

CASOS SAR: CASO 2



Anabel García Barrado

Hospital Universitario Miguel Servet

CASOS SAR: CASO 2

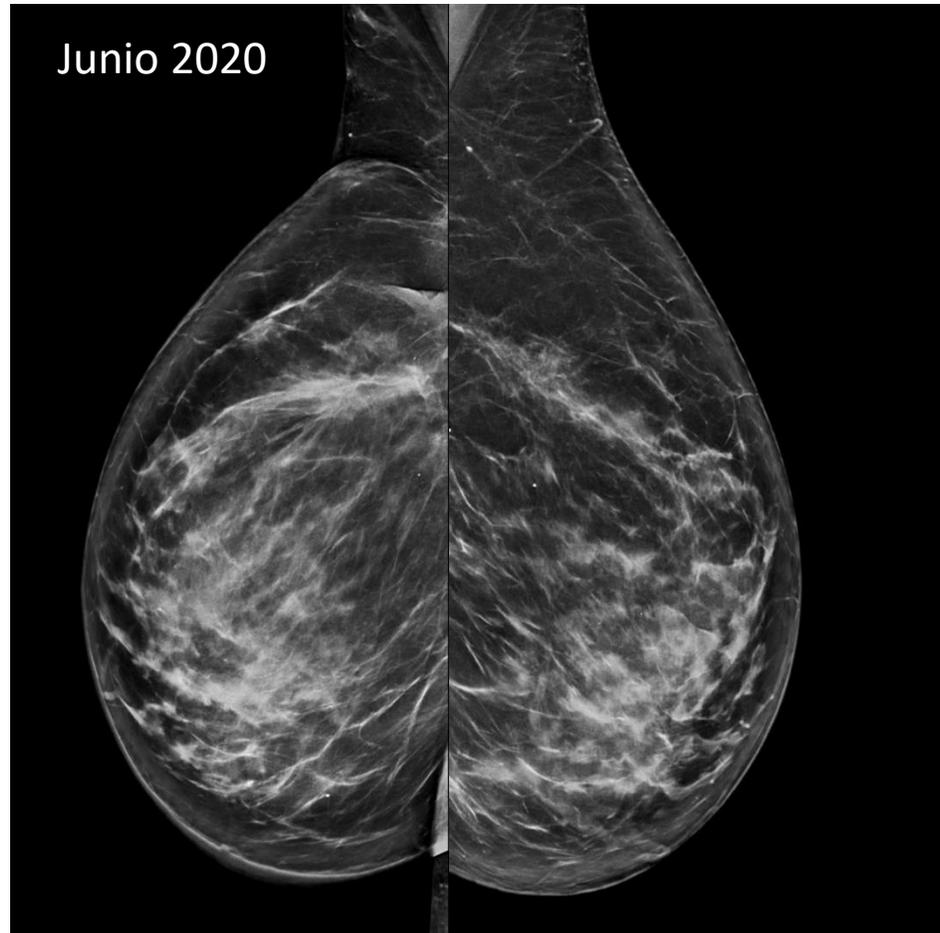
Mujer de 67 años con antecedentes personales de carcinoma ductal infiltrante de mama derecha (pT2 pN1a Estadio IIB) tratado con cirugía conservadora + QT + RT + HT en 2014

