

Acantosis nigricans maligna y carcinoma mamario. Presentación de un caso clínico.

Malignant acanthosis nigricans and breast carcinoma. Presentation of a clinical case.

Autores:

Dra. Roxana Rivera Rivadulla ¹, Dr. Carlos Emilio Díaz Domínguez ², Dra. Grecia María Giniebra Marín ³, Dra. Yaima Gorrín Díaz.⁴

¹ Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Dermatología. MSc. en Atención integral al niño. Investigador agregado. Asistente. Hospital Clínico Quirúrgico Docente León Cuervo Rubio. roxanarivadulla@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4545-2233>.

² Especialista de Primer Grado en Medicina Legal. Asistente. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Dr. Mario Muñoz Monroy. diazdominguezcarlosemilio@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6934-4915>.

³ Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Dermatología. MSc. en Urgencias Médicas en APS. Investigador agregado. Auxiliar. Hospital Clínico Quirúrgico Docente León Cuervo Rubio. greciam@infomed.sld.cu. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2179-4482>.

⁴ Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Dermatología. Investigador agregado. Asistente. Hospital Clínico Quirúrgico Docente León Cuervo Rubio. eduard13@nauta.cu.

Autor para la correspondencia: Dra. Grecia María Giniebra Marín
email:greciam@infomed.sld.cu

RESUMEN

Las manifestaciones cutáneas de los tumores malignos comprenden un grupo de dermatosis que pueden ser marcadores de la presencia de neoplasias ocultas y permiten su diagnóstico oportuno. Se presenta el caso clínico de una paciente de 50 años, de la raza negra, asistida en la consulta de Dermatología, por tener una placa única eritematosa localizada en la mama izquierda que se acompañaba de dolor, aumento de la temperatura local y máculas hipercrómicas en las axilas; así como adenopatías axilares múltiples. Los exámenes complementarios mostraron la presencia de acantosis nigricans maligna asociada a un carcinoma inflamatorio de la mama izquierda. Fue intervenida quirúrgicamente con la consiguiente desaparición de las lesiones cutáneas pero con un pronóstico reservado. La mayoría de los síndromes paraneoplásicos son inespecíficos; sin embargo, su identificación y valoración adecuadas pueden contribuir a la detección temprana del cáncer y aumentar la supervivencia y calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: carcinoma inflamatorio mamario, metástasis, síndromes paraneoplásicos, acantosis nigricans, mastectomía, BAAF, mamografía.

SUMMARY

Cutaneous manifestations of malignancy represent a group of disorders that can be signs of an internal neoplasm and, therefore, an early diagnosis can be made. We present the case of a 50 years-old, black female patient with a history of obesity. She sought medical attention because of redness in the left breast covering more than half of the breast accompanied by thickened skin, hyperchromical macules in both armpits and palpable axillary lymph nodes. Ancillary tests showed the presence of malignant acantosis nigricans associated to inflammatory breast cancer. The patient was surgically operated with the consequent disappearance of the cutaneous lesions, but with a reserved prognosis. The majority of the paraneoplastic syndromes are not specific; however its appropriate identification can contribute to early detection of neoplasms and it helps to increase the survival and quality of life of the patients.

Key words: inflammatory breast cancer, metastasis, paraneoplastic syndromes, acantosis nigricans, mastectomy, FNAB, mammography.

INTRODUCCIÓN

Existe una amplia variedad de síndromes cutáneos asociados con neoplasias que pueden presentarse antes, durante o después de la identificación del cáncer; estas dermatosis son consideradas como paraneoplásicas.¹

Un síndrome paraneoplásico se define como una condición que se presenta asociada con un proceso neoplásico en cualquier área del cuerpo, pero que en sí no es maligna.^{1, 2} Existen dos criterios esenciales según Curth. El primero consiste en que la dermatosis se debe desarrollar sólo después de la presentación de la tumoración maligna, a pesar de que algunos tumores pueden tener un curso asintomático.²

El segundo consiste en que tanto la dermatosis como el tumor maligno siguen un curso paralelo, en el cual la desaparición completa del cáncer da como resultado la desaparición de la dermatosis y la recurrencia del cáncer ocasiona reaparición de la dermatosis. También debemos tener en cuenta que las manifestaciones cutáneas no sean parte de un síndrome genético y que la dermatosis observada no sea común.²

