

Carcinoma de mama metastásico en ganglios axilares con linfoma no Hodgkin

Presentación de un caso

M.^a José Añón Requena¹, Rosario Guerrero Cauqui¹, Natalia García Gómez¹, Manuel Beltrán Ruiz-Henestrosa¹, José Pérez Requena¹, José Antonio Contreras Ibáñez²

¹ Servicio de Anatomía Patológica. ² Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario «Puerta del Mar». Cádiz. mjareq@hotmail.com

RESUMEN

La larga supervivencia de pacientes diagnosticados de neoplasia maligna tras exitosos tratamientos ha incrementado la aparición de segundas neoplasias. Presentamos un caso de una mujer de 74 años con un carcinoma ductal infiltrante de mama. Todos los ganglios linfáticos axilares estaban ampliamente afectados por linfoma no Hodgkin, y 2 ganglios linfáticos mostraron metástasis de carcinoma. El interés de nuestro caso radica en la coexistencia de ambos tumores en los ganglios linfáticos axilares.

Palabras clave: Carcinoma de mama, linfoma, tumor de colisión.

Concurrent metastatic breast carcinoma and malignant lymphoma in lymph nodes. Report of a case

SUMMARY

The long survival of patients diagnosed with malignant neoplasm after successful treatments has increased the incidence of second neoplasms. We report a case of a 74-year-old woman with an invasive ductal breast carcinoma. All axillary lymph nodes were extensively affected by non-Hodgkin's lymphoma, and two lymph nodes demonstrated metastatic carcinoma. The interest of our case resides in the coexistence of both tumors in the axillary lymph nodes.

Key words: Neoplasms, multiple primary, carcinoma, ductal, breast, lymphoma.

INTRODUCCIÓN

La larga supervivencia de pacientes diagnosticados de neoplasia maligna, tras exitosos tratamientos, ha incrementado la incidencia de una segunda neoplasia. La aparición de segundas neoplasias primarias en una misma persona puede ser consecuencia de varios factores: azar, presencia de factores de susceptibilidad en el huésped (predisposición genética o inmunodeficiencia), exposición a efectos carcinogénicos o relacionados con el tratamiento del primer tumor primario (1). Presentamos un caso de carcinoma de mama metastásico en ganglios linfáticos axilares afectados de linfoma no Hodgkin (LNH). La peculiaridad

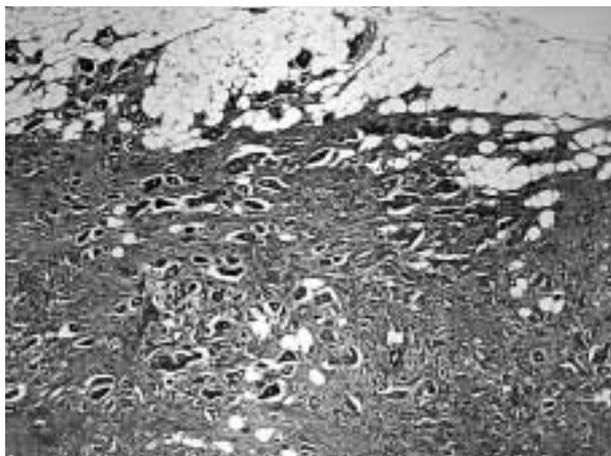


Fig. 1: Carcinoma ductal infiltrante de mama (HE, 100x).

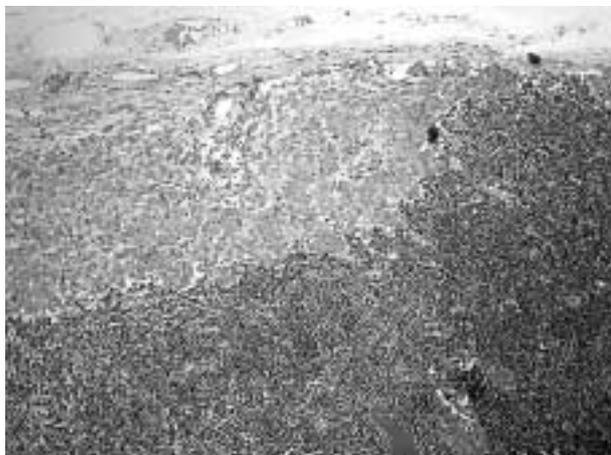


Fig. 2: Coexistencia de dos focos metastásicos subcapsulares de carcinoma de mama, de de 0,2 y 0,3 cm, respectivamente, y afectación por linfoma en un ganglio axilar (HE, 200x).

