

Mama roja. ¿Qué nos podemos encontrar?

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: Maidier Bringas Veiga, Ainhoa Diaz De Otalora Serna, Diana Gorostiza Laborda, Begoña Iturre Salinas, Pilar Utrilla Mainz

Objetivos Docentes

- Identificar las diferentes entidades que condicionan edema y eritema mamario, incluyendo patología benigna y maligna
- Describir los principales hallazgos radiológicos, en las diferentes técnicas de imagen, de cada una de ellas
- Revisar las claves radiológicas que nos orientan hacia patología maligna, para evitar retraso en el diagnóstico

Revisión del tema

La "mama roja" se refiere al eritema que se suele acompañar de edema y aumento de tamaño mamario.

Es un signo clínico de alerta, que puede ser causado por patologías muy diferentes tanto benignas como malignas, locales en la mama como sistémicas.

Cuando nos encontramos con eritema y edema mamario bilateral debemos descartar una causa sistémica como insuficiencia cardíaca, síndrome nefrótico, síndrome de vena cava superior... El carcinoma inflamatorio bilateral de mama, aunque raro, también existe y debe ser considerado.

En este trabajo nos vamos a centrar en las potenciales causas de mama roja unilateral. El diagnóstico diferencial es amplio y lo vamos a dividir en causas benignas y malignas (Tbl. 1).

Causas benignas:

- *1. Mastitis/absceso*

La mastitis es un cuadro inflamatorio que cursa con dolor, enrojecimiento de la piel y engrosamiento cutáneo. La más frecuente es la mastitis infecciosa de origen puerperal, secundaria a retención de leche en los conductos mamarios. También puede aparecer en pacientes con ectasia ductal y/o fumadoras, donde puede adquirir un curso tórpido y recurrente.

Los abscesos son complicaciones de las mastitis. El absceso puerperal ocurre generalmente en mujeres

primíparas y suelen presentar buena respuesta a antibióticos (Fig. 2).

Los abscesos no puerperales suelen ocurrir en mujeres fumadoras (Fig. 3). Presentan curso crónico-recurrente con formación de fistulas cutáneas (Fig. 4).

En toda paciente con sospecha clínica de mastitis, la falta de respuesta tras dos semanas de tratamiento antibiótico obliga a descartar malignidad (Tbl. 5).

- 2. *Cambios postratamiento*

Cirugía y radioterapia (Fig. 6)

- El edema puede localizar en la zona de lumpectomía (cambios postquirúrgicos) o distribuirse de forma difusa (cambios postRT)
- El edema y engrosamiento cutáneo presentan expresividad máxima a los 6 meses tras finalizar el tratamiento RT
- Si aumento del edema ⇒ descartar otras causas
- El engrosamiento cutáneo es producido por el daño sobre los pequeños vasos y puede alcanzar hasta 1cm de grosor
- Más evidente cuando se compara con la mama contralateral o con mamografías previas al tratamiento

Complicaciones postquirúrgicas

Seroma/hematoma (Fig. 7):

- Habitualmente se van reabsorbiendo hasta desaparecer
- En algunos casos puede persistir, lo que aumenta el riesgo de infección y retrasa la curación de la herida

Celulitis/absceso:

- El absceso suele aparecer con una media de aproximadamente 5 meses tras la cirugía

Causas malignas:

- 1. **Cancer inflamatorio (Fig. 8)**

El cancer inflamatorio es un subtipo raro con curso altamente agresivo (supervivencia 5 años 25-50%).

Aproximadamente un 20-40% debutan con metástasis a distancia (Fig. 9).

Generalmente se presentan con un rápido inicio de síntomas (< 3 meses). Suelen debutar con eritema mamario, edema y “piel de naranja”, a veces sin masa palpable, que afecta a un tercio o más de la mama. El signo de "piel de naranja" es consecuencia de la obstrucción de los linfáticos dérmicos por émbolos tumorales.

El principal diagnóstico diferencial es la mastitis con o sin absceso.

Si no hay respuesta o una respuesta incompleta al tratamiento antibiótico tras 1-2 semanas, el cáncer

inflamatorio debe ser considerado

- 2. Carcinoma localmente avanzado (Fig. 11,12,13)

El carcinoma de mama localmente avanzado (CMLA) incluye los estadios IIB y III.

Si el carcinoma de mama aumenta de tamaño o presenta localización superficial, puede afectar la piel y causar eritema e induración cutánea, síntomas que imitan al carcinoma inflamatorio.

El CMLA no inflamatorio tiene diferentes manifestaciones clínicas, moleculares y diferente pronóstico que el carcinoma inflamatorio (CI). Los pacientes con CMLA son más mayores y presentan síntomas que se han desarrollado durante un periodo más prolongado. Las características moleculares también difieren, ya que el carcinoma inflamatorio presenta subtipos más agresivos con mayor porcentaje de tumores triple negativos y Her-2 negativos. (Tbl. 10)

- 3. Linfoma (Fig. 14)

La mayoría de los casos se tratan de la variedad No-Hodking.

La forma más frecuente de presentación es como masa indolora. Ocasionalmente se puede presentar como aumento rápido del tamaño mamario y engrosamiento cutáneo.

Cuando afecta a mujeres jóvenes, durante el embarazo o periodo de lactancia, la forma de presentación suele ser bilateral y clínicamente simular un carcinoma inflamatorio.

Los hallazgos mamográficos y ecográficos suelen ser inespecíficos

- 4. Enfermedad de Paget (Fig. 15)

La enfermedad de Paget es una enfermedad infrecuente, que representa aproximadamente 1%-3% de todos los casos de cáncer de mama. Es una neoplasia maligna que se caracteriza por infiltración de la epidermis del pezón por células de adenocarcinoma.

Se asocia casi siempre a neoplasia de mama subyacente, incluso en aquellas mujeres con pruebas radiológicas de apariencia normal.

Los síntomas incluyen prurito, eccema, eritema de la areola o del pezón, ulceración, descamación o retracción del pezón.

Es muy importante conocer estas manifestaciones clínicas ya que pueden ser el único signo de cáncer.

El diagnóstico diferencial hay que realizarlo con otras enfermedades cutáneas como eccema, psoriasis, dermatitis alérgica de contacto y liquen simple crónico. Por ello, si los síntomas no mejoran tras tratamiento con corticoides, se debe realizar un punch cutáneo.

