

316 **Antonio Millet Serrano^a**
Evangelio Llorca^a
A. Leal Benavent^a
Carlos Monteagudo Castro^b

^aServicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico Universitario. Valencia. España.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario. Valencia. España.

Correspondencia:

Dr. A. Millet Serrano.
Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico Universitario.
Avda. Vicente Blasco Ibáñez, 17. 46010 Valencia. España.
Correo electrónico: amillets@telefonica.net

Fecha de recepción: 18/4/05.

Aceptado para su publicación: 30/12/05.

Adenopatía axilar de primario oculto. Manejo clínico

*Axillary lymph node metastases
from an unknown primary
source. Clinical management*

RESUMEN

Presentamos un caso reciente de adenopatía axilar de primario desconocido. Describimos las maniobras clínicas y los estudios complementarios que nos llevaron a sospechar una neoplasia mamaria homolateral oculta. Asimismo, describimos las opciones terapéuticas disponibles actualmente para tratar estos casos. Finalmente, presentamos los principales modelos etiopatogénicos propuestos para explicar estas formas de presentación.

PALABRAS CLAVE

Neoplasia mamaria. Primario desconocido.
Metástasis axilar. Tratamiento conservador.

ABSTRACT

A recently diagnosed case of axillary lymph node metastases from an unknown primary source is presented. The diagnostic procedures that led us to a diagnosis of «occult» ipsilateral breast cancer and the therapeutic options currently available to treat

these cases are described. Finally, some widely accepted hypotheses to explain these unusual breast cancer presentations are discussed.

KEY WORDS

Breast neoplasm. Occult primary. Axillary metastasis. Breast preservation.

INTRODUCCIÓN

Un 0,3-0,8% de los cánceres de mama se presentan en forma de nódulo metastásico axilar sin signos clínicos o radiológicos de tumor primario en la mama¹. Aunque Halsted² describió el primer caso en 1907, son escasas las series realizadas de una cierta relevancia, lo que dificulta el establecimiento de pautas diagnósticas y terapéuticas óptimas.

Pese a la amplia disponibilidad actual de métodos diagnósticos, la aparición de un nódulo metastásico axilar en ausencia de primario conocido en la mama sigue planteando dificultades diagnósticas y terapéuticas. El diagnóstico diferencial es complejo —adenocarcinoma mamario, endometrial, ovárico,

gástrico y tiroideo, linfoma, melanoma, carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello, pulmón o piel, tumores neurogénicos y de glándulas sudoríparas—. Una vez descartada la mayoría de estas opciones, si el estudio histológico es indicativo de adenocarcinoma o carcinoma indiferenciado, el tumor primario oculto probablemente se encontrará en la mama³. Aunque inicialmente la mastectomía radical o modificada era el único tratamiento aceptado para estos casos, las opciones terapéuticas han ido aumentando con el paso del tiempo.

En este artículo actualizamos la evidencia disponible sobre el manejo clínico de las metástasis axilares de primario desconocido. Para ilustrar estos datos presentamos un caso clínico recientemente diagnosticado y tratado por nosotros. Por último, recogemos una sugestiva hipótesis que contribuye a explicar la patogenia de estos tumores. La mayoría de ellos son de muy pequeño tamaño —en muchos casos inferior a 2 mm— e incapaces de establecerse como entidades clínicas. Es sorprendente, por tanto, que sean capaces de desarrollar metástasis clínicas en la axila.

CASO CLÍNICO

Una paciente de 51 años acudió a nuestra consulta por haberse detectado un nódulo doloroso en la axila izquierda. No presentaba antecedentes familiares de interés y entre los personales destacaba una histerectomía con anexectomía bilateral a los 47 años por metropatía secundaria a miomatosis uterina, y posterior terapia hormonal sustitutiva (THS) durante 2 años por síntomas vasomotores graves.

La primera inspección mamaria mostró unas mamas simétricas sin áreas de retracción dérmica ni otros hallazgos significativos. A la palpación el tacto era homogéneo, parcialmente sustituido por grasa, siendo algo más denso en ambos cuadrantes superoexternos (CSE). No se detectaron nódulos sospechosos. La paciente no presentaba telorrea a la expresión y la exploración axilar derecha era normal. En mama izquierda se palpaba un nódulo de 3 × 3 cm, móvil, muy bien delimitado, en el límite entre la cola axilar de la mama y el primer nivel de Berg. Aunque podría tratarse de un fibroadenoma de la cola axilar de la mama, no se podía descartar a priori que se tratase de un ganglio metastásico.

Tras interrumpir la THS se realizaron mamografías y ecografías. Las primeras no mostraron imágenes sospechosas (fig. 1) y, tras la comparación con las mamografías realizadas 2 años antes, no se apreció diferencias significativas. El estudio ecográfico de ambas mamas y de la axila derecha fue normal, pero la ecografía de la axila izquierda mostró 3 nódulos (fig. 2), el mayor de ellos se biopsió bajo anestesia local. El estudio macroscópico describió una masa bien delimitada de 4 cm, con superficies lisas de color rojizo, blanquecino a la sección y de aspecto neoplásico que correspondía a una adenopatía. El estudio microscópico reveló que se encontraba infiltrada masivamente por un adenocarcinoma (fig. 3). La citoqueratina 20 y los receptores hormonales no se expresaban en la pieza, pero sí lo hacían la citoqueratina 7 y la GCDFP (*gross cystic disease fluid protein*) 15 (fig. 4). El diagnóstico definitivo fue de adenocarcinoma de probable origen mamario.

Con el diagnóstico de metástasis axilar de primario desconocido se realizó una mamografía magnificada del CSE de la mama izquierda que no mostró más que un ligero aumento de densidad sin otros hallazgos relevantes (fig. 5). Se solicitó una resonancia magnética (RM) bilateral que mostró un nódulo con características sugestivas de benignidad en el CSE de la mama izquierda (fig. 6). Finalmente, se realizó un cribado diagnóstico completo que resultó sin hallazgos patológicos —anamnesis minuciosa, exploración física completa, estudio analítico (hemograma, marcadores tumorales), radiografía de tórax, rastreo óseo y tomografía computarizada (TC) abdominopélvica—. La paciente fue informada de que, tras un estudio diagnóstico completo negativo y en presencia de una neoplasia axilar compatible con un adenocarcinoma, la probabilidad de encontrar un tumor primario en la mama homolateral era muy alto³. Tras explicarle las distintas opciones terapéuticas, se decidió realizar una cuadrantectomía de CSE de la mama izquierda y un vaciamiento axilar de los niveles I y II de Berg.

El estudio histológico de la pieza quirúrgica informó de la presencia de un carcinoma ductal infiltrante de grado 3 asociado a un carcinoma ductal in situ predominante (fig. 7), con bordes de resección libres de infiltración y metástasis ganglionar en 2 de las 9 adenopatías resecaadas. Los estudios inmunohistoquímicos revelaron la ausencia de receptores

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3969754>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3969754>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)