



total mastectomy, axillary lymphadenectomy and chemotherapy; 10 years later, she had induration and erythema in the mastectomy area, with some superficial necrotic lesions and cutaneous infiltration to the right breast. In the left arm: indurated lymphedema, with numerous crusted, superficial and superinfected lesions. The skin biopsy showed neoplastic infiltration due to mammary carcinoma and an increase in Ca 15.3. In the cervico-thoraco-abdominal-pelvic scan, massive left pleural effusion was observed, with underlying pulmonary atelectasis and multiple bone erosions, compatible with tumor involvement. After receiving palliative chemotherapy, the cutaneous infiltration of the tumor decreased temporarily.

CONCLUSION: mammary carcinoma is one of the main cancers that affect women. Their cutaneous metastases are of the order of 37% at 5 years. Cutaneous carcinoma is an exceptional variety (3%), of slow evolution, without systemic damage. Patients with breast cancer should have a close postmastectomy follow-up and, in case of skin metastasis suspicion, diagnose it in a timely manner to offer them the option of early treatment.

KEYWORDS: Cutaneous metastasis; Breast carcinoma

¹ Médico adjunto, especialista en Dermatología.

² Residente de segundo año, servicio de Dermatología.

³ Residente de tercer año, servicio de Dermatología.

⁴ Médico adjunto, servicio de Oncología Médica.

Hospital General Universitario de Ciudad Real, España.

Correspondence

Dra. Mónica García Arpa
mgarciaa73@yahoo.es

ANTECEDENTES

El carcinoma de mama es el tumor maligno más frecuente en la mujer y principal causa de metástasis cutánea, tras el melanoma. El carcinoma en coraza es una forma infrecuente de metástasis cutánea del carcinoma de mama, asociado principalmente con recurrencia tumoral y con mal pronóstico.

Se reporta el caso de una paciente con carcinoma en coraza 17 años después del diagnóstico inicial.

CASO CLÍNICO

Paciente de 73 años de edad, con diagnóstico en el año 2000 de adenocarcinoma ductal infiltrante en la mama izquierda. Se trató con mastectomía total, linfadenectomía axilar, quimioterapia y tamoxifeno durante cinco años,

sin recidivas. Diez años después le apareció un linfedema en el brazo izquierdo y hombro congelado. En febrero de 2017 fue remitida al servicio de Dermatología por induración progresiva y dolorosa del linfedema en el lado izquierdo del hemitórax, acompañado de disnea de reposo y síntomas constitucionales en los últimos seis meses.

En la exploración se observó que el linfedema estaba muy indurado y eritematoso en el brazo izquierdo, junto con una extensa placa eritematosa y leñosa en el lado izquierdo del hemitórax que se extendía hacia la región cervical y abdominal homolateral y a la mama derecha (**Figuras 1 y 2**). Se tomó una biopsia cutánea del lado izquierdo del hemitórax y de la mama derecha; los hallazgos fueron similares: infiltración neoplásica por cáncer de mama. Lo sobresaliente fue el aumento de Ca 15.3 (891.5 > 32.4 U/mL). La ecografía ni la mamografía



Figura 1. (A y B). Linfedema del brazo izquierdo, muy visible en la mano, de consistencia dura. Induración leñosa, eritematosa, en la región cervical izquierda y mismo lado del hemitórax. Sobrepuja la línea media y se extiende hacia el hemiabdomen homolateral, con numerosos nódulos eritematosos infiltrados. En la mama derecha se aprecia induración y eritema. Todas las lesiones estaban calientes a la palpación.



Figura 2. Carcinoma en coraza: induración y eritema en la zona de la mastectomía, con algunas lesiones necróticas superficiales, e infiltración cutánea a la mama derecha. En el brazo izquierdo: linfedema inducido, con numerosas lesiones costrosas, superficiales y sobreinfectadas.

de la mama derecha evidenciaron nódulos, pero sí engrosamiento cutáneo generalizado. En el estudio de extensión con tomografía axial

cérvico-tóraco-abdomino-pélvico se observó derrame pleural izquierdo, masivo, con atelectasia pulmonar subyacente y cambios erosivos “apolillados” en: las costillas, esternón y vértebras, compatible con enfermedad metastásica. Luego de la quimioterapia paliativa (cuatro ciclos de ciclofosfamida y adriamicina seguidos de docetaxel) la paciente mejoró temporalmente de la induración cutánea metastásica.