Imágenes en esta sección:

Causas benignas

- Mastitis/absceso
- Cambios postratamiento
- Lesiones dérmicas

Causas malignas

- Carcinoma inflamatorio
- Carcinoma localmente avanzado
- Linfoma
- Enfermedad de Paget

Tbl. 1: Causas de "mama roja" unilateral

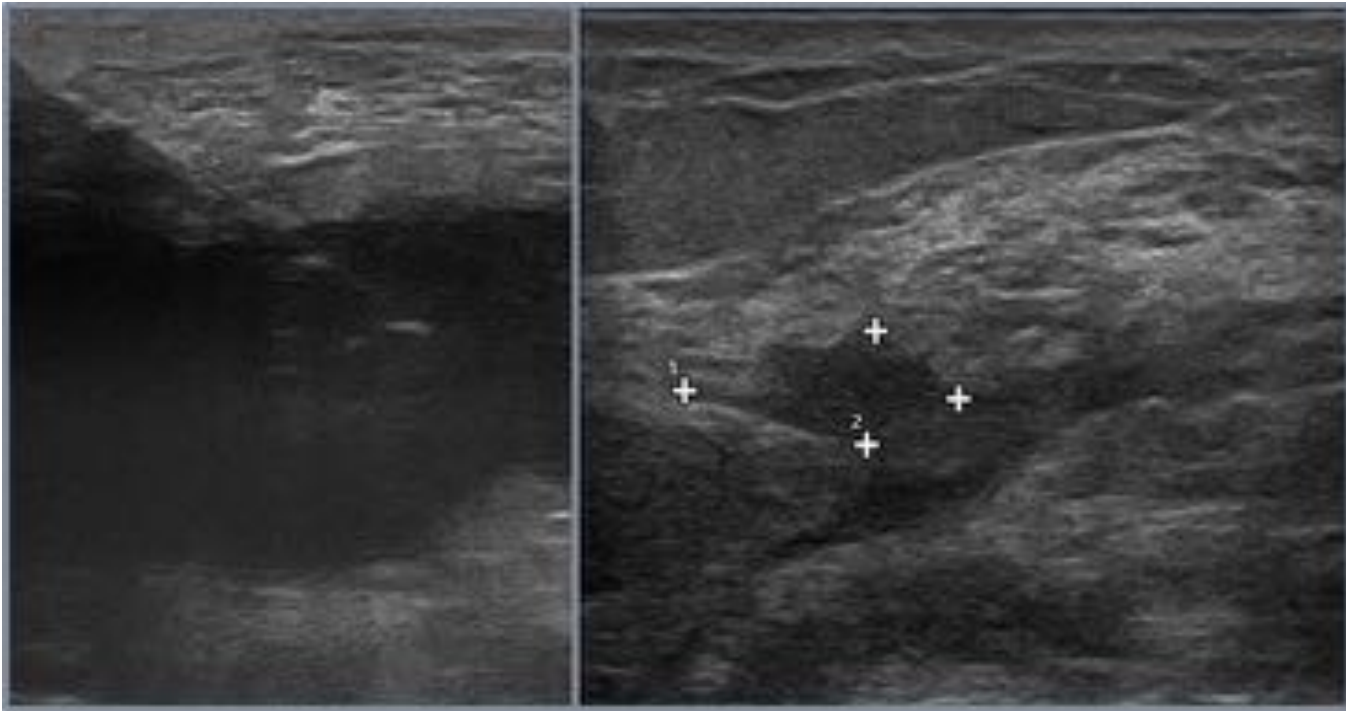


Fig. 2: Absceso puerperal en una mujer de 29 años que comenzó con enrojecimiento y edema mamario 2 meses tras el inicio de la lactancia. Se realizó drenaje ecoguiado, con resolución del absceso y mejoría clínica

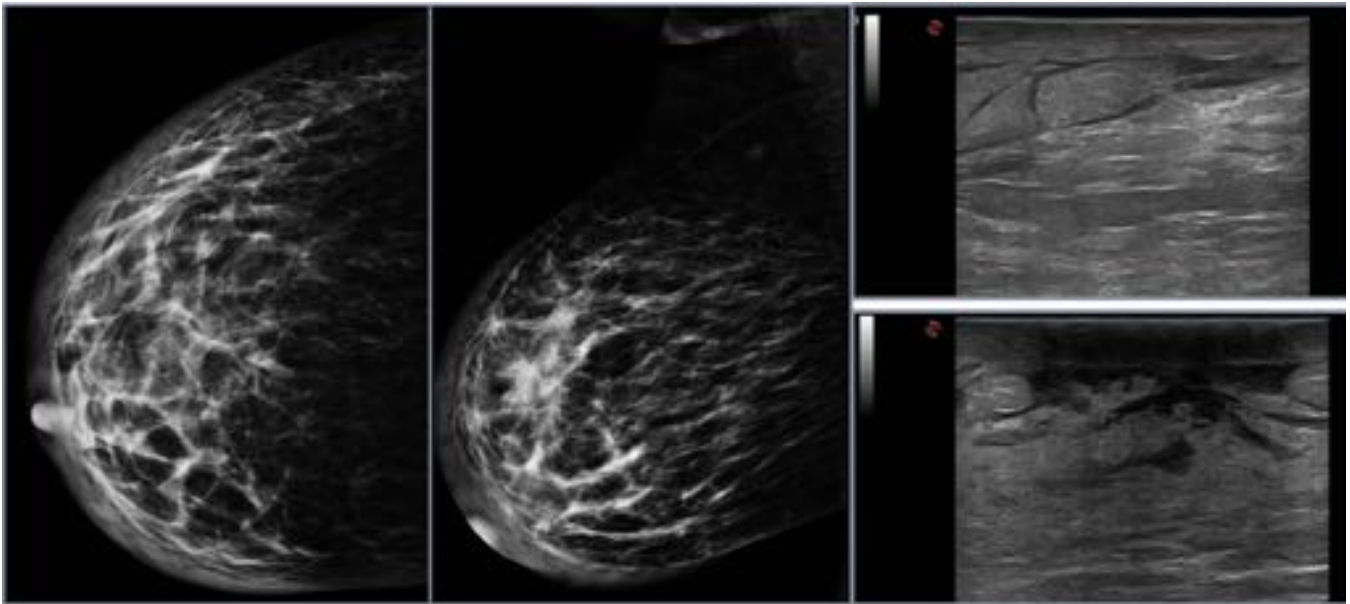


Fig. 3: Mujer de 45 años. Obesidad mórbida. EPOC. DM. Fumadora. Mama roja, aumentada de tamaño y mayor que la contralateral.

