

BIBLIOGRAFÍA

- Ekelund K, Darenberg J, Norrby-Teglund A, Hoffmann S, Bang D, Skinhøj P, et al. Variations in emm type among group A streptococcal isolates causing invasive or noninvasive infections in a nationwide study. *J Clin Microbiol.* 2005;43:3101-9.
- Centers for Disease Control and Prevention, (CDC). Nosocomial group A streptococcal infections associated with asymptomatic health-care workers—Maryland and California, 1997. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 1999;48:163-6.
- Szczypa K, Sadowy E, Izdebski R, Strakova L, Hryniewicz W. Group A Streptococci from Invasive-Disease Episodes in Poland Are Remarkably Divergent at the Molecular Level. *J Clin Microbiol.* 2006;44:3975-9.
- Faibis F, Sapir D, Luis D, Laigneau P, Lepoutre A, Pospisil F, et al. Severe group a streptococcus infection after thyroidectomy: Report of three cases and review. *Surg Infect (Larchmt).* 2008;9:529-31.
- Hardy RG, Forsythe JL. Uncovering a rare but critical complication following thyroid surgery: An audit across the UK and Ireland. *Thyroid.* 2007;17:63-5.
- Nikolaos ND, Apostolakis EE, Marangos MN, Koletsis EN, Zampakis P, Panagopoulos K, et al. A less invasive management of post-thyroidectomy descending necrotizing mediastinitis is feasible: A case report and literature review. *Med Sci Monit.* 2007;13:83-7.
- Collin Y, Sirois M, Carignan A, Lawton Wackett JC. Group A Streptococcus causing descending necrotizing mediastinitis: Report of a case and literature review. *Surg Infect (Larchmt).* 2012;13:57-9.
- Karlik JB, Duron V, Mermel LA, Mazzaglia P. Severe group a Streptococcus surgical site infection after thyroid lobectomy. *Surg Infect (Larchmt).* 2013;14:216-20.
- Levy RM, Leyden JJ, Margolis DJ. Colonisation rates of *Streptococcus pyogenes* and *Staphylococcus aureus* in the oropharynx of a young adult population. *Clin Microbiol Infect.* 2005;11:153-5.
- Kojič M, Mikič D, Nožić D, Rakonjac B. Streptococcal Necrotizing Fasciitis with Toxic Shock Syndrome and Rapid Fatal Outcome. *Srp Arh Celok Lek.* 2015;143:476.

Víctor López-López^{a*}, Antonio Ríos Zambudio^a, José Manuel Rodríguez González^a, Javier Segura Rodríguez^b y Pascual Parrilla^c

^aUnidad de Cirugía Endocrina, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, IMIB, Murcia, España

^bUnidad de Microbiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

^cServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, IMIB, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: victorlopez@gmail.com

(V. López-López).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.09.017>
0009-739X/

© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Necrosis mamaria en paciente con linfoma no Hodgkin primario de células T

Breast necrosis in a patient with primary T-cell non-Hodgkin lymphoma

El linfoma mamario es una rara enfermedad que ocupa el 0,5% de los tumores malignos de mama¹, puede ser primario cuando se presenta solo en esta localización (incluyendo cadenas ganglionares axilares ipsilaterales), en ausencia de enfermedad previa extramamaria o secundario cuando forma parte de una afectación variada de tejido linfoide extraganglionar, siendo la mama un sitio de aparición infrecuente que ocupa solo entre el 1,7 al 2,2% de los casos^{1,2}. Las características clínicas y radiológicas tan poco específicas de la tumoración lo pueden confundir con un carcinoma de mama retrasándose su correcto tratamiento³. Presentamos un caso de linfoma no Hodgkin (LNH) primario de mama que deriva en necrosis extensa de la misma y grave afectación multiorgánica, describiendo las características clínicas y radiológicas especiales del mismo y revisando la literatura disponible sobre el tema.

