

Lesión del músculo pectoral por carcinoma lobulillar infiltrante

Pectoralis major muscle injury caused by infiltrating lobular carcinoma

Dra. Lisette Perurena Cardounell, Dra. Jania Acosta López, Dra. Aliet Arrué Guerrero, Dra. Ralismay Rodríguez Rodríguez, Dr. Alexander Reyes de la Paz

Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se presenta una paciente femenina de 69 años de edad, quien acudió en varias ocasiones al consultorio del médico de familia por notar aumento de volumen en la mama izquierda, considerado como resultado del efecto adverso a la ingestión de espironolactona. Se suspende el medicamento sin mejoría clínica. Se indicó ultrasonido de mama y se informa imagen de aspecto tumoral debajo del tejido mamario, que impresiona estar en relación con el músculo pectoral mayor; a esto se asocia una alteración del patrón mamario. Se realizó mamografía diagnóstica, se encuentra asimetría de volumen de la mama izquierda y una zona de aumento de la densidad cerca del pectoral, sin visualizar nódulo definido. Se realizó tomografía axial computarizada simple y contrastada. Se aprecia masa tumoral del músculo pectoral mayor izquierdo que infiltra tejido mamario y mediastino anterior, con diagnóstico imaginológico sugestivo de tumor del músculo pectoral mayor izquierdo. Se realizó biopsia por aguja fina de la lesión, guiada por ultrasonido y el diagnóstico fue carcinoma lobulillar infiltrante de mama. Se concluye que el comportamiento imaginológico puede estar relacionado con las pobres manifestaciones clínicas y, por tanto, con el diagnóstico tardío.

Palabras clave: carcinoma lobulillar infiltrante, cáncer de mama.

ABSTRACT

The case of 69 years-old woman, who went several times to the family physician's office because of the increased volume of her left breast, was presented. This problem was considered to result from the adverse effect of the spironolactone intake.

The drug consumption ceased but there was no clinical improvement. Breast ultrasound test was indicated in which a tumor-like image below the breast tissue was observed; it seemed to be related to the major pectoralis muscle, additionally, there was altered breast pattern. Diagnostic mammography was performed, asymmetric volume of the left breast was found together with an increased density area located near the pectoralis, without viewing a defined nodule. Simple and contrast computerized tomography were also performed. It was observed that there was tumor mass in the left pectoralis major muscle infiltrating into the breast tissue and the anterior mediastinum, with imaging diagnosis suggestive of left pectoralis major muscle tumor. Ultrasound-guided fine-needle biopsy of the lesion was applied and the resulting diagnosis was infiltrating lobular carcinoma of the breast. It was concluded that the imaging result could be related to poor clinical manifestations and thus, to late diagnosis.

Key words: infiltrating lobular carcinoma, breast cancer.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el crecimiento desordenado y no controlado de células con genes mutados, los cuales actúan normalmente suprimiendo o estimulando la continuidad del ciclo celular pertenecientes a distintos tejidos de una glándula mamaria.¹

Existen dos tipos principales de cáncer de mama: el carcinoma ductal, que comienza en los conductos que llevan leche desde la mama hasta al pezón (la mayoría de los cánceres de mama son de este tipo) y el carcinoma lobulillar, que comienza en partes de las mamas, llamadas lobulillos, que producen leche.²

Se considera que el carcinoma lobulillar infiltrante constituye el segundo cáncer de mama más frecuente, después del carcinoma ductal infiltrante. Su incidencia varía del 1 al 20 %, lo cual indica el importante desacuerdo que existe en la definición histopatológica. Es un carcinoma con origen en los acinos glandulares, cuyas células proliferan y rompen la membrana basal e infiltran los tejidos adyacentes. Este tipo de cáncer representa aproximadamente el 5 % de todos los cánceres malignos invasivos y tiende a ser más frecuente en mujeres entre 45 y 55 años de edad.¹ Con frecuencia, el carcinoma lobulillar infiltrante puede encontrarse en más de una región del mismo seno (multicéntrico) o bien en ambos senos (bilateral).^{3,4}

El carcinoma lobulillar infiltrante tiene diversas formas de presentación imaginológicas, que en determinadas ocasiones, hacen más difícil el diagnóstico. El caso que se presenta, tiene por objetivo mostrar una de las disímiles formas de presentación imaginológica de este carcinoma.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 69 años de edad de la raza blanca, con antecedentes de hipertensión arterial y cardiopatía isquémica, que recibió tratamiento con

espironolactona y nitropental, y acude en varias ocasiones al consultorio del médico de familia por notar aumento de volumen en la mama izquierda, interpretado como resultado de efecto adverso por la ingestión de espironolactona. Se suspende dicho medicamento, sin obtener mejoría clínica. Al mes de continuar con los mismos síntomas se indica ultrasonido de mama.