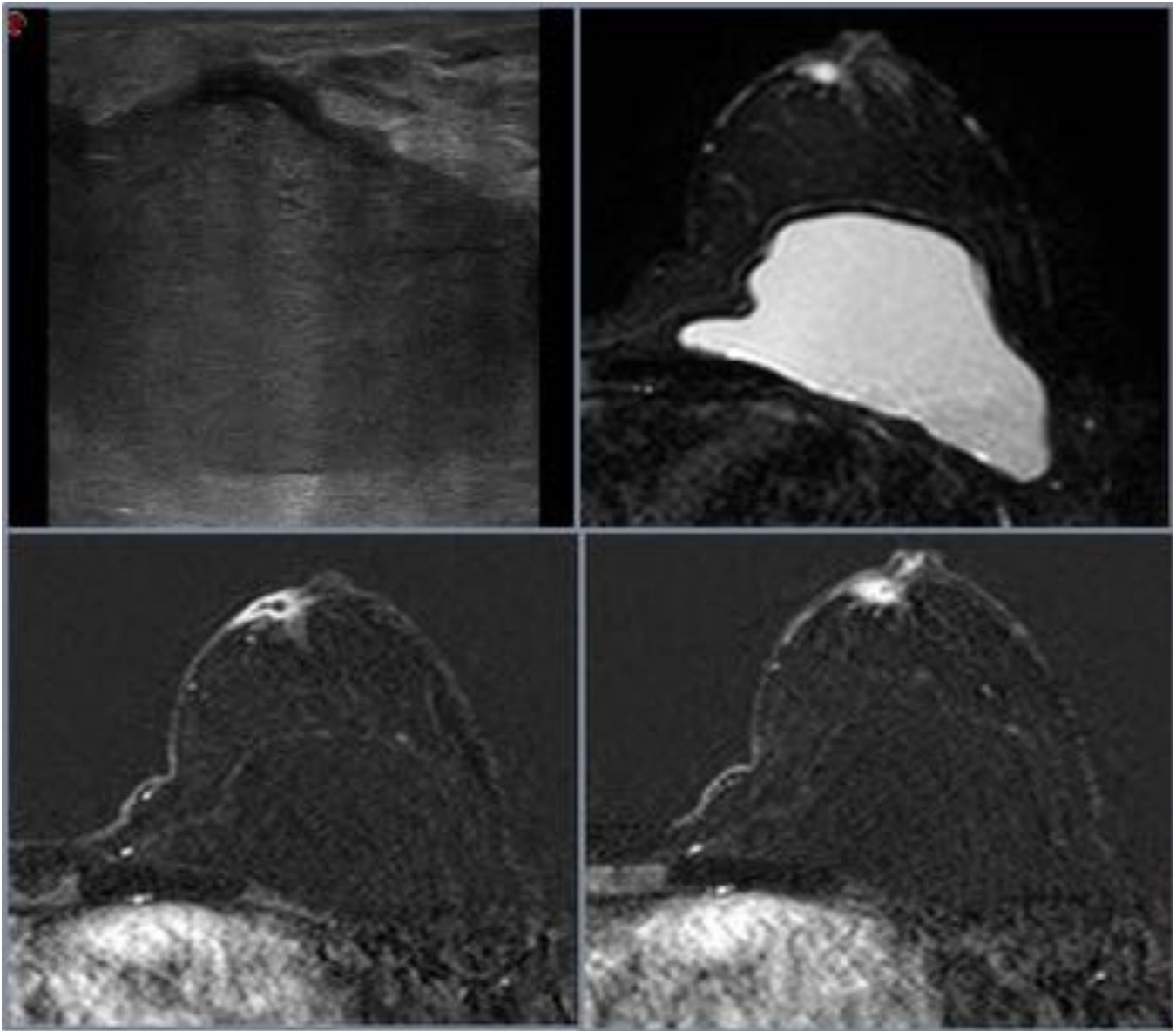
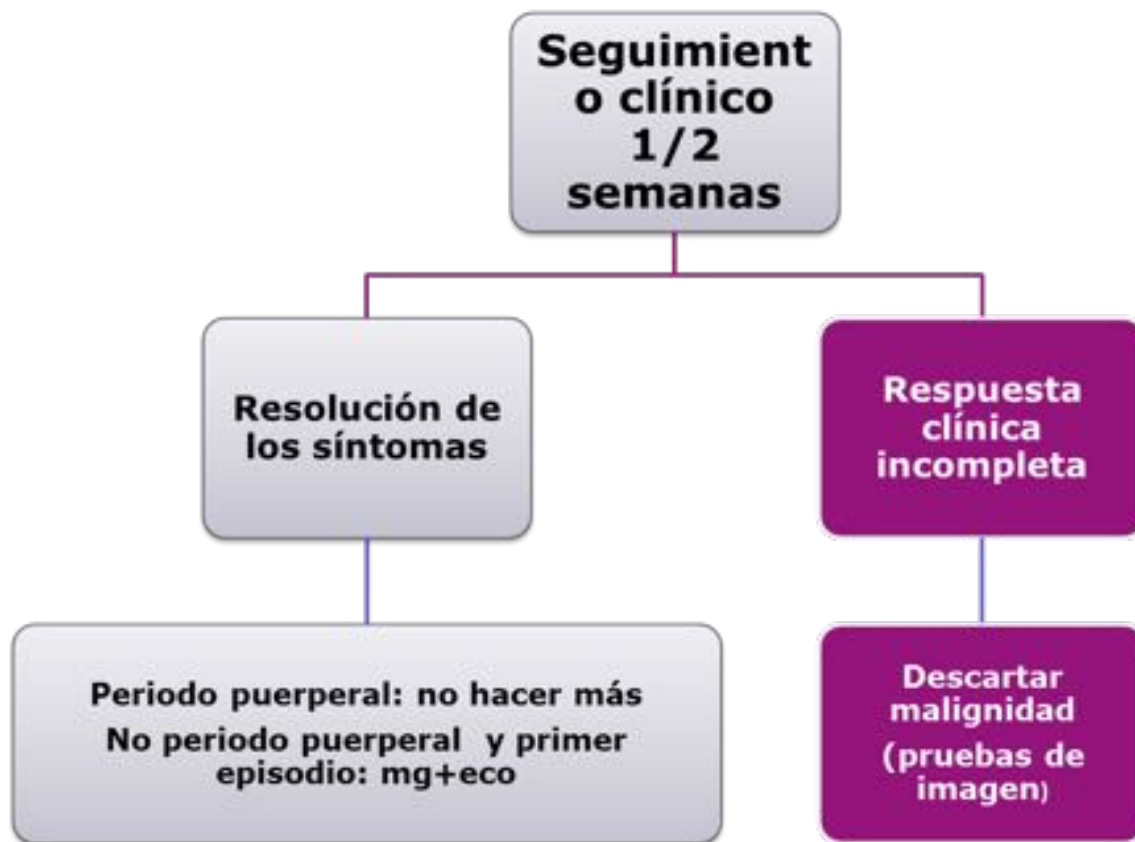


Fig. 4: Abscesos recurrentes en una mujer de 30 años, con desarrollo de fístula cutánea. Pendiente de intervención quirúrgica.



