

LA MAMA ROJA: MÁS QUE UN COLOR

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: Ana Azahara García Ortega, Guillermo Carbonell López Del Castillo, Elena López Banet, A Jiménez Sánchez, Florentina Guzmán Aroca, Dolores Hernández Gómez

Objetivos Docentes

Describir los hallazgos radiológicos (mamografía, ecografía y rm) y su correlación con la anatomía patológica en casos con diagnóstico clínico de mama roja estudiados en nuestro hospital y revisar su diagnóstico diferencial.

Revisión del tema

La mama roja constituye un signo clínico de alarma llamativo, que puede ser causado por patologías muy benignas como malignas, locales o sistémicas.

En nuestro hospital hemos estudiado múltiples casos con presentación clínica de mama roja, con diferentes etiologías:

- Maligna (cáncer de mama inflamatorio, cáncer de mama localmente avanzado y carcinoma epidermoide como patología muy rara)
- Infecciosa (mastitis, absceso)
- Cambios secundarios a tratamiento (por radioterapia).

En todos los casos se realizó una historia clínica y exploración física detallada, así como mamografía bilateral como pruebas diagnósticas. En algunos casos también se incluyó RM.

[CANCER DE MAMA INFLAMATORIO](#). Figuras 1, 2, 3 y 4.

Es una forma de presentación de cáncer de mama, rara y agresiva (4-5% de todos los casos de cáncer de mama).

Es una entidad clínico-patológica caracterizada por eritema difuso y piel de naranja que afecta a más de un cuadrante de la mama.

Los cambios inflamatorios en la piel se producen por émbolos tumorales a los vasos linfáticos.

Criterios consensuados para el diagnóstico de Mama inflamatorio en 2011:

1. Rápido comienzo del eritema, edema y/o piel de naranja, con o sin masa palpable subyacente.
2. Historia de menos de 6 meses.
3. Eritema al menos en un tercio de la mama.
4. Confirmación patológica de carcinoma invasivo.

PRESENTACIÓN CLÍNICA/DIAGNÓSTICO

Típicamente se presentan con una mama aumentada de tamaño, dura y con dolor. La piel está engrosada.

Afectación linfática en casi todas a la presentación
1/3 metástasis a distancia al diagnóstico (hígado, pulmón, hueso, cerebro).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

- Mastitis infecciosa y abscesos mamarios. Mujeres lactantes, con fiebre y leucocitosis.
Evolución clínica.

- Ca de mama no inflamatorio localmente avanzado o recurrencia de un ca de mama con afectación de la
- Afectación de la mama por un linfoma o leucemia puede simular un ca de mama inflamatorio.

DIAGNÓSTICO

Historia clínica y exploración física.

Mamografía bilateral y ecografía

Pruebas de laboratorio: plaquetas, función hepática.

MAMOGRAFÍA. Buscar masa asociada a los signos inflamatorios.

A veces sólo vemos engrosamiento de la piel, con o sin masa.

ECOGRAFÍA. Biopsia de la piel. Los expertos recomiendan al menos dos punch de biopsias de la piel.

Estudio de extensión. TC, PET/TC

TRATAMIENTO

Tratamiento multimodal: QMT neoadyuvante, cirugía y raditerapia. Grado de evidencia Ib.

CASO CLÍNICO 1. Figuras 1, 2, 3 y 4.

Motivo de consulta: Paciente de 57 años, que hace un mes comienza con clínica de eritema en mama izq atb por sospecha de mastitis.

Se realiza mamografía que coincide con la aparición progresiva de piel de naranja.

CARCINOMA DE MAMA LOCALMENTE AVANZADO

CASO CLÍNICO 2. Mujer de 55 años que consulta por mastitis tratada con cloxacilina hace 15 días, pers niega fiebre. Figuras 5, 6, 7 y 8.

AP: BAG CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE con diagnóstico final de carcinoma localmente avai PAAF de Ganglios linfáticos no afectados.

CARACTERÍSTICAS	Ca de mama inflamatorio	Ca de mama localmente avanzado
PRESENTACIÓN CLÍNICA	Rápido comienzo de los síntomas dentro de 3 meses. Eritema y edema. Edad más joven al diagnóstico Crecimiento y extensión muy rápida. 1/3 Metástasis a distancia	Mayor historia de duración de los síntomas. Menos eritema y edema. Edad de presentación mayor al diagnóstico. Progresión más lenta. 10% metástasis a distancia al diagnóstico
CARACTERÍSTICAS MOLECULARES	Subtipos proliferativo (40% HER 2 +, >50% triple negativo). >60% mutación p53	Subtipos más favorables (ER positivos y HER 2 negativos) 30%mutación p53
PRONOÓSTICO	Sv a los 2 años: 84%	SV a los 2 años: 91%

Eren D. Et al. What radiologist need to know about diagnosis and treatment of inflammatory breast cancer: a multidisciplinary approach. Radiographics 2013

Figura 21

MASTITIS Y ABSCESO

CASO CLÍNICO 3. Figuras 9, 10 y 11.

MC: Paciente de 27 años, lactante, que consulta por mastitis diagnosticada hace 3 semanas por su médico con Augmentine. Acude por persistencia de síntomas.

El hallazgo más frecuente de la mastitis es eritema y edema cutáneos.

La mastitis de causa infecciosa es más frecuente durante la lactancia, habitualmente por *Staphylococcus* y *Streptococcus*. El absceso es una complicación de la mastitis y es una colección purulenta que se presenta como una tumoración muy sensible a la presión, con piel suprayacente enrojecida y edematosa.

MAMOGRAFÍA. La mamografía no está indicada en mujeres lactantes o menores de 30 años. Pueden observarse adenopatías ipsilaterales.

ECOGRAFÍA. Es la técnica de elección.

Masa con ecoestructura heterogénea sólido-quística, con engrosamiento de la pared, que puede contener líquido interior.

Se puede realizar drenaje ecoguiado y lavados con suero fisiológico de la cavidad con un fin terapéutico.

CARCINOMA EPIDERMOIDE PRIMARIO DE MAMA

CASO CLINICO 4. Figuras 12, 13, 14, 15 y 16.

MC. Paciente de 52 años que consulta por nódulo en mama izquierda con inflamación local.

EF: nódulo en CSE de mama izquierda de 3 cm mal delimitado, fijo, duro y pétreo, sin retracción de la piel y adenopatías palpables

RESULTADOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA:

PAAF evacuadora de quiste, negativa para células malignas, compatible con quiste simple de mama.

BAG de pared engrosada del quiste en CSE de MI, con resultado de material parcialmente infiltrado por carcinoma epidermoide pobremente diferenciado, ante la imagen histológica se recomienda descartar la posibilidad de metástasis.

BAG de ganglio en axila izquierda: material masivamente infiltrados por carcinoma epidermoide pobremente diferenciado extensas áreas de necrosis que puede ser compatible con origen en carcinoma ductal infiltrante de glándula mamaria.

Se realiza QMT neoadyuvante e intervención quirúrgica de forma programada (MRM).

ANATOMÍA PATOLÓGICA. Pieza de mastectomía izquierda con "restos" de carcinoma infiltrante de mama pobremente diferenciado con alteraciones histológicas atribuibles a tratamiento previo con QMT. Músculos libres.

Axila: once ganglios linfáticos de características benignas, a excepción del que se biopsió previamente que contenía carcinoma epidermoide pobremente diferenciado.

CARCINOMA EPIDERMOIDE PRIMARIO DE LA MAMA

Rara entidad clínico-radiológica, menos del 0.1% de todos los ca de mama.

Criterios diagnósticos:

1. Ausencia de otro componente neoplásico maligno que no sea de tipo escamoso.
2. Ausencia de relación anatómica del tumor con la piel adyacente de la mama.
3. Exclusión clínica de la existencia de otro tumor primario que pueda haber metastatizado a la mama (cuando pulmón, laringes, entre otros).

PATOGENIA. Cambio metaplásico en un carcinoma ductal convencional.

FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA: mujeres de edad avanzada, tumores habitualmente grandes > los casos se presentan como lesiones quísticas (rápido crecimiento tumoral con posterior necrosis central)

PRUEBAS DE IMAGEN.

Mamografía. Hallazgos indistinguibles de un ca ductal.

Ecografía. Masa hipoecogénica con áreas quísticas complejas que en ocasiones puede confundirse con un

TRATAMIENTO: Cx, QMT, RADT y/o terapia hormonal.

PRONÓSTICO: Similar a ca ductal poco diferenciado, SV a los 5 años del 40%.

CAMBIOS POR RADIOTERAPIA

CASO CLÍNICO 5. Figuras 17, 18, 19 y 20

Mujer de 68 años.

Cirugía conservadora en mama derecha y RDT que terminó hace un año.

AP: Cx conservadora y RDT de mama izquierda hace 7 años.

Los cambios por radioterapia pueden ser focales o difusos dependiendo del campo de irradiación.

Característicamente el edema suele aparecer con una morfología no anatómica, sino más bien lineal.

El edema postradioterapia va disminuyendo progresivamente durante el seguimiento. En RM la piel de la radioterapia puede presentar realce por contraste hasta 12-18 meses después de finalizado el tratamiento.