DISCUSIÓN

Las metástasis cutáneas ocurren en 0.7-10.4% de los tumores y representan estadios avanzados, que generalmente indican recaídas de un primario conocido; por excepción son la manifestación inicial. Las causas más frecuentes de metástasis cutáneas son los tumores más prevalentes en la población, según el sexo. Pueden aparecer por vía linfática, hematógena, por contigüidad y menos frecuentemente por implantación iatrogénica.¹⁻⁴ En la mujer, el cáncer de mama es la causa más común debido a su elevada prevalencia, ocurre en alrededor de 25% de las pacientes con carcinoma de mama^{3,4} con un intervalo muy variable. Suelen producirse por diseminación linfática, que es el signo de manifestación inicial en 3.5% de los casos.³ Pueden aparecer en cualquier localización, pero sobre todo en el tórax y abdomen, con muy variadas manifestaciones clínicas. La más frecuente (80%) es como nódulos papulares, generalmente asintomáticos, firmes, solitarios o múltiples, con color variable, que pueden ulcerarse e infectarse.⁵⁻⁷ El resto de las manifestaciones de las metástasis cutáneas por cáncer de mama son mucho más raras (en orden de frecuencia): placa alopéctica, carcinoma telangiectásico, melanoma-like, carcinoma erisipeloide, metástasis subungueales, en coraza, zosteriforme, infiltración palpebral, y en casos aislados como nódulo de la hermana María José, en forma de eritema anular centrífugo, tipo angioqueratomas y granuloma piogénico, que simula radiodermatitis, con lesiones en diana,



en "nariz de payaso", tipo queloides y nódulo metastásico en nevus intradérmico.⁵

La metástasis cutánea o carcinoma en coraza, o carcinoma escirro y paquidermia, la describió Velpau en 1938, y recibe esta denominación porque la invasión cutánea tumoral simula la coraza metálica de un soldado. Se trata de una variante clínico-patológica infrecuente (3-4%) de metástasis cutánea de cáncer de mama, y aún más de presentación inicial. Suele iniciarse con nódulos papulares indurados y eritematosos que confluyen hasta formar una placa en la pared torácica y el abdomen, esclerodermiforme o leñosa, que puede ser dolorosa, de coloración eritematosa o amarillenta, con posterior ulceración.⁸ En la biopsia se observa una extensa fibrosis dérmica, con escasas células neoplásicas, en ocasiones en fila india que, incluso, pueden pasar inadvertidas porque simulan fibroblastos. En el caso del carcinoma en coraza, para detectar metástasis ocultas, algunos autores recomiendan FDG-PET-TAC en lugar de tomografía axial computada.⁹ La patogenia se desconoce pero se cree que la pleitrofina, una molécula de señalización extracelular, actúa como un promotor tumoral multifuncional que favorece el rápido crecimiento tumoral y la progresión a carcinoma en coraza. Se han descrito pocos casos de metástasis en coraza por carcinoma escamoso cutáneo, de pene y de adenocarcinomas de cuello uterino, gástrico y pulmonar.

En el caso aquí reportado la afectación cutánea de la mama derecha planteó el diagnóstico diferencial con un carcinoma inflamatorio o erisipeloide de la mama, variante descrita por Rasch en 1931. Se caracteriza por placas o parches bien definidos y calientes al tacto, muy parecidos a los de la erisipela, pero sin fiebre. En la mitad de los casos no se palpa una masa mamaria, de ahí el retraso del diagnóstico.

