

CÁNCER DE MAMA. ULCERACIÓN CUTÁNEA EN PACIENTE AÑOSA

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 1515-3460

Buenos Aires

Ramos de Faria G, Belardo A. Cáncer de mama. Ulceración cutánea en paciente añosa. *Rev Arg Med* 2016;4[11]:179-181

BREAST CANCER. SKIN ULCERATION IN AN ELDERLY PATIENT

Guilherme Ramos de Faria, Alejandra Belardo

Recibido: 11 de julio de 2016.

Aceptado: 22 de agosto de 2016.

Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires.

RESUMEN

El cáncer de mama en etapas iniciales se presenta de manera subclínica en la mayoría de los casos (y solamente es detectable en estudios por imagen) y, en menor proporción, por evidencia clínica (tumores palpables que, hasta en un 30% de los casos, se asocian a adenopatías axilares). Por su parte, los tumores localmente avanzados pueden generar cambios cutáneos como edema, ulceración, etc., y asimismo acompañarse de la afectación de ganglios como los supra e infraclaviculares homolaterales. En algunos casos, una lesión en la piel puede ser la forma de presentación de un tumor primario desconocido y generalmente se asocia a mal pronóstico. En estos casos, se requiere la confirmación del diagnóstico presunto y la instauración inmediata de un tratamiento. No obstante, no siempre la conducta es clara –y tal es la situación del caso clínico en cuestión–, ya que las pacientes muchas veces presentan comorbilidades y patologías de base que dificultan el manejo clínico, reducen las opciones disponibles para la toma de decisiones y obligan a una evaluación exhaustiva de las circunstancias del caso, y se pueden poner en tela de juicio las recomendaciones indicadas en las guías internacionales.

PALABRAS CLAVE. Cáncer de mama, úlcera cutánea, tratamiento.

ABSTRACT

Breast cancer in early stages appears as subclinical in most cases (and it is only detectable by imaging studies) and, to a lesser degree, may be detected by clinical evidence (palpable tumors which, up to 30% of cases, are associated with axillary adenopathies). On the other hand, locally advanced tumors may cause cutaneous changes, such as edema, ulceration, etc., and can also be accompanied by compromised lymph nodes, such as the supra- and infraclavicular homolateral lymph nodes. In some cases, a skin lesion can be the manifestation of an unknown primary tumor, and this is usually associated with bad prognosis. In these cases, confirmation of the presumed diagnosis and immediate administration of proper treatment are required. However, not always is it clear which action to take –and such is the situation of the clinical case discussed–, since patients often have comorbidities and underlying diseases which make clinical management difficult, reduce the options available for decision-making, and force physicians to make a thorough evaluation of the circumstances of the case, and therefore, the recommendations by international guidelines can be called into question.

KEY WORDS. Breast cancer, cutaneous ulcer, treatment.

Los autores manifiestan no poseer conflictos de intereses.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Dr. Guilherme Ramos de Faria. Potosí 4234 (C1199ACL) CABA. Tel.: (+5411) 4983-2624. Correo electrónico: drguilhermeramosdefaria@gmail.com

Introducción

El cáncer de mama en etapas iniciales se presenta de manera subclínica en la mayoría de los casos (y solamente es detectable en estudios por imagen) y, en menor proporción, por evidencia clínica (tumores palpables que, hasta en un 30% de los casos, se asocian a adenopatías axilares). Por su parte, los tumores localmente avanzados pueden generar cambios cutáneos como edema, ulceración, etc., y asimismo acompañarse de la afectación de ganglios como los supra e infraclaviculares homolaterales (1).