Imágenes en esta sección:

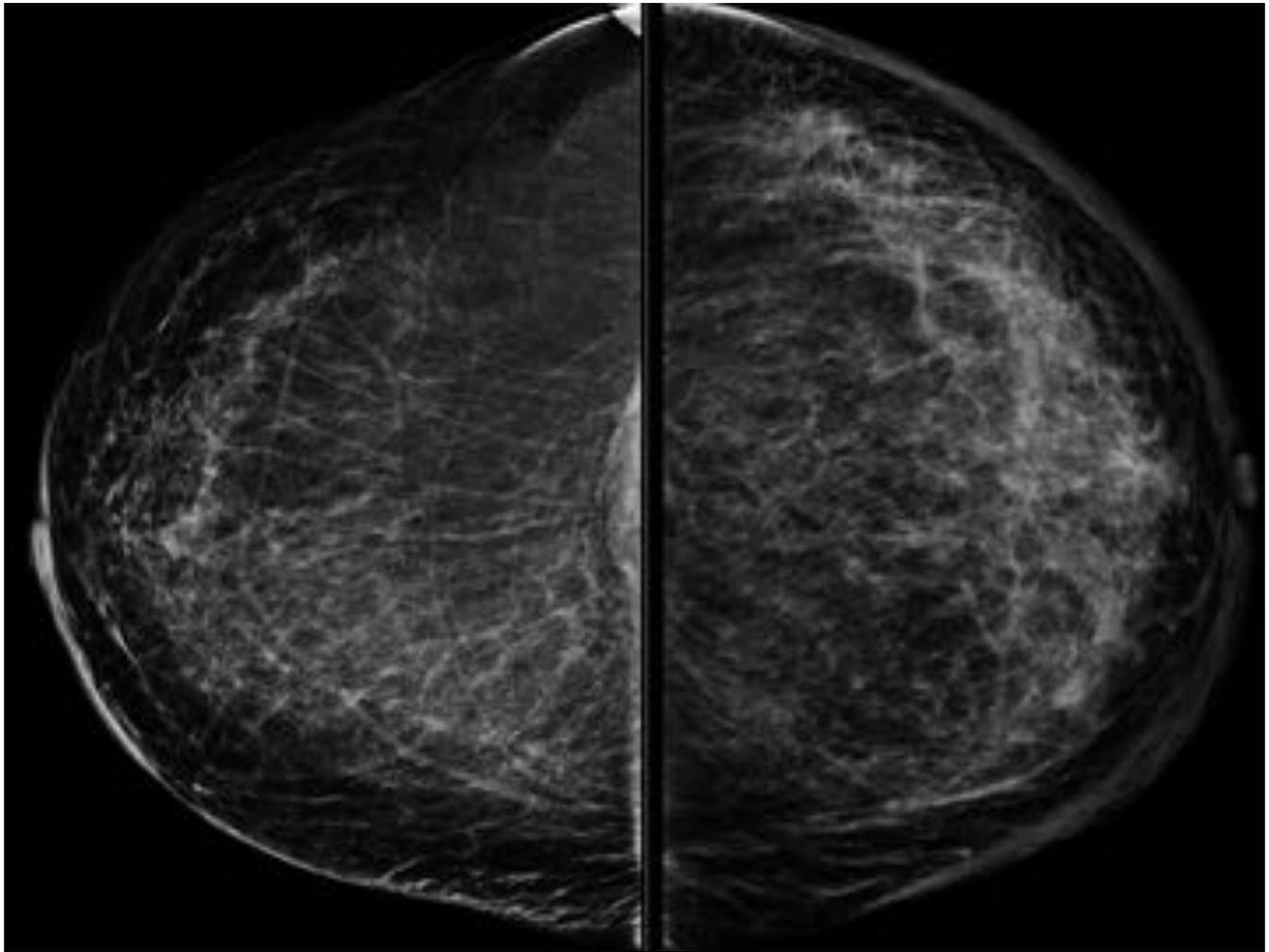


Fig. 1: CASO CLÍNICO 1. Paciente de 57 años, que hace un mes comienza con clínica de eritema en mama izquierda, recibió tratamiento antibiótico por sospecha de mastitis. Se realiza mamografía que coincide con la aparición de progresiva inflamación. Proyección craneocaudal (CC). Signos inflamatorios difusos de la mama izquierda, con engrosamiento difuso de la densidad de la mama, sin evidencia de nódulos definidos.

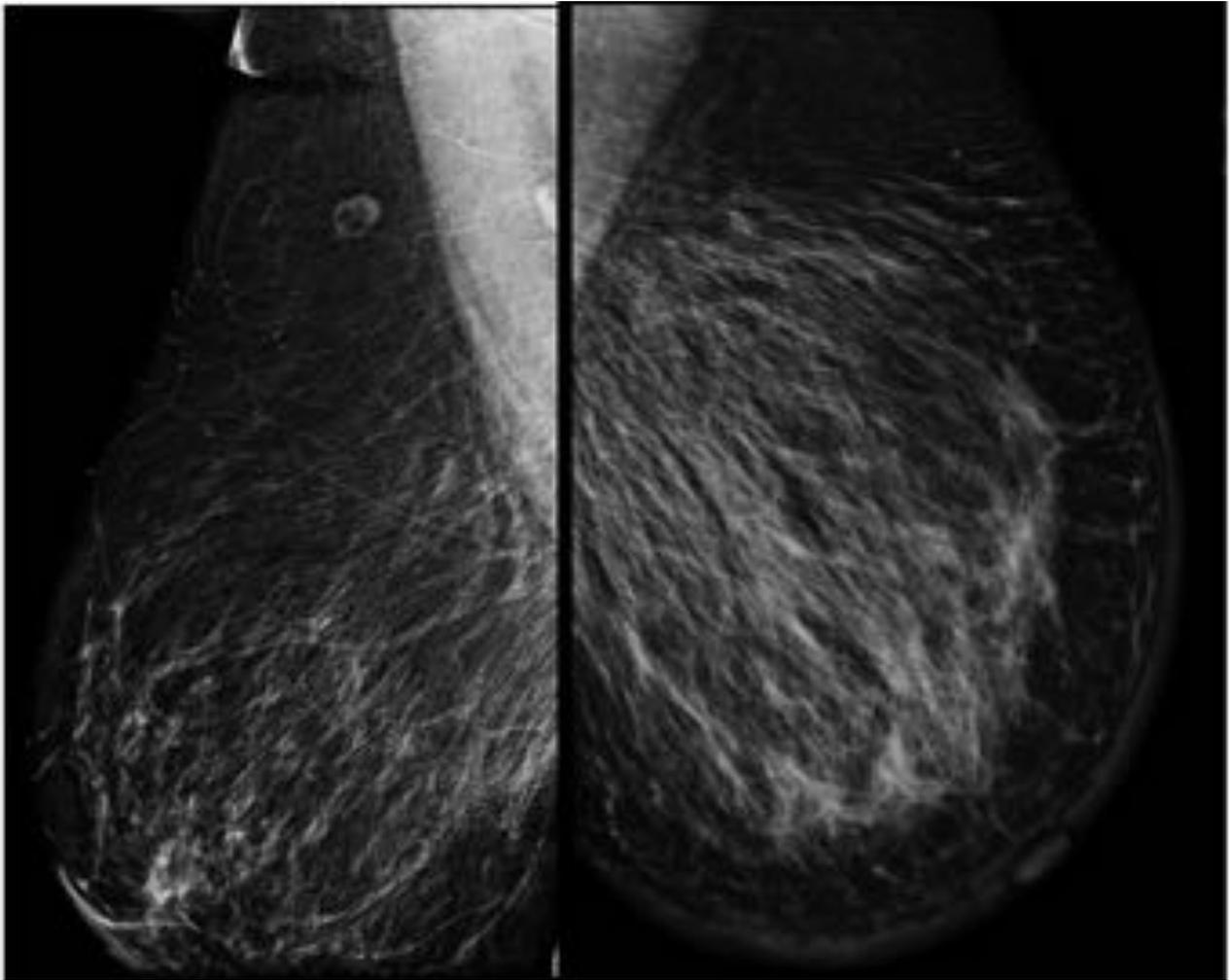


Fig. 2: MAMOGRAFÍA BILATERAL 2P, proyección OML. Signos inflamatorios difusos de la mama iz engrosamiento cutaneo y aumento difuso de la densidad de la mama, sin evidencia de nódulos definidos.

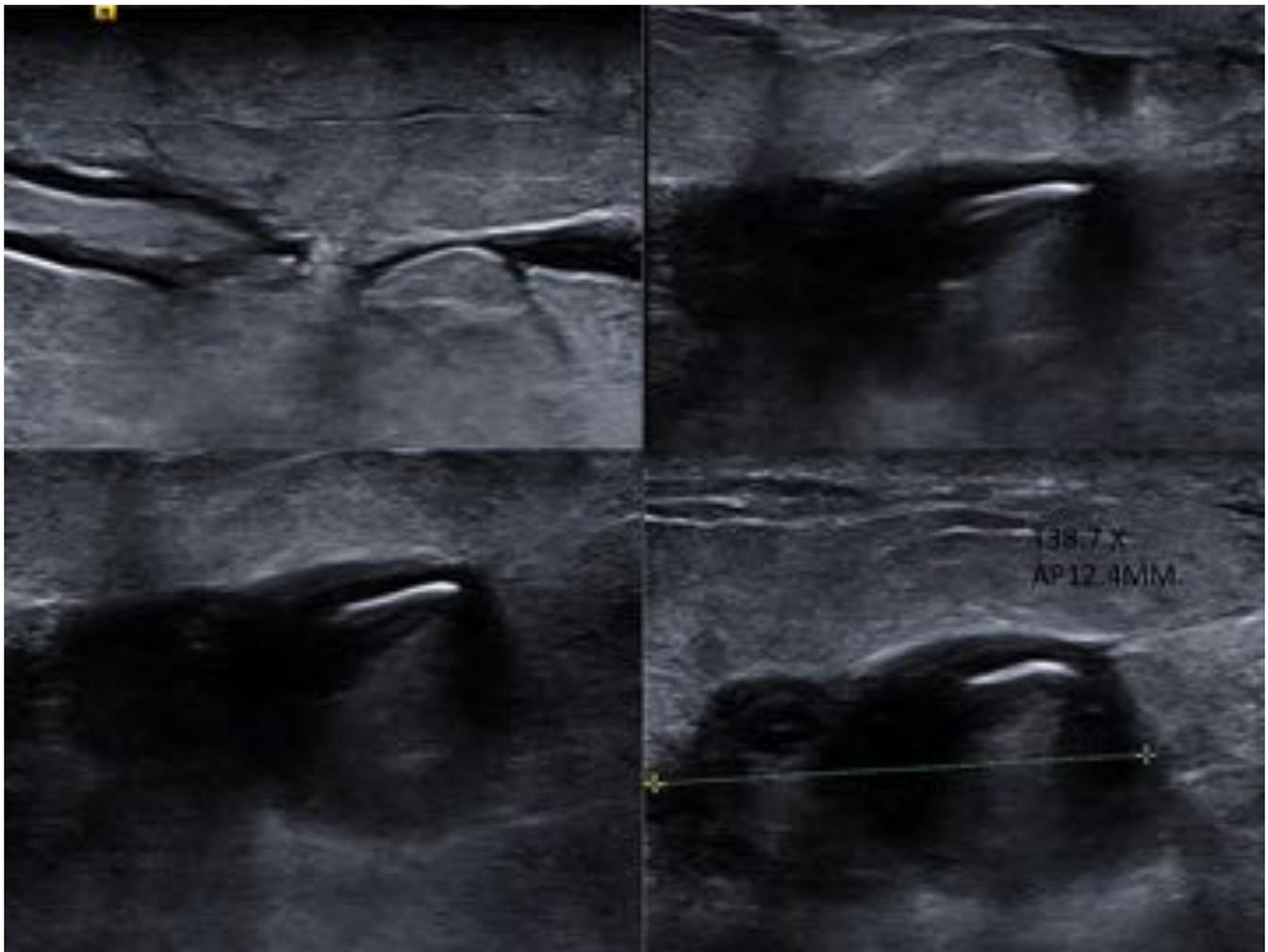


Fig. 3: ECOGRAFÍA DE MAMA. Signos inflamatorios difusos en mama izquierda, nódulo en CSE de n sólido-quístico, irregular, heterogéneo, de bordes irregulares y medidas aproximadas de 38 x 12 mm(T X