Último control mamográfico en Junio de 2020 estable

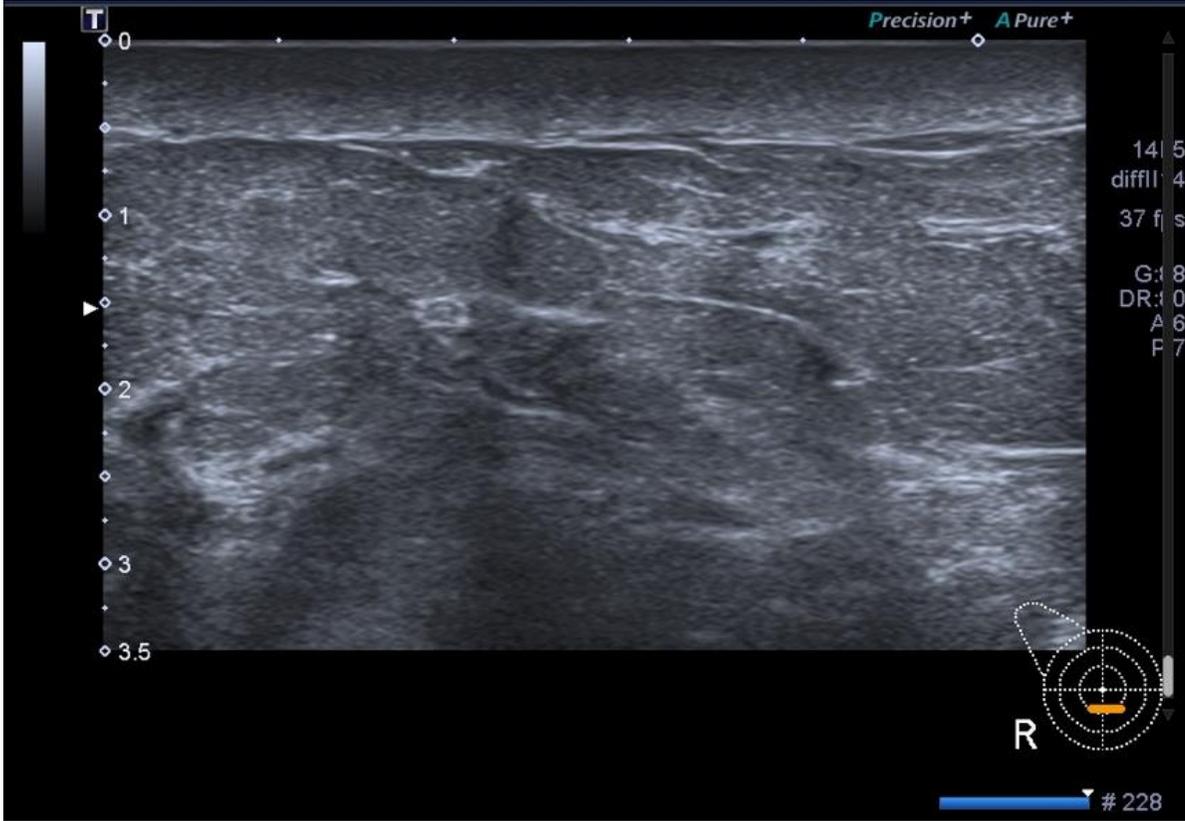
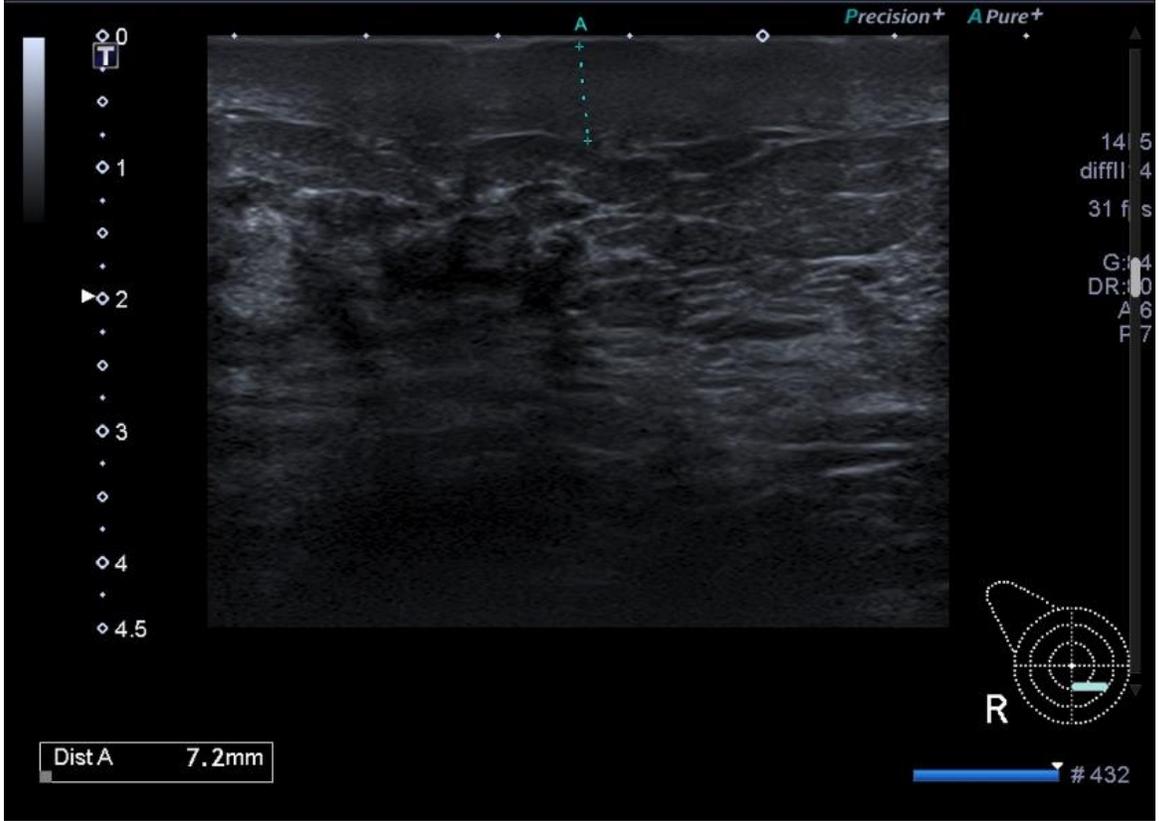
En octubre de 2020 consulta por induración de la mama derecha (MD) con lesiones cutáneas eritemato-violáceas.