Paciente mujer de 57 años, natural de Perú diagnosticada hace 2 años de LNH de células T, por biopsia de adenopatías axilares palpables asociado a inflamación en mama derecha, recibiendo tratamiento con ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona (CHOEP). Un año después presenta empeoramiento clínico con lesiones cutáneas en piel de la mama e infiltración linfocitaria de la misma, por lo que se decide administrar 3 esquemas más de poliquimioterapia (gemcitabina-cisplatino-dexametasona, dexametasona-citarabina-cisplatino (DHAP) e hiper-CVAD-metotrexato-ARA-C) sin buena respuesta. Decide trasladarse a España donde es valorada por el servicio de hematología, observándose lesiones vesiculosas y costras melicéricas con aumento de dolor e inflamación en mama derecha que se extiende hasta brazo y abdomen, inicialmente se intenta controlar con



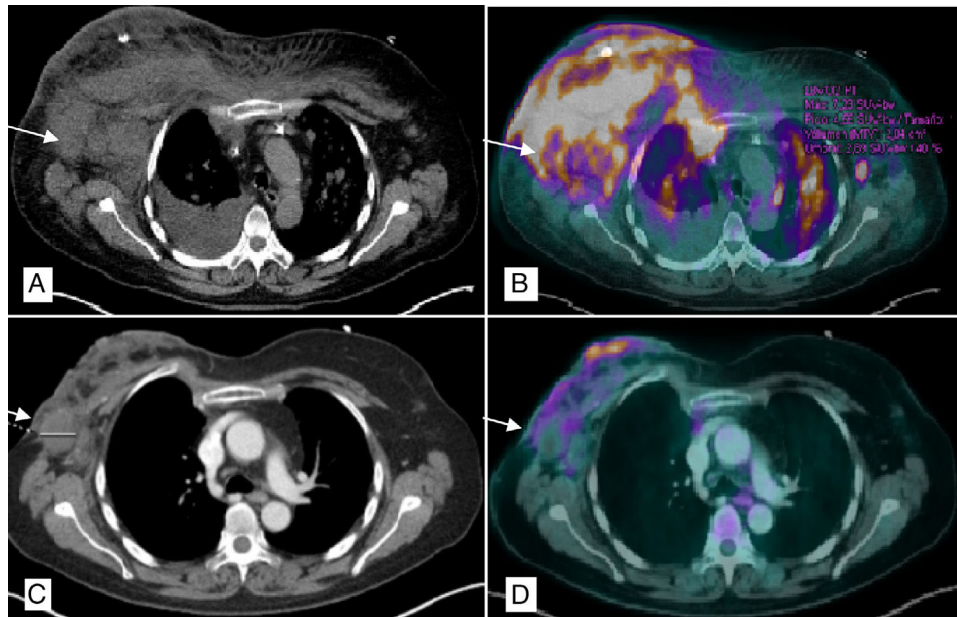


Figura 1 – PET/TAC tórax. A) Múltiples adenopatías axilares bilaterales, la mayor derecha de 4 cm (flecha), con afectación subcutánea de ambas mamas con predominio derecho y derrame pleural ipsilateral. B) Captación patológica de ^{18}F -FDG (fluorodeoxiglucosa) en mama derecha, izquierda, cisura menor derecha y parénquima pulmonar bilateral (nódulos milimétricos) en relación con la infiltración linfomatosa. C) Disminución en el tamaño global de mama derecha con burbujas de aire en su interior en relación con la necrosis y la reducción de adenopatías axilares, la mayor derecha de 2,9 cm. D) Mejoría morfo-metabólica de la afectación adenopática, pulmonar y en tejido celular subcutáneo sugerente de buena respuesta al tratamiento.

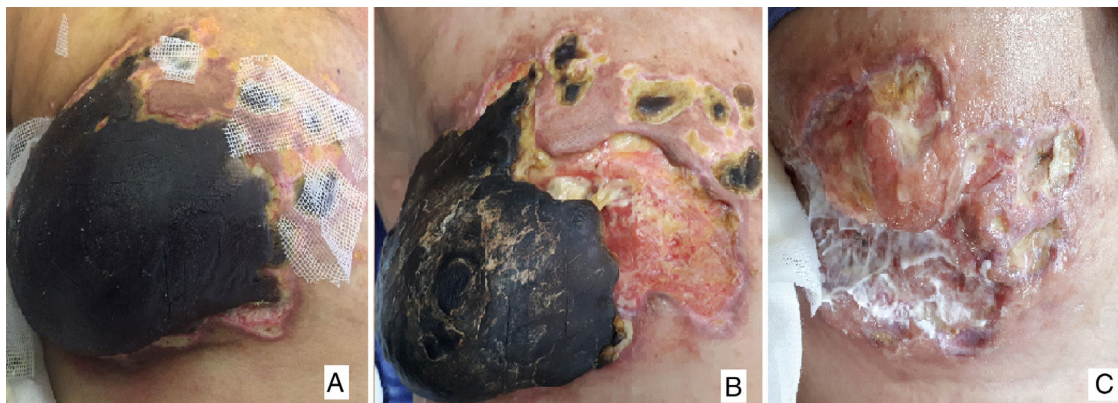


Figura 2 – A) Necrosis mamaria derecha completa tras 2 meses de inicio del tratamiento paliativo. B) Acto quirúrgico un mes después, delimitación de la necrosis con desprendimiento casi completo de la glándula. C) Quince días del postoperatorio, buena evolución de la herida quirúrgica con tejido de granulación y ausencia de nuevas lesiones.

prednisona e hidroxiurea sin mejoría, por lo que es ingresada para completar estudios.