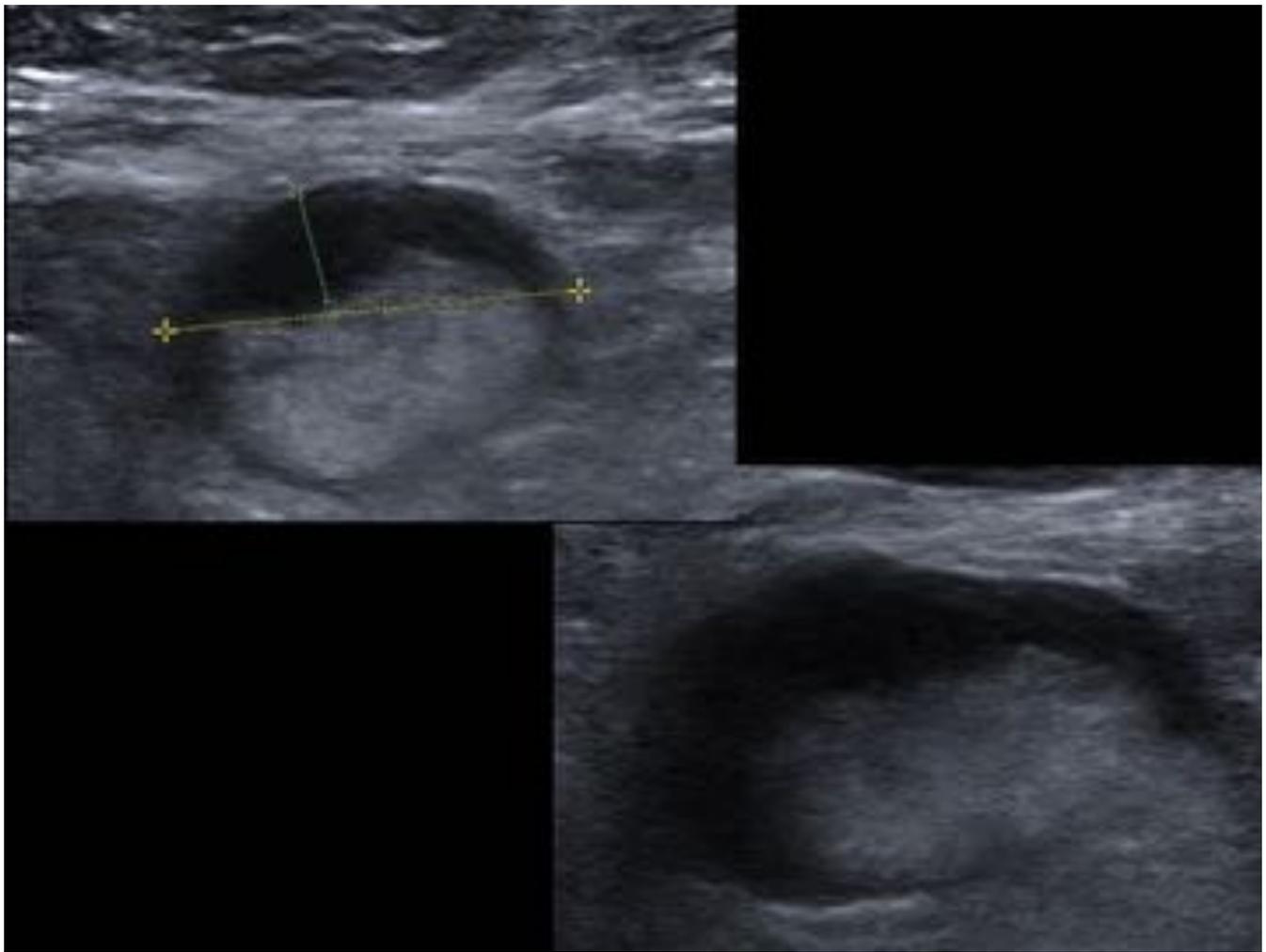


Fig. 4: ECOGRAFÍA AXILAR. Ganglio axilar con engrosamiento cortical y eje corto aumentado



Fig. 5: CASO CLÍNICO 2. Mujer de 55 años que consulta por mastitis tratada con cloxacilina hace 15 días. Hay inflamación, niega fiebre.

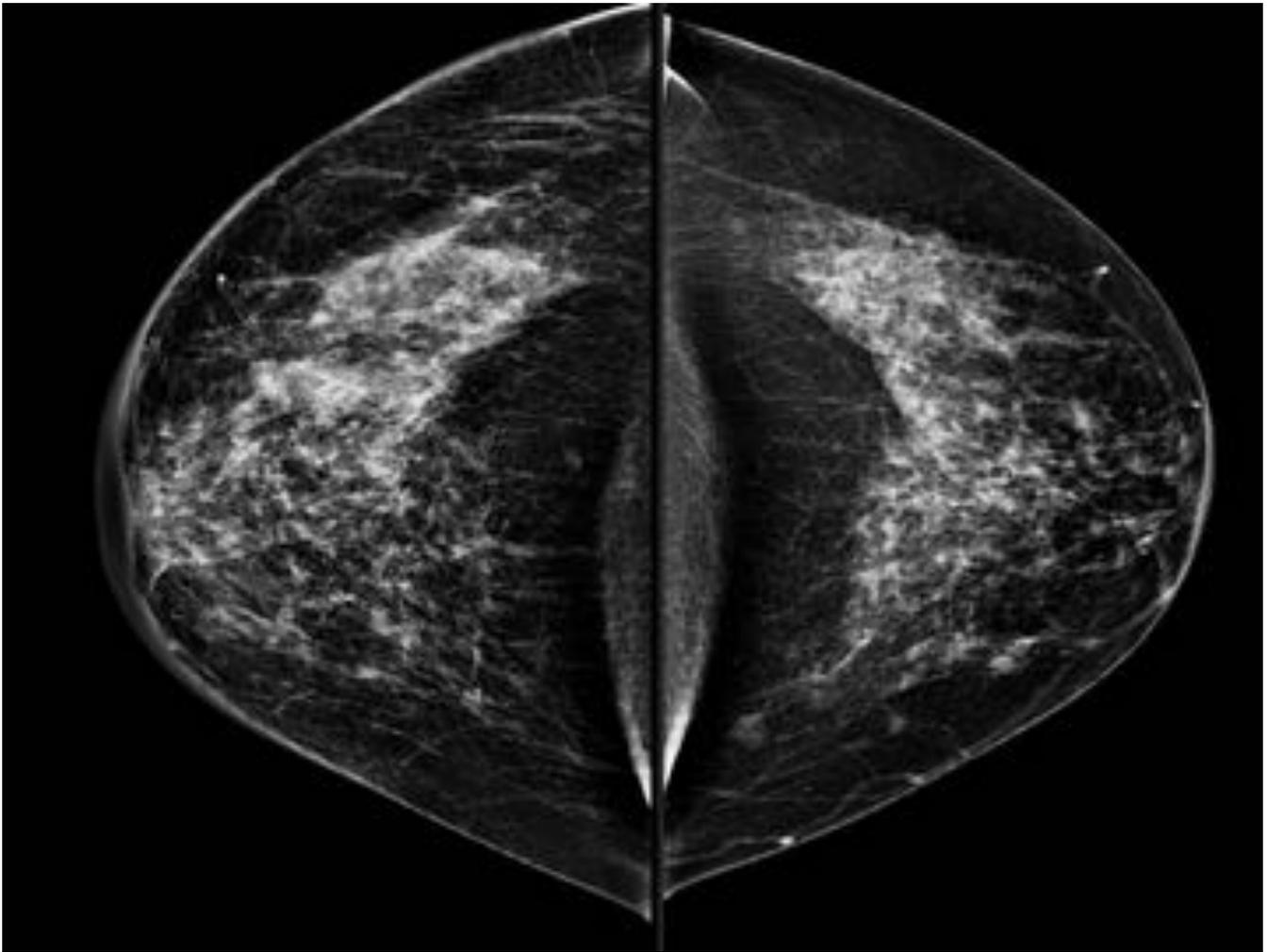


Fig. 6: MAMOGRAFÍA BILATERAL 2P, proyección CC. Mama derecha con aumento difuso de su den engrosamiento cutáneo más llamativo en cuadrantes inferiores y CAP.