de nuestro caso reside no sólo en la rareza de esta asociación en el mismo paciente sino en la coexistencia en ganglios linfáticos de ambas patologías.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 74 años que desde hace 17 años está siendo tratada con Clorambucil por padecer Leucemia Linfóide Crónica llegando a alcanzar una cifra de 120.000 leucocitos/microl. de los que el 89% correspondían a linfocitos. Actualmente, tiene 21.220 leucocitos/microl. de los que 17.170 son linfocitos. En diversas revisiones se han detectado pequeñas adenopatías cervicales, axilares e inguinales de tamaño no superior a 1 cm.

Recientemente, la paciente nota, en mama derecha, un nódulo de unos 3 cm de diámetro máximo, que se diagnostica mediante biopsia tru-cut de carcinoma ductal infiltrante. Se realiza mastectomía radical de la mama derecha objetivándose, en la unión de cuadrantes superiores, un nódulo de 3 cm de diámetro correspondiente a carcinoma ductal infiltrante (fig. 1) con expresión positiva para estrógenos y para progesterona del 80 y del 15% de las células tumorales, respectivamente. Asimismo, se evidencia ausencia de inmunotinción de membrana para *cerbB-2*. En 2 ganglios linfáticos del nivel I, de los 27 aislados en todo el vaciamiento axilar, se aprecian sendos focos metastásicos subcapsulares (figs. 2 y 3), no superiores a 3 mm de diámetro,

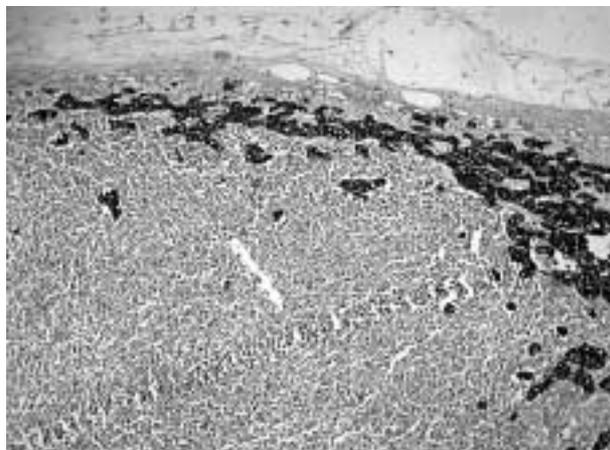


Fig. 3: Metástasis ganglionar de carcinoma, con inmunotinción positiva de las células epiteliales con citoqueratinas (CK, 200x).

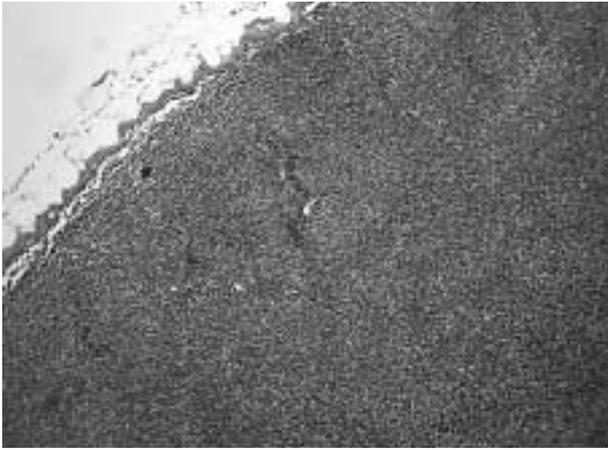


Fig. 4: Población linfoide difusa en los ganglios, con patrón vagamente nodular (HE, 40x).

