

CARCINOMA BRONCOGÉNICO CON METASTASIS EN MAMA.

F.F. Rodríguez Vidigal, L.M. Entrenas Costa, T. Domínguez Platas, J.M. Checa Pinilla, J.M. Antona Góñez y F. Fuentes Otero.

Sección de Neumología. Hospital Universitario Regional Infanta Cristina. Avda de Elvas, s/n. 06080 BADAJOZ.

RESUMEN

Las manifestaciones extratorácicas del carcinoma broncogénico debidas a metástasis pueden hallarse en cualquier órgano. Sin embargo, la localización en glándula mamaria es infrecuente. Se presenta el caso de una mujer no fumadora con carcinoma broncogénico tipo epidermoide que, durante la evolución clínica, desarrolló una metástasis mamaria.

Palabras clave:

- Carcinoma broncogénico.
- Metástasis mamaria.
- Punción aspirativa mamaria.

BRONCHOGENIC CARCINOMA WITH BREAST METASTASE

ABSTRACT

Extrathoracic findings of bronchogenic cancer due to metastases can be present in any localization. However, the intra-mammary gland metastases is exceptional. We present a case report of a non smoking woman with bronchogenic carcinoma who developed an intra-mammary gland metastase.

Key words:

- Bronchogenic cancer
- Mammary metastase
- Fine needle aspirative puncture biopsy

INTRODUCCION

En la historia natural del carcinoma broncogénico la diseminación metastásica es la norma y, dependiendo del tipo histológico, ésta aparecerá con mayor o menor rapidez en la evolución clínica⁽¹⁾. Si bien el carcinoma broncogénico aparece predominantemente en varones, en las últimas décadas se ha observado un aumento de su incidencia en mujeres, lo cual guarda un paralelismo con el aumento del consumo de tabaco en este sexo⁽²⁾.

Se han descrito como más frecuentes las metástasis en hígado, esqueleto o cerebro, aunque se hayan demostrado en casi cualquier órgano⁽¹⁾. Sin embargo, la presencia de

metástasis en glándula mamaria constituye una rareza clínica ^(1,4,5), siendo el objetivo de este trabajo la descripción de un nuevo caso.

CASO CLINICO

Mujer de 57 años de edad, sin antecedentes de tabaquismo, que ingresó en Marzo de 1991 para estudio de derrame pleural. Cuatro meses antes había comenzado con un cuadro cataral que no mejoró con tratamiento médico, siendo detectado el derrame en una radiografía de tórax solicitada por su médico de cabecera.

En la exploración física destacaba semiología de derrame, pleural en base derecha, siendo el resto normal. En las determinaciones de laboratorio se objetivó una anemia normocítica normocrómica (hemoglobina 9.9 g/dl); 7.02×10^9 plaquetas / litro; serie blanca: normal; VSG: 36 mm. a la primera hora; bioquímica sanguínea normal.

Mediante toracocentesis se obtuvo un líquido pleural con pH de 7.280, 6×10^6 leucocitos/litro (90% mononucleares), glucosa 100 mg/dl, proteínas 4.4 g/dl, LDH 844 U/l y ADA 12.3 U/l; el cultivo fue negativo en los medios habituales para aerobios y anaerobios. La broncofibroscopia permitió observar compresión extrínseca y plegamiento de todas las embocaduras bronquiales derechas junto con engrosamiento mucoso de aspecto neofornativo en carina del lobar superior derecho. El estudio anatomopatológico de la biopsia bronquial proporcionó el diagnóstico de carcinoma epidermoide. Una tomografía axial computarizada de tórax evidenció adenopatías hiliares homolaterales sugestivas de ser metastásicas. No existía evidencia de extensión extratorácica en la ecografía abdominal ni en la gammagrafía ósea.

Con el diagnóstico de carcinoma broncogénico epidermoide en estadio IIIb (T₄, N₁, M₀) se propuso toracoscopia diagnóstica, no aceptando la paciente ésta ni ninguna otra medida que no fuera meramente paliativa.

A los cuatro meses del diagnóstico la paciente permanecía clínicamente estable, quejándose de molestias inespecíficas en mama derecha. Una ecografía mamaria reveló que existía un nódulo intraglandular en el cuadrante súpero-externo de dicha mama. Realizada una biopsia mediante punción aspirativa con aguja fina, se comprobó que el material citológico correspondía a una metástasis de carcinoma epidermoide con hallazgos histológicos idénticos al ya detectado en pulmón. Posteriormente, la paciente desarrolló una enfermedad metastásica generalizada con afectación de piel, hígado, pulmón y pericardio, lo que motivó un taponamiento cardíaco, falleciendo en Noviembre de 1991.

DISCUSION

El cáncer de pulmón supone el 9% de todas las neoplasias malignas en la mujer y constituye la segunda causa más frecuente de muerte por cancer en mujeres entre 35 y 75 años de edad. Su incidencia en el sexo femenino se ha incrementado, posiblemente en

relación con el aumento del hábito tabáquico en dicha población; no obstante, cada vez se le da mayor significación patogénica al fumador pasivo^(6,7).