Mamografía en proyecciones MLO de ambas mamas

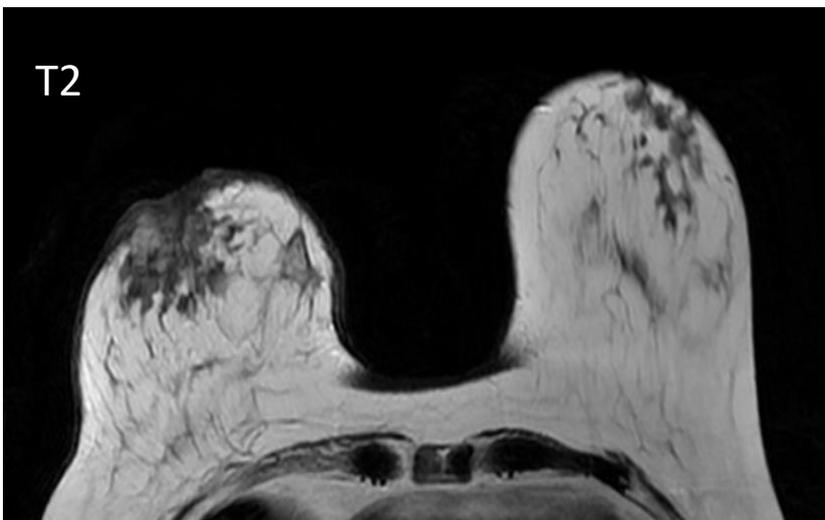


Ecografía mamaria

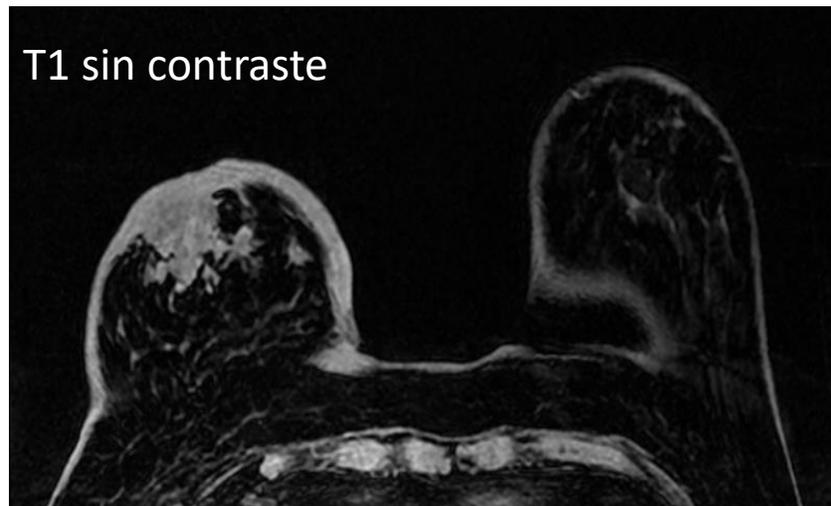


RM mamaria estudio dinámico

