

Adenopatía axilar metastásica a causa de cáncer primario oculto de mama

Axillary metastatic adenopathy due to hidden breast primary cancer

Dr. Ernesto Arias Beatón^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-0604-1711>

Dra. Nancy Nuri Múnder Despaigne¹ <https://orcid.org/0000-0003-0432-5809>

Dra. Martha Beatriz Arias Beatón² <https://orcid.org/0000-0002-7738-4976>

¹Hospital General Docente Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

²Policlínico Docente Armando García Aspuru, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: ernesto.arias@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se describe el caso clínico de una paciente de 56 años que acudió a la consulta de Oncología del Hospital Gubernamental de Mbabane, en Swazilandia, por padecer una adenopatía en la axila izquierda de varios meses de evolución, confirmada por ecografía. Se realizó una biopsia por aspiración con aguja fina, cuyo resultado reveló la metástasis de un carcinoma ductal. Se completaron los estudios preoperatorios, se determinó el estadio de la entidad clínica (IIA) y se remitió a la paciente a la consulta de Cirugía para realizar una disección axilar y luego aplicar radioterapia en la axila y la mama.

Palabras clave: linfadenopatía; metástasis linfática; nódulos linfáticos; axila; neoplasia primaria desconocida; carcinoma ductal; biopsia por aspiración con aguja fina; escisión del ganglio linfático.

ABSTRACT

The clinical report of a 56 year-old patient who went to the Oncology Service of the Government Hospital from Mbabane, in Swaziland, for suffering an adenopathy in the left armpit with a clinical course of several months, confirmed by echography is described. An aspiration biopsy with fine needle was carried out whose result revealed the metastasis of a ductal carcinoma. The preoperative studies were completed, the stage of the clinical entity was determined (IIA) and the patient was referred to the Surgery service to carry out an axillary dissection and then to apply radiotherapy in the armpit and breast.

Key words: lymphadenopathy; lymphatic metastasis; lymph nodes; armpit; unknown primary neoplasia; ductal carcinoma; aspiration biopsy with fine needle; removal of the lymph node.

Recibido: 14/07/2018

Aprobado: 06/12/2018

Introducción

La causa más frecuente de metástasis en los ganglios linfáticos axilares en mujeres es una neoplasia en la mama ipsilateral. Actualmente, se debe considerar la existencia de una neoplasia oculta de mama cuando coincide una linfadenopatía axilar metastásica aislada con la ausencia de un tumor palpable en la mama ipsilateral, una mamografía no diagnóstica de un tumor mamario y la no detección de una neoplasia primaria fuera de la mama, que potencialmente pudiera afectar a los ganglios axilares.⁽¹⁾

La situación clínica en la que se detectan ganglios axilares afectados por metástasis de adenocarcinoma, pero sin evidenciarse un tumor en la mama, no es frecuente: de 0,3 a 0,8 % de todos los tumores de la mama. En 1907 Halsted describió por primera vez el carcinoma oculto de la mama y en 1909 Cameron recomendó como tratamiento la

mastectomía homolateral por los adenocarcinomas axilares si la mama no presentaba hallazgos patológicos en el examen físico.⁽²⁾

Debido a la poca frecuencia de esta entidad clínica y las dudas en el tratamiento de las pacientes con carcinoma oculto de la mama (COM), a pesar de los avances científicos, se decidió informar este caso clínico.

Caso clínico

Se describe el caso clínico de una paciente de 56 años que acudió a la consulta de Oncología del Hospital Gubernamental de Mbabane, en Swazilandia, por una adenopatía en la axila izquierda de varios meses de evolución, confirmada por ecografía.

Por ello, se decidió indicarle una serie de exámenes complementarios, además del examen físico.

Examen físico

- Inspección mamaria: Mamas simétricas sin retracción del binomio areola-pezones; ningún otro hallazgo significativo.
- Palpación: Textura homogénea, parcialmente sustituida por grasa, algo más densa en ambos cuadrantes supero-externos. No se detectaron nódulos indicativos de tumor. No se evidenció supuración por el pezón al dejar de presionar. La exploración axilar derecha fue normal. En el límite entre la cola axilar de la mama izquierda y el primer nivel de Berg se palpaba un nódulo de 2 cm, móvil y muy bien delimitado.