por el carcinoma mamario. En éstos y en la mayoría de los ganglios aislados se observa borramiento de la arquitectura y rebasamiento focal de la cápsula a expensas de una amplia población linfoide atípica difusa, con presencia de focos mal definidos de centro claro configurando un patrón vagamente nodular (fig. 4), integrada por elementos de pequeña y mediana talla. Con inmunohistoquímica se evidencian, en dichas células linfoides, expresión positiva para CD20 (fig. 5); CD79a; CD5 (fig. 6); CD43 y CD23, junto a expresión negativa para CD10 y CD3; así como, un índice de proliferación nuclear (Ki67), aproximadamente del 35%. Con la referida imagen microscópica y el perfil inmunohistoquímico reseñado, dicho cuadro linfoproliferativo corresponde a un linfoma linfocítico de células pequeñas.

DISCUSIÓN

La asociación de hemopatías malignas con otras neoplasias sólidas es un fenómeno conocido aunque poco frecuente. En relación a la aposición de segundas neoplasias en enfermos con tumores hematológicos, Niitsu y cols. (2) estudiaron en 674 pacientes diagnosticados de neoplasias de la sangre, la presencia de neoplasias múltiples. Observaron que la frecuencia de dos o más enfermedades neoplásicas por paciente fue del 8,3% (56 casos) y fue significativamente más alta en pacientes mayores (21,5%) que en jóvenes

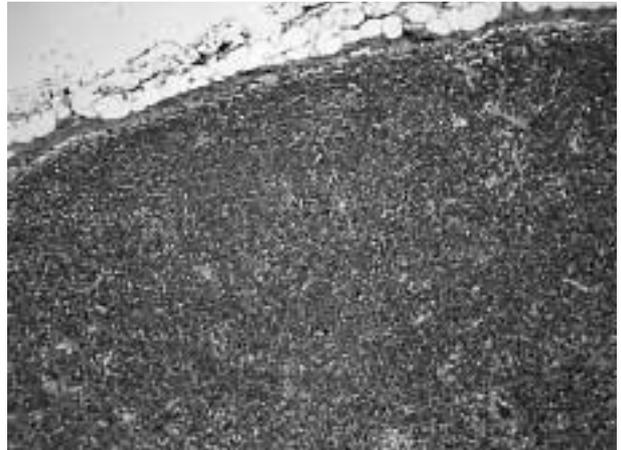


Fig. 5: Inmunotinción positiva difusa para CD20 (CD20, 40x).

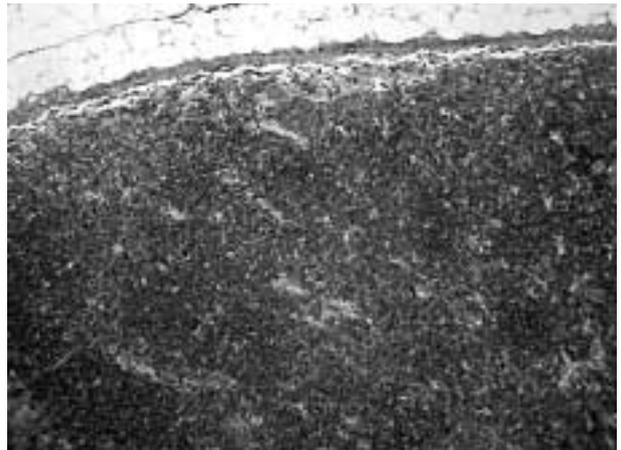


Fig. 6: Inmunotinción positiva de las células linfoides para CD5 (CD5, 40x).