Al ultrasonido se encuentra imagen hipoeoica que mide 38 x 32 mm de bordes irregulares, de ecoestructura heterogénea y aspecto tumoral, por debajo del tejido mamario, que impresiona estar relacionada con el músculo pectoral mayor. Asociado a esto, existe una alteración de la ecoestructura del patrón mamario hacia el cuadrante superior externo (Fig. 1).

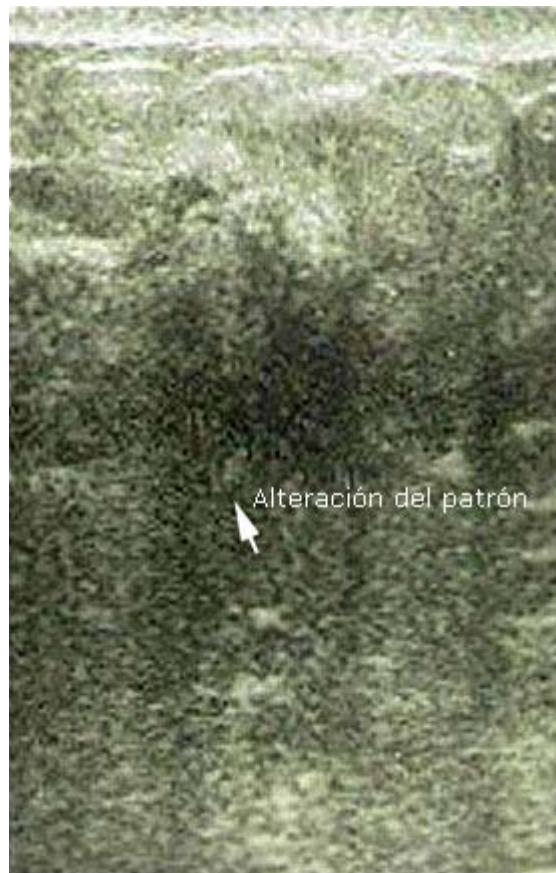


Fig. 1. Ultrasonido de la mama.

Se realiza mamografía diagnóstica y se aprecia asimetría de volumen en la mama izquierda y una zona de aumento de la densidad hacia el cuadrante superior externo, cercano al pectoral sin visualizar nódulo definido (Fig. 2).

Además, se realiza tomografía axial computarizada (TAC) simple y contrastada, y se observa masa tumoral del músculo pectoral mayor izquierdo con realce homogéneo tras administración de contraste endovenoso, que infiltra tejido mamario, mediastino anterior y presencia de adenopatía axilar izquierda (Fig. 3).

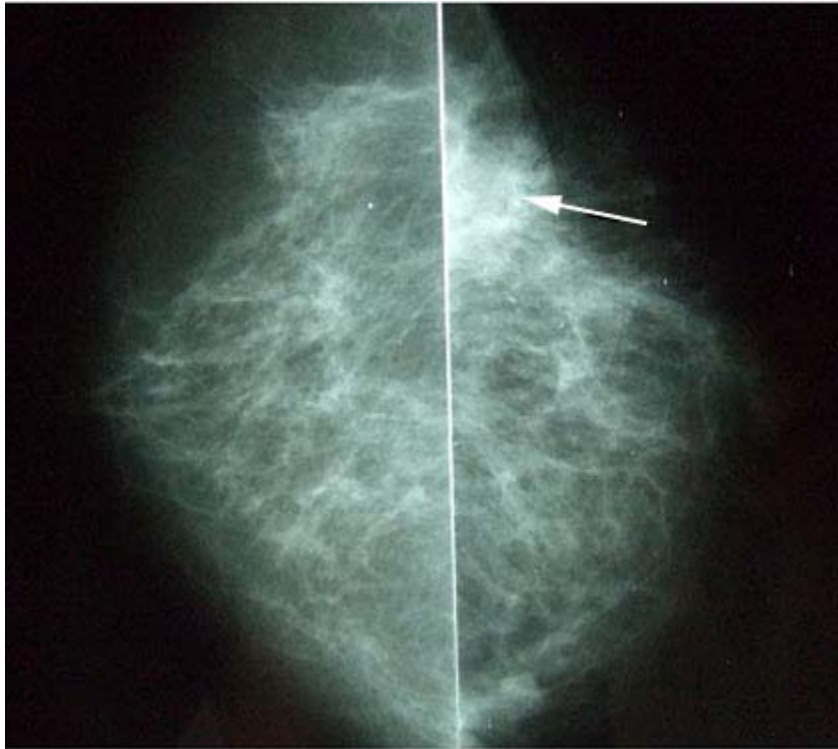


Fig. 2. Mamografía.