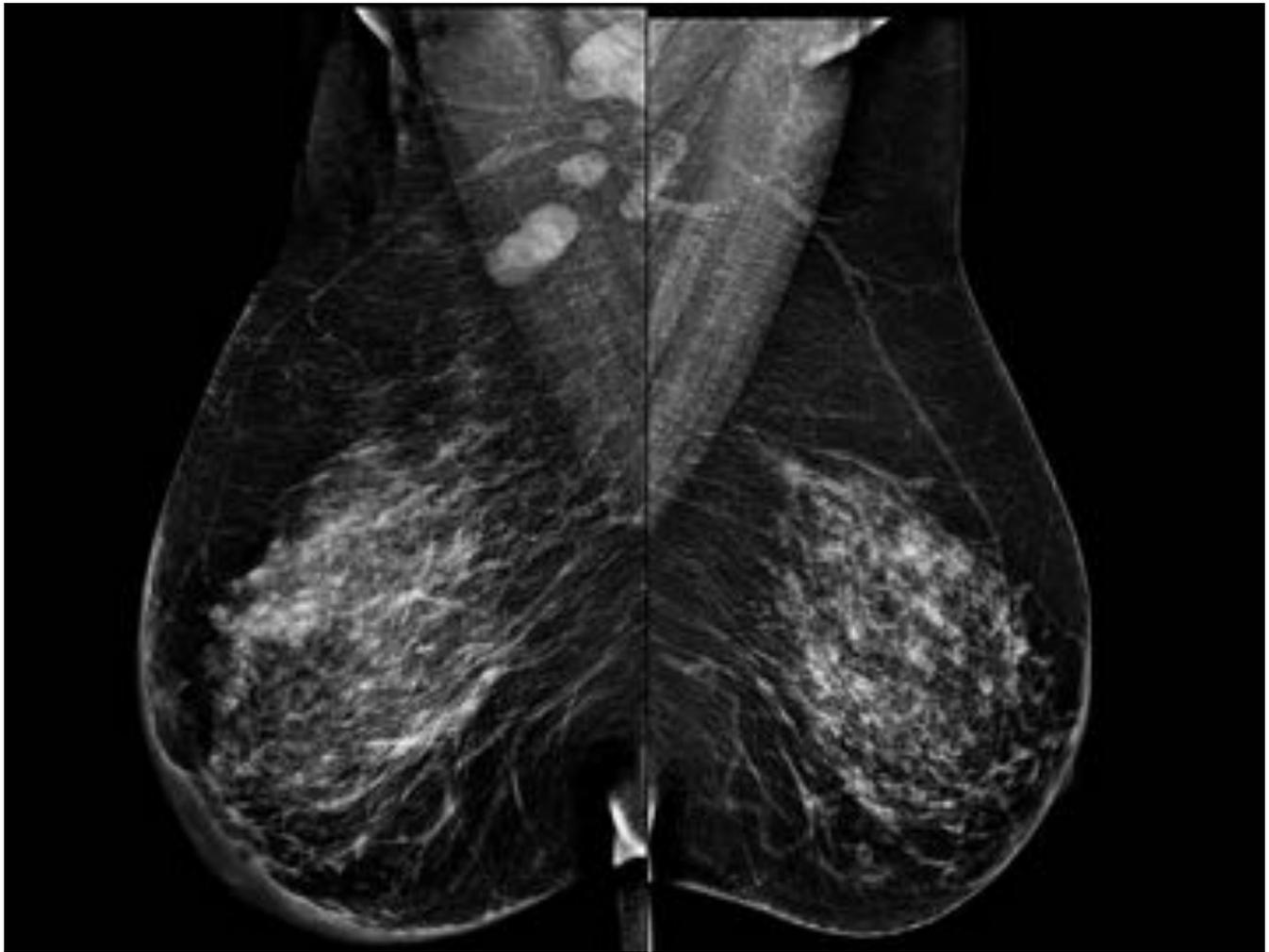


Fig. 7: MAMOGRAFÍA BILATERAL 2P, proyección OML. Mama derecha con aumento difuso de su engrosamiento cutáneo más llamativo en cuadrantes inferiores y CAP. Ganglios axilares derechos aumentan densidad, sospechosos.

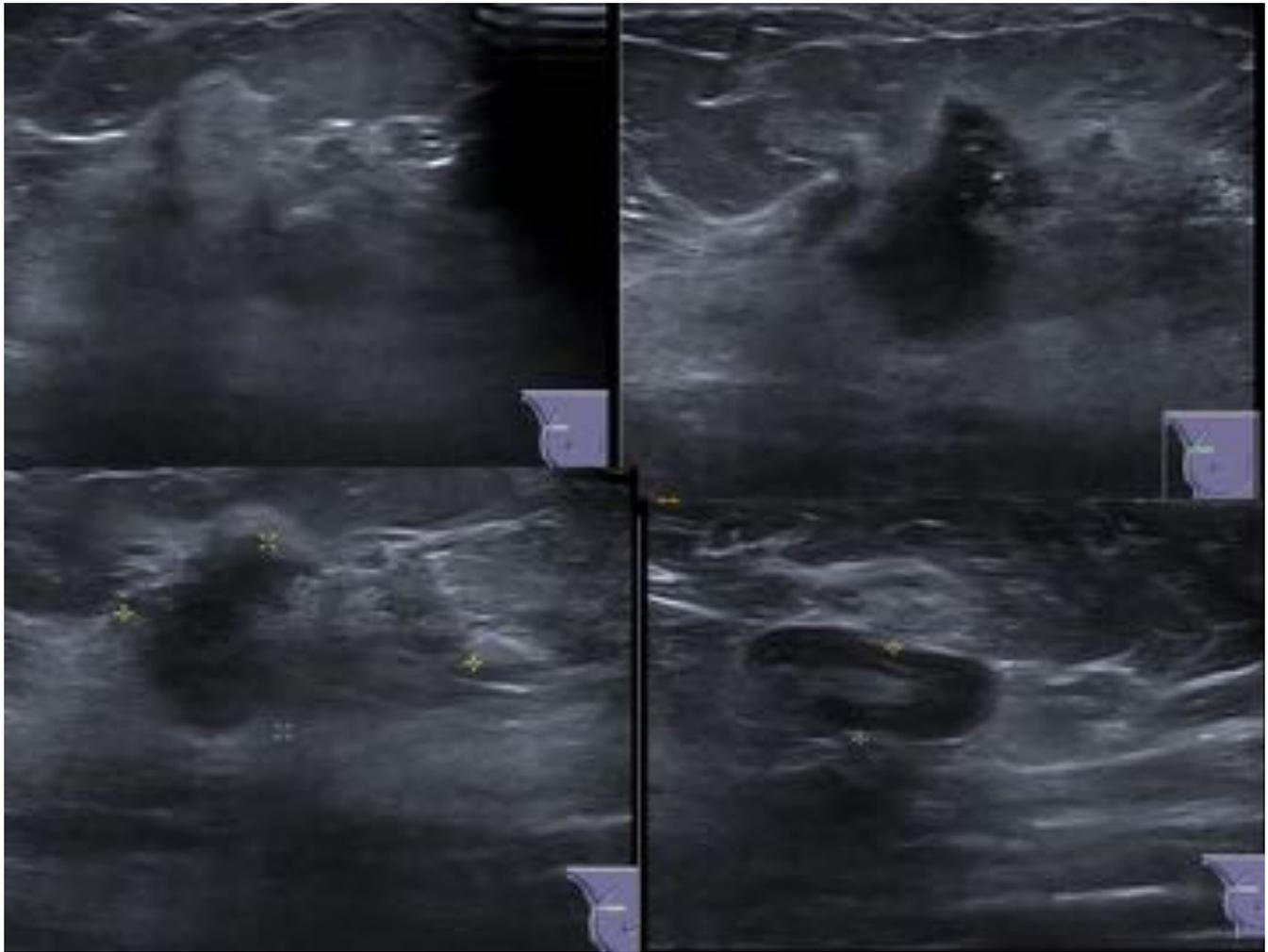


Fig. 8: ECOGRAFÍA DE MAMA. Mama derecha con ecoestructura heterogénea de forma difusa y lengüetas subcutáneas, todo ello en relación con cambios inflamatorios difusos, mas llamativos en CAP y cuadrante superior externo. En la región periareolar superoexterna de mama derecha se observa un nódulo sólido de morfología y bordes irregulares, con algunas pequeñas microcalcificaciones en su interior. Se realiza BAG ecoguiada. Ganglios axilares sospechosos c



Fig. 9: CASO CLÍNICO 3. Mujer lactante de 27 años que consulta por mastitis diagnosticada hace 3 semanas de cabecera, en tratamiento antibiótico. Acude por persistencia de síntomas. En la exploración física se palpa una zona indurada, enrojecida, con aumento de temperatura y dolorosa de unos 3-4cm.