Los síndromes paraneoplásicos ocurren en 7% a 15% de los pacientes con cáncer, aproximadamente. Se pueden presentar como el signo inicial de una neoplasia desconocida, pueden preceder el diagnóstico de tumor maligno, ocurrir tardíamente en el curso de la enfermedad o constituir el primer signo de recurrencia.³

Las dermatosis paraneoplásicas son el resultado de la respuesta directa del tejido a un producto tumoral, o una forma indirecta, debido al efecto de la neoplasia en la piel. Su fisiopatología aún no ha sido bien esclarecida pero se ha evidenciado una clara asociación entre ellas y la aparición de los tumores en cuestión.^{1, 3, 4}

Se presenta el caso clínico de una paciente asistida en la consulta de Dermatología de su área de salud, por tener una placa única eritematosa localizada en la mama izquierda que inicialmente afectaba la zona periareolar, fue progresando hasta tomar prácticamente más de dos tercios de la mama; este cuadro se acompañó de lesiones axilares que precedieron en dos meses a las de la mama. Los exámenes complementarios mostraron acantosis nigricans maligna asociada a carcinoma inflamatorio de la mama. La paciente fue intervenida quirúrgicamente con la consiguiente desaparición de las lesiones cutáneas pero con un pronóstico reservado.

PRESENTACIÓN DE CASO

Motivo de consulta: lesiones en la mama izquierda.

Historia de la enfermedad actual: Paciente de 50 años, de la raza negra, obesa, acude a consulta de Dermatología por tener una placa eritematosa única, localizada en la mama izquierda que inicialmente afectaba la zona periareolar, fue progresando hasta tomar prácticamente la totalidad de la mama, los bordes eran no definidos, el cuadro cutáneo mamario se acompañaba de dolor, aumento de la temperatura local y máculas hiperpigmentadas de aspecto aterciopelado, localizadas en las axilas; las lesiones de la mama tuvieron un período de dos meses de evolución. Inicialmente el cuadro clínico fue interpretado como una mastitis; a pesar del tratamiento local con fomentos antisépticos y antibioticoterapia sistémica la paciente no tuvo mejoría clínica. Las manifestaciones cutáneas axilares, de cuatro meses de evolución, antecedieron a las lesiones de la mama.

Al examen físico (datos significativos)

Mama izquierda: aumentada de tamaño, presencia de mastodinia.

Piel de la mama izquierda: Presencia de placa eritematosa, de bordes no definidos, que toma región periareolar y se extiende hacia CSI y CSE (cuadrantes superiores interno y externo), de superficie rugosa recordando el aspecto de cáscara de naranja; se acompaña de aumento de la temperatura local, tumefacción y dolor. Fig.1

Región axilar izquierda: Presencia de adenopatías múltiples indoloras y móviles.

Piel de ambas axilas: Ligeramente engrosada, presencia de placas hipercrómicas de aspecto aterciopelado asintomáticas, de cuatro meses de evolución. Fig. 2 y 3.



Fig. 1 Mama izquierda.



Fig. 2 Axila derecha.



Fig. 3 Axila izquierda.

Exámenes complementarios: Hb: 126 g/L, Hematócrito: 0.36 L/L, Glicemia: 3,6 mmol/L, VIH: negativo, VDRL: negativo, Eritrosedimentación: 84 mm/hora, TGP: 10 UI, TGO: 8 UI, Creatinina: 76 mmol/L.

Examen directo KOH en axilas: No se observaron hifas ni células levaduriformes.

RX tórax: No se visualizan alteraciones pleuropulmonares agudas ni crónicas.

Ultrasonografía abdominal: No alteraciones intrabdominales.

Ecografía mamaria: Mama izquierda con tejido irregular, distorsionado, que prácticamente ocupaba toda la mama, con área hiperecogénica mal definida en CSE de aproximadamente 33 x 27 mm; en la axila ipsilateral se visualizaban varias adenomegalias, la mayor de 25 mm de aspecto metastásico; informe ecográfico sugestivo de lesión maligna de la mama izquierda. La mama derecha presencia de abundante tejido graso, sin lesiones quísticas ni sólidas. Axila derecha: sin alteraciones ultrasonográficas.

