

# CARCINOMA INFLAMATORIO DE MAMA EN UNA MUJER DE 62 AÑOS: PRESENTACIÓN DE UN CASO

## BREAST INFLAMMATORY CARCINOMA IN A 62 YEARS OLD WOMAN: CASE REPORT

Michel Hernández Restrepo<sup>1</sup>  
Juan Carlos Correa Puerta<sup>2</sup>

### RESUMEN

#### PALABRAS CLAVE (DeCS)

Neoplasias de la mama  
Neoplasias inflamatorias de la mama

#### KEY WORDS (MeSH)

Inflammatory breast neoplasms  
Breast neoplasms  
mammography

Son múltiples los espectros de presentación del cáncer de mama; uno de ellos es el carcinoma inflamatorio. En el presente artículo se expone el caso de una paciente de 62 años en quien se diagnostica carcinoma inflamatorio por medio de los hallazgos clínicos, ecográficos y mamográficos, y se corroboran mediante patología. La relevancia del caso radica en que es un caso típico de carcinoma inflamatorio, incluyendo clínica, patología y características imaginológicas. Se hace una revisión epidemiológica, de presentación histológica, clínica y por imágenes, con el fin de orientar a radiólogos y clínicos en el diagnóstico de tan importante, pero infrecuente entidad.

### SUMMARY

There are multiple spectra of breast cancer presentations, one of which is inflammatory carcinoma. This article describes the case of a 62 year old patient with inflammatory carcinoma, diagnosed by clinical, ultrasound and mammography findings confirmed by pathology. This case is relevant because it is a typical case of inflammatory carcinoma, including clinical, pathology and imaging features. An epidemiological revision is made, with a histological, clinical and imaging presentation in order to guide radiologists and clinicians in the diagnosis of this important but uncommon entity.

### Caso clínico

Se trata de una paciente con retardo mental, reclusa en un centro psiquiátrico, de sexo femenino, con 62 años de edad. Presenta clínica de un mes de evolución que incluye eritema, rubor y calor, con aspecto de piel de naranja en aproximadamente el 50% de la cara medial del seno izquierdo, tratada en su sitio de reclusión con antibioticoterapia oral y antiinflamatorios no esteroideos, con mejoría parcial y posterior recidiva.

Consulta por remisión desde su lugar de origen a la especialidad de cirugía general, que evalúa y encuentra los cambios descritos, unidos a masa subyacente y adenopatías axilares y supraclaviculares izquierdas; se encasilla según clasificación TNM como T4N3CMX. Remiten posteriormente al área de radiología para realización de mamografía y ecografía con los siguientes hallazgos:

- Mamografía: en el cuadrante superoexterno del seno izquierdo se observó zona de distorsión de la arquitectura mamaria, sin definirse franca masa, con unos diámetros aproximados de 10 × 6 × 5 cm, la cual no se asoció con microcalcificaciones sospechosas de malignidad; sin embargo, se observó compromiso del complejo areola pezón, con retracción de este y engrosamiento de la piel, así como asimetría global de la mama por edema. Ganglios densos redondeados en número de 4 en zona axilar izquierda.

Se concluyó estudio en relación con lesión mamaria izquierda categoría Bi-rads 5, que debe ser evaluado prioritariamente por especialista y correlación histopatológica.

- Ecografía: se observó en el cuadrante superexterno del seno izquierdo imagen hipoecoica de márgenes

<sup>1</sup>Médico radiólogo, coordinador del servicio de Radiología del Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá, Colombia. Profesor adscrito al programa de Radiología e Imágenes Diagnósticas de la Universidad de la Sabana, Chía, Colombia.

<sup>2</sup>Médico residente de cuarto año de Radiología, de la Universidad de la Sabana, Chía, Colombia.

mal definidos, espiculada, que compromete planos profundos, la cual mostró diámetros aproximados de  $75 \times 40 \times 60$  mm, sin demostrarse otras alteraciones en la arquitectura mamaria; en especial, no hay masas o lesiones quísticas aparentes. Engrosamiento de piel en el seno izquierdo asociado con alteración del complejo areola pezón izquierdo con retracción de este; así mismo, edema mamario izquierdo. Ganglios redondeados hipoecoicos que han perdido su centro graso en región axilar izquierda en número de 4.

Se concluyó: masa mamaria izquierda categoría Bi-rads 5. Se recomienda evaluación prioritaria por especialista y estudio histopatológico.

Se remitió al grupo de cirugía, donde realizan biopsia por Tru-Cut y se envió el espécimen a patología, donde se hace diagnóstico de carcinoma infiltrante pobremente diferenciado, grado nuclear 3/3 compatible con ductal.

La paciente fue enviada, entonces, para quimioterapia y radioterapia, que al momento de presentación de este artículo no ha finalizado.