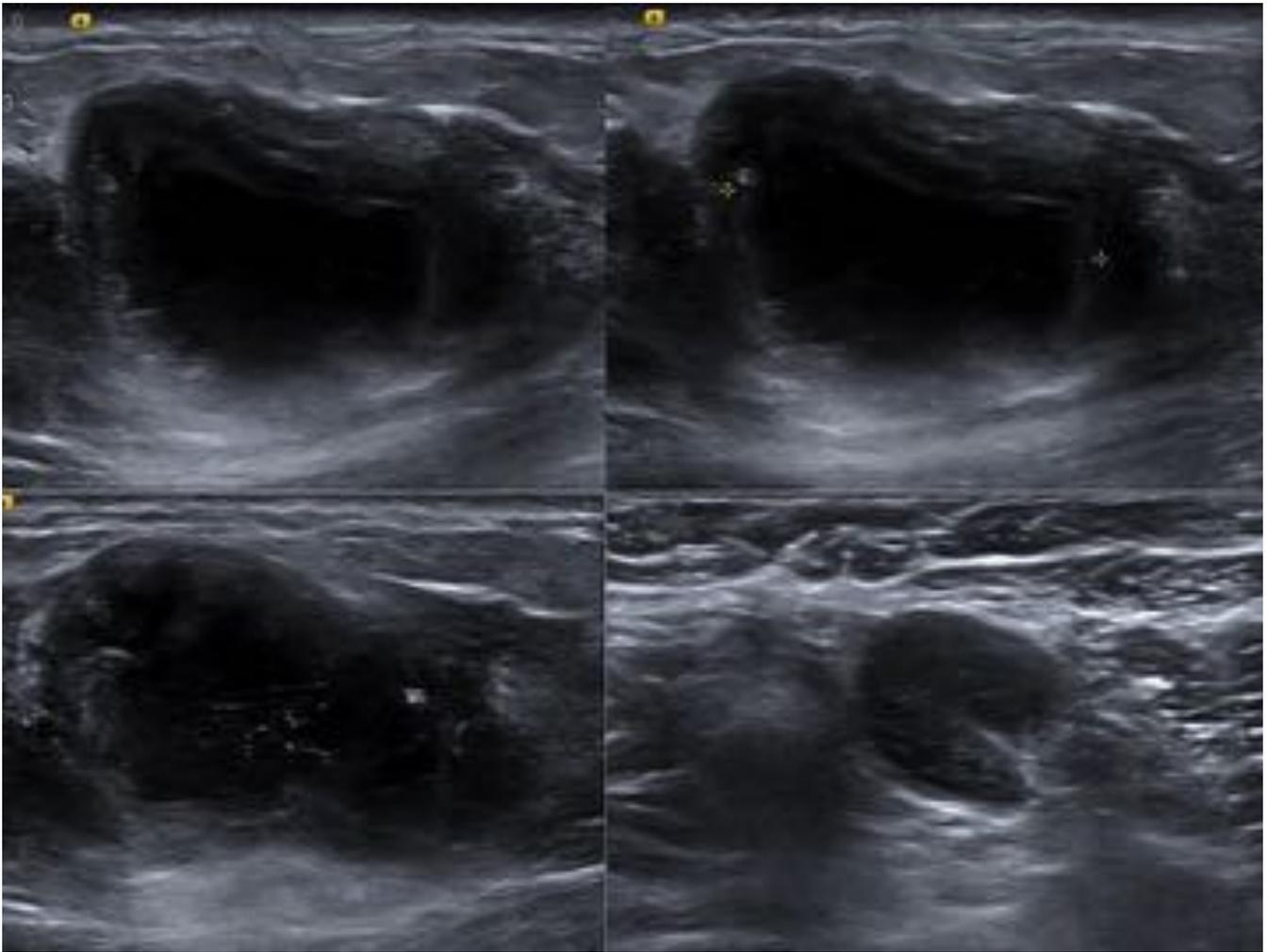


Fig. 10: ECOGRAFÍA DE MAMA. Masa en CSI MD con ecoestructura heterogénea sólido-quística.

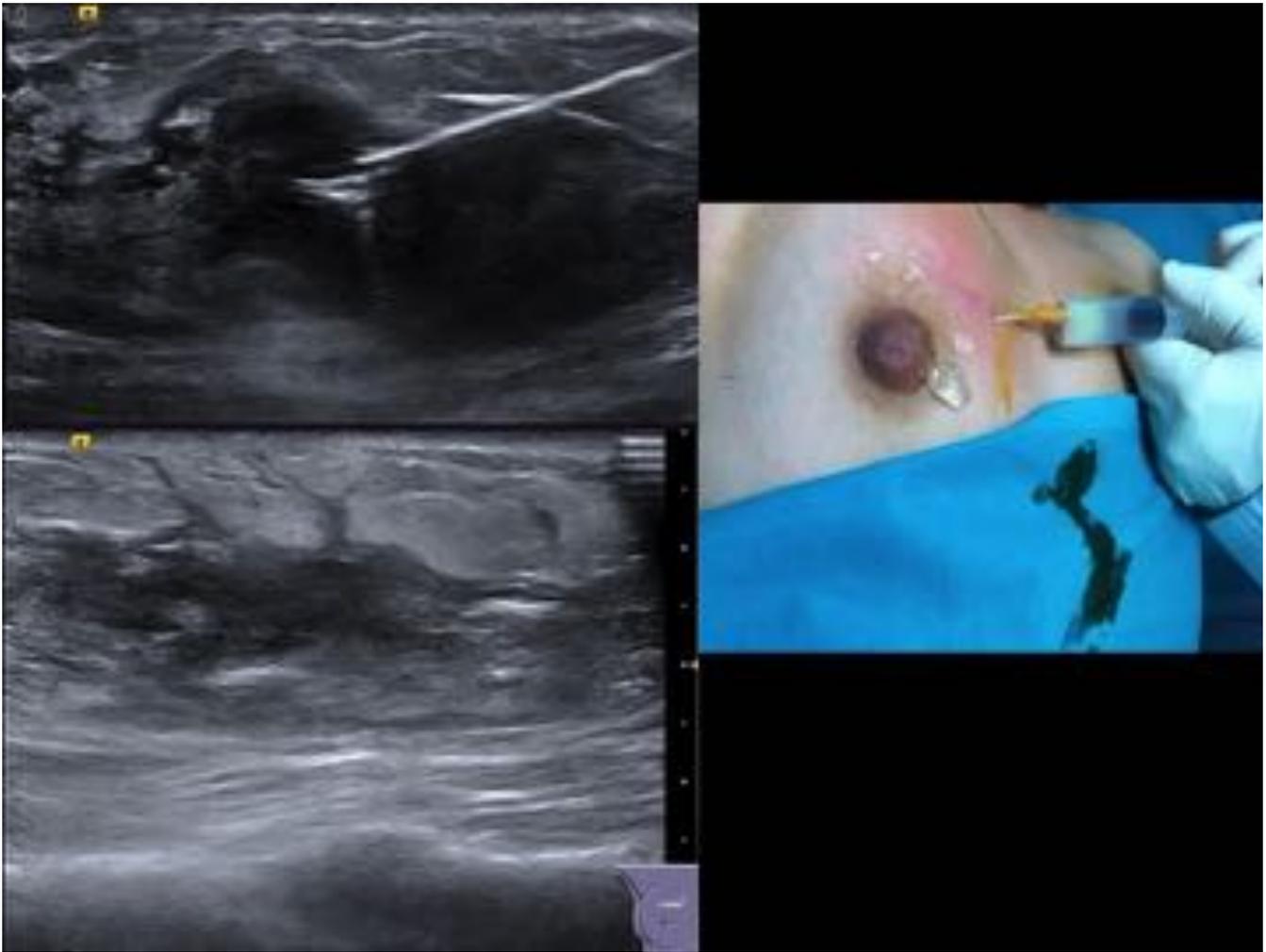


Fig. 11: Se realiza drenaje ecoguiado de la lesión, obteniendo 20 ml de material purulento. Posteriormente Triamcinolona acetónido en los cambios inflamatorios residuales.

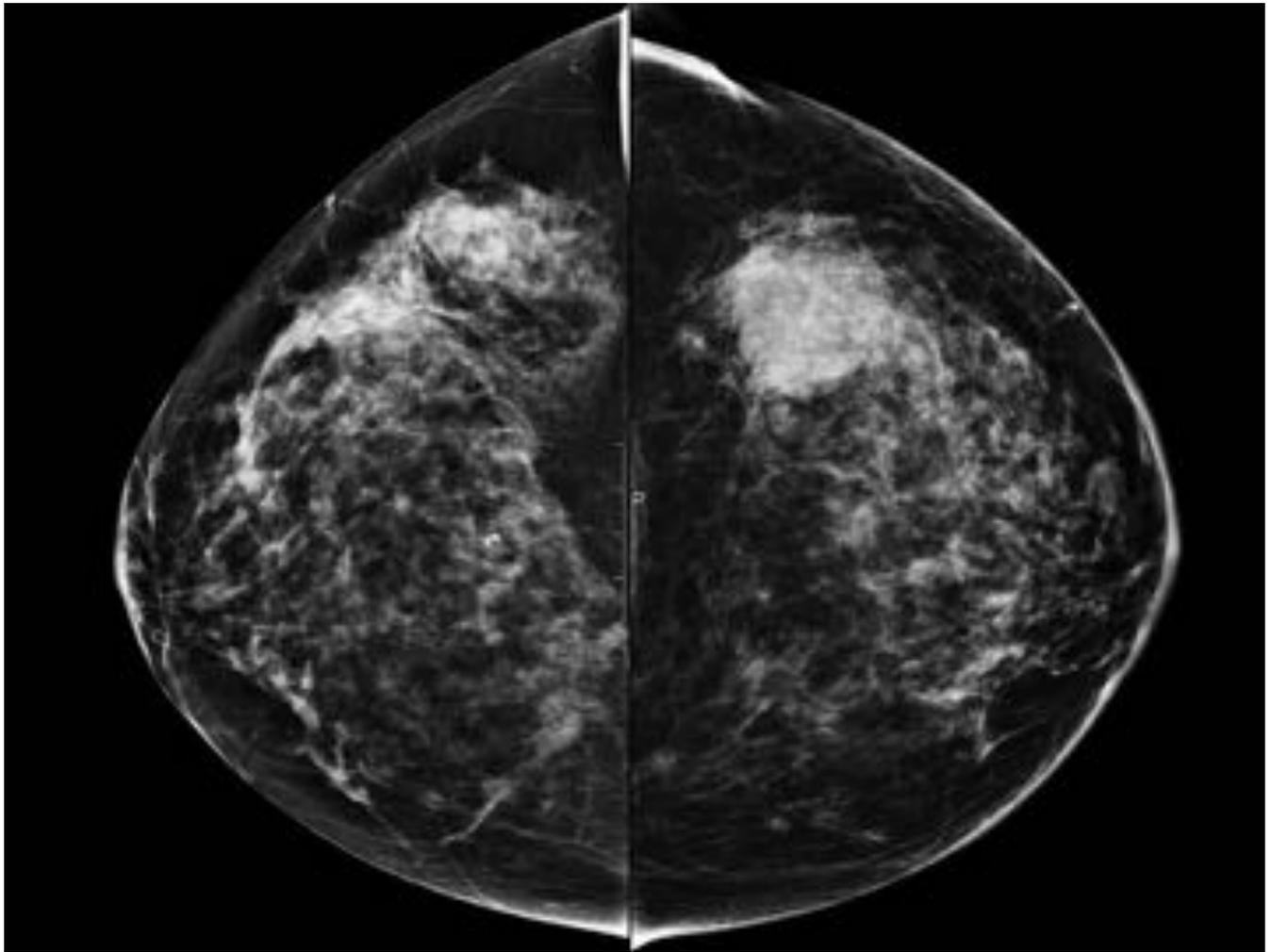


Fig. 12: CASO CLÍNICO 4. Paciente de 52 años que consulta por nódulo en mama izquierda con inflamación. Nódulo en CSE de mama izquierda de 3 cm mal delimitado, fijo, duro y pétreo, sin retracción de la piel ni adenopatías palpables. MAMOGRAFÍA BILATERAL, proyección CC. Cambios inflamatorios difusos e intenso parcialmente bien definido, en CSE de MI.