Tanto la mamografía como la biopsia por aspiración con agua fina (BAAF) corroboraron el diagnóstico ultrasonográfico de neoplasia maligna de mama izquierda. Se concluye el caso como un carcinoma inflamatorio de la mama izquierda.

Biopsia piel región axilar: Hiperqueratosis moderada, papilomatosis en torres de iglesia y epidermis adelgazada, que alternan con zonas de atrofia. Hiperpigmentación marcada de la capa basal de la epidermis. La microscopia electrónica mostró aceleración de la formación de tonofilamentos. Sugestiva de Acanthosis nigricans.

Diagnóstico positivo: Acanthosis nigricans maligna asociada a Carcinoma inflamatorio de mama izquierda.

DISCUSIÓN

El cáncer de mama constituye la primera causa de muerte por esta enfermedad en la mujer, en países desarrollados. El carcinoma inflamatorio de mama (CIM) es una forma rara, pero particularmente agresiva de cáncer de mama, que afecta a mujeres a temprana edad.⁵ Es el tumor más maligno de todos los carcinomas mamarios, se distingue de otros tipos, debido a la particularidad de su manifestación clínica, su agresividad y su mal pronóstico. Si bien solo representa del 2 al 5 %, es responsable del 8 al 10 % de las muertes relacionadas con cáncer de mama.^{5, 6}

El CIM fue descrito por primera vez en 1814 por Charles Bell, conociéndose a lo largo de los años bajo diferentes denominaciones: mastitis carcinomatosa,

carcinoma agudo de la mama, carcinoma escirro de la mama, linfocitoma de la mama, carcinomatosis aguda de mama y carcinoma de la lactancia. Fueron Lee y Tannenbaum quienes primero lo denominaron como Carcinoma Inflamatorio.⁵

Es definido por The American Joint Commite on Cancer, como: "Una enfermedad clínico-patológica, caracterizada por eritema difuso y edema (piel de naranja) en la mama, frecuentemente sin una masa palpable".⁶

Se trata de un tipo de neoplasia muy agresiva, siendo la forma más letal de carcinoma avanzado de mama. Es un tumor raro en el sexo masculino y contrariamente a lo que se pensaba inicialmente, la gestación y la lactancia no predisponen al CIM.^{5, 7}

Se caracteriza por un crecimiento rápido asociado a un elevado riesgo de recidiva local y distante después del tratamiento; por estas características se considera como diseminado en el momento del diagnóstico. La progresión de los síntomas es rápida, verificándose una duración media de 2,5 meses entre su inicio y el diagnóstico.^{6, 7}

El CIM corresponde de un 1 a 6 % de carcinoma de mama en los EUA y el 55 % en Túnez; es más frecuente en mujeres de la raza negra, obesas y la edad media de aparición es a los 52 años; ⁷ estos factores predisponentes estaban presentes en la paciente en estudio y tuvieron una importancia significativa para arribar al diagnóstico positivo de CIM.

El diagnóstico de carcinoma inflamatorio es esencialmente clínico, resultando de una historia clínica detallada, donde el examen físico juega un papel fundamental. Los principales criterios clínicos del CIM son el edema, eritema, calor local, piel en cáscara de naranja, signos de permeabilidad linfática dérmica, masa tumoral, aumento de volumen de la mama, mastodinia y retracción mamilar, no estando siempre todos presentes.^{7, 8} El edema y el eritema constituyen los factores más importantes estando intrínsecamente ligados al diagnóstico. Resultan del bloqueo linfático por el tumor con la consecutiva congestión vascular.⁹

El hecho de ser una paciente obesa, de la raza negra y de 50 años de edad nos hizo pensar en la posibilidad diagnóstica de un CIM; añadiéndose a nuestra sospecha la no mejoría clínica de las lesiones a pesar del tratamiento prescrito para la "mastitis" inicialmente sospechada; coincidiendo esta eventualidad con la literatura consultada que plantea que en algunas ocasiones no se produce el diagnóstico temprano porque el cuadro clínico se confunde con una mastitis.¹⁰

Los elementos antes planteados más la presencia de las lesiones maculares en las axilas nos condujo a pensar en la hipótesis diagnóstica de una acantosis nigricans maligna asociada a una neoplasia de mamas por lo que la indicación de exámenes complementarios y la interconsulta multidisciplinaria con Cirugía general e Imagenología no se hicieron esperar.