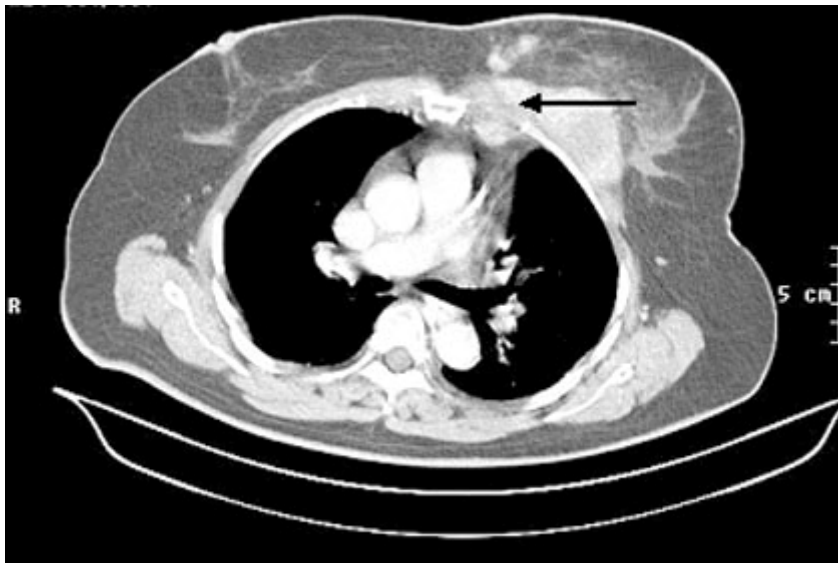


Fig. 3. Tomografía contrastada.

Se concluye el caso con diagnóstico imagiológico sugestivo de tumor del músculo pectoral mayor izquierdo, que infiltra el tejido mamario y el mediastino anterior. Se indica biopsia aspirativa por aguja fina para conocer la histología de la lesión.

Con la biopsia de la lesión, guiada por ultrasonido, se obtiene el diagnóstico definitivo de carcinoma lobulillar infiltrante de la mama. A la paciente se le indicó terapia coadyuvante por la imposibilidad de tratamiento quirúrgico, debido a la extensión de la lesión, con buena respuesta a la terapéutica.

COMENTARIOS

Las características histológicas más importantes para la definición de carcinoma lobulillar infiltrante son la citología y el patrón de infiltración. El carcinoma lobulillar infiltrante clásico se distingue por células pequeñas, con características citológicas idénticas a las del carcinoma lobulillar *in situ*, por núcleos suaves, redondos e irregulares y citoplasma con "luces" (vacuolas) intracitoplasmáticas ocasionales. Las células tienen poca cohesión entre sí por la pérdida de una proteína de adhesión llamada E cadherina. Las mitosis son poco frecuentes. El volumen nuclear es pequeño, las células infiltran en fila india, que con frecuencia rodean estructuras existentes (patrón blanco de tiro). Estas dos características dan el nombre de patrón clásico. Los receptores estrogénicos se encuentran expresados con mayor frecuencia (del 60 al 90 %) en el carcinoma lobulillar infiltrante que en el carcinoma ductal infiltrante, con menor permeabilidad linfovascular.