En algunos casos, una lesión en la piel puede ser la forma de presentación de un tumor primario desconocido y generalmente se asocia a mal pronóstico (2). En estos casos, se requiere la confirmación del diagnóstico presunto y la instauración inmediata de tratamiento. No obstante, no siempre la conducta es clara –y tal es el caso clínico en cuestión– ya que las pacientes muchas veces presentan comorbilidades y patologías de base que dificultan el manejo clínico, reducen las opciones disponibles para la toma de decisiones y obligan a una evaluación exhaustiva de las circunstancias del caso; así, se pueden poner en tela de juicio las recomendaciones indicadas en las guías internacionales.

Presentación del caso

Se presenta una paciente femenina de 88 años, con antecedentes de enfermedad de Alzheimer y problemas deglutorios como secuela de un accidente cerebrovascular ocurrido en 2014. La paciente consulta en mayo de 2015 por una herida en la mama derecha y episodios de disnea agravados en los últimos días. En el examen físico se constata la presencia de una úlcera cutánea, presumiblemente de origen tumoral, con un diámetro mayor de 2 cm, ubicada en hora nueve y próxima al pezón. En la palpación se evidencia tumoración subyacente y ausencia de ganglios axilares y supraclaviculares. Además, se auscultan estertores en ambos pulmones. El examen de laboratorio no presenta particularidades. La paciente y los familiares desconocen la fecha de la última mamografía realizada.

Se llega a la conclusión de que una lesión con estas características clínicas puede tratarse de una patología maligna, pero se explica a la paciente y sus familiares que para realizar un diagnóstico de certeza se requieren una serie de estudios a los cuales la paciente no está en condiciones de someterse dado su delicado estado de salud. Por involucrar a una paciente añosa y con deterioro en su función respiratoria (condición que debería tener prioridad para estudio y resolución), se prefiere adoptar una conducta inmediata. Por tal motivo, se propone iniciar tratamiento diagnóstico con tamoxifeno y reevaluación a los tres meses (con pautas de alarma para con-

sulta inmediata con sobretorno). Finalmente, se le indica una consulta con el servicio de geriatría para efectuar una evaluación funcional que brinde un mejor entendimiento de la situación clínica de la paciente y permita estimar su riesgo quirúrgico.

Comentario

La evidencia clínica sugiere que, como tratamiento farmacológico, las mujeres posmenopáusicas deberían recibir preferentemente inhibidores de la aromataza (IA) si las características tumorales y el perfil individual del paciente apoyan esta elección (3-6). Comparados a tamoxifeno, los IA se han asociado a una menor tasa de recidiva pero a la misma supervivencia (7-9). No obstante, si bien la evidencia clínica sugeriría su preferencia, el tratamiento de inicio con tamoxifeno y el subsiguiente cambio a IA constituye una de las mejores estrategias y es tan válida como la terapia única con IA (9,10). Debido a esto cabe reflexionar sobre la elección de tratamiento efectuada; sin la posibilidad de realizar estudios que comprueben la factibilidad de usar uno u otro esquema, se decide instaurar un tratamiento con tamoxifeno durante tres meses para luego comprobar la respuesta terapéutica y, tal vez entonces, con los otros problemas clínicos en vías de resolución, reevaluar el curso de acción apuntado a la patología mamaria. Podría decirse que en un caso como el planteado, la ventaja de la terapia endocrina neoadyuvante puede contrastarse con la pérdida del posible beneficio de realizar una intervención quirúrgica temprana (4). No obstante, los tres meses invertidos para la neoadyuvancia endocrina son los que permitirían efectuar la pertinente evaluación clínica de la paciente para luego decidir si estuviera o no en condiciones de someterse a procedimientos quirúrgicos resolutivos (11). De hecho, existe evidencia de que la indicación para la cirugía por cáncer de mama no debería estar condicionada por la edad del paciente y que la forma más adecuada de determinar el riesgo quirúrgico de un paciente añoso es mediante la evaluación de su capacidad funcional (12,13).