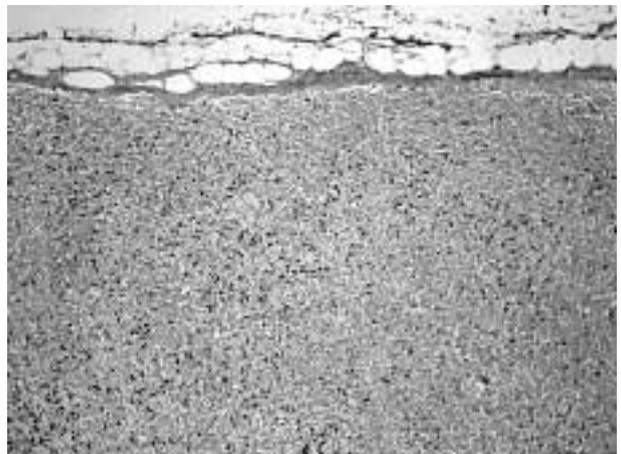


Fig. 7: Índice de proliferación del linfoma del 35% (Ki67, 100x).

(2,6%). Las condiciones más habitualmente asociadas a neoplasia múltiple fueron mieloma, síndromes mielodisplásicos, LNH y Leucemia Mieloi-de Crónica. Los tumores sólidos más comúnmente hallados fueron diagnosticados en estómago, colon, mama y esófago. Revisada la bibliografía al respecto se aprecia que la simultaneidad tumoral en un mismo órgano de adenocarcinoma y linfoma gástricos es la más frecuente, tal vez relacionada por el papel etiopatogénico común a ambas neoplasias del *Helicobacter pylori*.

Woolam y cols. revisaron 26 casos de cánceres metastásicos a un segundo primario, de los cuales tan sólo 3 correspondían a metástasis de carcinoma de mama y sólo uno había metastatizado ganglios linfáticos axilares afectados de linfoma linfocítico de células pequeñas (3), al igual que nuestro caso. Con posterioridad, Luciana y cols. publicaron un nuevo caso y localizaron, en la literatura, otros dos casos de carcinoma de mama en ganglios linfáticos afectados de LNH (4). Sorprende el bajo número de casos publicados de carcinoma de mama con metástasis en LNH. Así mismo, tan sólo hemos localizado un caso de metástasis por carcinoma de mama en ganglios afectados de enfermedad de Hodgkin (5). Las causas de dicha baja incidencia no son bien conocidas. No obstante, la obliteración de canales linfoganglionares por células linfoides tumorales y el papel de mediadores químicos inflamatorios, como el factor de necrosis tisular, pueden jugar un papel relevante en la invasión de ganglios linfomatosos por células tumorales de mama (4).

Desestimar este tipo de situación patológica, obviando la posible presencia simultánea de dos tumores en un mismo ganglio linfático puede dar lugar a implicaciones terapéuticas no deseadas.

En esos casos las adenopatías pueden ser interpretadas clínicamente como progresión de la enfermedad neoplásica conocida por lo que no se solicitan estudios cito-histopatológicos. El oportuno estudio cito-histológico de dichas adenopatías puede facilitar la administración de un adecuado tratamiento para cada proceso tumoral. El pronóstico, en pacientes con neoplasias múltiples en los que cada tumor primario sea apropiadamente tratado, puede ser más favorable que en aquellos con un único proceso tumoral ensombrecido por la existencia de metástasis a distancia. En el caso que presentamos, valorando las características del comportamiento habitual y el estadio alcanzado por cada neoplasia, el pronóstico va a depender, en gran medida, del curso evolutivo del proceso tumoral mamario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tucker MA. Secondary cancers. En: De Vita VT et al. Cancer. Principles and Practice of Oncology. 4.^a ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Co; 1993. p. 2407-16.
2. Niitsu N, Umeda M. Double cancer in elderly patients with hematologic malignancies. Nippon Ronen Igakkai Zasshi 1996; 33: 269-72.
3. Woolam GL, Bearhs OH, Van Vliet PD. Adenocarcinoma of the breast metastatic to malignant lymphoma. JAMA 1966; 195: 179-81.
4. Luciana A, Stefano B, Paolo D, Enrico T, Gianfranco P. Breast carcinoma metastatic to a lymphoma: report of a case with review of literature. Histopathology 1999; 34: 87-9.
5. Allal AS, Weintraub J, Remadi S, Abele R. Concurrent interfollicular Hodgkin's disease and metastatic breast carcinoma in lymph nodes. Pathology International 1996; 46: 787-90.