Exámenes complementarios de laboratorio

- Hemograma completo
 - Hemoglobina: 13,9 g/dl
 - Leucocitos: $7.50 \times 10^9/l$
 - Plaquetas: $234 \times 10^9/l$

- Función hepática
 - Bilirrubina total: normal
 - Fosfatasa alcalina: normal
 - Gamma-glutamilttransferasa: normal
 - Aspartato transaminasa: normal
 - Proteínas totales: normal
 - Alanina transaminasa: normal

Exámenes imagenológicos

- Rayos X de tórax posteroanterior: Sin alteraciones pleuropulmonares.
- Ecografía de mamas: No se observaba lesión sólida o quística en ninguna de las mamas. En la axila izquierda se observó una adenopatía de 1,6 x 2 cm.
- Ecografía abdominal: Hígado de tamaño y ecogenicidad normales. No se observaba lesión focal o dilatación de los conductos. La vesícula biliar, el páncreas, el bazo y ambos riñones presentaban aspectos normales. No se observaba líquido libre ni adenopatías intraabdominales.

También se efectuó una biopsia por aspiración con aguja fina cuyo resultado reveló un carcinoma ductal metastásico.

No se indicó la mamografía por la situación socioeconómica de la paciente.

Se completaron los estudios preoperatorios y se determinó un estadio IIA (T0, N1, M0) de la neoplasia maligna. Se remitió a la paciente a la consulta de Cirugía para que recibiera tratamiento quirúrgico (disección axilar) y, posteriormente, radioterapia en la axila y la mama.

Comentarios

Morrow *et al*⁽³⁾ exponen que las metástasis axilares en ausencia clínica o mamográfica de tumor de mama son una presentación poco común del carcinoma de mama, observada en menos de 1 % de los casos. En la evaluación inicial debe incluirse una historia y un examen físico detallado, una mamografía bilateral, una resonancia magnética por imágenes (RMI) si la mamografía no es relevante y una radiografía de tórax. La presencia de receptores de estrógeno, progesterona, o la sobreexpresión de HER2 es fuertemente sugestiva de carcinoma de mama metastásico, aunque su ausencia no excluye un tumor primario de mama. De igual manera, estos autores refieren una serie en la que fueron tratadas 54 pacientes con irradiación a toda la mama sin resección del tumor primario y cuya tasa de recurrencia tumoral homolateral de la mama (*ipsilateral breast tumor recurrence*) a los 5 y 10 años, fue de 7,5 y 20 %, respectivamente.

Acosta Marín *et al*⁽⁴⁾ refieren que Smith definió, en 1971, el cáncer oculto de la mama como un carcinoma de la mama en el cual las metástasis son clínicamente evidentes antes de que así sea detectado el tumor de mama. Estos investigadores aseguran que posterior a la introducción de la mamografía como método de elección para el diagnóstico de las neoplasias de la mama, la definición de carcinoma oculto de mama cambió un poco. En la actualidad, la imagen por resonancia magnética es frecuentemente utilizada en la detección del lugar de origen cuando no se puede realizar a través de mamografía (Mx) y ecografía. A pesar de los avances científicos y las numerosas reuniones de expertos en todo el mundo, y quizás por lo poco frecuente, aún existen dudas respecto al tratamiento si la neoplasia es axilar, a la necesidad de intervención quirúrgica o irradiación de la mama donde se presume que puede estar el tumor primario, así como al impacto de la terapia neoadyuvante (quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia). Aunque se ha señalado que la manifestación es similar a la de los carcinomas en estadios II y III, es poca la evidencia que relaciona el pronóstico de las pacientes afectadas por carcinoma oculto de la mama con aquellas que presentan metástasis en la axila y un tumor primario conocido.

Según Abellán Garay *et al*,⁽⁵⁾ ante una adenopatía axilar metastásica ocasionada por adenocarcinoma primario desconocido, la probabilidad de origen mamario es de 55-100 %. La biopsia e inmunohistoquímica de la adenopatía proporciona información sobre el tumor primario y el pronóstico. En el caso de la mama lo ofrecen la positividad para citoqueratina-19, CEA, CA15.3, los receptores hormonales, los genes de proliferación o Her2/neu. Luego de confirmado el origen mamario de la metástasis axilar, se iniciará el estudio radiológico para localizar el tumor primario. Al respecto, la ecografía y la mamografía presentan baja sensibilidad (25-30 %) y generalmente no muestra imagen alguna, mientras que la RMN mamaria posee alta sensibilidad (85-100 %). La tomografía por emisión de positrones permite identificar tumores de 1-3 mm y lesiones a distancia, presenta alta sensibilidad y especificidad y sus resultados permiten decidir la terapéutica. Si estos estudios resultan negativos, el estadio será IIB-III (T0, N1-2, Mx).