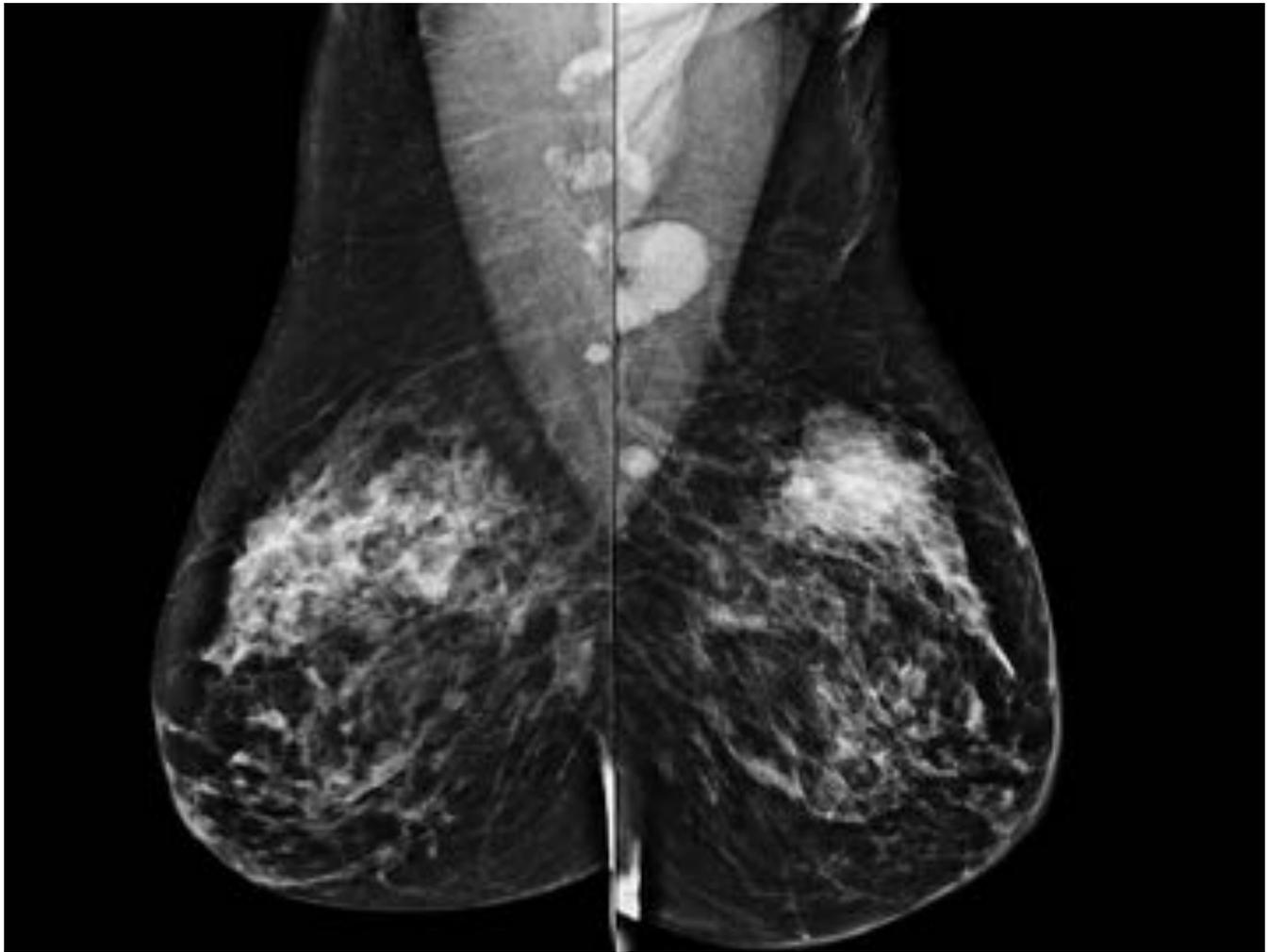


Fig. 13: MAMOGRAFÍA BILATERAL. Proyección OML. Cambios inflamatorios difusos en mama izq denso en CSE y ganglios sospechosos de malignidad.

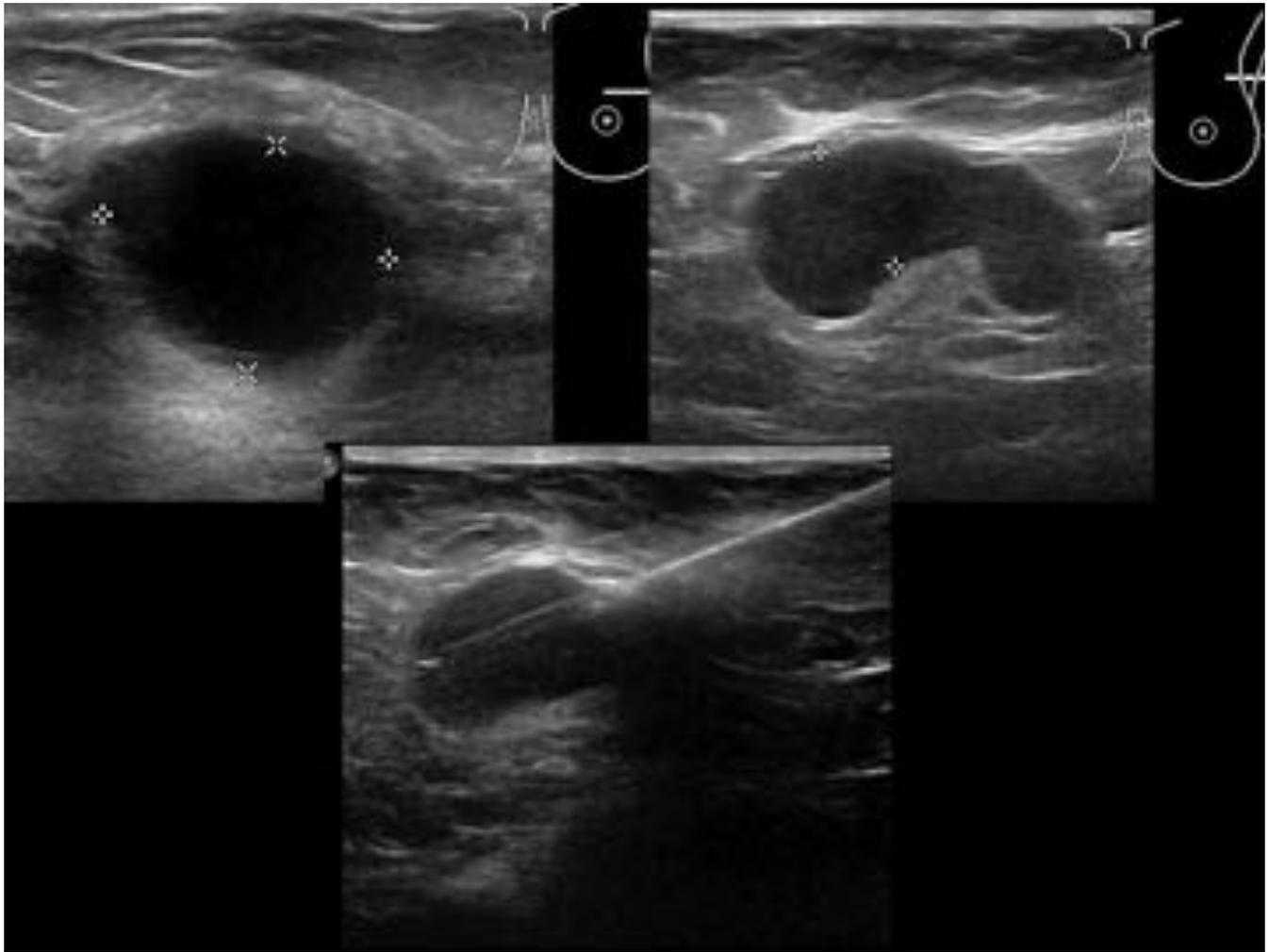


Fig. 14: ECOGRAFÍA DE MAMA. Quiste complejo de 2.6 cm, drenado, con obtencion de material sero cavidad. Ganglio axilar izquierdo de 3.2 cm de características sospechosas.