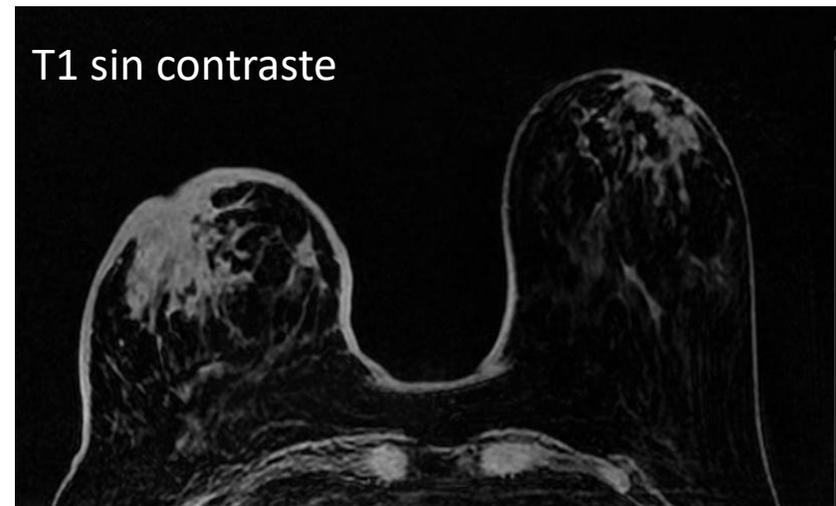
T2



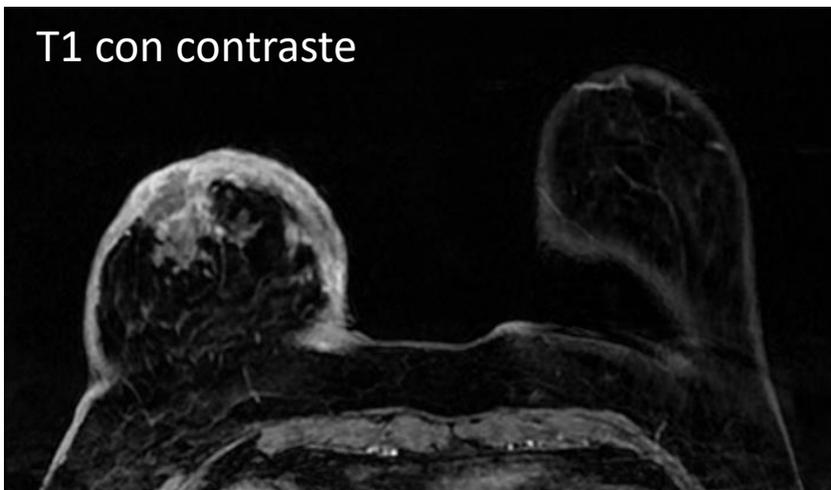
T1 sin contraste



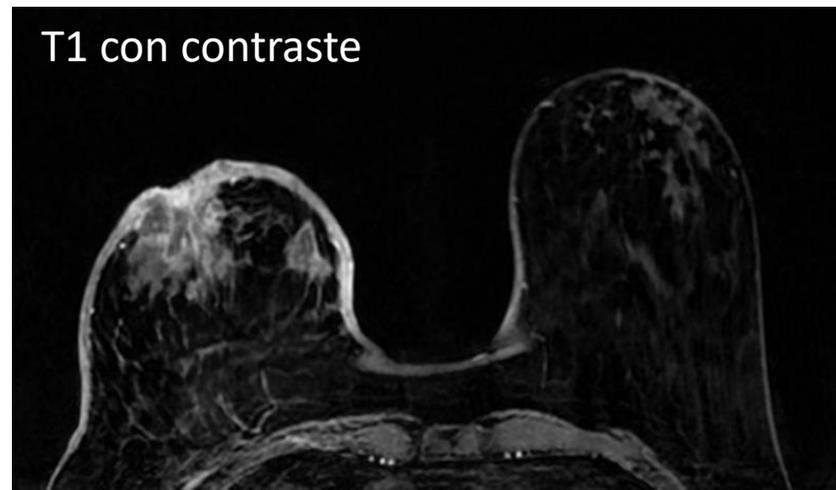
T1 sin contraste



