

María Julia Cuitiño  
Eduardo García Saez

Servicio de Diagnóstico por Imágenes.  
Hospital Privado de Comunidad. Córdoba  
4545. (B7602CBM). Mar del Plata. Ar-  
gentina.  
E-mail: mjuliacuitino@hotmail.com

## INTRODUCCIÓN

Varias neoplasias sólidas y hematológicas pueden metastatizar en la mama. El melanoma es el tumor que más frecuentemente produce este hecho. El cáncer de pulmón es el que le sigue en frecuencia<sup>1</sup>.

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 62 años con metástasis de adenocarcinoma de pulmón en mama derecha, describiéndose sus características clínicas, hallazgos mamográficos y tomográficos.

## CASO

Paciente de sexo femenino de 62 años que concurrió al Servicio de Ginecología de este hospital por nódulo palpable en mama derecha.

Como antecedente de importancia presentaba neumonectomía derecha por adenocarcinoma de pulmón, 3 años previos a la consulta (Fig. 3). Al examen físico se palpó nódulo móvil y duro, de 2 por 3 cm. de diámetro, en el cuadrante supero - externo (CSE) de mama derecha.

Se derivó a nuestro Servicio para la realización de mamografía. En la misma se visualizó imagen ovalada de alta densidad, parcialmente delimitada, de 3 cm., de diámetro mayor, localizada en la región prepectoral del CSE de mama derecha (Fig. 1), coincidente con el examen clínico. Este hallazgo se correspondió con nódulo sospecho, perteneciendo a la categoría de BI-RADS IV, según la 4<sup>o</sup> Edición del BI-RADS Comitee del American College of

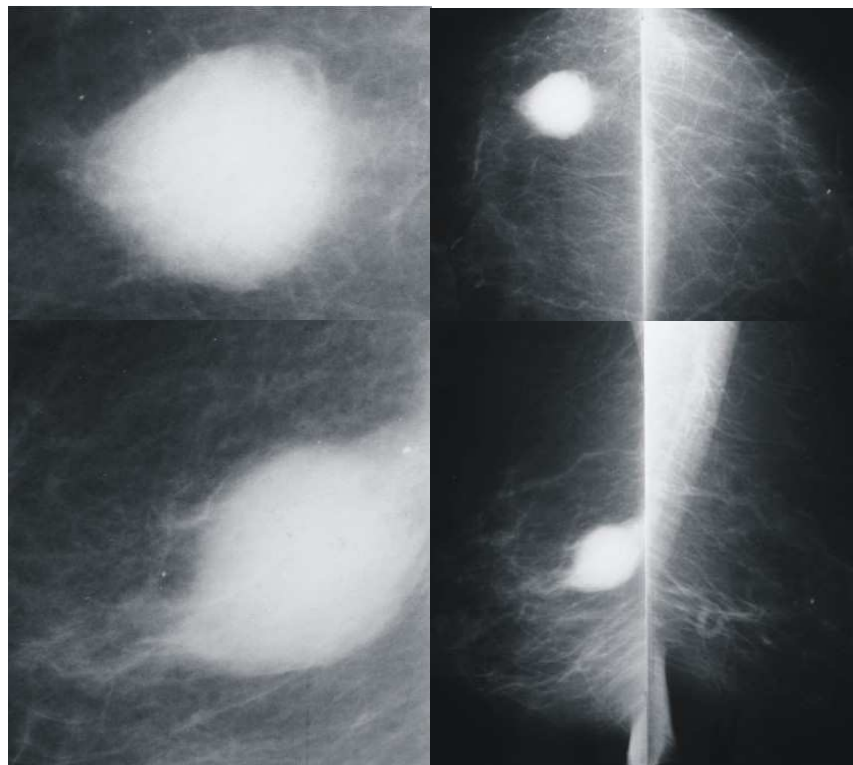
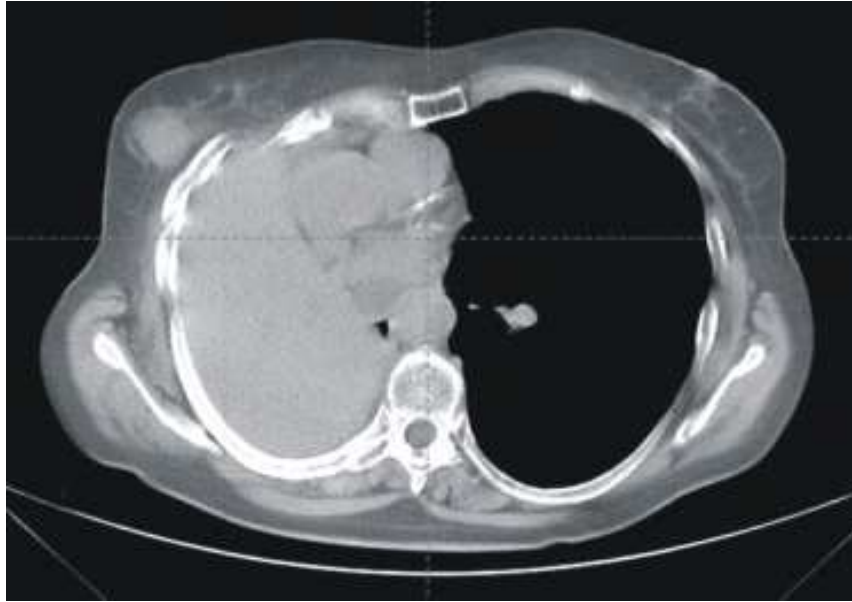


