

Vanesa Ocaña Martínez
Arancha Moreno Elola
José María Román Santamaría
María Jesús Merchán Morales
José Antonio Vidart Aragón

Metástasis mamaria de melanoma

Breast metastasis of melanoma

Departamento Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Correspondencia:

Dra. V. Ocaña Martínez.
Avda. Antonio López, 24, portal 2, 3.º C.
28320 Pinto. Madrid. España.

Fecha de recepción: 29/8/2005.

Aceptado para su publicación: 9/11/2006.

RESUMEN

El melanoma es uno de los principales tumores que metastatizan en la mama. El problema es su diagnóstico, ya que no hay imágenes radiológicas específicas, por lo que el diagnóstico anatomopatológico es fundamental.

Se comentan 2 casos clínicos donde la aparición de una lesión sospechosa de malignidad en la mama está precedida de un antecedente de melanoma. Se confirmó el diagnóstico de tumor metastásico en dichas lesiones mediante inmunohistoquímica y se descartó la cirugía.

Ante la sospecha de una lesión metastásica en la mama, se debería realizar inmunohistoquímica mediante biopsia diferida o punción-aspiración con aguja fina, evitando así realizar una mastectomía en caso de confirmarse el diagnóstico.

PALABRAS CLAVE

Melanoma. Metástasis. Mama. Cáncer.

ABSTRACT

Melanoma is one of the main tumors metastasizing in the breast. Diagnosis is problematical since there are no specific radiological images and consequently histopathological diagnosis is essential.

We report 2 cases in which the development of a breast lesion suspicious for malignancy was preceded by a melanoma. In both patients, the diagnosis of metastatic tumor was confirmed with immunohistochemical studies and surgery was avoided.

When a metastatic breast lesion is suspected, immunohistochemical study with deferred or fine-needle aspiration should be performed. If the diagnosis is confirmed, mastectomy can be avoided.

KEY WORDS

Melanoma. Metastasis. Breast. Cancer.

INTRODUCCIÓN

Los tumores que metastatizan en la mama son infrecuentes, y representan aproximadamente el 1,5% de todos los tumores de mama. Por orden de frecuencia, los tumores que producen metástasis en la mama son: cáncer de mama contralateral, tumores hematológicos, melanoma y cáncer de pulmón.

El melanoma es uno de los principales tumores metastatizantes, y se diagnostican frecuentemente como tumor primario¹. Produce metástasis en un 20% de los casos, y es uno de los principales tumores que produce metástasis en la mama, aunque éstas sean infrecuentes¹.

La vía de diseminación más frecuente del melanoma es la vía hematógena, aunque por estudios en los que se utilizó tecnecio para constatar el ganglio centinela se ha demostrado que la vía linfática es un sistema importante de diseminación de la enfermedad².

En la mama también se ha descrito el melanoma primario, que es más frecuente en varones¹.

El mayor problema estriba en el diagnóstico, ya que radiológicamente es difícil diferenciar un tumor primario mamario de uno metastásico al no haber imágenes específicas que los distinguan, por lo que el diagnóstico anatomopatológico mediante biopsia o punción-aspiración con aguja fina (PAAF) es fundamental.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente de 64 años de edad, que consulta en julio de 2002 por la aparición de una lesión pigmentada en la pierna derecha, de crecimiento progresivo, bordes irregulares y cambio de coloración. Se extirpa dicha lesión en julio de 2002, y la anatomía patológica informó de un melanoma nodular nivel 3 de Clark, de 1,3 cm de espesor, con positividad para S-100 y negatividad para HMB-45. Posteriormente, se completa el tratamiento realizando una ampliación de los márgenes más una linfadenectomía inguinal, cuyo resultado fue de fibrosis cicatricial y linfadenitis reactiva.

En una mamografía de control, realizada en marzo de 2004, se visualizó en los intercuadrantes su-



Figura 1. Mamografía izquierda. Lesión nodular.

periores de la mama izquierda, hacia el cuadrante superoexterno, una lesión nodular con bordes espiculados y alguna probable microcalcificación en el interior (figs. 1 y 2). En la ecografía se confirma la presencia de una lesión sólida, hipoecogénica, que no produce amortiguación del sonido, compatible con un proceso neofornativo; en la axila se distingue una adenopatía de 1,3-2,3 cm, de aspecto inflamatorio residual.

Se realizó una PAAF de dicha lesión, que informó de un adenocarcinoma, por lo que el 29 de abril de 2004 se realiza una biopsia diferida guiada por arpón. El resultado anatomopatológico es de metástasis mamaria de melanoma, con elevado índice Ki-67 (90%), figuras mitóticas en 10 campos de gran aumento (□40), receptores para estrógenos y progesterona negativos, HMB-45 negativo, proteína S-100 fuertemente positiva y vimentina positivo focal.

Ante estos hallazgos, se decide realizar tratamiento quimioterápico con interferón según el esquema Kirkwood, con el cual la paciente continúa en el momento actual.