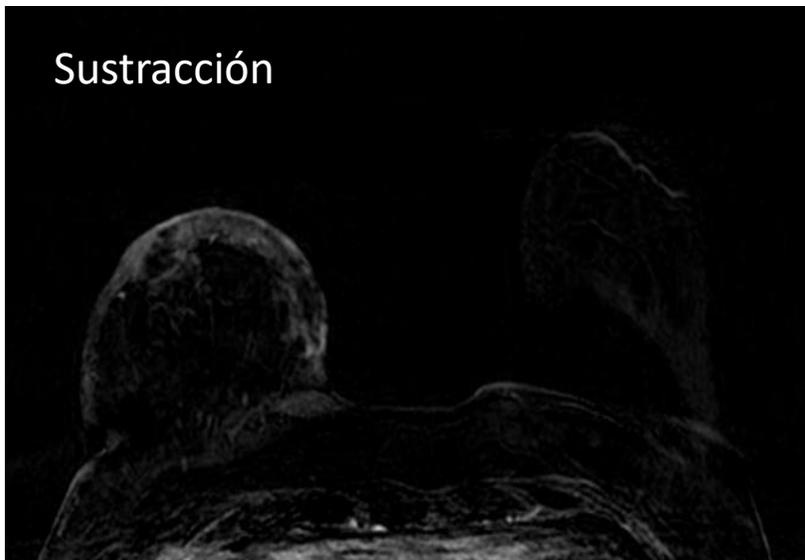
T1 con contraste



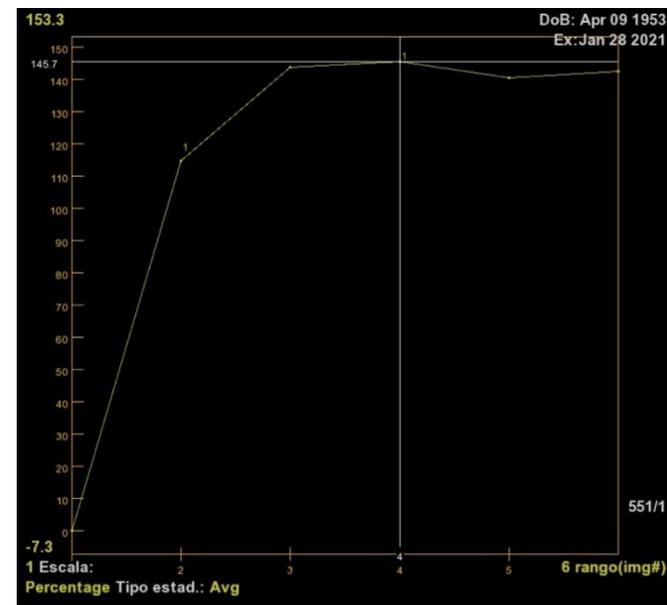
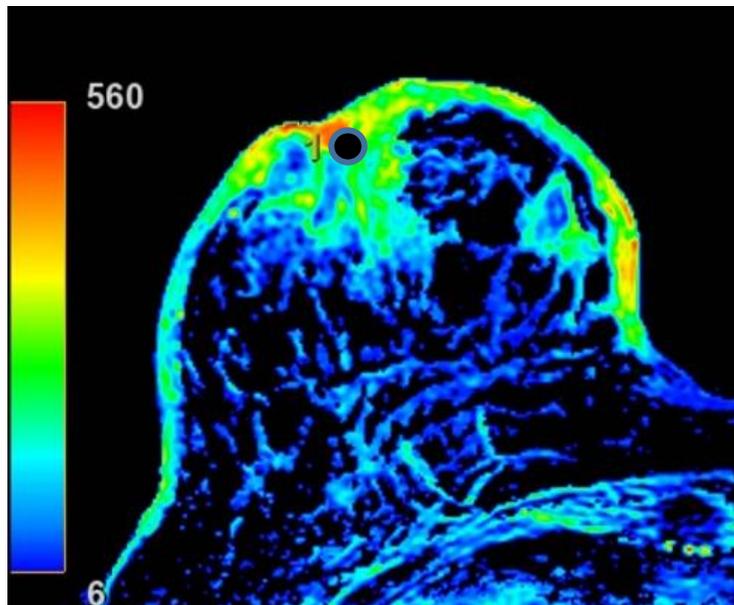
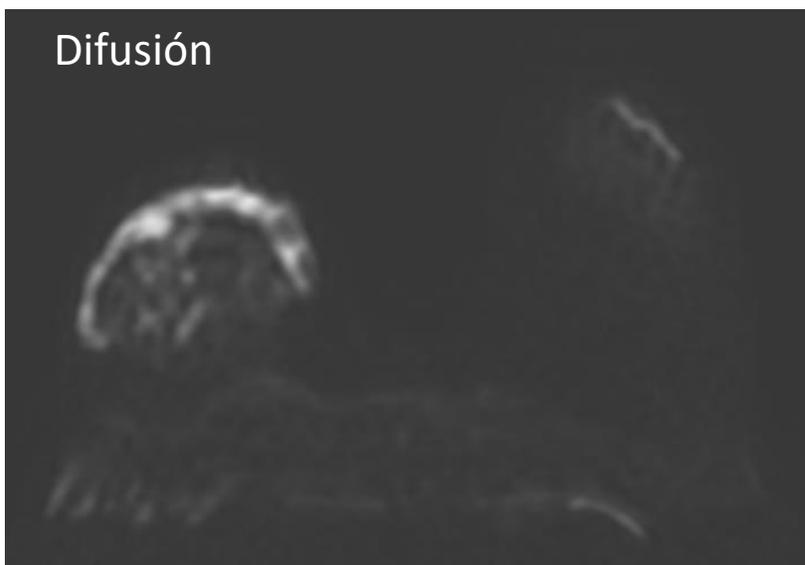
T1 con contraste