Fig. 1: Mamografía convencional en proyecciones craneocaudal (A) y medio oblicua lateral (B). Se visualiza imagen ovalada de alta densidad de bordes parcialmente definidos, en la región prepectoral del CSE de MD, en aproximadamente hora 11: nódulo sospecho (BI -RADS IV)



**Figura 2:** Tomografía computada helicoidal de tórax. Se observa secuela de neumonectomía derecha, con retracción mediastinal y ascenso diafragmático homolateral (flecha). Imagen redondeada hiperdensa de bordes parcialmente definidos, de 3 cm. de diámetro, en mama derecha (cabeza de flecha).

Radiology<sup>2</sup>. Cabe destacar que la paciente no poseía mamografías previas.

Se realizó asimismo Tomografía Computada de tórax, observándose secuela de neumonectomía derecha e imagen hiperdensa redondeada de 3 cm. de diámetro en región mamaria homolateral, coincidente con el hallazgo clínico y mamográfico.

Se efectuó punción del nódulo mamario y biopsia quirúrgica, dando como resultado adenocarcinoma de características histológicas similares a las de pieza de neumonectomía previa.

## DISCUSIÓN

Las lesiones metastásicas en la mama son raras, representando el 0,5 al 2% de todas las lesiones mamarias malignas<sup>3</sup>.

Entre sus causas, el melanoma es el tumor que más frecuentemente metastatiza en la mama. Excluyendo los sarcomas y linfomas, el siguiente tumor en frecuencia es el cáncer de pulmón, seguido por el de estómago, ovario y riñón<sup>1</sup>. Al menos un caso se ha descrito de cervix, tiroides, colon, útero, vejiga y pró-

tata. Se han reportado en niños metástasis en mama de meduloblastoma, rabdomyosarcoma y neuroblastoma<sup>4</sup>.

Suelen diseminarse por vía hemática. Si bien es infrecuente, el carcinoma pulmonar puede extenderse a través de la pared torácica y provocar afectación secundaria de la mama<sup>5</sup>.

El intervalo promedio de desarrollo de metástasis mamarias en pacientes con un tumor primario conocido y tratado previamente es de 2 años. Por lo general hay metástasis previas o coincidentes en otros sitios al momento del diagnóstico<sup>4</sup>.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Clínicamente es difícil distinguir estas lesiones del cáncer de mama primario. Las metástasis tienden a palparse de tamaño similar a la imagen mamográfica, mientras que los tumores primarios se palpan de mayor tamaño (signo de Leborgne). Además, las metástasis no provocan retracción cutánea o del pezón<sup>3,6</sup>.

Se pueden resumir las características clínicas que sugieren metástasis mamarias en 7:

- 1 Antecedente de tumores malignos extramamarios
- 2 - Metástasis conocidas en tejidos blandos
- 3 Crecimiento rápido de masa(s)
- 4 Localización de una masa en la grasa subcutánea
- 5 Asociación con adenopatías axilares
- 6 Ausencia de desmoplasia y microcalcificaciones

En el caso de nuestra paciente, se presentó como un nódulo en CSE único y sin adenopatías regionales, indistinguible de una lesión mamaria primaria. El tamaño por palpación fue similar al hallado por mamografía, y no presentaba retracción cutánea.