Por su parte, De Prato *et al*⁽⁶⁾ aseguran que la resonancia magnética nuclear (RMN) constituye una excelente herramienta en la búsqueda del tumor primario si existe un carcinoma oculto de mama, pues ha mostrado una alta sensibilidad (entre 70-90 %). En la mayoría de los casos donde se ha detectado alguna presunta lesión a través de RMN, se debe realizar una segunda ecografía. La punción bajo RMN se recomienda solo para aquellas lesiones que han sido detectadas por esta técnica imagenológica.

Asimismo, otros investigadores⁽⁷⁾ analizan la clasificación TNM (tumor, ganglio, metástasis) correspondiente a esta forma de presentación y concuerdan con lo expuesto en el Manual de Estadificación del Cáncer de la American Joint Committee on Cancer del 2010 en cuanto a un estadio IIA (T0, N1, Mx). El tratamiento tradicional si existe un cáncer oculto de mama es la mastectomía radical modificada con vaciamiento radical axilar; también se puede realizar una cirugía conservadora seguida de radioterapia. Con ambas opciones se ha notificado una supervivencia similar y un control local. De acuerdo con la American Cancer Society el pronóstico de supervivencia es de 83 % a los cinco años.

Por su parte, León Espinoza *et al*⁽⁸⁾ comparan los resultados de su investigación con lo expuesto en la bibliografía médica y concuerdan en que el tratamiento en pacientes con COM es controvertido. También recomiendan no mantener una actitud expectante sobre la mama y sí plantean la aplicación de tratamientos activos como la operación o

radioterapia cuando el tumor sea evidente por la alta tasa (50 %) de recaídas locales y sistémicas y la disminución de la supervivencia global. En este caso clínico la mastectomía radical fue inicialmente el tratamiento de elección. Hoy día algunos autores consideran esta intervención quirúrgica como un sobretratamiento, pues argumentan que en 30 % de los análisis anatomopatológicos de las mamas resecadas no se encuentra tumor. Sin embargo, se debe destacar que con la mastectomía se identifica 70 % de los carcinomas de mama inicialmente ocultos y, además, en el grupo tratado con este procedimiento o con cirugía conservadora existe un incremento de la supervivencia global respecto a las pacientes tratadas solo con linfadenectomía axilar.

Referente a lo anterior, se ha propuesto efectuar la irradiación mamaria como tratamiento ante un COM donde no se requiera la operación, y se ha obtenido un control de la enfermedad en 72-100 % de las pacientes. Además, mayormente no se evidencian recidivas mamarias tras 57 meses de seguimiento y la supervivencia global es equiparable a la obtenida con la mastectomía. Los autores de este artículo no poseen experiencia alguna con esta estrategia, de modo que se indicó radioterapia como parte del tratamiento adyuvante luego de la cirugía conservadora de la mama o tras la linfadenectomía axilar.

El beneficio de la resección mamaria en la supervivencia global de la paciente con cáncer oculto de mama aún está en entredicho y en otras publicaciones no se expone este efecto con una mastectomía radical frente a la radiación como tratamiento único, si bien se señala una mayor tasa de recidiva local y una disminución de la supervivencia libre de enfermedad con la radioterapia. Para algunos especialistas la cuadrantectomía superior externa de la mama puede ser una opción terapéutica por ser esta la localización más frecuente de los tumores primarios y por el posible desarrollo de carcinoma de mama en el tejido ectópico mamario o en la grasa axilar. En su opinión, extirpar la prolongación axilar de la mama no incrementa la morbilidad operatoria ni ocasiona alteraciones estéticas graves y sí se puede localizar un carcinoma oculto.

Los autores de este artículo consideran que la cirugía conservadora de la mama debe indicarse solo a pacientes con RMN sugerente de un carcinoma de mama, pues con la cuadrantectomía supero-externa no han identificado COM en las 3 pacientes asistidas. Según lo observado, destacan que el tipo de cirugía mamaria (mastectomía o

cuadrantectomía) no influyó en la supervivencia global de la paciente. Por último, desean señalar que no han hallado influencia significativa sobre la supervivencia en pacientes con más de 3 adenopatías axilares metastásicas, aunque otros investigadores⁽⁸⁾ objetivan que el número de ganglios axilares afectados ofrece información pronóstica: con menos de 3 adenopatías la supervivencia a los 5 años es de 91 % y si hay 4 o más ganglios axilares tumorales es de 65 %. Junto con el tratamiento quirúrgico y/o la radiación en una paciente con cáncer oculto mamario, se sugiere asociar la quimioterapia adyuvante si el estadio es II o III y la hormonoterapia, según la condición de los receptores hormonales.