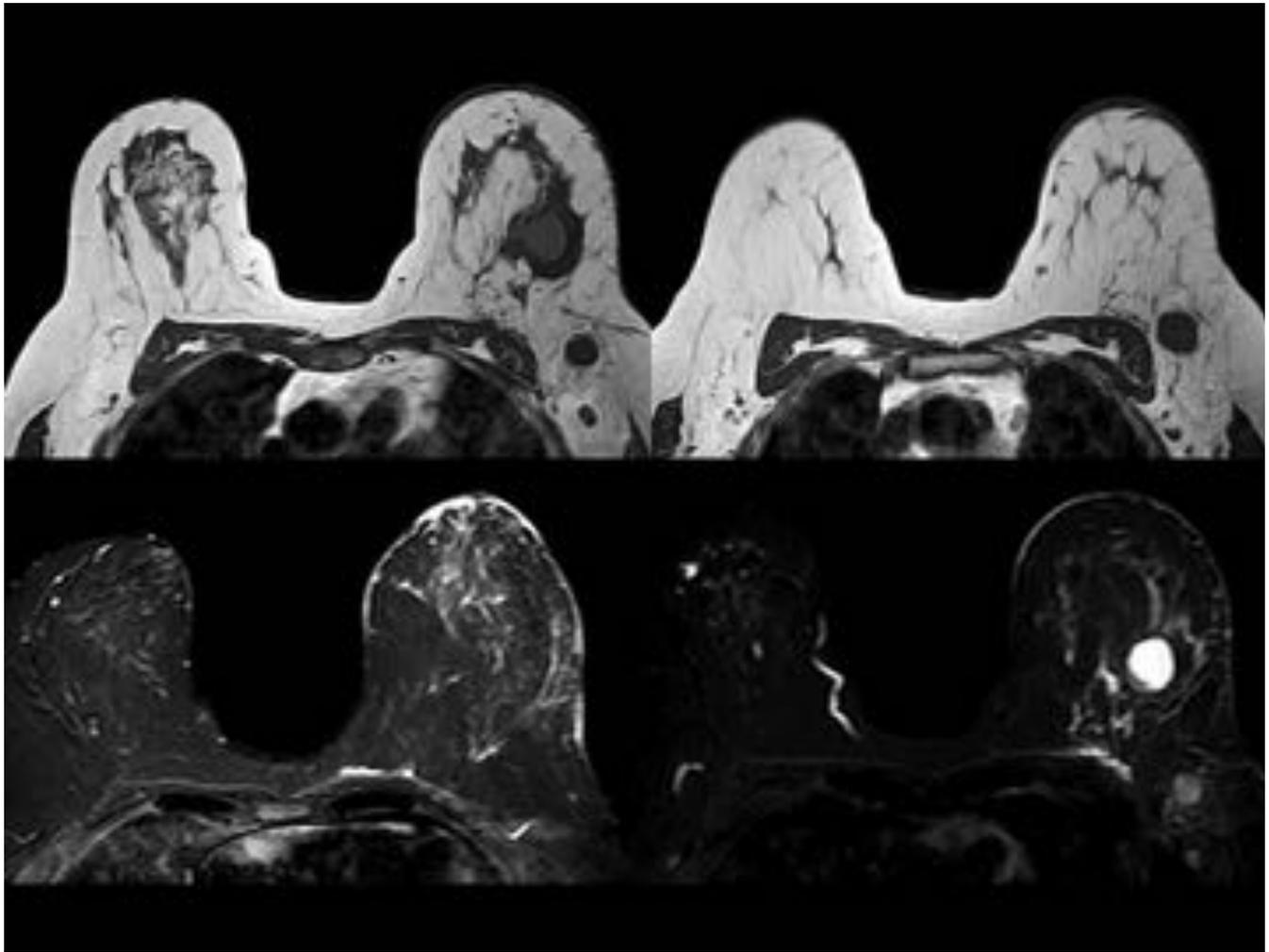


Fig. 15: RM DE MAMA. Cambios inflamatorios en MI con engrosamiento cutáneo . Nodulo quistico co irregular y realce parietal, con realce nodular asociado, birads 4c y al menos 3 adenopatías axilares patológicas biopsadas.

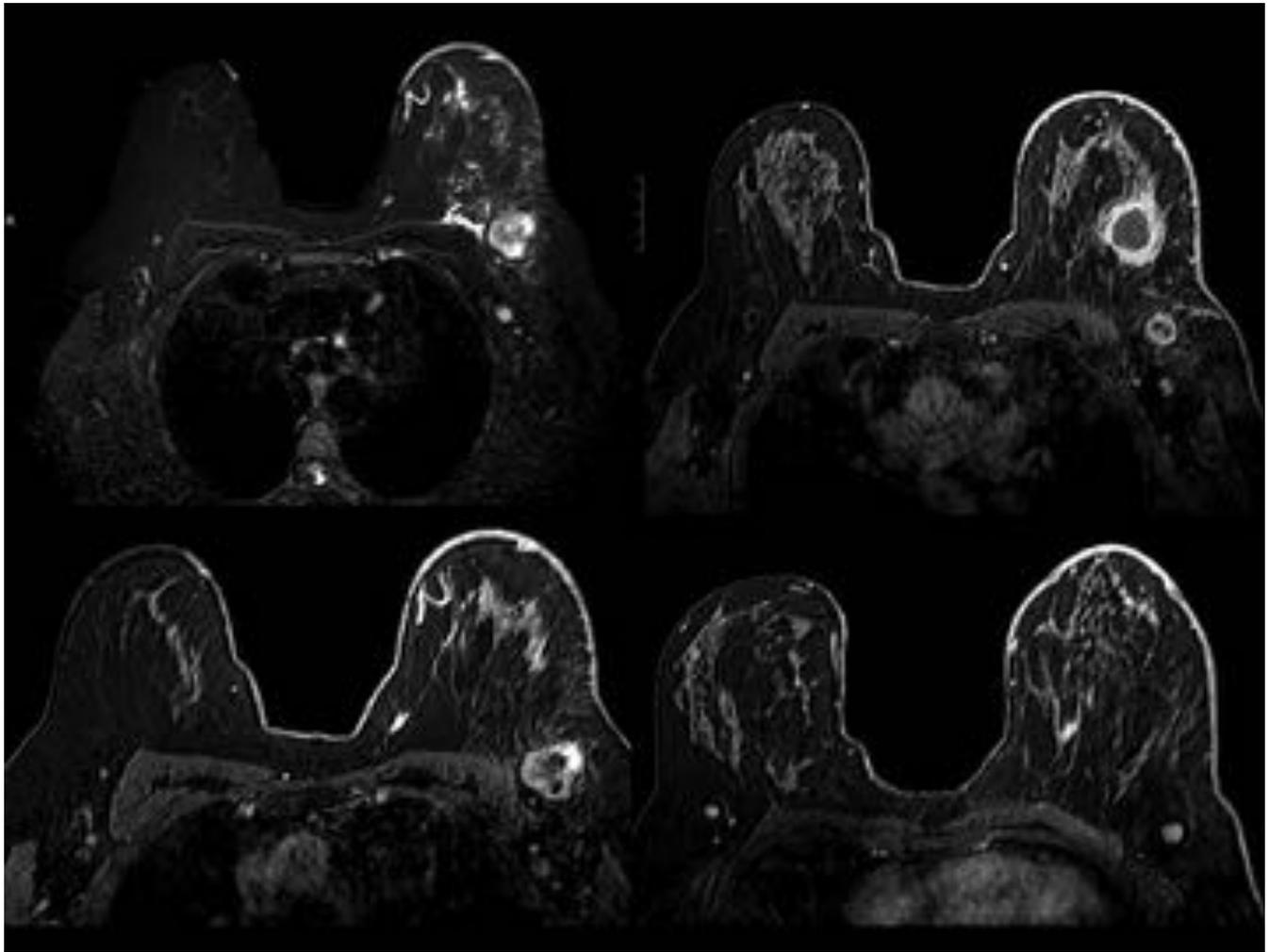


Fig. 16: RM DE MAMA. Cambios inflamatorios en MI con engrosamiento cutáneo . Nodulo quistico co irregular y realce parietal, con realce nodular asociado, birads 4c y al menos 3 adenopatías axilares patológicas biopsadas.



Fig. 17: CASO CLÍNICO 5. Mujer de 68 años. Cirugía conservadora en mama derecha y RDT que terminó con cirugía conservadora y RDT en mama izquierda hace 8 años. A la exploración física se observa un enrojecimiento de tamaño de la mama derecha.

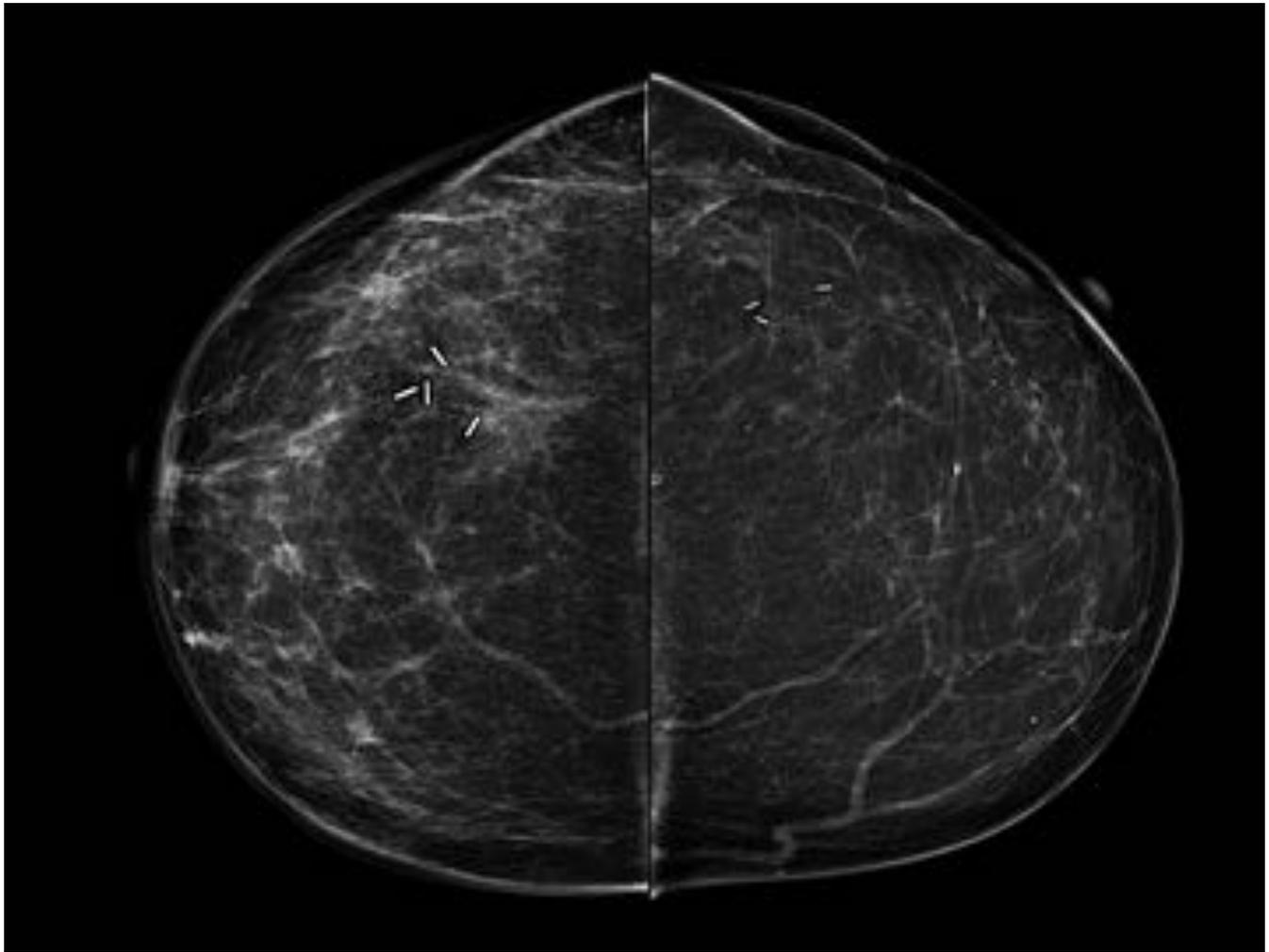


Fig. 18: MAMOGRAFÍA BILATERAL. Proyección CC. Cambios postquirúrgicos en ambas mamas, con ambos CSE. Aumento difuso de la densidad de la mama derecha y engrosamiento cutáneo. No evidencia