Las características clínicas del CIM son exuberantes y no se acompañan de alteraciones laboratoriales; ¹¹ coincidiendo con los resultados de nuestro estudio. Los medios complementarios de diagnóstico más utilizados son la mamografía, la ecografía y el estudio anatomopatológico.¹¹ En este caso fueron de gran utilidad al corroborar la impresión diagnóstica de CIM.

El estudio histopatológico confirmó la presencia de acantosis nigricans maligna constituyendo uno de los elementos clave que nos hizo sospechar en el diagnóstico de CIM. La acantosis nigricans es una dermatosis de causa desconocida, caracterizada por engrosamiento de la piel, hiperpigmentación de predominio en axilas, cuello, ingle, áreas de flexión y región anogenital; se asocia en 90% a

adenocarcinoma gástrico, otros menos frecuentes son adenocarcinoma de pulmón, mama, ovario y hematológicos.^{3, 4}

La paciente fue intervenida quirúrgicamente con la consiguiente desaparición de las lesiones cutáneas, pero con un pronóstico reservado, en correspondencia con lo descrito en la literatura sobre la evolución del CIM. La correcta anamnesis y el examen físico completo permitieron realizar el diagnóstico y tratamiento oportuno del síndrome paraneoplásico, en este caso la acantosis nigricans maligna, contribuyendo a aumentar la supervivencia y calidad de vida de la paciente en cuestión.

CONCLUSIONES

La mayoría de las manifestaciones cutáneas de los tumores malignos son inespecíficas; sin embargo, su identificación y valoración adecuadas pueden contribuir a la detección temprana del cáncer y a aumentar la supervivencia y calidad de vida de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zapata K, Ramírez AF. Manifestaciones cutáneas de las neoplasias malignas. Rev Asoc Col Dermatol. 2009; 17 (2): 109-120. Disponible en <http://www.revistasocolderma.com>.
2. López-Riverol O, Camacho-Limas CP, Gerson-Cwilich R. Síndromes paraneoplásicos. Diagnóstico y tratamiento. Rev Hosp Jua Mex 2016; 83 (1 y 2): 31-40.
3. Fernández Hernández M, Zamanillo Rojo I, González Peredo R. Síndrome paraneoplásico en un cáncer de mama. SEMERGEN. 2006;32(4):195-8.
4. Hasbún Acuña P, Vial Letelier V, Correa Gutiérrez H, Lechuga Ramírez M, Pérez Rivera M, Muñoz Leiva D, Vial Letelier I. Metástasis cutáneas de cáncer de mama: revisión de la literatura. Rev Chil Cir. 2017; 69(1):84-88. Disponible en <http://www.elsevier.es/rchic>.
5. Kubota L, Magalhães GM, Cintra P, Calazans SG, Elias F, Fonseca-Alves C. Carcinoma inflamatório de mama – uma abordagem comparada. Arq. Ciênc. Vet. Zool. UNIPAR, UMUARAMA 2016; 19 (3):187-194.
6. Corradini E, Andino R, Mandiola C, Enberg M, Corredoira Y. Algunos Aspectos del Compromiso Cutáneo por el Cáncer de Mama. Revisión de la Literatura a Propósito de Tres Casos. Rev. Chilena Dermatol. 2010; 26(4):404-411
7. Padrón O, Otero I, De la Cruz D, y cols. Intervención educativa sobre enfermedades benignas mamarias y autoexamen de mama. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2016;35(2).
8. Bonneau C, Boujenah J, Rouzier R. Estados patológicos de la mama durante el embarazo. EMC - Ginecología-Obstetricia.2018; 54 (1):1-11.
9. Arredondo Oro IA. Patología mamaria benigna. Gineco FLASOG. 2020; 12 (1):37-49. Disponible en: <http://www.flasog.org>.
10. Villafuerte Delgado D, Torres Aranda JJ, Rodríguez Pino MY. Carcinoma inflamatorio de la mama. Presentación de un caso. Revista Finlay. 2016 (6); 2: 150-155.
11. Gómez-Sánchez L, Gómez-Sánchez T, Arroyo-Fernández FJ, López-Gómez EA, Sáenz de tejada Valdivia P. Lesiones cutáneas en paciente con

antecedente de cáncer de mama. La importancia del diagnóstico diferencial.
Med fam Andal. 2018;18 (1):71-73.