

Lesión pigmentada de la mama: melanoma?

Pigmented breast lesion: melanoma?

Dayana Bermúdez Sañudo^{1*}

Yisel Piña Rodríguez¹

Yanet Monzón Díaz¹

Anabel Roque Enríquez¹

Jesús A. Pinto García¹

¹Hospital Universitario “Faustino Pérez”. Matanzas, Cuba.

*Autor para la correspondencia: dayanabs88@nauta.cu

RESUMEN

El melanoma en la piel de la mama presenta baja incidencia y ocupa entre 0,28 y 1 %. Diversos estudios muestran la relación entre cáncer de mama y melanoma, específicamente en los que las vías de desarrollo pueden estar relacionadas. El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres y representa el principal carcinoma que genera metástasis cutánea, excluyendo al melanoma. Se presenta paciente femenina de 65 años, negra, con mácula pigmentada en pezón y areola de mama izquierda. Se realiza dermatoscopia sugestiva de melanoma. Se indica biopsia incisional que confirma el diagnóstico. Se presenta el caso por la importancia que tiene pensar siempre en esta enfermedad y así poder realizar un diagnóstico precoz de la misma.

Palabras clave: melanoma cutáneo; cáncer de mama.

ABSTRACT

Breast skin melanoma has a low incidence and covers 0.28%-1%. Various studies describe the relationship between breast cancer and melanoma, particularly when the routes of development may be related. Breast cancer is the most common neoplasm in women, and the main carcinoma causing skin metastasis, excluding melanoma. A 65-year-old black-skin female patient presents with a pigmented spot on the nipple and areola of her left breast.

Dermatoscopy is performed, which suggests melanoma. Incisional biopsy is indicated, which confirms the diagnosis. The case is presented due to the importance of always considering this disease to be able to make an early diagnosis.

Keywords: cutaneous melanoma; breast cancer.

Recibido: 07/11/2018

Aceptado: 28/11/2018

Introducción

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres. Las variedades clínicas que usualmente se presentan son los carcinomas ductal y lobulillar. Raras excepciones inician como lesión en la piel y las que se registran son en forma nodulopapular.⁽¹⁾

El archivo médico más remoto que se conoce de esta entidad proviene del antiguo Egipto, donde se encontró un papiro titulado “Instrucciones en torno a tumores sobre las mamas”, en el cual se informa una mama con una tumoración caliente al tacto.⁽²⁾

El cáncer de mama, tan antiguo como la historia de la medicina, afecta a tres de cada 11 mujeres en Europa y a una de cada 14 en EE.UU. Su incidencia ha aumentado a razón de 1,20 % desde el año 1940 y la mortalidad se ha mantenido alta, ocupando hoy el segundo lugar y superada solo por el cáncer de pulmón. El aumento de su incidencia en estos últimos 20 años está relacionado con la modificación de algunos factores de riesgo, mejor capacidad diagnóstica, introducción y generalización de la mamografía de cribado, y cambios en la percepción del beneficio del diagnóstico precoz por parte de las mujeres. En Cuba, la tasa de morbilidad por cáncer de mama en la mujer es similar a la registrada en el área del Caribe y Centroamérica. La incidencia reportada en el año 2014 fue de 3534 casos, con una tasa de 38,2 en la población femenina ajustada a la edad, sobre todo en las mayores de 60 años. Sin embargo, aunque no hubo reportes de casos en menores de 20 años, se diagnosticaron 15 jóvenes en el grupo de 25 - 29 años y 43 en el grupo de 30 - 34 años. Los carcinomas más frecuentes son los infiltrantes (70 - 80 %) y los ductales infiltrantes.⁽²⁾

El melanoma es el tumor cutáneo de mayor morbimortalidad. Su incidencia ha aumentado en las últimas décadas. Las primeras referencias de la presencia de esta enfermedad corresponden a Hipócrates en el siglo V A.C.^(3,4)

El melanoma mamario es poco frecuente. Estudios epidemiológicos han provisto evidencia sugestiva de la relación entre carcinoma de mama y melanoma. La asociación metacrónica de estas neoplasias ha sido descrita, sin embargo, la sincronía de estas no se reporta en la literatura.⁽⁵⁾

Es un hallazgo significativo la forma de presentación, como una mácula hiperpigmentada del pezón en el carcinoma ductal. En nuestro país no se conocen precedentes similares al caso que se expone a continuación.

Caso clínico

Paciente femenina, de color de piel negra, 65 años de edad, con antecedentes de salud. Acude a consulta de Dermatología por presentar mancha a nivel de la mama izquierda, de varios meses de evolución, para la cual no ha llevado ningún tratamiento.

Al examen físico dermatológico se observa una mácula hiperpigmentada, única, de bordes bien definidos, irregulares, de 4 cm de diámetro y superficie escamosa, localizada en región del pezón de la mama izquierda (Fig. 1).



Fig. 1 – Mácula hiperpigmentada, de bordes irregulares, a nivel del pezón de mama izquierda.

A la dermatoscopia se observa patrón multicomponente, glóbulos atípicos y asimétricos, área de regresión central, red pigmentaria atípica y parches (Fig. 2).