## Introducción

El carcinoma inflamatorio de la mama es una neoplasia que abarca un grupo de entidades de tipo infiltrativo mal diferenciados y otros carcinomas primarios y secundarios de la mama, como los linfomas (1,2). Representa una serie de hallazgos clínicos en asociación con el carcinoma, que incluyen: calor, edema y eritema de inicio abrupto, que afectan más del 30% de la piel de la mama (1,3).

Simula generalmente una mastitis, sin ser tan doloroso a la palpación como lo es el proceso inflamatorio bacteriano agudo puro. Normalmente puede mejorar a su inicio con tratamiento antibiótico, pero los síntomas pueden persistir o empeorar.

Se ha definido no clasificar como inflamatorio un carcinoma, a no ser que haya evidencia de émbolos en los vasos linfáticos de la piel, los cuales se encuentran dilatados y con reacción linfocítica alrededor de la vasculatura. Al momento de su diagnóstico, tiende a clasificarse como en estadio IIIB, por lo cual su diagnóstico precoz es de vital importancia en el pronóstico a largo plazo (4).

## Discusión

El carcinoma inflamatorio de la mama agrupa varios signos clínicos que se asocian con un carcinoma, generalmente lesiones infiltrativas muy poco diferenciadas de alto grado; se asocia también con linfomas primarios o secundarios.

El tumor generalmente tiene localización central, por lo regular grande (mayor de 5 cm), y puede ser multicéntrico o difuso. En caso de ser difuso puede afectar toda la mama, existiendo en la periferia de la lesión un anillo de infiltración linfática en relación con el proceso inflamatorio.

Se encuentran émbolos tumorales en los linfáticos dérmicos hasta en el 80% de los casos, hallazgos que se presentan en el 4% de los casos que no tienen la presentación clínica clásica descrita de edema, eritema, calor y rubor asociada con piel de naranja, y suelen acompañarse de dolor.

El carcinoma inflamatorio tiene una incidencia de 1-2% entre todos los carcinomas de mama; se acepta que en mujeres embarazadas o en periodo de lactancia parece haber mayor riesgo de carcinoma inflamatorio que en el resto de las mujeres.



Figura 1. Presentación clínica clásica del carcinoma inflamatorio de la mama, con edema, eritema, rubor y calor, que en el caso de la paciente involucra más del 50% de la superficie medial de la mama, y retracción del pezón, hallazgos indistinguibles de un proceso inflamatorio puro de la mama.

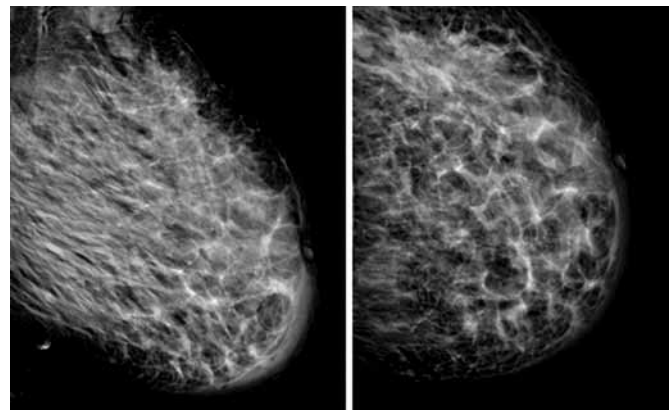


Figura 2. Proyecciones oblicua mediolateral y craneocaudal, en las que se observa en el cuadrante superoexterno del seno izquierdo zona de distorsión de la arquitectura mamaria, sin definirse masa, sin microcalcificaciones sospechosas de malignidad, retracción del complejo areola pezón y engrosamiento de la piel. Nótese los ganglios densos redondeados en la zona axilar.

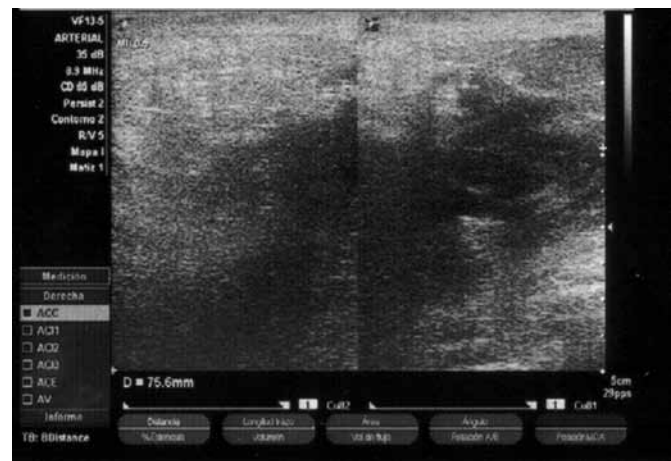


Figura 3. Imagen hipoecoica de márgenes mal definidos, espiculada, con compromiso de planos profundos. También se visualizan ganglios redondeados hipoecoicos con pérdida en su centro graso en región axilar izquierda.