Tbl. 5: Algoritmo de seguimiento en paciente con sospecha clínica de mastitis

CAMBIOS POST-TRATAMIENTO

Fig. 1

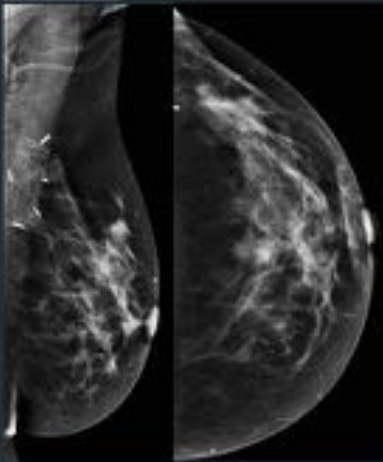
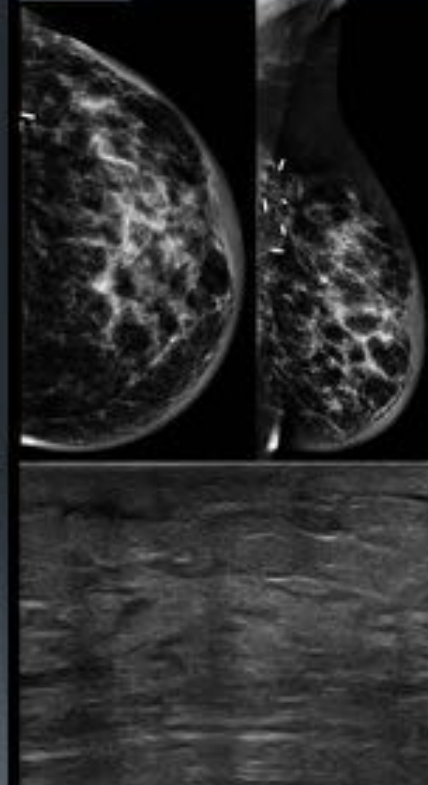


Fig. 2



- **Cirugía conservadora mama izquierda + radioterapia**
- **Fig 1.** Mamografía previa inicio RT: Cambios postquirúrgicos.
- **Fig 2.** Mamografía Y ecografía tras 5 meses del inicio RT: Edema post-radioterapia

Fig. 6: Marcado engrosamiento cutáneo secundario a cambios post-radioterapia.