En la mama ipsilateral se aplican campos tangenciales con fotones de megavoltaje en una dosis de 50 Gy en 25 fracciones, la cual también es aplicada en la fosa supraclavicular y el ápice axilar. Como muchos pacientes presentan enfermedad N2 la parte media de la axila es suplementada con un campo posterior hasta la dosis de 40 a 50 Gy, dependiendo de la extensión de la enfermedad.⁽⁹⁾

Rodríguez *et al*⁽¹⁰⁾ plantean que la tendencia actual en cuanto al COM es no realizar operación en la mama, debido a la mayor eficacia de las pruebas imagenológicas y las biopsias dirigidas. La radioterapia mamaria profiláctica es aún objeto de debate; sin embargo, algunos grupos consensuan a favor de su uso y obtienen un buen control de la enfermedad.

Referencias bibliográficas

1. Banzo J, Ubieto MA, González C, Razola P, Tardin L, Andrés A, et al. Carcinoma papilar de tiroides sincrónico con cáncer de mama: hallazgo casual en una exploración ¹⁸F-FDG PET-TAC por búsqueda de un cáncer oculto de mama. *Rev Esp Med Nucl Imagen Mol.* 2012; 31(4):213-5.
2. Luna MA, Méndez Sánchez S, Mariscal A, Vizcaya S, Vallejos V, Solá M, et al. Cáncer oculto de la mama. Caso clínico y revisión de la literatura. *Clin Invest Gin Obst.* 2012; 39(1): 21-28.

3. Morrow M, Burstein Harold J, Harris Jay R. Malignant tumors of the breast. En: DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer. Principles and Practice of Oncology. 10 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2015. p. 1658-96.
4. Acosta Marín V, Acosta FV, Coutinho MT, Contreras A, Ravelo R, Marín CE, et al. Carcinoma oculto de la mama. Experiencia en el Centro Clínico de Estereotaxia-CECLINES. Rev Venez Cir. 2014 [citado 24/05/2017];67(1). Disponible en: <https://docplayer.es/68825624-Carcinoma-oculto-de-la-mama-experiencia-en-el-centro-clinico-de-estereotaxia-ceclines.html>
5. Abellán Garay L, Balsalobre Salomón MD, García López MA, Martínez Manzano A, Carrillo López MJ, Rodríguez García P, et al. Carcinoma oculto de mama: Un reto diagnóstico y terapéutico. Cir Esp. 2017;95(Espec Congr):794.
6. De Prato V, Buteler Diego, Lucena ME, Rodríguez Lucero J, Crocco MC, Villavicencio R. Carcinoma oculto de mama [citado 24/05/2017]. Disponible en: http://congreso.sordic.org.ar/uploads/2017/poster/2017_495_PE_Mama.pdf
7. García Verastegui LS, Ríos-Rodríguez N, Tenorio Flores E, García-Blanco MC. Incidencia del cáncer oculto de mama con metástasis ganglionar, hallazgos imagenológicos. Anales de Radiología México. 2017 [citado 24/05/2017];16(1):3-13. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2017/arm171b.pdf>
8. León Espinoza C, Calvete Chornet J, Caballero Gárate A, Báguena Requena G, Soria Estrems J, Millet Serrano A, et al. ¿Mejora la cirugía mamaria la supervivencia del cáncer oculto de mama? Rev Senol Patol Mamar. 2013; 26(3):85-91.
9. Zaharia Bassan M, Moscol Ledesma A, Pinillos Ashton L. Radioterapia en cáncer invasivo de mama. Diagnóstico. 2012 [citado 24/05/2017];51(1). Disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2012/ene-mar/11-19.html#pie>
10. Rodríguez M, Anduaga M, Fajardo L, Caraballo M, Aguilera Y, Hernández A, et al. Cáncer oculto de mama, experiencia y opciones terapéuticas en una UPM. Barcelona: Asociación Española de Cirujanos de la Mama; 2015 [citado 24/05/2017]. Disponible en: http://www.aecima.com/wp-web/wp-content/uploads/2015/05/33.rodriguez_COM1.pdf



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).