Se realiza biopsia de lesiones de mama que evidencian espongiosis epidérmica con células pequeñas de núcleos irregulares, escaso citoplasma y positividad predominantemente CD4 compatible con LNH de células T CD30+ (HTLV-). En PET/TAC (figs. 1A y B) se evidencia afectación subcutánea en ambas mamas, múltiples adenopatías supra e infradiaphragmáticas, esplénicas y pulmonares en relación con el síndrome linfoproliferativo en progresión. Se decide iniciar

tratamiento paliativo (metilprednisolona, ciclofosfamida, etopósido y procarbazona) con excelente respuesta, por lo que se decide alta hasta recuperación hematológica. Dos meses después suspende tratamiento por neutropenia febril y acude a urgencias con sobreinfección del tejido mamario y necrosis completa de la misma (fig. 2A).

Se ingresa y tras recuperación hematológica, reinicia esquema presentando mejoría radiológica (figs. 1C y D) y delimitación de la necrosis decidiéndose mastectomía higiénica para mejorar el control local de los síntomas. Durante la

cirugía se observa desprendimiento casi completo de la glándula, de consistencia pétreo por la necrosis y con material purulento en su interior (fig. 2B). Se realiza mastectomía simple con extirpación parcial del pectoral mayor y menor en algunas zonas más afectadas por la necrosis, eliminándose a su vez varias lesiones en región esternal y descartándose una reconstrucción inmediata debido al proceso infeccioso y al difícil control sistémico de la enfermedad.

En planta continua con curas locales de buena evolución (fig. 2C) y en anatomía patológica definitiva se observa parénquima mamario extensamente necrótico con calcificaciones, donde no se puede identificar tumor viable. Actualmente 2 meses después de la cirugía, ha reiniciado el tratamiento paliativo anterior sin nuevas complicaciones y a nivel local las heridas han cicatrizado adecuadamente por segunda intención, evidenciándose nuevas lesiones malignas en región torácica dorsal, por lo que el pronóstico sigue siendo desfavorable.

El linfoma mamario es una entidad poco frecuente que se presenta en mujeres de entre 60 a 65 años, siendo bilateral solo en un 11% de los casos⁴. Clínicamente se puede observar de diferentes maneras, desde un nódulo sólido, hasta un engrosamiento difuso con o sin adenopatías; lo más frecuente (60% de los casos) es que comience como una masa dolorosa de difícil distinción a un carcinoma, que en ocasiones puede estar ulcerada o presentarse como enfermedad de Paget en el pezón⁵. El diagnóstico radiológico es poco específico, la imagen ecográfica simula la de un carcinoma y solo en la mamografía, la ausencia de microcalcificaciones podría ser un signo distintivo con otros tumores. Además, la resonancia magnética evidencia un foco de captación único o múltiple hiperintenso en las secuencias con contraste, que tampoco sería específico para este tipo de tumores⁶.

El diagnóstico definitivo se obtiene mediante una biopsia con aguja gruesa o en el contexto de una resección quirúrgica conservadora, observando la presencia de células neoplásicas de predominio linfoide que varía de acuerdo con el tipo histológico, siendo el más frecuente el LNH difuso de células grandes (60-75%)^{5,7}. El tipo de LNH periférico de células T de nuestro caso, es un tipo menos común de tumor que se asocia al virus linfotrópico de células T humanas (HTLV), sobre todo en países orientales y del Caribe. La sobreexpresión de CD30 es aun más rara, siendo un factor de mejor pronóstico en comparación a las que no lo presentan^{7,8}. Con mayor agresividad y una supervivencia media de 4 años, en estos casos el diagnóstico precoz es fundamental para la elección de un buen tratamiento⁹.

