

METÁSTASIS VULVAR

DE CARCINOMA LOBULILLAR DE MAMA REPORTE DE UN CASO

LAURA BERGAMO, LUIS BETANCOURT, PEDRO MARTÍNEZ, GABRIEL ROMERO, DEMIÁN SPINETTI, CECILIA BERMÚDEZ

INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. LUIS RAZETTI" CARACAS, VENEZUELA

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es el de presentar un caso de metástasis a vulva de primario de mama derecha carcinoma lobulillar estadio IIB, en paciente de 46 años con tratamiento quirúrgico y adyuvancia con quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia, vista y tratada en el servicio de patología mamaria del Instituto de Oncología "Dr. Luis Razetti" Caracas, Venezuela. Se revisa la literatura. Se describe una lesión metastásica en labio mayor de hemivulva izquierda de 1,5 cm de diámetro en una paciente con carcinoma lobulillar de mama derecha estadio IIB con intervalo libre de enfermedad de 5 meses después de tratamiento quirúrgico y adyuvante completo. Las metástasis a vulva del cáncer de mama son infrecuentes. La vigilancia ginecológica cuidadosa en pacientes con cáncer de mama permite evidenciar sitios infrecuentes de metástasis, para poder ser diagnosticados precozmente y tratados apropiadamente.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, mama, metástasis, vulva, tratamiento, radioterapia, quimioterapia

SUMMARY

The objective of this present work is to report a case of metastases to vulva of primary of right breast lobulillar carcinoma classified as stadium IIB, in 46 years old patient with surgical and adjuvant treatment with complete chemotherapy, radiotherapy and hormonal therapy she was seen and treated in breast pathology service of Oncology Institute "Dr. Luis Razetti". Caracas, Venezuela. We review the literature. Describe a metastatic tumor in left lip bigger of the vulva of 1.5 cm primary of the right breast lobular cancer, stadium IIB, with 5 months interval free of illness, after surgical and adjuvant complete treatment. The metastases to vulva of breast cancer are less frequent. The careful gynecological surveillance in patient with breast cancer allows us to evidence an unusual place of metastasis, to be able to be diagnosed precociously and tried appropriately.

KEY WORDS: Cancer, breast, metastases, vulva, treatment, radiation therapy, chemotherapy.

INTRODUCCIÓN

E

l cáncer primario de vulva es infrecuente, constituyendo 3 % - 5 % de todas las neoplasias malignas ginecológicas y el 1 % de todos los cánceres en la mujer.

Los tumores metastásicos a la vulva son aún más raros, constituyendo sólo 5 % - 8 % de todos los cánceres en la vulva^(1,2).

Recibido: 07/03/2009 Revisado: 12/08/2009

Aceptado para publicación: 15/10/2009

Correspondencia: Dra. Laura Bergamo. Urb. Vista Alegre calle 2.

Edificio San Gaetano. Apto 20. Caracas, Venezuela.
Tel. 0416725964. E-mail: laurabbrondon@hotmail.com

Las metástasis del cáncer de mama ocurren más frecuentemente en los ganglios linfáticos regionales de la axila ipsilateral. Otros sitios típicos incluyen el pulmón, hueso, hígado, ovario y cerebro. El compromiso del aparato reproductor femenino es raro. Cuando este ocurre, los ovarios y el útero son los sitios más frecuentemente reportados ^(3,4).

Precisamente por lo infrecuente de esta progresión del cáncer de mama, nos hemos propuesto hacer esta presentación clínica, así como un análisis de ella.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina, de 46 años de edad, natural del Estado Zulia y procedente de la localidad, quien ingresó al Instituto de Oncología "Dr. Luis Razetti" el 27 de octubre de 2005, inicia enfermedad actual tres meses antes de su ingreso, con tumor palpable en cuadrante superior y externo de mama derecha. Entre los antecedentes personales refiere una hermana fallecida por cáncer de mama, menarquía a los 12 años, primera relación sexual a los 18 años, V gestas II paras I cesárea II abortos, consumo de anticonceptivos orales durante 7 años. Examen físico positivo: tumor de 4 cm x 4 cm, irregular, duro en cuadrante superior y externo de mama derecha; mama izquierda sin lesiones, axilas negativas.