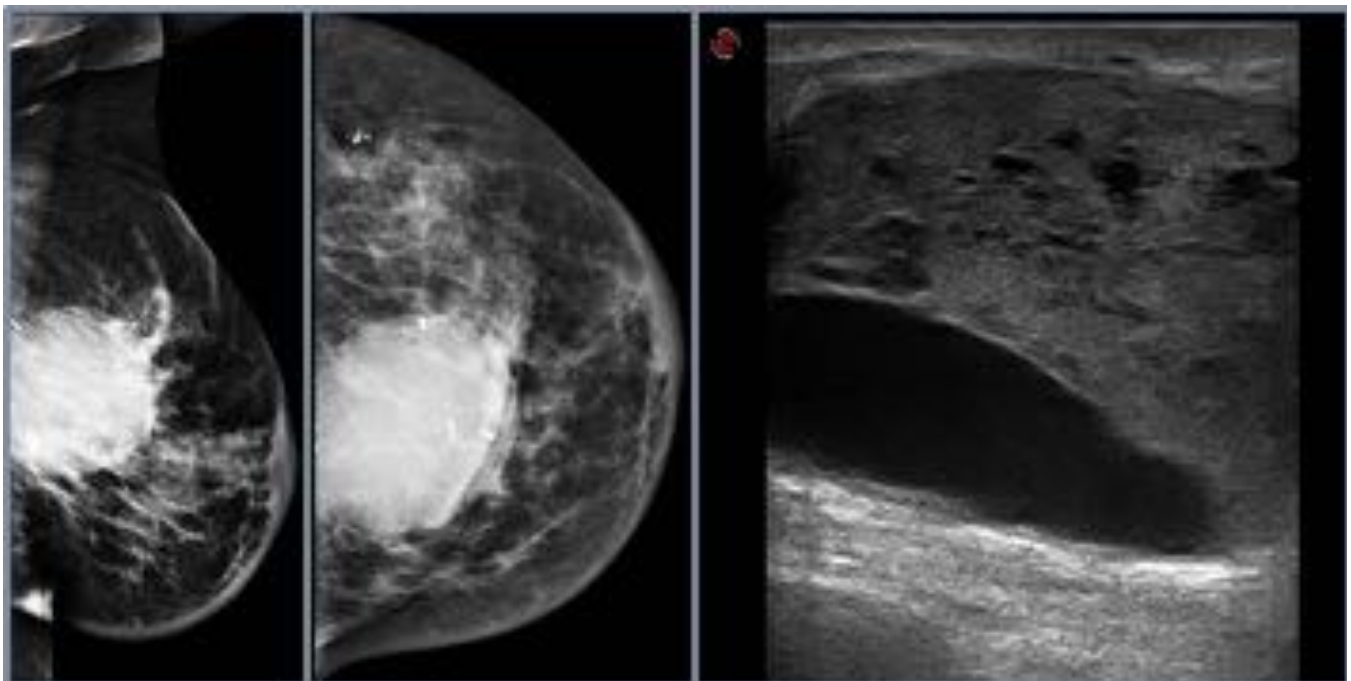


Fig. 7: Hematoma tras cirugía conservadora de mama

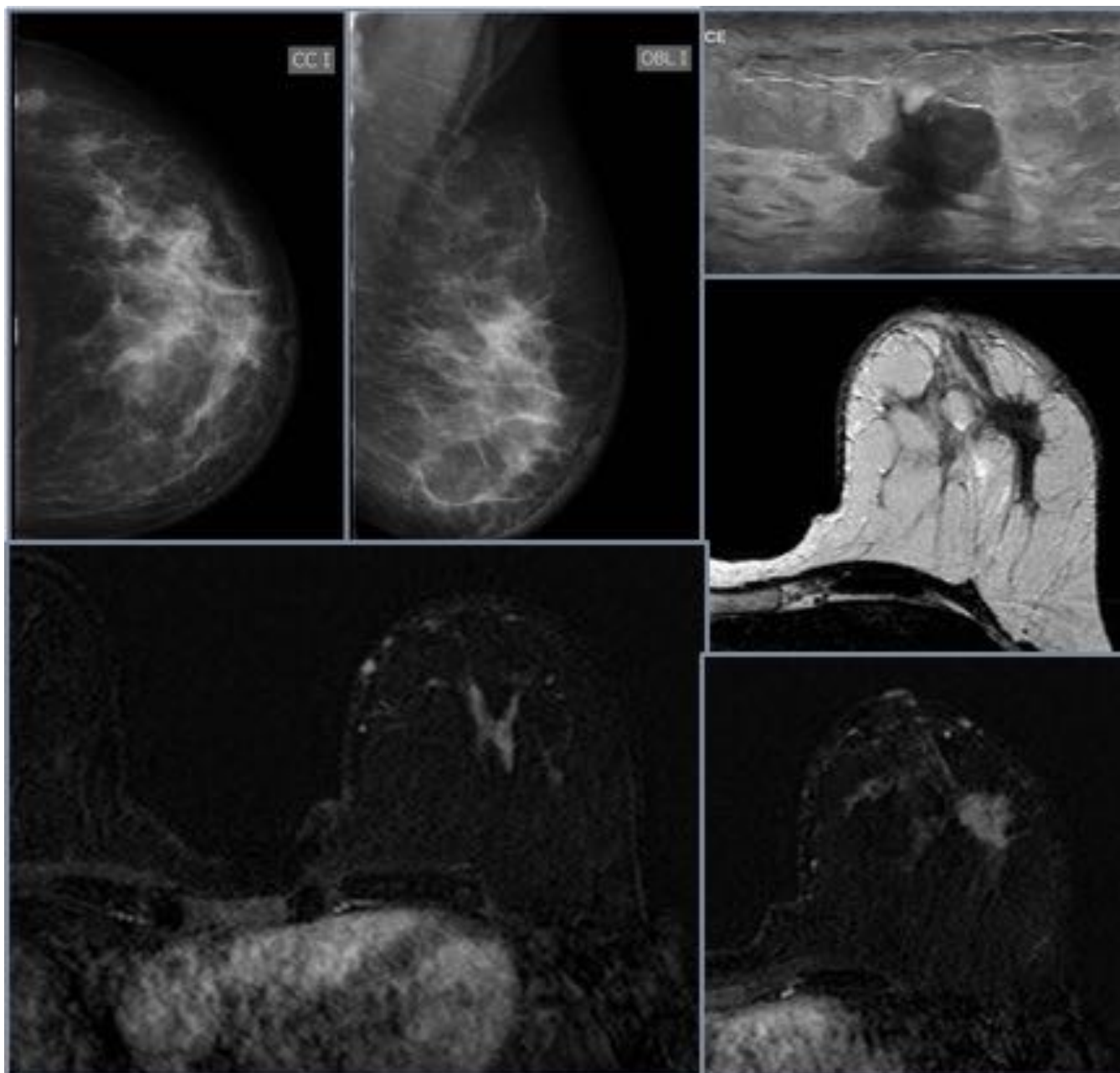


Fig. 8: Carcinoma inflamatorio. Nódulo BIRADS 5 con engrosamiento cutáneo. Punch cutáneo: infiltración linfática por carcinoma.

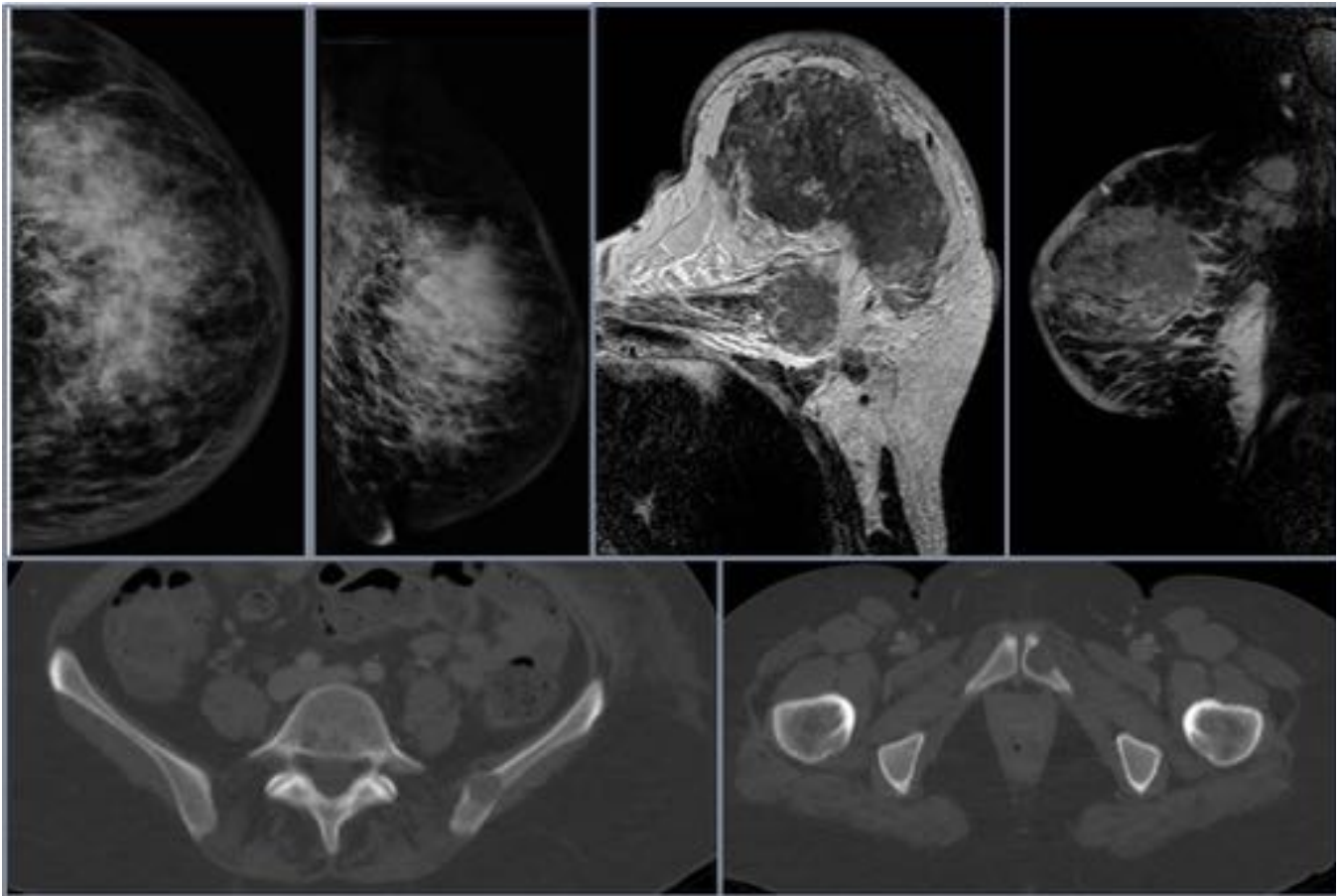


Fig. 9: Carcinoma inflamatorio con debut metastásico.

CI	CMLA
<ul style="list-style-type: none"> • 40%HER2+ • 50% triple negativo • 60% P53+ 	<ul style="list-style-type: none"> • RH + • HER2- • 30% P53+

Tbl. 10: Características moleculares de carcinoma inflamatorio y carcinoma localmente avanzado.