Según el estadio de la enfermedad podemos optar por una biopsia escisional, asociado a radioterapia y quimioterapia (estadios iniciales de bajo grado) o un tratamiento sistémico con poliquimioterapia (estadios avanzados de alto grado), dejando la cirugía limitada a casos que requieran control local de los síntomas^{5,10}. La mastectomía no ofrece beneficios frente a la cirugía conservadora siendo el estadio de la axila pronóstica y fundamental para la elección de radioterapia o quimioterapia posterior^{5,10,11}. Cuando se presenta como una tumoración complicada, como en nuestro caso la mastecto-

mía estaría indicada para disminuir el dolor, la infección y la carga tumoral, ofreciendo una técnica de reconstrucción diferida al establecerse un control sistémico de la enfermedad preferiblemente con el uso de tejidos autólogos^{10,12}.

El esquema CHOP con o sin rituximab es la poliquimioterapia más utilizada ofreciendo los mejores resultados, asociado posteriormente a radioterapia, ambos factores disminuyen las tasas de recaídas locales^{1,11}. En cuanto al pronóstico, existen factores conocidos que determinan el riesgo de recidiva, siendo de alto riesgo los pacientes mayores de 60 años, con peor estado general basal, que presenten enfermedad en 2 o más sitios extraganglionares y con estadios avanzados en su comienzo³.

Aunque se conocen bien las características especiales de estos tumores, su localización en la mama sigue siendo excepcional. La refractariedad en el tratamiento, el tipo histológico y las graves secuelas observadas en la glándula de nuestro caso lo hacen especial y no reportado anteriormente en la literatura. Aunque el tratamiento en el linfoma mamario es similar al que se presenta en otras localizaciones, continúa existiendo controversias sobre el papel de la cirugía y serán series más amplias las que nos determinen si su uso es necesario o se debe dejar solo para casos excepcionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Radkani P, Joshi D, Paramo JC, Mesko TW. Primary breast lymphoma 30 years of experience with diagnosis and treatment at a single medical center. *JAMA Surg*. 2014;149:91-3.
2. Wiseman C, Liao KT. Primary lymphoma of the breast. *Cancer*. 1972;29:1705-12.
3. Ryan G, Martinelli G, Kuper-Hommel M, Tsang R, Pruneri G, Yuen K, et al., International Extranodal Lymphoma Study Group. Primary diffuse large B-cell lymphoma of the breast: Prognostic factors and outcomes of a study by the International Extranodal Lymphoma Study Group. *Ann Oncol*. 2008;19:233-41.
4. Joks M, Myśliwiec K, Lewandowski K. Primary breast lymphoma - A review of the literature and report of three cases. *Arch Med Sci*. 2011;7:27-33.
5. Mehta DP, Chirmade P, Anand AS, Parikh S. Primary diffuse large B-cell lymphoma of the breast: A rare case and review of literature. *Indian J Med Paediatr Oncol*. 2017;38:244-7.
6. Guermazi A, Brice P, Kerviler E, Fermé C, Hennequin C, Meignin V, et al. Extranodal Hodgkin disease: Spectrum of disease. *Radiographics*. 2001;21:161-79.
7. Pileri SA, Leoncini L, Falini B. Revised European-American Lymphoma Classification. *Curr Opin Oncol*. 1995;7:401-7.
8. Shimin H, Zijun Y, Aarhi B, Ganiraju C, Carlo V, Alexander T, et al. CD30 expression defines a novel subgroup of diffuse large B-cell lymphoma with favorable prognosis and distinct gene expression signature: A report from the International DLBCL Rituximab-CHOP Consortium Program Study. *Blood*. 2013;121:2715-49.
9. Morton LM, Wang SS, Cozen W, Linet MS, Chatterjee N, Davis S, et al. Etiologic heterogeneity among non-Hodgkin lymphoma subtypes. *Blood*. 2008;112:5150-60.
10. Jennings W, Baker R, Murray S, Howard A, Parker D, Peabody L, et al. Primary breast lymphoma: The role of mastectomy

- and the importance of lymph node status. *Ann Surg.* 2007;245:784-9.
11. Lyons JA, Myles J, Pohlman B, Macklis RM, Crowe J, Crownover RL. Treatment of prognosis of primary breast lymphoma: A review of 13 cases. *Am J Clin Oncol.* 2000;23:334-6.
 12. Schmauss D, Machens HG, Harder Y. Breast reconstruction after mastectomy. *Front Surg.* 2015;2:71.

Ana Alicia Tejera Hernández^{a*}, Joaquín Gómez Ramírez^b,
Sonia Rivas Fidalgo^b, María Luisa Sánchez de Molina Ramperez^b
y Mariano Díaz Miguel^b

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital
Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria,

Las Palmas, España

^bServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital
Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anath15@hotmail.com
(A.A. Tejera Hernández).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.11.014>
0009-739X/

© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los
derechos reservados.