En más de la mitad de los casos de carcinoma broncogénico existen metástasis a distancia en el momento del diagnóstico, siendo la localización más frecuente de las mismas hígado, glándulas suprarrenales, hueso, riñón y sistema nervioso central. Existen metástasis descritas en cualquier órgano corporal pero en algunos, como es el caso de la mama, ocurren muy raramente^(1,3-5). Las metástasis mamarlas de neoplasia primitiva extramamaria son bastante inusuales. En 1986, Silverman y cols⁽⁴⁾ revisaban la bibliografía, encontrando descritos sólo 250 casos de metástasis mamarias de tumor primitivo extramamario; posteriormente, Sneige y cols⁽⁵⁾ revisan 389 neoplasias mamarias, encontrando que sólo 20 correspondían a metástasis de un primitivo de cualquier localización. Estas constituyen del 2,7 al 5,1% de todos los tumores malignos de la mama. En senes necrósicas la proporción es similar, variando entre el 1,4 y el 6,6%⁽⁸⁻⁹⁾. Es por lo tanto de 100 a 200 veces más frecuente la neoplasia primitiva mamaria que la metastásica.

Pueden metastatizar en mama tumores primitivos de muy diversa localización, siendo los más frecuentes el adenocarcinoma de próstata y el carcinoma broncogénico en el varón y, en mujeres, el melanoma, linfoma y carcinoma broncogénico^(4,5,9,10). El cáncer de pulmón constituye del 20 al 40% de todos los tumores que metastatizan en mama, especialmente el tipo histológico de células pequeñas, seguido por el carcinoma epidermoide^(4,5). Silverman⁽⁴⁾ encuentra sólo un carcinoma epidermoide en su serie de 18 metástasis mamarias y Sneige⁽⁵⁾ dos en una serie de 20. En las series revisadas la edad media es de 48 años, siendo el 70% de los pacientes menores de 50 años y existiendo un neto predominio (85%) del sexo femenino⁽⁴⁻⁵⁾. El pronóstico de estos pacientes es infausto: fallecen el 80% antes de transcurrir un año desde el diagnóstico⁽⁵⁾, como ocurrió en nuestro caso. La supervivencia media es de 10 meses.

La mayor parte de las metástasis mamarias (85%) se presentan como un nódulo único, generalmente redondeado, de bordes bien definidos y sin cambios cutáneos adyacentes; su localización predilecta es el cuadrante súperoexterno, pudiendo confundirse su aspecto marnográfico con un tumor benigno sin microcalcificaciones y bien delimitado⁽¹¹⁻¹²⁾. En nuestro caso podría plantearse el diagnóstico diferencial entre una metástasis mamaria y metástasis subcutáneas, ya que éstas aparecieron posteriormente en el curso de la enfermedad. Para ello es útil la ecografía mamaria; esta técnica determinó que el nódulo era de localización intraglandular y no subcutáneo. Ni clínica, ni mamográficamente puede diferenciarse una metástasis mamaria de un tumor primitivo mamario. Para ello es preciso practicar una biopsia. La punción aspirativa mamaria es especialmente útil, pudiendo evitar una mastectomía innecesaria cuando la metástasis mamaria es la manifestación inicial de la neoplasia⁽¹³⁾. La característica histológica que diferencia una metástasis mamaria de un tumor primitivo mamario estriba en la presencia de infiltración periductal, sin invasión intraductal ni intralobular.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Minna JD, Higgins GA, Glatstein EJ Cancer of the lung. En: De Vita VT (editor). Cancer. Principles and practice of oncology. JB Lippincott Company, Philadelphia 1985: 517-524.
- 2.- Estudio sociológico sobre las enfermedades respiratorias en España. Libro blanco. SEPAR ed. Madrid. 1984: 85903.
- 3- Minna JD, Neoplasms of the lung. En: Harrison's (editor). Principles of Internal Medicine. McGraw Hill, New York 1990: 1102-1104.
- 4.- Silverman JF, Feldman OS, Covell JL, Frable WL Fine needle aspiration cytology of neoplasms metastatic to the breast. Acta Cytol 1987; 31: 291-300.
- 5.- Sneige N, Zachariah S, Fanning TV, Deknuzian RH. Fine-needle aspiration cytology of metastatic to the breast. Am J Clin Pathol 1989; 92: 27-35.
- 6.- Hirayama T. Cáncer de pulmón y tabaquismo pasivo. Consistencia de la asociación. Lancet (ed. española) 1984; 4: 308-310.
- 7.- Martínez Llamas A. Patología del consumo de tabaco. Glosa. Barcelona 1989: 159-170.
- 8.- Bohman LG, Bassett LW, Gold RH, Voct P. Breast metastases from extramammary malignances. Radiology 1982; 144: 309-312.
- 9.- Paulus DD, Libshitz HI. Metastases to the breast. Radiol Clin North Am 1982; 20:561-568.
- 10- McIntosh IH, Hooper AA, Millos RR, Greening WP. Metastatic carcinoma within the breast. Clin Oncol 1976; 2: 393-401.
- 11- Palgori NM, Novetsky AD, Fogler RJ, Lichter S M. Lung carcinoma presenting as breast tumor. NY State J Med 1983; 11, 12: 1188-1189.
- 12- Van Steen A, Peene P, Menten J. Breast metastases from lung carcinoma. J Belge Radiol 1989; 72: 534-535.
- 13- Lannin DR, Silverman IF, Walker C, Pories WL Cost- effectiveness of fine needle biopsy of the breast. Am Surg 1986; 203: 474-480.
- 14.- Hajdu SI, Urban JA. Cancers metastatic to the breast. Cancer 1972; 29: 1691-1696.