Sustracción



Difusión



Mapa paramétrico de color



1. ¿Cuál sería tu informe radiológico de la mamografía y ecografía y qué recomendarías?

- A. Estudio dentro de la normalidad (BI RADS 1). Controles habituales.
- B. Cambios morfológicos en MD en relación a sus antecedentes, estable con respecto a control previo (BI RADS 2). Control anual.
- C. Cambios morfológicos en MD en relación a sus antecedentes con engrosamiento cutáneo en cuadrantes inferiores (CCII) de MD (BI RADS 3). Control mamográfico y ecográfico en 6 meses.
- D. Cambios morfológicos en MD en relación a sus antecedentes con engrosamiento cutáneo en CCII de MD de nueva aparición (BI RADS 4). Se recomienda biopsia cutánea (punch).
- E. Distorsión espiculada con microcalcificaciones en plano posterior de cuadrantes superiores (CCSS) de MD sospechosa de malignidad (BI RADS 5). Se recomienda biopsia con aguja gruesa (BAG).

2. Describe los hallazgos por RM

- A. Cambios en MD en relación a cuadrantectomía previa sin realces sospechosos
- B. Cambios posquirúrgicos en MD con realce tipo no masa en región retroareolar con curvas funcionales inespecíficas (tipo 1)
- C. Engrosamiento cutáneo en CCII de MD con realce heterogéneo nodular asociado a un realce tipo no masa retroareolar con curvas funcionales sospechosas (tipo 2)
- D. Engrosamiento cutáneo y retracción de complejo área pezón (CAP) de MD con múltiples realces nodulares retroareolares de distribución ductal con curvas funcionales inespecíficas (tipo 1)
- E. Engrosamiento cutáneo post-radioterapia en MD sin otros hallazgos sospechosos

3. ¿Qué diagnóstico de entre los siguientes es el más probable?

- A. Enfermedad de Paget del pezón de MD
- B. Angiosarcoma de MD
- C. Recidiva local de carcinoma de MD
- D. Papilomatosis múltiple de MD
- E. Cambios morfológicos y post-radioterapia de MD

Respuestas correctas

1D Cambios morfológicos en MD en relación a sus antecedentes con engrosamiento cutáneo en CCII de MD de nueva aparición (BI RADS 4). Se recomienda biopsia cutánea (punch)

2C Engrosamiento cutáneo en CCII de MD con realce heterogéneo nodular asociado a un realce tipo no masa retroareolar con curvas funcionales sospechosas (tipo 2)

3B Angiosarcoma de MD

Angiosarcoma de mama

Los angiosarcomas de mama son tumores malignos agresivos poco frecuentes que derivan de células endoteliales. Pueden ser primarios o secundarios.