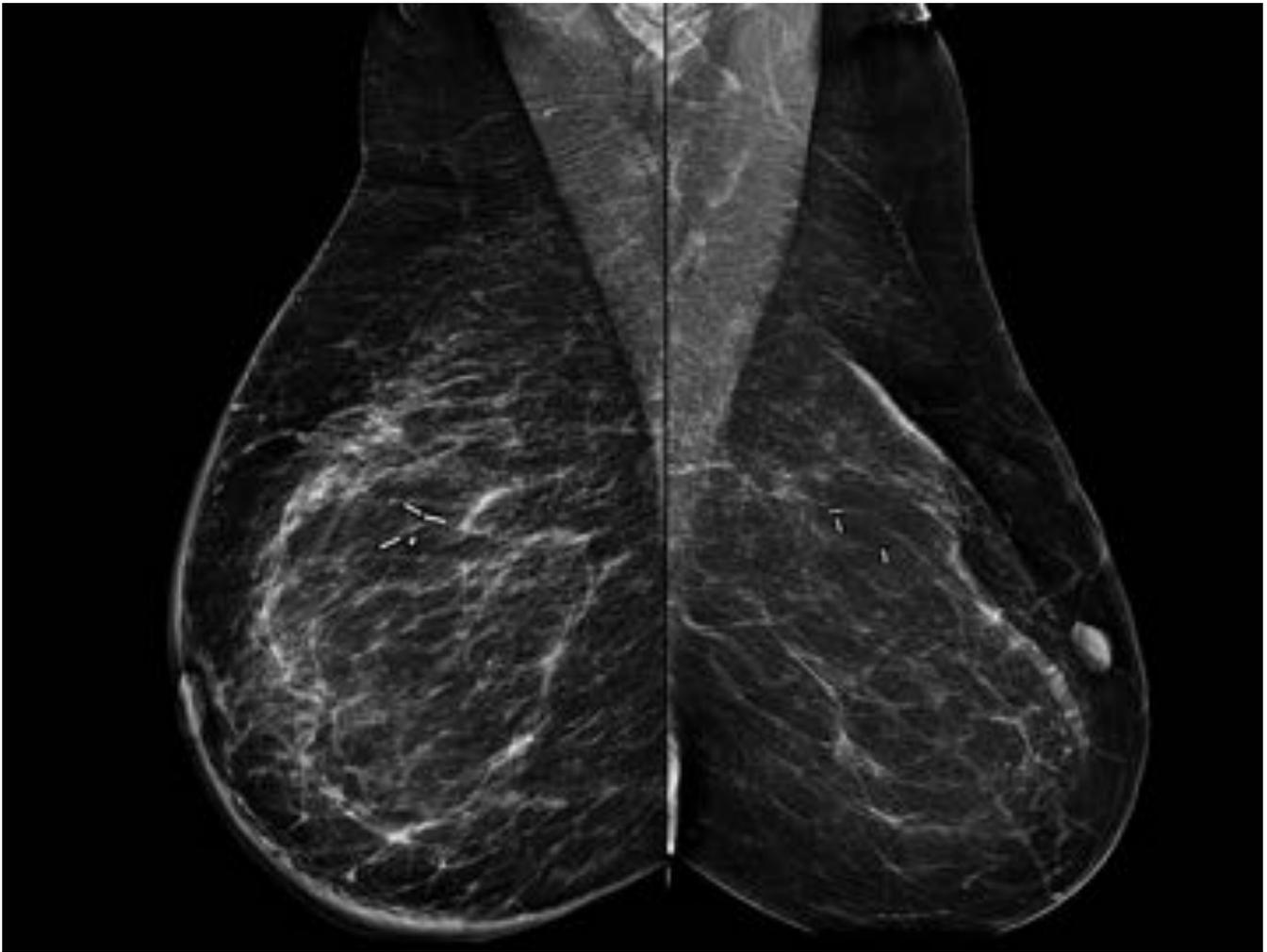


Fig. 19: MAMOGRAFÍA BILATERAL. Proyección OML. Aumento difuso de la densidad de la mama c engrosamiento cutáneo. No evidencia de nódulos definidos ni ganglios sospechosos de malignidad.

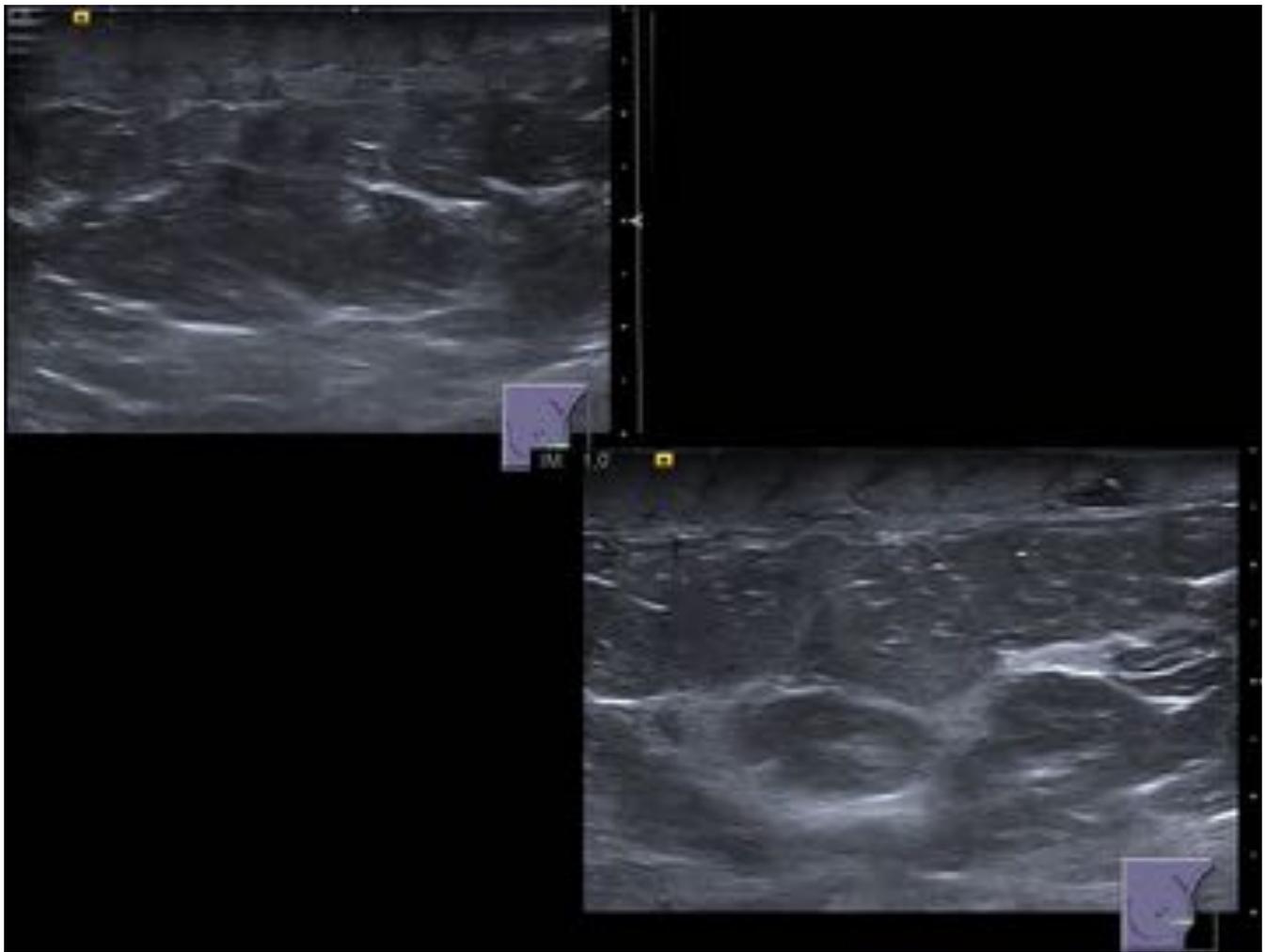


Fig. 20: ECOGRAFÍA DE MAMA. Cambios inflamatorios difusos en MD, sin evidencia de nódulos sólidos

CARACTERÍSTICAS	Ca de mama inflamatorio	Ca de mama localmente avanzado
PRESENTACIÓN CLÍNICA	Rápido comienzo de los síntomas dentro de 3 meses. Eritema y edema. Edad más joven al diagnóstico Crecimiento y extensión muy rápida. 1/3 Metástasis a distancia	Mayor historia de duración de los síntomas. Menos eritema y edema. Edad de presentación mayor al diagnóstico. Progresión más lenta. 10% metástasis a distancia al diagnóstico
CARÁCTERÍSTICAS MOLECULARES	Subtipos proliferativo (40% HER 2 +, >50% triple negativo), >60% mutación p53	Subtipos más favorables (ER positivos y HER 2 negativos) 30%mutación p53
PRONOÓSTICO	Sv a los 2 años: 84%	SV a los 2 años: 91%

Eren D. Et al. What radiologist need to know about diagnosis anda treatment of inflammatory breast cancer: a multidisciplinary aproach. Radiographics 2013

Fig. 21: Radiographics

Conclusiones

La presentación de la mama roja es un hallazgo frecuente en la práctica clínica. Es muy importante correlacionar la historia clínica del paciente con los hallazgos radiológicos para un co diferencial que incluye tanto patología benigna como maligna.

Bibliografía / Referencias

- American Joint Committee on Cancer Staging Manual, 7th ed, Edge SB, Byrd DR, Compton CC, et al (York 2010.
- Eren D. Et al. What radiologist need to know about diagnosis anda treatment of inflammatory breast ca multidisciplinary aproach. Radiographics 2013
- Alpaugh ML, Tomlinson JS, Shao ZM, Barsky SH, A novel human xenograft model of inflammatory b

Res 1999; 59:5079.

- Aparicio, I; Martinez, A.; Hernandez G; Hasrdisson D, J.Squamous cell carcinoma of the breast. Eur, J.
- Tapia O. Carcinoma epidermoide primario de la mama; una entidad clínico-patológica poco frecuente. I