



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/960 - Lo que la inflamación esconde...

M.T. Izquierdo Fuentes^a, C. Faci Moreno^a, F. Molero Rodríguez^b y J.M. Bueno Corral^c

^aMédico de Familia. Centro de Urgencias de Atención Primaria. Sant Andreu de la Barca. Barcelona. ^bGinecóloga. Centro de Atención Primaria La Solana. Sant Andreu de la Barca. Barcelona. ^cEnfermero. Centro de Atención Primaria La Solana. Sant Andreu de la Barca. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 65 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con Hipertensión Arterial en tratamiento farmacológico. Antecedente familiar de cáncer de mama de origen materno. Acude al centro de atención primaria (CAP) por dolor en mama izquierda de una semana de evolución, sin fiebre, ni otra sintomatología asociada.

Exploración y pruebas complementarias: Detectamos signos vitales dentro de la normalidad. Mama izquierda eritematosa, con aumento de temperatura, indurada, que dobla en tamaño a la derecha. En cuadrante inferior externo, destacan lesiones vesiculares confluyentes sobre base violácea. No se palpan masas ni adenopatías regionales. Pezón y areola sin alteraciones. Se orienta el caso como una mastitis izquierda. Tras tratamiento con ciprofloxacino durante una semana, la paciente acude a la consulta, explicando que no ha notado mejoría. Se decide entonces, cambiar de antibiótico, empezando Orbenin (cloxacilina 500 mg c/6h), junto con aciclovir crema en las lesiones vesiculares. Al revalorar a la paciente en una semana, se observan escasos cambios en la clínica, por lo que se deriva a urgencias del hospital de referencia, donde es visitada por Ginecología, realizan una Ecografía de mama que informan como sugestiva de mastitis izquierda, y dan de alta a domicilio con pauta de amoxicilina/clavulánico 875/125 mg. En este contexto, tras 10 días sin mejoría, cambiamos de nuevo el antibiótico, pautando clindamicina 600 mg c/12h. Como la paciente sigue sin mostrar cambios tres días después, se consulta con Ginecología del CAP, que vuelve a derivar con carácter urgente al hospital, en este caso a la Unidad de Mama. Se repite ecografía y mamografía (anterior hace 6 meses informada como normal), que definen patrón inflamatorio sin masas dominantes. En esta ocasión, se realiza también biopsia de las lesiones de zona inferior de la mama que dio el diagnóstico de Infiltración dérmica por carcinoma ductal grado histológico III.

Juicio clínico: El carcinoma ductal invasivo (CDI) o carcinoma ductal infiltrante, es el tipo más común de cáncer de mama, alrededor del 80% de todos los casos. Hace referencia al cáncer que ha atravesado la pared del conducto lácteo y ha comenzado a invadir tejidos mamarios. El CDI puede propagarse hacia ganglios linfáticos y otras áreas. Inicialmente, puede no ocasionar ningún síntoma, pero con frecuencia, aparece un área anómala en la mamografía, que en este caso quedó enmascarada por el patrón inflamatorio.

Diagnóstico diferencial: Se realiza diagnóstico diferencial con una mastitis bacteriana y/o herpes zoster.

Comentario final: Cualquier anomalía detectada en la mama, debe ser estudiada hasta obtener un diagnóstico definitivo, aunque se disponga de pruebas complementarias recientes que descarten malignidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Li CI, Anderson BO, Daling JR, et al. Trends in incidence rates of invasive lobular and ductal breast carcinoma. *JAMA*. 2003;289:1421-4.
2. Boyd NF, Guo H, Martin LJ, et al. Mammographic density and the risk and detection of breast cancer. *N Engl J Med*. 2007;356:227-36.
3. Knutson D, Steiner E. Screening for breast cancer: current recommendations and future directions. *Am Fam Physician*. 2007;5:1660-6.
4. Saslow D, Hannan J, Osuch J, et al. Clinical breast examination: Practical recommendations for optimizing performance and reporting. *CA Cancer J Clin*. 2004;54:327-44.