Se encuentra masa palpable en más del 75% de los casos, el 25% adicional tiene endurecimiento difuso de la mama, que se muestra generalmente acentuado en zonas de declive, se visualiza también inversión del pezón en un porcentaje no despreciable. Hay adenopatías palpables axilares o intramamarias en aproximadamente el 30 al 40% de los casos al momento del diagnóstico, muchas veces con afectación de la cadena mamaria interna. Dada la presentación clínica, es importante mantener una sospecha de carcinoma inflamatorio en algunas mujeres que presentan mastitis persistente o recidivante.

El pronóstico tiende a ser peor en aquellas mujeres con carcinoma inflamatorio que tienen endurecimiento difuso que en aquellas que tienen nódulo palpable. En pacientes tratadas con resección tumoral o mastectomía el pronóstico es sombrío, con índices de supervivencia por debajo del 5% a cinco años; con tratamiento de quimioterapia y radioterapia la supervivencia aumenta a 35-55% en el mismo periodo.

El diagnóstico definitivo se puede hacer con una biopsia de vaso linfático que presente émbolo tumoral, de la masa palpable en caso de que la haya, de la porción indurada o de la masa por guía mamográfica (2,4-7).

### Hallazgos mamográficos

La mamografía es positiva en la mayoría de los casos. Se observa infiltrado difuso afectando la casi totalidad de la glándula; solo en un porcentaje bajo de pacientes la mamografía es normal, generalmente en pacientes con mamas densas.

Todas las pacientes con carcinoma inflamatorio muestran un aumento difuso de la densidad, con engrosamiento de los ligamentos de Cooper y de la piel; se encuentra evidencia de masa en la gran mayoría de los pacientes, pueden o no verse calcificaciones, lo cual no es característico, con adenopatías axilares en su mamografía en el 20% de las pacientes (4-6).

Por sí sola la mamografía no puede distinguir carcinoma inflamatorio con masa subyacente de mastitis con formación de absceso. En algunas pacientes la mastitis acompañada de edema no se podrá diferenciar en muchos casos de carcinoma inflamatorio sin masa subyacente (4).

### Hallazgos ecográficos

Los hallazgos ecográficos en carcinoma inflamatorio son virtualmente indistinguibles de cualquier compromiso inflamatorio de la mama. Se observa engrosamiento de la piel y el tejido celular subcutáneo, además de aumento de la ecogenicidad por edema y pérdida de la delimitación de la grasa subcutánea con los planos glandulares, los cuales también aumentan su ecogenicidad. También, mala definición de los ligamentos de Cooper, los cuales se observan engrosados; se limita así la posibilidad de demostrar conductos y lobulillos.

Se puede demostrar hiperemia al análisis con Doppler, hallazgo que debe hacerse comparativamente con la misma zona del lado contrario, y aunque dichos hallazgos no son específicos de carcinoma inflamatorio, son útiles a la hora de delimitar la lesión.

En algunos casos, dado el aumento de la densidad mamaria, puede ser necesario cambiar de transductor a uno de menor frecuencia, para demostrar hallazgos subyacentes, como un carcinoma. Así mismo, una masa que ha sufrido degeneración quística o necrótica puede no diferenciarse de un absceso en formación que se asocia con una mastitis. Este método diagnóstico puede demostrar las adenopatías axilares y mamarias afectadas mejor que la mamografía (3-5).

### Referencias

1. Cardenosa G. Imagenología mamaria. Buenos Aires: Editorial Journal; 2005.
2. Lois NK. Hodgkin's disease simulating inflammatory breast carcinoma on mammography: a case report. *Radiology*. 1969;92:350.
3. Stavros AT. Ecografía de mama. Madrid: Editorial Marban; 2006.
4. Günhan-Bilgen I, Ustün EE, Memiş A. Inflammatory breast carcinoma: mammographic, ultrasonographic, clinical, and pathologic findings in 142 cases. *Radiology*. 2002;223:829-38.
5. Dershaw DD, Moore MP, Liberman L, et al. Inflammatory breast carcinoma: mammographic findings. *Radiology*. 1994;190:831-4.
6. Jerry LB, Alvah JN, III. Inflammatory carcinoma of the breast. *Radiology*. 1976;121:173-76.
7. Griscom T, Wang CC. Radiation therapy of inoperable breast carcinoma. *Radiology*. 1962;79:18-23.

### Correspondencia

Michel Hernández Restrepo

Departamento de Radiología, Hospital Universitario de la Samaritana

Carrera 8 # 0-55 Sur, Bogotá, Colombia

michelhernandezr@hotmail.com

Recibido para evaluación: 6 de febrero de 2012

Aceptado para publicación: 10 de mayo de 2012