No se ha identificado factores predisponentes en las mujeres para desarrollar metástasis en la mama. Sin embargo, en los pacientes de sexo masculino con adenocarcinoma de próstata, se ha visto una asociación entre la aparición de metástasis en mama y el uso de estrógenos al momento del diagnóstico<sup>8,9</sup>.

## CARACTERÍSTICAS MAMOGRÁFICAS

Aunque pueden causar cambios similares a los del cáncer primario de mama, lo más probable es que sean múltiples y bilaterales. Los márgenes suelen ser bien definidos, debido a que tienen crecimiento centrípeto. Las microcalcificaciones no son una característica típica y tampoco las espiculaciones. Se ha descrito algunos casos de calcificaciones en las metástasis de cistadenocarcinoma papilar de ovario<sup>3,6,9</sup>.

Las masas tienen un diámetro de hasta 4,5 cm y se localizan frecuentemente en el CSE<sup>6</sup>. Las provenientes de carcinomas son típicamente redondas u ovaladas y palpables al examen físico<sup>6,10</sup>.

Por lo general, las metástasis se localizan en el tejido adiposo subcutáneo de la mama, y los tumores primarios en el tejido glandular. Otra forma de presentación, aunque



**Figura 3.** Radiografía de tórax previa a neumonectomía, donde se observa efecto de masa redondeado de bordes espiculados a nivel suprahiliar derecho, que correspondió a adenocarcinoma de pulmón.

mucho menos frecuente, es con engrosamiento cutáneo difuso y asimetría de la densidad mamaria<sup>7,10</sup>.

Los diagnósticos diferenciales incluyen el quiste, fibroadenoma, carcinoma ductal circunscripto, carcinoma medular, carcinoma mucinoso y carcinoma papilar<sup>7</sup>.

### CARACTERÍSTICAS ECOGRÁFICAS

La forma de presentación es variable, pudiendo verse como lesiones bien o mal delimitadas, de ecoestructura hipoecoica homogé-

nea o heterogénea, con o sin áreas quísticas por necrosis central, de pared regular o irregular, sin sombra acústica<sup>7,9,11</sup>.

### CONCLUSIÓN

Las metástasis en mama provenientes de otros órganos son infrecuentes. Sin embargo, deben sospecharse en pacientes con antecedente de otros tumores primarios y que además posean las características clínicas e imagenológicas típicas, como fueron las de nuestra paciente.

### Agradecimientos:

Dr. Agustín Belaunzarán  
Dr. Marcos Matteoda  
Dr. Marcelo Guagnini

### BIBLIOGRAFÍA

1. Kopans D.; *La mama en Imagen*; 2ª ed.; Madrid; Marbán, 2007; 606 - 608
2. *The ACR Breast Imaging Reporting and Data System (BI - RADS)*; 4th Edition; 2003
3. Feder J. et al; *Unusual Breast Lesions: Radiologic-Pathologic Correlation; Radiographics*; 1999;19:S11-S26
4. Rosen P., Oberman H.; *Atlas of Tumor Pathology - Tumors of the Mammary Gland - Fasc. 7*; 3a ed; Advisory Board; 1992; 346 - 348
5. Cardenosa G.; *Imagenología mamaria*; 1a ed.; Buenos Aires; Journal; 2005; 274 - 276 y 312 - 314
6. Harvey J.; *Unusual Breast Cancers: Useful Clues to Expanding the Differential Diagnosis*; *Radiology* 2007;242:683-694
7. Powell D., Stelling C.; *Enfermedades de la mama: diagnóstico y detección*; 1ª ed.; Madrid; Mosby; 1995; 388 - 390
8. McCrea E., Johnston C, Haney P; *Metastases to the Breast*; *AJR*; 1983
9. Toombs B., Kalisher L; *Metastatic Disease to the Breast: Clinical, Pathologic, and Radiographic Features*; *AJR*; 129 :673-676,1977
10. Irshad A. et al; *Rare Breast Lesions: Correlation of Imaging and Histologic Features with WHO Classification*; *Radiographics* 2008; 28:1399-1414
11. Wei Tse Y., Metreweli C.; *Sonography of Nonmammary Malignancies of the Breast*; *AJR*; 1999