El carcinoma en coraza representa 3-6% de las metástasis cutáneas de cáncer de mama;^{5,6} po-

cas veces es el signo de manifestación inicial. Se produce por la infiltración de los linfáticos dérmicos; en la biopsia se observa una marcada congestión capilar y una densa infiltración tumoral de los linfáticos dérmicos, con inflamación linfocitaria perivascular. El pronóstico es malo, con esperanza de vida de dos años.¹⁰

Antes de establecer el diagnóstico de carcinoma en coraza debe hacerse el diagnóstico diferencial con un angiosarcoma cutáneo, tumor vascular muy agresivo asociado con linfedema axilar postmastectomía, conocido como síndrome de Stewart-Treves. Éste es muy raro, su incidencia es menor de 0.5% y suele aparecer 10 años después de la linfadenectomía axilar. Se manifiesta como máculas y pápulas purpúricas, multifocales, en el brazo afectado, que simulan hematomas. Puesto que el diagnóstico se retrasa, rápidamente evoluciona y aparecen vesículas papulosas, ulceraciones, nódulos violáceos o placas infiltradas que pueden extenderse al tórax, comprimiéndolo. En la biopsia se observan infiltraciones dérmicas por una red de vasos linfáticos anastomosados entre sí, que disecan los haces de colágeno. Estos vasos contienen hematíes en su interior y están revestidos por células endoteliales hiperclorámicas, atípicas, que protruyen hacia la luz vascular y son positivas para las tinciones CD 31, CD 34 y D2-40. El diagnóstico temprano es decisivo y el pronóstico muy malo, a pesar de los tratamientos. Se recomienda la cirugía con amplios márgenes, incluso con amputación del miembro.¹¹

CONCLUSIONES

El carcinoma mamario es uno de principales cánceres que afectan a la mujer. Sus metástasis cutáneas son del orden de 37% a 5 años. El carcinoma en coraza es una variedad excepcional (3%), de evolución lenta, sin daño sistémico. Las pacientes con cáncer de mama deben tener un seguimiento estrecho postmastectomía y ante la

sospecha de metástasis cutánea, diagnosticarla oportunamente para ofrecerles la opción del tratamiento temprano.

REFERENCIAS

1. Alcaraz I, Cerroni L, Rütten A, Kutzner H, Requena L. Cutaneous metastases from internal malignancies: a clinicopathologic and immunohistochemical review. *Am J Dermatopathol.* 2012;34:347-93.
2. Hu SC, Chen GS, Wu CS, Chai CY, Chen WT, Lan CC. Rates of cutaneous metastases from different internal malignancies: experience from a Taiwanese medical center. *J Am Acad Dermatol.* 2009;60:379-87.
3. Lookingbill DP, Spangler N, Helm KF. Cutaneous metastases in patients with metastatic carcinoma: a retrospective study of 4020 patients. *J Am Acad Dermatol.* 1993;29:228-36.
4. Krathon RA, Orengo IF, Rosen T. Cutaneous metastasis: a meta-analysis of data. *South Med J.* 2003;96:164-7.
5. De Giorgi V, Grazzini M, Alfaioli B, Savarese I, Corcova SA, Guerriero G, Lotti T. Cutaneous manifestations of breast carcinoma. *Dermatol Ther.* 2010;23:581-9.
6. Mordenti C, Peris K, Farnolli MC, Cerroni L, Chimenti S. Cutaneous metastatic breast carcinoma. *Acta Dermatoven.* 2000;9:143-8.
7. Tan AR. Cutaneous manifestations of breast cancer. *Semin Oncol.* 2016;43:331-4.
8. Flores-Terry MA, Romero-Aguilera G, García-Arpa M. Ulcerated indurated necrotic plaque on the chest wall. *Actas Dermosifiliogr.* 2017;108:259.
9. Win AZ, Aparici CM. Carcinoma en cuirasse from recurrent breast cancer seen on FDG-PET/CT. *J Clin Imaging Sci.* 2015;5:35.
10. Al Ameer A, Imran M, Kaliyadan F, Chopra R. Carcinoma erysipeloides as a presenting feature of breast carcinoma: A case report and brief review of literature. *Indian Dermatol Online J.* 2015;6:396-8.
11. Cui L, Zhang J, Zhang X, Chang H, Qu C, Zhang J, Zhong D. Angiosarcoma (Stewart-Treves syndrome) in postmastectomy patients: report of 10 cases and review of literature. *Int J Clin Exp Pathol.* 2015;8:11108-15.

AVISO PARA LOS AUTORES

Los autores de *GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO* estarán de acuerdo en que los artículos aceptados para publicación serán objeto de una revisión de sintaxis y ortografía del español y editorial para adaptar el escrito al estilo de esta publicación y de las revistas internacionales.