Los primarios son muy poco frecuentes (0,04% de todos los tumores malignos de mama) y aparecen de forma esporádica en mujeres entre 30-40 años como una masa palpable.

Los secundarios tienen un factor etiológico predisponente que puede ser la radioterapia o el linfedema crónico. Los secundarios a RT se denominan radioinducidos y aparecen en mujeres de mayor edad (> 60 años) que tras un cáncer de mama se han sometido a cirugía conservadora con radioterapia. Presentan un periodo de latencia tras RT de 5-7 años.

Los angiosarcomas que se desarrollan en la extremidad superior, en pacientes tratadas con mastectomía radical que presentan un linfedema crónico, se pueden encuadrar dentro del denominado síndrome de Stewart-Treves.

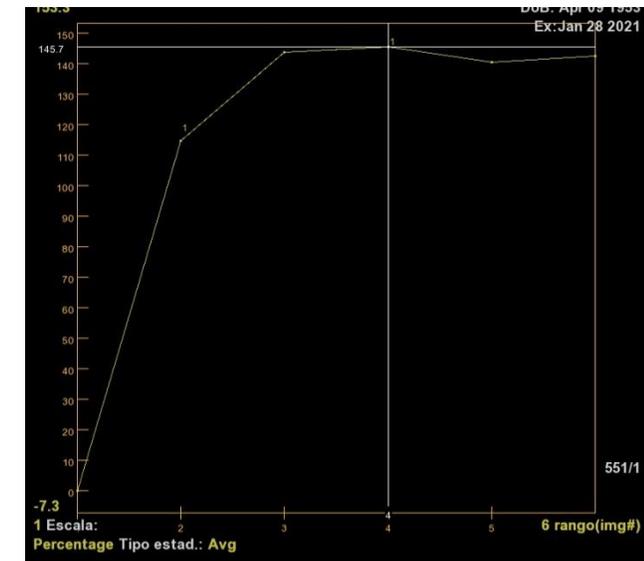
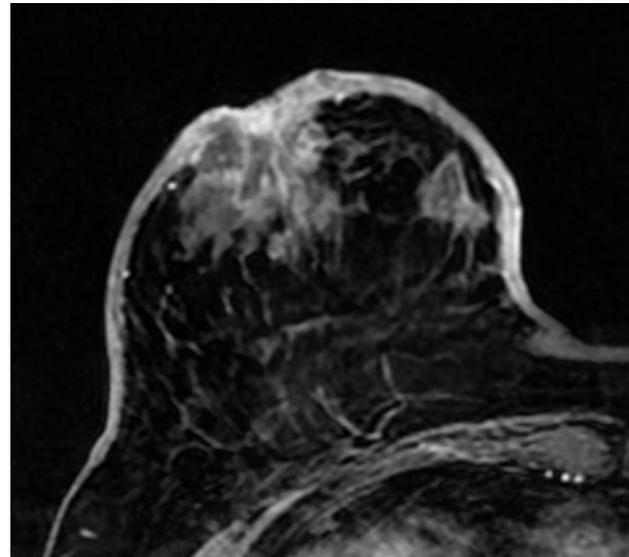
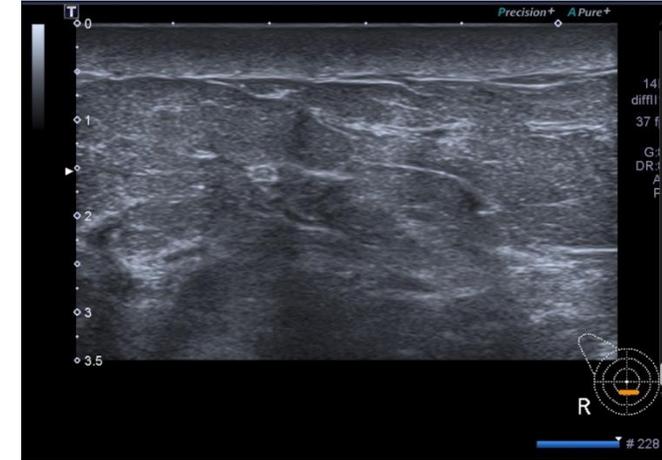
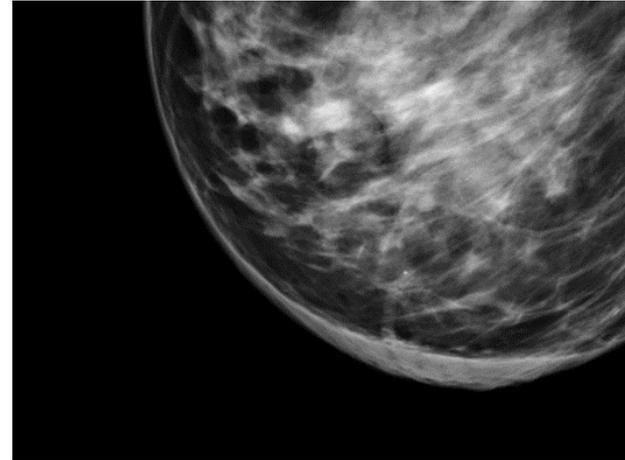
Suele presentarse en forma de máculas, pápulas, equimosis, engrosamiento cutáneo y ulceración. El diagnóstico diferencial incluye otras lesiones vasculares principalmente como hemangiomas o angiomas, pero debe incluir también el carcinoma inflamatorio, vasculitis o incluso lesiones de origen infeccioso.