Complementarios de interés: hematología completa, tiempos de coagulación y química sanguínea dentro de límites normales. Radiografía de tórax anterior y posterior: sin alteraciones. Ecosonografía mamaria (noviembre 2005): tumor sólido, hipoecogénico, con halo periférico de 23,1 mm x 23,5 mm en cuadrante superior y externo de mama derecha, condición fibroquística mamaria bilateral (Figura 1). Mamografía: lesión nodular, espiculada, mal definida, densa que condiciona asimetría de densidad en cuadrante supero-externo de mama derecha (Figura 2). Ultrasonografía abdominal: descrito sin alteraciones. Biopsia por *tru-cut* (octubre 2005):



Figura 1. ECO mamario: Tumor sólido, hipoecogénico, con halo periférico de 23,1 cm x 23,5 mm en cuadrante superior externo derecho.



Figura 2. Mamografía: lesión nodular, espiculada, mal definida, densa que condiciona asimetría de densidad en cuadrante supero-externo derecho.

altamente sospechoso de malignidad. Se plantea diagnóstico preoperatorio de carcinoma de mama derecho estadio IIA. El 12/12/05 se realiza mastectomía parcial derecha corte congelado reportado como positivo para malignidad, decidiéndose la realización de mastectomía radical modificada tipo Madden. Resultado de anatomía patológica definitivo carcinoma lobulillar infiltrante con áreas de carcinoma *in situ* (Figura 3, 4 y 5) hiperplasia lobulillar, tamaño tumoral de 6 cm x 5 cm x 5 cm, disección

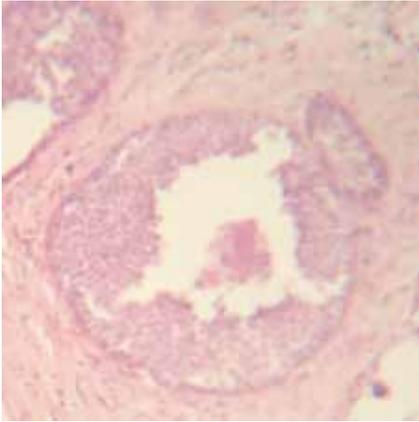


Figura 3. Células tumorales carcinoma lobulillar infiltrante en mama.

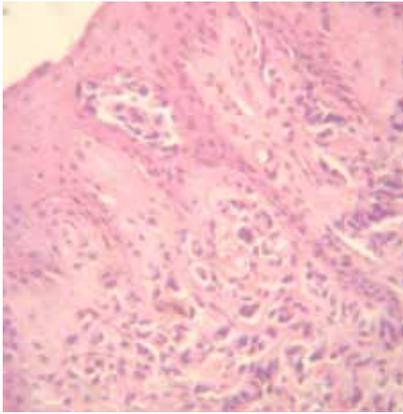


Figura 4. Células tumorales carcinoma lobulillar infiltrante en mama.

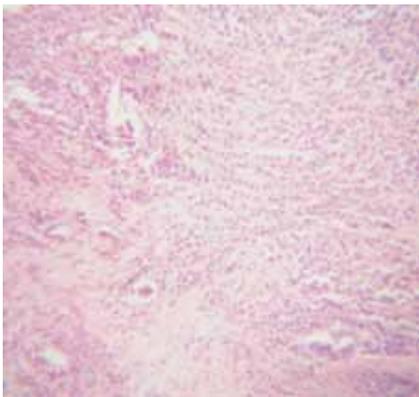


Figura 5. Células tumorales carcinoma lobulillar infiltrante en mama.