El caso presentado se presta para un análisis crítico dado que es necesario contemplar los múltiples factores de complejidad a fin de discernir el manejo clínico más propicio. De hecho, el abordaje interdisciplinario requerido se destaca como primera medida para su resolución, lo cual pone de manifiesto cuán desafiante puede ser elegir un determinado curso de acción asumiendo todos los aspectos involucrados en la toma de decisiones. Asimismo, este caso refleja que la forma de aproximación requiere una visión integradora que permita establecer jerarquías, sobre todo en pacientes añosos en los que existe superposición de comorbilidades y patologías de base. Este quizá no sea un ejemplo de los casos más

prevalentes en la consulta al servicio de oncología ginecológica; sin embargo, su importancia deriva del hecho de que en la práctica no siempre los esquemas avalados por consenso son aplicables indefectiblemente y que los

determinantes de una situación pueden llevar a elegir conductas que pueden estar más o menos alejadas de las prácticas consensuadas, pero considerarse válidas de todas formas. [RAM](#)

Referencias bibliográficas

1. McDonald Sh, Saslow D, Alciati MH. Performance and reporting of clinical breast examination: A review of the literature. *CA Cancer J Clin* 2004;54:345-61
2. Luna AM, Alves E, Palazzolo JF y col. Metástasis cutáneas de cáncer de mama: presentación de 3 casos. *Arch Argent Dermatol* 2014;64(6):225-9
3. Harbeck N, Haidinger R. The patient experience. *Breast Cancer Res Treat* 2007;105(Suppl 1):91-103 [publicación electrónica: 3 de octubre].
4. Miller E, Lee HJ, Lulla A, et al. Current treatment of early breast cancer: adjuvant and neoadjuvant therapy. Version 1. F1000Res. 2014;3:198 [publicación electrónica: 19 de agosto]
5. Eiermann W, Paepke S, Appfelstaedt J, et al. Neo-Adjuvant Breast Cancer Study Group. Preoperative treatment of postmenopausal breast cancer patients with letrozole: A randomized double-blind multicenter study. *Ann Oncol* 2001;12:1527-32
6. Smith IE, Dowsett M, Ebbs SR, et al. Neoadjuvant treatment of postmenopausal breast cancer with anastrozole, tamoxifen, or both in combination: the Immediate Preoperative Anastrozole, Tamoxifen, or Combined with Tamoxifen (IMPACT) multicenter double-blind randomized trial. *J Clin Oncol* 2005;23(22):5108-16
7. Howell A, Cuzick J, Baum M, et al. Results of the ATAC (Arimidex, Tamoxifen, Alone or in Combination) trial after completion of 5 years' adjuvant treatment for breast cancer. *Lancet* 2005;365:60-2
8. Coates AS, Keshaviah A, Thurlimann B, et al. Five years of letrozole compared with tamoxifen as initial adjuvant therapy for postmenopausal women with endocrine-responsive early breast cancer: update of study BIG 1-98. *J Clin Oncol* 2007;25:486-92
9. Muss HB. Adjuvant treatment of elderly breast cancer patients. *Breast* 2007;16:S159-S165
10. Winer EP, Hudis C, Burstein HJ, et al. American Society of Clinical Oncology technology assessment on the use of aromatase inhibitors as adjuvant therapy for postmenopausal women with hormone receptor-positive breast cancer: status report 2004. *J Clin Oncol* 2005;23:619-29
11. Vidales LM, Cortés GH, Muñiz MM y col. Hormonoterapia como primer tratamiento en pacientes no subsidiarias de cirugía en cáncer de mama. *Progres Obstetr Ginecol* 2009;52(1):14-24.
12. Lavelle K, Sowerbutts AM, Bundred N, et al. Pretreatment health measures and complications after surgical management of elderly women with breast cancer. *Br J Surg* 2015;102(6):653-67
13. Landi PJ, Torrejón GA, Muñiz R y col. Repercusión de la cirugía torácica y abdómino-pélvica en el estado funcional del anciano. *Medicina (Buenos Aires)* 2013;73(3):231-7