En mamografía pueden pasar desapercibidos. Lo más frecuente es que se visualice engrosamiento cutáneo, que puede confundirse con cambios post-radioterapia. En caso de que exista alteración parenquimatosa pueden observarse masas asimétricas mal definidas.

En ecografía el engrosamiento cutáneo también es difícil de diferenciar de cambios post-radioterapia. Las masas intraparenquimatosas aparecen como áreas heterogéneas de alteración de la arquitectura normal.

En RM presentan rápida captación de contraste con posterior fase de meseta o lavado. Pueden verse como una masa inespecífica con captación que en ocasiones muestra un realce interno heterogéneo.



El pronóstico de las pacientes que presentan un angiosarcoma de mama secundario a radioterapia se asocia al grado histológico y tamaño de la lesión.

La recurrencia es un indicativo de mal pronóstico y puede acompañarse de metástasis.

Puede metastatizar a pulmón, hueso e hígado, y se han descrito también metástasis en la mama contralateral.

La supervivencia global a los 5 años es del 12-20% y la supervivencia media es de 18-28 meses.

El tratamiento de elección es la mastectomía. Generalmente no se realizará linfadenectomía axilar debido a la escasa tendencia de la neoplasia a utilizar la vía linfática para metastatizar; quedará restringida a los casos en que se constate linfadenopatía mediante exploración clínica.

La quimioterapia puede reducir la tasa de recidivas locales y se ha propuesto la utilización de radioterapia hiperfraccionada en los tumores de rápido crecimiento.

Los hallazgos de un engrosamiento cutáneo y cambios en la coloración de la piel del área radiada en el seguimiento de una paciente tratada con cirugía conservadora deben hacernos sospechar la existencia de un angiosarcoma radioinducido.

En nuestro caso estos hallazgos aconsejaron la realización de un punch cutáneo cuyo diagnóstico histológico fue: *Fragmento de piel con proliferación vascular con atipia, con crecimiento sólido focal, acorde con angiosarcoma. Atipia marcada y presencia de 4 mitosis por 10 campos de gran aumento. Sin evidencia de necrosis.*

Con el diagnóstico anatomopatológico se realizó una RM mamaria donde se apreciaba en mama derecha engrosamiento cutáneo más acusado en cuadrantes inferiores de hasta 11 mm de espesor, con realce heterogéneo nodular, en el contexto de diagnóstico de angiosarcoma. Existía invasión del tejido parenquimatoso en plano anterior retroareolar, con un realce tipo no masa heterogéneo de distribución en múltiples regiones acorde con afectación multicéntrica. No se identificaban adenopatías axilares ni en la cadena mamaria interna.

El estudio de extensión con TC toracoabdominal y PET-TAC fue negativo.

Actualmente la paciente se ha incluido en el ensayo GEIS-69 y está en tratamiento con Nivolumab + sunitinib con mala respuesta clínica.

Si te interesa el tema puedes consultar <https://dx.doi.org/10.1594/seram2012/S-0935>