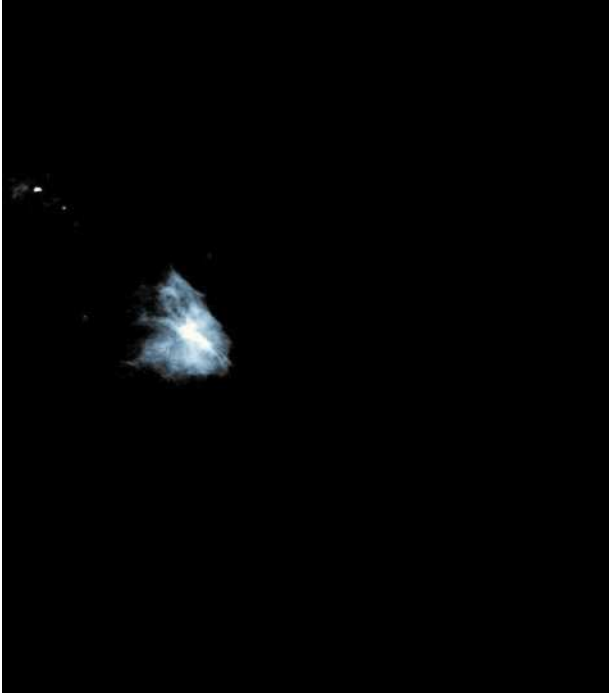


Figura 2. Mamografía izquierda. Lesión nodular.

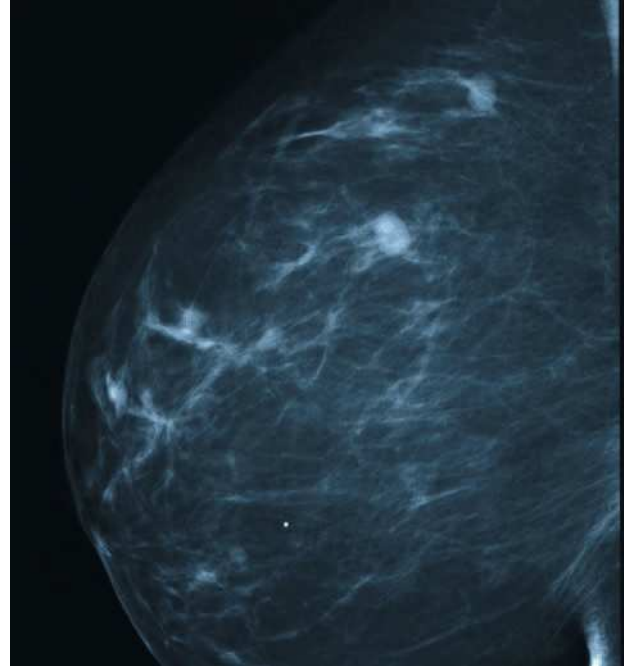


Figura 3. Mamografía derecha. Nódulos retroalveolar y en cuadrante superoexterno.

Caso 2

Paciente de 60 años de edad, que en agosto de 2002, tras un traumatismo ocasional, presenta una lesión violácea subungueal en el primer dedo del pie derecho. En marzo de 2003 presenta un nuevo traumatismo que produce rotura ungueal, diagnosticada de onicomicosis que no cedió con antifúngicos. La paciente fue intervenida el 3 de julio de 2003, mediante extirpación en bloque, y el diagnóstico anatomopatológico fue de melanoma acral, con un índice de Breslow de 1,8 cm.

La paciente rechazó el tratamiento con interferón por lo que prosiguió con revisiones periódicas.

En una mamografía realizada en agosto de 2004 se visualizaban 3 nódulos en la mama derecha, uno de ellos en la región retroareolar y los otros 2 en el cuadrante superoexterno; uno de los nódulos localizado en el cuadrante superoexterno presenta un contorno parcialmente mal definido de la cara posterior en la proyección craneocaudal (figs. 3 y 4).

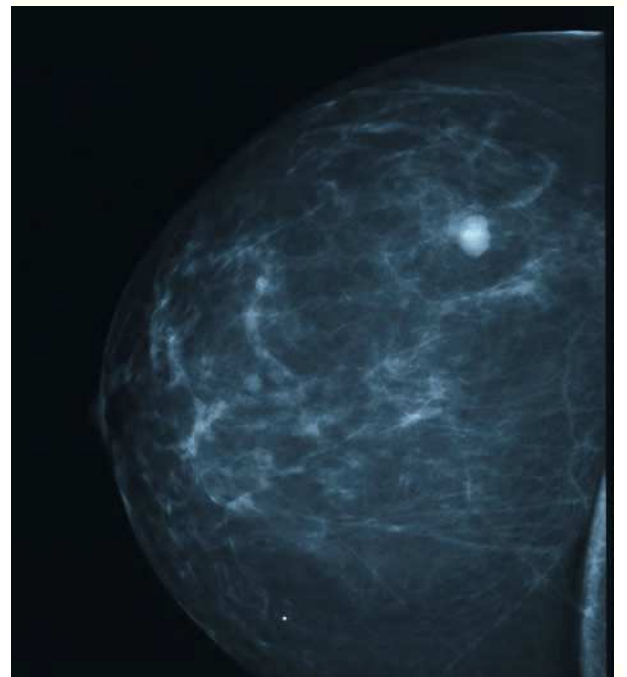


Figura 4. Mamografía derecha. Nódulos retroalveolar y en cuadrante superoexterno.