En esta enfermedad, el factor adverso es la metástasis a ganglios axilares. La edad promedio de manifestación es mayor que en el cáncer ductal (de 50 a 60 años).^{5,6}

El carcinoma lobulillar se destaca por sus dificultades diagnósticas, clínicas y radiográficas. Es cierto que este tipo de tumor se acompaña de una masa definida; sin embargo, en ocasiones, esta es de difícil detección, pues por lo general es un área indurada, difusa, sin tumor definido, por el crecimiento insidioso que manifiesta. Por eso a veces no es posible detectarlo y tratarlo a tiempo, lo que hace que existan menos probabilidades de un tratamiento conservador.^{3,7}

En el diagnóstico de metástasis a ganglio centinela en el carcinoma lobulillar, el transoperatorio es un procedimiento difícil, por lo que se sugiere realizar la evaluación siempre con estudio citológico en corte frío, acompañado de un estudio inmunohistoquímico con citoqueratinas, para tener mayor éxito.⁸

La mastografía se acompaña de lesiones de menor densidad y en varias ocasiones sin microcalcificaciones. Muchas veces subestima el tamaño verdadero del tumor, unido a la difícil delimitación clínica de los bordes. Asimismo, en el tratamiento conservador es difícil dar un margen adecuado y por ello se recomienda, previo a una operación conservadora, realizar resonancia magnética, para así tener mejor delimitación del margen y control locoregional.^{3,9,10}

Por lo general, las características mastográficas del carcinoma lobulillar infiltrante son de imágenes espiculadas, con densidad asimétrica y en ocasiones, la distorsión del parénquima no muestra una masa obvia, debido a la baja densidad que tiene este tipo de lesión mamaria; los tumores son difíciles de detectar a tiempo y algunos de ellos se observan mejor en la toma craneocaudal. No hay que esperar a ver las imágenes clásicas, como la distorsión del parénquima, las microcalcificaciones o los tumores francamente palpables, porque de hacerlo se pueden quedar sin diagnóstico muchos pacientes.¹¹

Se concluye que el comportamiento imaginológico puede estar relacionado con las pobres manifestaciones clínicas que expresa y por tanto, con el diagnóstico tardío.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harake M, Maxwell AJ, Sukumar SA. Primary and metastatic lobular carcinoma of the breast. *Clin Radiol*. 2003;54:621-30.
2. Munot K, Bell S, Gray S, Lane S, Quirke P, Horgan K, Speirs V. Expression of estrogen receptor ? Comparison between invasive lobular and ductal cancers of the breast. *Eur J Cancer*. 2001;37:41.
3. Mersin H, Yildirim E, Gülben K, Berberoglu U. Is invasive lobular carcinoma different from invasive ductal carcinoma? *Eur J Surg Oncol*. 2003;29:390-5.
4. Mathieu MC, Rouzier R, Llombart-Cussac A. The poor responsiveness of infiltrating lobular breast carcinoma to neoadjuvant chemotherapy can be explained by their biological profile. *Eur J Cancer*. 2004;40:342-51.
5. Sinding C, Gray R, Fitch M, Greenberg M. Staging Breast Cancer, Rehearsing Metastatic Disease. *Qualitative Health Res [Internet]*. January 2002 [cited 2008 Oct 3];12(1):61-73. Available from: <http://qhr.sagepub.com/content/12/1/61.full.pdf+html>
6. Grube BJ, Hansen NM, Xing Ye, Giuliano AE. Tumor characteristics predictive of sentinel node metastases in 105 consecutive patients with invasive lobular carcinoma. *Am J Surg*. 2004;184:372-6.
7. Andreu Martínez FJ, Martínez Mateu JM. Papel de la radioterapia en el tratamiento del carcinoma *in situ* de mama. *Oncología (Barc.) [Internet]*. 2006 [citado 24 Sept 2008];29(8):34-40. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0378-48352006000800004&script=sci_arttext
8. Ferlicot S, Vincent-Salomon A, Medioni J. Wide metastatic spreading in infiltrating lobular carcinoma of the breast. *Eur J Cancer*. 2004;40:336-41.
9. López V, Uriban AG, Camarena C. Carcinoma lobulillar infiltrante de mama: etapa clínica, características radiológicas e histológicas. *Ginecol Obstet Mex*. 2005;73:629-36.
10. Levi F, Bosetti C, Lucchini F, Negri E, La Vecchia C. Monitoring the decrease in breast cancer mortality in Europe. *Eur J Cancer Prev*. 2005 Dec;14(6):497-502.
11. Kahlenborn C, Modugno F, Potter DM, Severs WB. Oral contraceptive use as a risk factor for premenopausal breast cancer: a meta-analysis. *Mayo Clin Proc*. 2006;81:1290-302. PMID: 17036554.

Recibido: 9 de agosto de 2013.

Aprobado: 30 de septiembre de 2013.

Lisette Perurena Cardounell. Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". Avenida Monumental y Carretera de Asilo, Habana del Este, CP 11700, La Habana, Cuba.