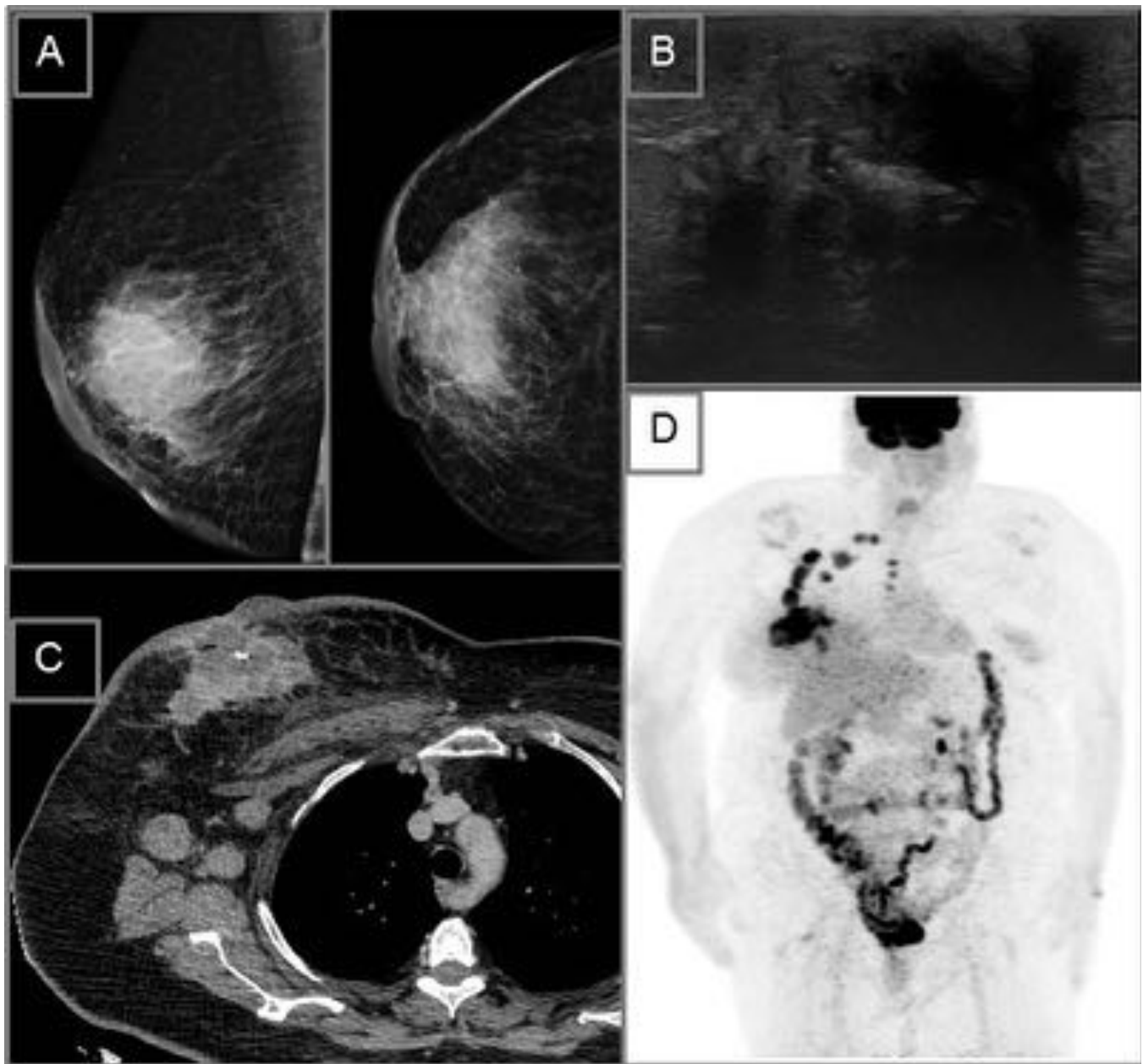


Fig. 11: Carcinoma localmente avanzado. Mujer de 62 años que consulta por endurecimiento progresivo de mama derecha con enrojecimiento ocasional. Gran masa retroareolar con infiltración cutánea. Adenopatías axilares y en mamaria interna ipsilateral.

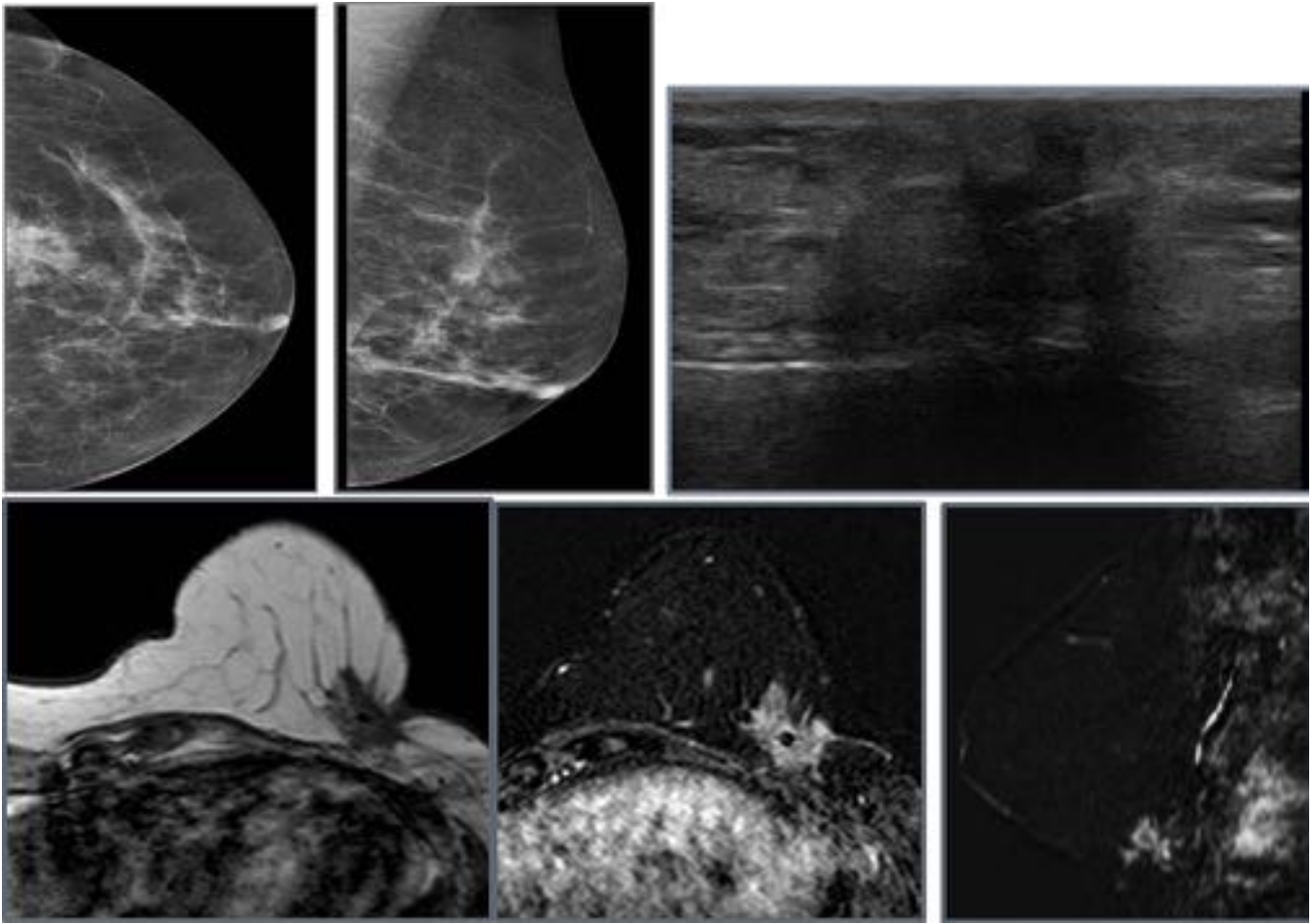


Fig. 12: Nódulo BIRADS 5 con infiltración y engrosamiento cutáneo.