Ante estos hallazgos, y dados los antecedentes clínicos de la paciente, se realizó una PAAF de dichos nódulos, que informó de metástasis de melanoma.

La paciente continúa con revisiones periódicas, rechaza el tratamiento adyuvante y presenta un grave deterioro de su estado general.

DISCUSIÓN

El melanoma es un tumor altamente metastatizante que tiene predilección por ciertos órganos. La mama puede ser una posible ubicación de las metástasis, tanto unilateral como bilateralmente^{3,4}, y puede llegar a representar el 20% de los tumores metastásicos de mama. Las metástasis mamarias pueden ser también la primera manifestación de un melanoma^{4,5}.

El número de metástasis de mama publicados asciende a 25 casos, y se ha comprobado que son más frecuentes las metástasis en mujeres premenopáusicas, no así en los casos descritos anteriormente; el melanoma se localiza en el 80% de los casos en los miembros superiores o en el tronco —en los casos comentados se hallaba en la espalda y en el pie derecho—, y el tiempo medio de aparición de las metástasis es de 33, 24 y 12 meses, respectivamente, en

los casos descritos; la supervivencia media tras el diagnóstico es de 10 meses^{2,6}. Ambas pacientes permanecen vivas tras 8 y 3 meses, respectivamente, desde el diagnóstico de la metástasis.

El grado de infiltración del melanoma no predice la aparición de metástasis, ya que se han observado casos en que, aun habiendo infiltración superficial, a largo plazo han aparecido metástasis generalizadas.

Son fundamentales los marcadores inmunohistoquímicos, que nos orientarán hacia el diagnóstico de melanoma^{7,8}, y es necesaria la biopsia diferida para su determinación. Dichos marcadores son: S-100, vimentina, HMB-45, MART-1 y Ki-67, altamente positivo^{1,8}. También se ha constatado en estos casos una baja incidencia de expresión de her2, o la falta de evidencia de sobreexpresión, por lo que la terapia con trastuzumab es improbable que beneficie a estos pacientes⁹.

Por tanto, la metástasis del melanoma debe considerarse como un diagnóstico de sospecha en una paciente con historia previa de melanoma y aparición de lesión mamaria¹⁰. Ante estos hechos, se debería realizar un estudio inmunohistoquímico de la lesión mediante biopsia diferida o PAAF (nunca una biopsia intraoperatoria), y evitar así la realización innecesaria de una mastectomía^{1,8} que no sería curativa en estos casos.

BIBLIOGRAFÍA

- Mayayo Artal E, Gómez-Aracil V, Mayayo Alvira R, Azúa-Romeo J, Arraiza A. Spindle cell malignant melanoma metastatic to the breast from a pigmented lesion on the back. *Acta Cytol.* 2004;48:387-90.
- Bianchi C, Habib FA, Morita E, Leong S. Identification of bilateral breast sentinel lymph nodes draining primary melanoma of the back by preoperative lymphoscintigraphy and intraoperative mapping. *Clin Nucl Med.* 1999;24:501-3.
- McCormick A, Rennie I. Bilateral breast metastases from choroidal melanoma. *Am J Ophthalmol.* 2001;132:951-2.
- Majeski J. Bilateral breast masses as initial presentation of widely metastatic melanoma. *J Surg Oncol.* 1999;72:175-7.
- Komorowski AL, Wysocki WM, Mitus J. Synchronous cancer and metastatic melanoma of the breast. *Arch Gynecol Obstet.* 2003.
- Arora R, Robinson WA. Breast metastases from malignant melanoma. *J Surg Oncol.* 1992;50:27-9.
- Barker JN, Girling AC. A case of metastatic malignant melanoma masquerading as disseminated mammary carcinoma. *Histopathology.* 1989;14:219-21.
- Filie AC, Simsir A, Fetsch P, Abati A. Melanoma metastatic to the breast: utility of fine needle aspiration and immunohistochemistry. *Acta Cytol.* 2002;46:13-8.
- Inman JL, Kute T, White W, Pettenati M, Levine EA. Absence of HER2 overexpression in metastatic malignant melanoma. *J Surg Oncol.* 2003;84:82-8.
- Cangiarella J, Symmans WF, Cohen JM, Goldenberg A, Shapiro RL, Waisman J. Malignant melanoma metastatic to the breast: a report of seven cases diagnosed by fine needle aspiration cytology. *Cancer.* 1998;84:160-2.