ¿Alguna otra pregunta?

Dr. Mysler: Un comentario. Yo tuve un caso también interesante: una paciente que vino a un control porque se le palpaba un nódulo; venía con un fibroadenoma. Me llamó la atención que en la mamografía tenía tres nódulos, dos en una mama y otro en la otra, de densidad más alta de lo que uno esperaría, bien redonditos, bien regulares, de bordes bien netos. Le hice una punción y, antes que llegara el resultado, interrogándola, surge que la señora había tenido dos episodios en ese mismo año de infecciones en los pulmones, dos episodios de neumonía que no habían resuelto bien; sospeché el cáncer de pulmón. Le hicieron el diagnóstico después de que yo le puncé la mama. La mandé a hacer una tomografía, y apareció el cáncer mientras yo esperaba el resultado. Fueron tres metástasis de cáncer de pulmón. Se trató de un caso interesante, en el que se descubrió el cáncer de pulmón por las metástasis mamarias.

También quisiera preguntarle a la Dra. Costantino y al resto de los mastólogos, cómo es el criterio quirúrgico en cuanto al margen, en el caso de las metástasis: si, como comentó recién el doctor es una enucleación, si se deja un margen. En verdad, me gustaría saber, cuando opero una metástasis, ¿cómo es el criterio del margen cuando hacen la resección, cómo lo calculan?

Dra. Costantino: Nosotros buscamos en todos tener un buen margen. Por ejemplo, en el caso del carcinoma renal, no lo sospechábamos y sacamos con margen pensando que era un tumor de la mama. Pero se busca hacer los márgenes para no dejar tumor ahí. La idea de la resección es dejar a la paciente

libre de enfermedad y mejorar su calidad de vida. Con respecto a lo del cáncer de pulmón que comentó, generalmente el 30% son sincrónicos y esto se da más en el cáncer de pulmón. Por eso, generalmente, aparece primero la metástasis en la mama y después el cáncer de pulmón. Ese fue nuestro caso y lo que le pasó a usted también.

Dr. Elizalde: Yo quisiera hacerte dos consideraciones y una opinión. En el último *slide* de la presentación, marcás que para hablar de sobrevida hay que tener más seguimiento. La realidad es que no; la sobrevida es mala. El seguimiento realmente no tiene importancia. No marca sobrevida, porque es una metástasis, y todas –o casi todas: cuatro de cinco– se murieron. Es muy alta la mortalidad. Una metástasis, hoy por hoy, sigue siendo casi un certificado de defunción. Me llamó la atención la imagen que tenían del tumor renal: en la mama tenía refuerzo acústico posterior, no tenía sombra posterior, tenía una imagen de benignidad.

Dra. Costantino: Totalmente; lo que pasa es que esa paciente me trajo los estudios previos y la mamografía era totalmente normal. De un año a otro.

Dr. Elizalde: Te entendí eso. La evolutividad, sin duda, marca un signo de riesgo. La otra pregunta es: en el caso número uno, al linfoma le hicieron una tumorectomía; y en el caso número dos, que también era un linfoma, ¿no le hicieron tumorectomía?

Dra. Costantino: También. Pero no lo puse. Le hicimos la punción y después también recomendaron la exéresis.

Dr. Elizalde: Pero no marcaste eso, dijiste que no, que lo trataron directamente.

Dra. Costantino: No, luego le hicieron la quimioterapia; pero después de la biopsia hicieron la tumorectomía. No lo puse pero era igual que el otro caso. Porque es el mismo servicio.

Dr. Elizalde: Adrián, quisiera escuchar tu opinión con respecto a los linfomas, es decir, si hay que

hacerles tumorectomía o no. Porque nosotros presentamos acá un linfoma durante mucho tiempo y la tumorectomía nunca entró dentro de nuestras posibilidades.

Dr. Nervo: No es una patología que yo vea comúnmente, pero el Linfoma de Hodgkin o el No Hodgkin, por lo general, es considerada, en gran parte de los casos, una enfermedad sistémica y el resorte principal del tratamiento es la quimioterapia. No obstante, está un poco discutido si la paciente tiene que hacer una tumorectomía o si, con una biopsia que confirme que es un linfoma diseminado Estadio IV en la mama, simplemente uno puede hacer quimioterapia y esperar la resolución. La verdad es que creo que si el linfoma se diagnostica por la enfermedad inicial en la mama, probablemente uno acceda a hacer una cirugía porque piense que puede ser un primario de mama o un linfoma primario de la mama. Pero si uno descubre el nódulo mamario en el contexto de Enfermedad de Hodgkin diseminada, con un Ann Arbor 2-3, con linfadenopatías generalizadas, creo que procedería a los tratamientos sistémicos sin resolver quirúrgicamente la mama.

Dr. Elizalde: Si me disculpás, creo que a la presentación le faltó justamente eso: no hablaron de los ganglios. Hablaron del tumor en el caso 1 y no mencionaron el estado ganglionar.

Dra. Costantino: En los dos dije que en ninguna de las axilas tenía adenopatías palpables.

Dr. Elizalde: Pero tenía el antecedente de un linfoma. Tal vez el estudio sistémico debiera haber sido otro. Creo que un PET estaría indicado. No sé ustedes qué piensan.

Dr. Mc Lean: A la primera paciente, la tratamos nosotros en el Hospital Austral y la vimos en conjunto con la gente de Hematología, con Gustavo Kuminsky, que es el hematoncólogo de esta paciente. Ella había tenido un linfoma varios años atrás.

Dr. Elizalde: Doce años.

Dr. Mc Lean: Unos cuantos años atrás. Se presentó con esto, le hicimos una punción y la punción nos habló de un linfoma. Por supuesto que se discutió, se estudió muchísimo. Si no se hizo un PET, se hicieron todos los estudios necesarios, y la paciente estaba libre de enfermedad. Se discutió, y la recomendación de los hematoncólogos fue: dos lesiones, una en cada mama, resección quirúrgica y la paciente iba a estar nuevamente libre de enfermedad. Y es lo que se hizo. Pero se discutió todo en Comité de Tumores, y fue la recomendación del Servicio de Hematoncología.

Dr. Elizalde: Con el diario del lunes, no modificó la sobrevida.

Dra. Costantino: Pero esta paciente todavía sigue viva.

Dr. Elizalde: ¿No es una de las fallecidas?

Dra. Costantino: No. De las cinco solo fallecieron dos.

Dr. González: Con respecto a lo que estaban hablando recién del tratamiento del linfoma primario o metastásico, no nos olvidemos de que también hay otras variedades de linfoma que se pueden presentar. Hoy en día, hay cada vez más publicaciones sobre los Linfomas T relacionados con la presencia de prótesis durante años y, secundariamente a eso, seromas crónicos. En algunos casos, estos se presentan con diagnóstico clínico de una enfermedad primaria de mama, pero otras veces el diagnóstico es por una citología después de un recambio de prótesis, y en esa situación habitualmente el tratamiento local no se puede hacer en forma radical. Entonces, generalmente va a tratamiento sistémico y después se reevalúa. Por lo tanto, hay diferentes formas de presentación y otras patologías que van apareciendo.

Dr. Elizalde: Sí, el linfoma es el más frecuente de todos. Muchas gracias, Doctora, por la presentación y la felicito.