axilar 3 ganglios metastásicos de 14 (Figura 6), con extensión a tejidos periganglionares en 2 de ellos. Inmunohistoquímica: carcinoma lobulillar infiltrante, receptores de estrógenos positivos en un 10 %,receptores de progesterona negativos, C-ERB negativo. Se vuelve a hacer la clasificación por estadios como pT3N1M0 (estadio IIIA). Cumplió 4 ciclos de doxorubicina y ciclofosfamida, y 12 ciclos de paclitaxel, posteriormente radioterapia 5 000 cGy al lecho tumoral y 5 000 fosa supraclavicular culminados en julio 2006. Posteriormente inicia tamoxifeno a 20 mg/día. Siendo controlada por los servicios de patología mamaria y medicina interna oncológica cada 3 meses. En enero de 2007 presenta lesión de 1,5 cm x 1,5 cm en labio mayor de hemivulva izquierda, ulcerada, bordes discretamente elevados (Figura 7), cuya biopsia concluyó como carcinoma poco

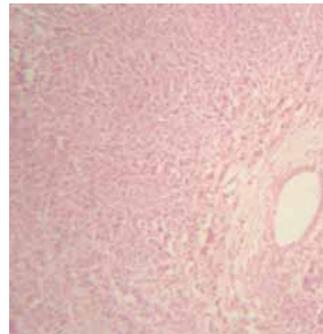


Figura 6. Células tumorales metastásicas en tejido linfático.



Figura 7. Lesión en hemivulva izquierda.

diferenciado ulcerado, compatible con primario de mama (Figura 8 y 9), inmunohistoquímica: adenocarcinoma metastásico, cónsono con primario de glándula mamaria (queratina 7 y EMA positivos, receptores hormonales/HER2 NEU negativos). La paciente es evaluada por el servicio de ginecología oncológica y oncología médica decidiendo iniciar tratamiento con docetaxel, y posterior reevaluación para decidir resección local en vulva.

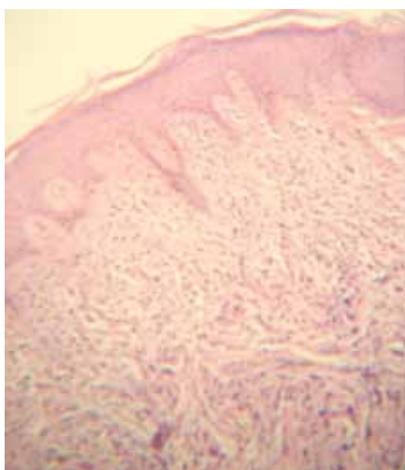


Figura 8. Células tumorales metastásicas en tejido vulvar.

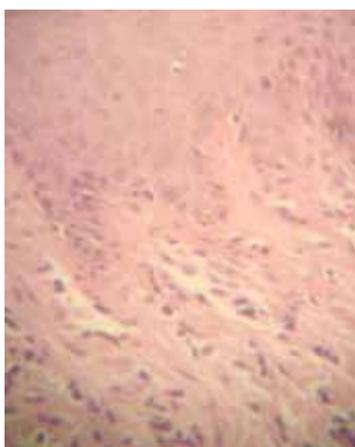


Figura 9. Células tumorales metastásicas en tejido vulvar.

DISCUSIÓN

La vulva es el órgano genital menos frecuentemente afectado por tumores secundarios⁽⁷⁾. El compromiso de la vulva por metástasis de cáncer de mama es aun más raro y las revisiones de la literatura con respecto a estos casos son escasas^(1,8). Neto y col.⁽⁹⁾ informaron en una serie de 66 casos de tumores metastásicos a la vulva vistos en la Universidad de Texas (MD. Anderson) entre 1944 a 2001. La edad de los pacientes estuvo comprendida entre los 18 y 84 años (promedio 54,8 años). Las presentaciones más frecuentes fueron un nódulo en vulva o un tumor (39 casos), dolor (7 casos), y ulceración (5 casos). En 46,5 % de los casos, el tumor primario fue de origen ginecológico; el 43,9 % de casos, el tumor primario fue de origen no ginecológico. El resto tenía primarios desconocidos. Cuatro (6 %) de los 66 casos el primario fue de mama (un carcinoma ductal, un carcinoma del lobular, tumor *Phyllodes* maligno, y un carcinoma poco diferenciado). Se ha planteado la vía hematológica para las metástasis⁽⁷⁾, pero la etiología real para estas metástasis permanece incierta. En nuestro caso la variedad histológica del tumor fue lobulillar infiltrante.