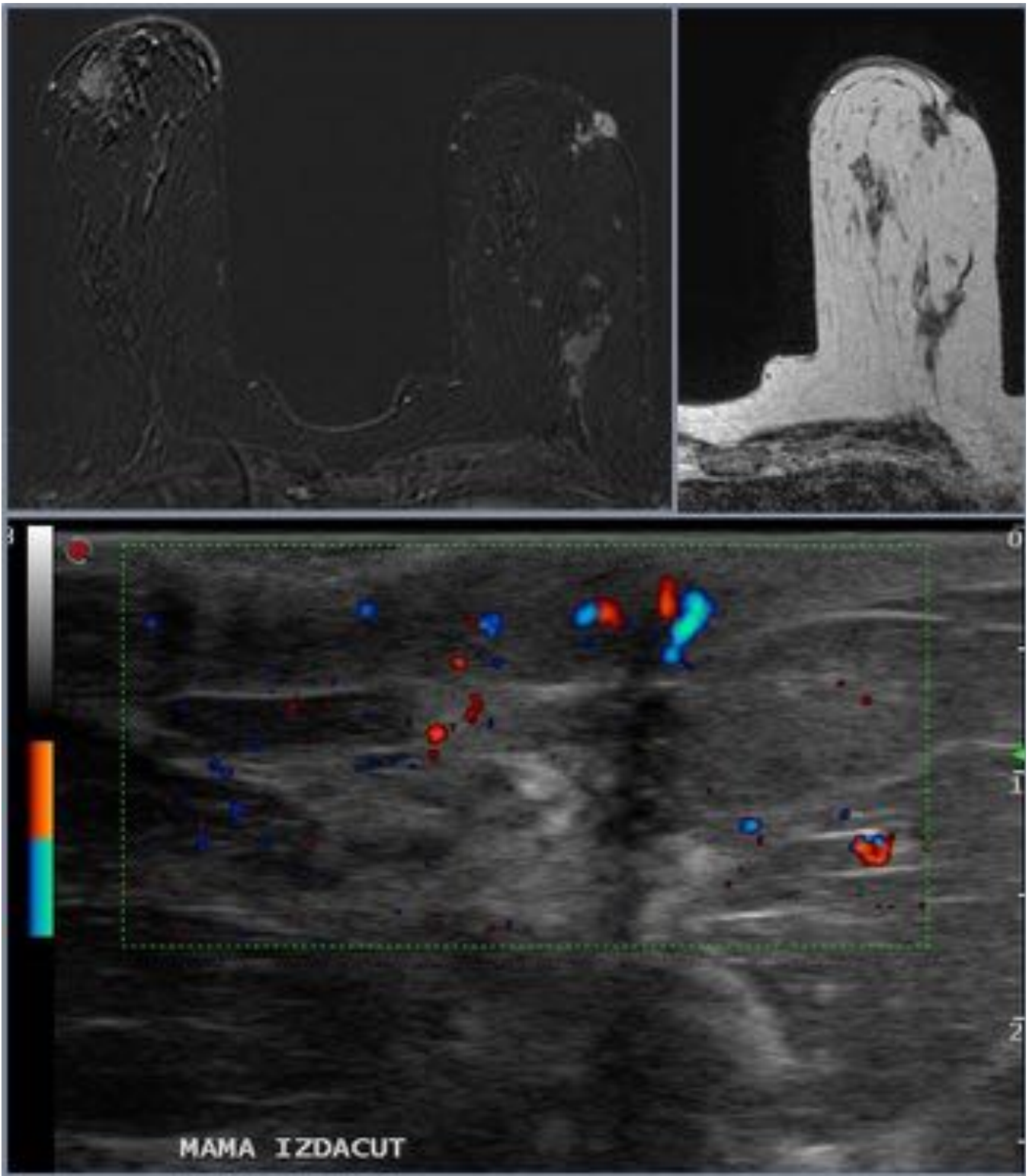


Fig. 13: Carcinoma bilateral en una mujer de 60 años. Nódulo satélite cutáneo en mama izquierda.

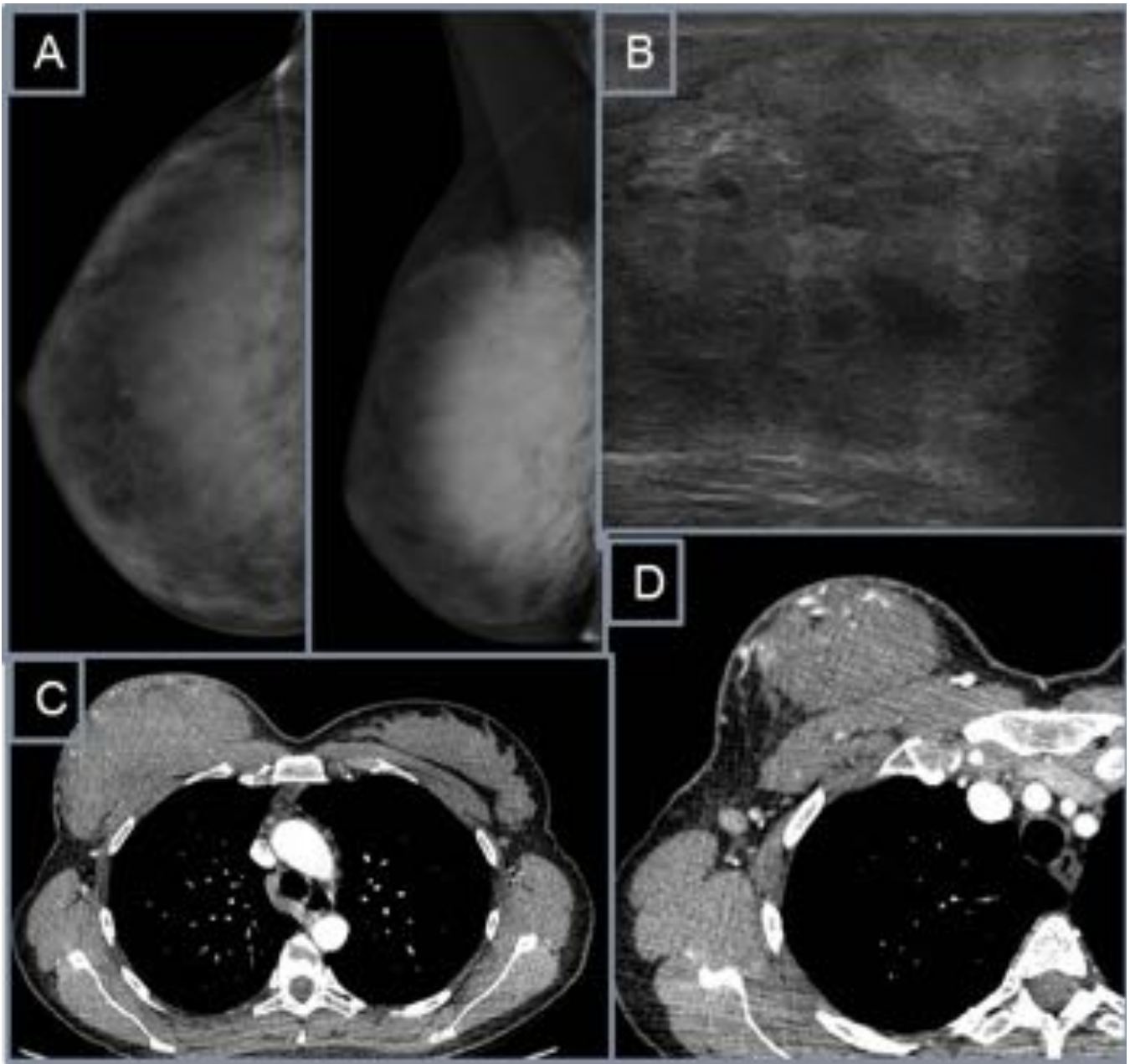


Fig. 14: Linfoma primario de mama. Mujer de 44 años con episodios de mastitis de repetición desde hace 4 meses. Presenta mama aumentada de tamaño, roja y más dura que la contralateral.