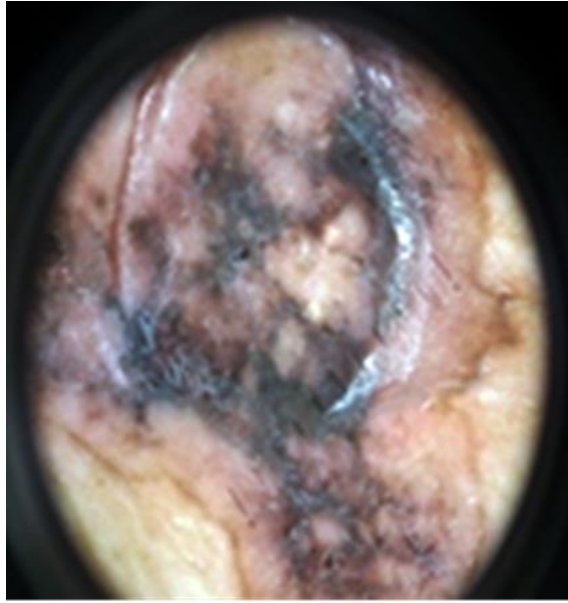


Fig. 2 – Patrón multicomponente a la dermatoscopia.

Se realiza ultrasonido de mama y mamografía: Negativos.

Se indica biopsia de piel que informa: Metástasis cutánea de carcinoma ductolobulillar de la mama, con diseminación pagetoide en epidermis, rotura de la pared e incontinencia pigmentaria a este nivel. Presencia de carcinoma *in situ* de alto grado con comedonecrosis. Células melanocíticas malignas que infiltran hasta dermis profunda. Cordones, nidos, células sueltas y gigantes con atipia. Pleomorfismo. Diseminación lateral en epidermis a modo de nidos. Conducto en profundidad cubierto de células tumorales. Dos mitosis por campo (Fig. 3).

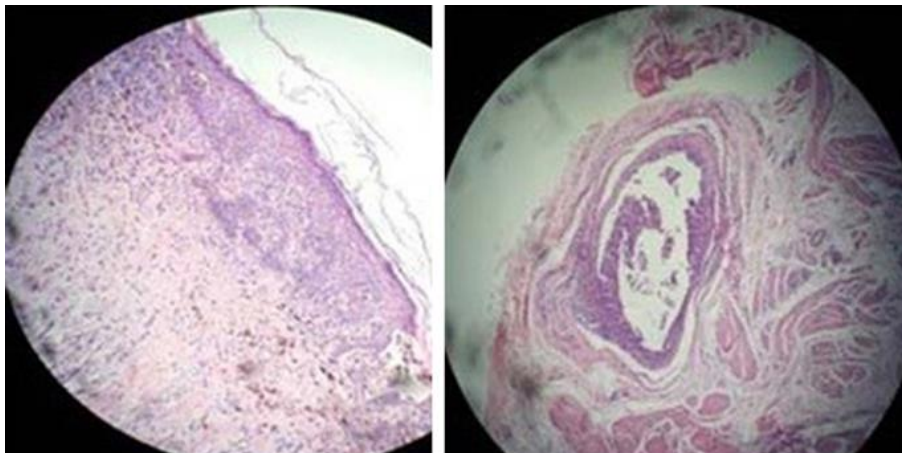


Fig. 3 – Imágenes histológicas de la lesión.

Se concluye el caso como un carcinoma ductolobulillar infiltrante de mama. Se decide remitir a consulta multidisciplinaria de cáncer de mama.

Comentarios

Las formas de presentación más frecuentes del cáncer de mama son el carcinoma nodular metastásico y el ductolobulillar. Inusualmente, estas hacen metástasis cutáneas y en los casos donde se presentan, aparecen en forma de lesiones nodulopapulares.⁽⁶⁾

En este caso se presentó una paciente con lesión macular hiperpigmentada del pezón, con estudios imagenológicos previos (ultrasonido y mamografía) negativos, y una dermatoscopia sugestiva de melanoma maligno, donde se confirmó mediante el estudio histopatológico, un carcinoma ductolobulillar de mama.

Conclusiones

Se presenta el caso por la importancia que tiene pensar siempre en esta enfermedad y así poder realizar un diagnóstico precoz de la misma.

Referencias bibliográficas

1. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. Aspectos históricos y culturales sobre el cáncer de mama. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2009 [citado 02/08/2018];25(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
2. Socorro Palomino DE, Núñez Morgado LR, Estrada Espinosa EM, Delgado Moya R, Alpízar Becil D, Jiménez Álvarez R. Factores histopronósticos de las variedades especiales de carcinoma infiltrante de la mama femenina. Mediciego [Internet]. 2019 [citado 30/01/2019];25(1):22-3. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu>
3. Esteban Alonso C, Esteban Salerni G. Breve historia del melanoma. De Hipócrates a Handley. Med Cutan Iber Lat Am [Internet]. 2016 [citado 04/08/2018];44(1):64-7. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/medicinacutanea>
4. Arenas R. Atlas, diagnóstico y tratamiento. 5 ed. México: McGraw-Hill; 2013.
5. Abreu B, Pérez E, Bermúdez J, Godoy C, Bérnago A, Carrero L. Melanoma Maligno Sincrónico con Carcinoma Ductal Infiltrante de la Mama. Reporte de un Caso. Revista Venezolana de Oncología [Internet]. 2012 [citado 31/07/2018];24(4):305-9. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375634874009>

6. Hasbún Acuña P, Vial Letelier V, Correa Gutiérrez H, Lechuga Ramírez M, Pérez Rivera M, Muñoz Leiva D. Metástasis cutáneas de cáncer de mama: revisión de la literatura. Rev Chil Cir [Internet]. 2017 [citado 29/07/2018];69(1):84-8. Disponible en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de ningún tipo con la elaboración de este documento.

Contribución de los autores

Dayana Bermúdez Sañudo (seguimiento del paciente desde su diagnóstico, organización de la información y redacción del artículo)

Yisel Piña Rodríguez (organización de la información y revisión final del manuscrito).

Yanet Monzón Díaz (confección de la historia clínica del paciente y realización de la biopsia de piel).

Jesús A. Pinto García (realización del estudio histopatológico).

Anabel Roque Enríquez (recolección de información bibliográfica para la confección del artículo y revisión de la historia clínica).