En un estudio de autopsias en 261 pacientes, Lamovec y col.⁽¹⁰⁾ revisaron el modelo de metástasis del cáncer de mama y encontraron que el carcinoma lobulillar infiltrante se encontraba asociado con mayor propensión a producir metástasis en órganos genitales internos, que el ductal infiltrante. Metástasis al ovario, útero, y trompas de Falopio fueron encontradas. Se ha descrito cáncer de mama primario en el tejido supernumerario de la vulva⁽¹¹⁾. Es muy difícil establecer por histología básica o inmunohistoquímica si se trata de una lesión primaria o metastásica⁽⁹⁾. La presencia del antecedente de cáncer de mama primario y la ausencia de tejido ectópico facilita el diagnóstico de una lesión primaria o metastásica. La sociedad americana de oncología clínica

(ASCO) recomienda que a todas las pacientes con cáncer de mama se les deben realizar un examen ginecológico posoperatorio a intervalos regulares ⁽¹²⁾. Concluimos: 1. Las metástasis a vulva del cáncer de mama son infrecuentes.

2. La vigilancia ginecológica cuidadosa en pacientes con cáncer de mama permite evidenciar sitios infrecuentes de metástasis, para poder ser diagnosticados precozmente y tratados apropiadamente.

REFERENCIAS

1. Convington EE, Brendle WK. Breast carcinoma with vulvar metastasis. *Obstet Gynecol.* 1964;23:910-911.
2. Lerner LB, Andrews SJ, Gonzalez JL, Heaney JA, Currie JL. Vulvar metastases secondary to transitional cell carcinoma of the bladder: A case report. *J Reprod Med.* 1999;44(8):729-732.
3. Sullivan LG, Sullivan JL, Fairey WF. Breast carcinoma metastatic to an endometrial polyp. *Gynecol Oncol.* 1990;39:96-98.
4. Taxy JB, Trujillo YP. Breast cancer metastatic to the uterus: Clinical manifestations of a rare event. *Arch Pathol Lab Med.* 1994;118:819-821.
5. Sheen-Chen SM, Chen HS, Eng HL, Chen WJ. Circulating soluble Fas in patients with breast cancer. *World J Surg.* 2003;27:10-13.
6. Sheen-Chen SM, Chen HS, Sheen CW, Eng HL, Chen WJ. Serum levels of transforming growth factor beta 1 in patients with breast cancer. *Arch Surg.* 2001;136:937-940.
7. Dehner LP. Metastatic and secondary tumors of the vulva. *Obstet Gynecol.* 1973;42:47-57.
8. Menzin AW, De Risi D, Smilari TF, Kalish PE, Vinciguerra V. Lobular breast carcinoma metastatic to the vulva: A case report and literature review. *Gynecol Oncol.* 1998;69:84-88.
9. Neto AG, Deavers MT, Silva EG, Malpica A. Metastatic tumors of the vulva a clinicopathologic study of 66 cases. *Am J Surg Pathol.* 2003;27:799-804.
10. Lamovec J, Bracko M. Metastatic pattern of infiltrating lobular carcinoma of the breast: An autopsy study. *J Surg Oncol.* 1991;48:28-33.
11. Guerry R, Pratt Thomas HR. Carcinoma of supernumerary breast of vulva with bilateral mammary cancer. *Cancer.* 1976;38:2570-2574.
12. [No authors listed]. Recommended breast cancer surveillance guidelines. *J Clin Oncol.* 1997;15:2149-2156.