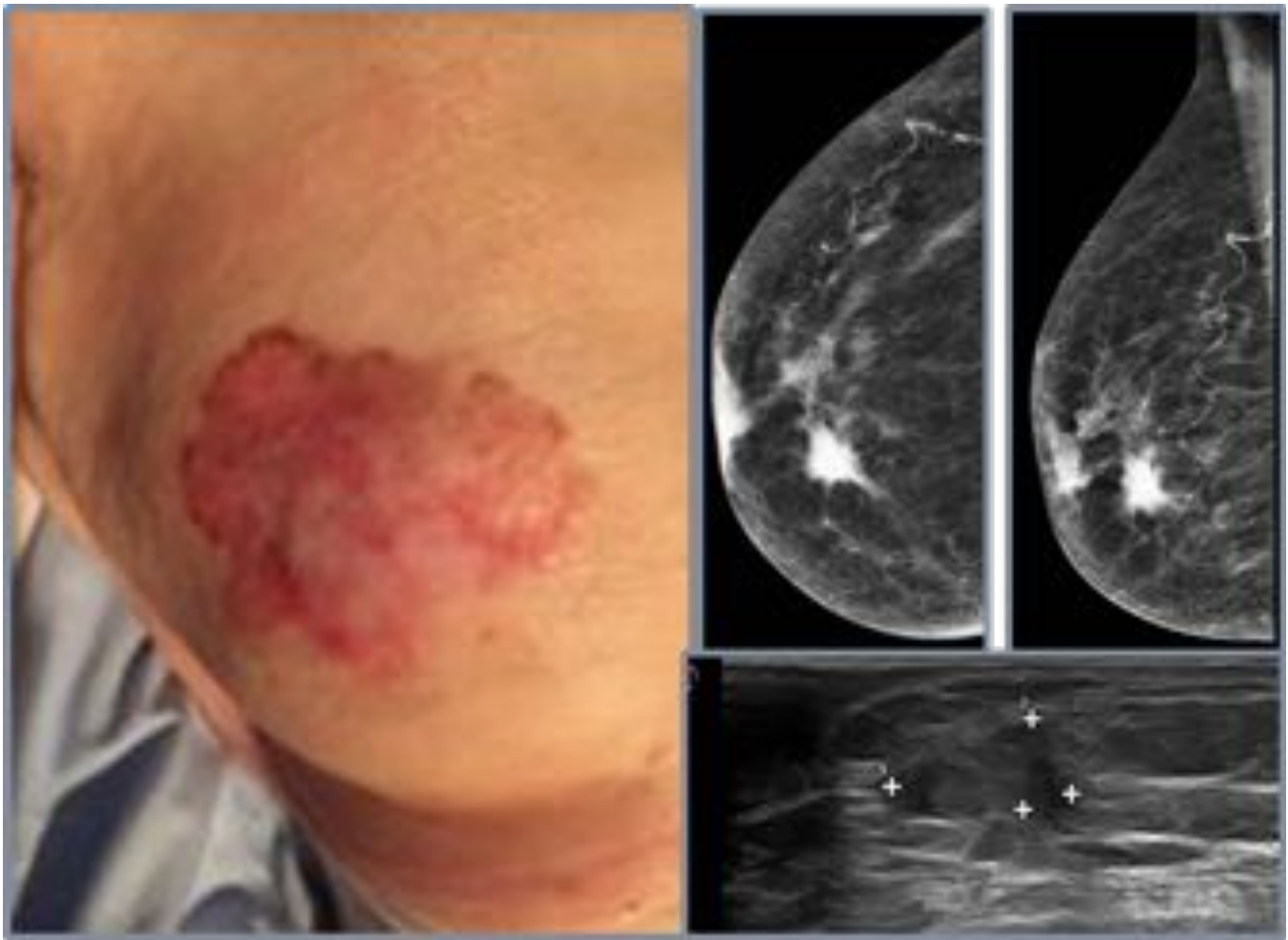


Fig. 15: Enfermedad de Paget con cáncer infiltrante asociado en una mujer de 90 años.

Conclusiones

- Se trata de un signo clínico de alerta, que puede ser causado por patologías muy distintas, tanto benignas como malignas
- A pesar de que la mastitis es la causa más frecuente, la falta de respuesta al tratamiento antibiótico tras una o dos semanas obliga a descartar lesiones malignas
- Es importante conocer los hallazgos en las diferentes técnicas de imagen así como los signos clínicos que permiten un diagnóstico etiológico precoz, con el fin de evitar un retraso en el tratamiento de la patología maligna

Bibliografía / Referencias

1. Yeh E, Jacene H, Bellon J, Nakhli F, Birdwell R, Georgian-Smith D et al. What Radiologists

Need to Know about Diagnosis and Treatment of Inflammatory Breast Cancer: A Multidisciplinary Approach. *RadioGraphics*. 2013;33(7):2003-2017.

2. Kalli S, Freer P, Rafferty E. Lesions of the Skin and Superficial Tissue at Breast MR Imaging 1. *RadioGraphics*. 2010;30(7):1891-1913.
3. Nicholson B, Harvey J, Cohen M. Nipple-Areolar Complex: Normal Anatomy and Benign and Malignant Processes1. *RadioGraphics*. 2009;29(2):509-523.
4. Trop I, Dugas A, David J, El Khoury M, Boileau J, Larouche N et al. Breast Abscesses: Evidence-based Algorithms for Diagnosis, Management, and Follow-up. *RadioGraphics*. 2011;31(6):1683-1699.
5. Kwak JY, Kim EK, Chung SY, et al. Unilateral breast edema: spectrum of etiologies and imaging appearances. *Yonsei Med J* 2005;46(1):1-7.
7. Dawood S, Merajver SD, Viens P, Vermeulen PB, Swain SM, Buchholz TA, Dirix LY,
8. Levine PH, Lucci A, Krishnamurthy S, Robertson FM, Woodward WA, Yang WT, Ueno
9. NT, Cristofanilli M. International expert panel on inflammatory breast cancer: consensus
10. statement for standardized diagnosis and treatment. *Ann Oncol*. 2011 Mar;22(3):515-23.