



Clínica cotidiana

Siempre alerta con el cáncer de mama

José María Hernández Pérez^{a,*}, Claudia Viviana López Charry^b

^aSección de Neumología. Hospital General de La Palma. ^bServicio de Neumología. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de abril de 2018

Aceptado el 14 de mayo de 2018

On-line el 27 de septiembre de 2018

Palabras clave:

Cáncer de mama

Nódulos múltiples

Radiografía de tórax

Tumor

Keywords

Breast cancer

Multiple nodules

Thorax radiography

Tumor

R E S U M E N

La presencia de nódulos pulmonares múltiples en la radiología de tórax es un fenómeno infrecuente que obliga a descartar patología, inflamatoria, infecciosa o tumoral; la historia clínica y la exploración física detalladas son básicas en el diagnóstico diferencial.

Se presenta el caso de una mujer de 60 años de edad, que debuta con una alteración radiológica en forma de nódulos múltiples; tras la realización de diferentes pruebas complementarias, se confirma la recidiva de un adenocarcinoma de mama, después de más de una década desde su debut y en apariencia considerado "en remisión completa".

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Always alert with breast cancer

A B S T R A C T

The presence of multiple pulmonary nodules in chest radiography is an infrequent phenomenon that makes it necessary to rule out pathology, inflammatory, infectious or tumoral, with the clinical history and physical examination being very important for the diagnosis.

We present the case of a 60-year-old girl who debuted with a radiological alteration in the form of multiple nodules and that by carrying out different complementary tests confirms the recurrence of adenocarcinoma of breast, more than a decade after her debut and that apparently was considered "in complete remission".

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmherper@hotmail.com (J.M. Hernández Pérez).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2018.040>

2254-5506 / © 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Mujer de 60 años de edad, con antecedentes personales de carcinoma ductal infiltrante de la mama izquierda (pT3N0M0), intervenida mediante tumorectomía y linfadenectomía axilar ipsilateral hace 13 años, con posterior radioterapia y tratamiento con tamoxifeno adyuvante durante 5 años; controles posteriores dentro de la normalidad. Además está diagnosticada de cardiopatía isquémica con infarto agudo de miocardio y colocación posterior de 2 stents en 2103; tabaquismo activo de 20-30 cigarrillos/día desde hace 42 años (aunque en los últimos 5 años redujo el consumo a 5-10 cigarrillos/día); diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales; hipertensión arterial. No alergias medicamentosas conocidas.

La paciente acude al Servicio de Urgencias por un cuadro de tos, expectoración blanquecina y disnea progresiva de una semana de evolución. Ha acudido a consultar a su médico de familia y ha recibido antibioterapia, pero no ha habido mejoría franca del cuadro. Refiere también pérdida de peso no cuantificada en el último mes (“un agujero en el cinturón”).

En la exploración física se aprecia buen estado general y saturación arterial de oxígeno basal de 96 %. Llama la atención la existencia con la palpación en la axila derecha de una adenopatía de gran tamaño, dura. En la auscultación pulmonar destacan crepitantes de predominio en la base del hemitórax derecho. El resto de la exploración no aporta otros datos significativos.

Debido a los hallazgos encontrados en la exploración se realiza una radiografía de tórax (Fig. 1), en la que se observa la existencia de múltiples imágenes de nódulos de diferentes tamaños distribuidos por ambos hemitórax pulmonares (“imagen en suelta de globos”).

En el hemograma la cifra de hemoglobina es de 14 g/dl, leucocitosis de 10.600/mm³ con predominio de neutrófilos (60,9 %) y trombocitosis (394.000/mm³); glucemia 148 mg/dl, creatinina 1,28 g/dl y propéptido natriurético cerebral 1.264; Ag CA 15.3 739,1; resto de parámetros de función hepática e iones normales.

Se realiza una tomografía axial computerizada (TAC) de tórax, en la que se confirma la existencia de múltiples imágenes nodulares sospechosas de metástasis (“imagen en suelta de globos”), derrame pleural derecho, presencia de adenopatías paratraqueales e infracarinales de tamaño patológico, y una gran masa adenopática axilar derecha necrosada de 6 x 5,5 cm (Fig. 2).

Se realiza una broncoscopia flexible, en la que se observa un bronquio principal derecho desestructurado con signos de infiltración neoplásica y estenosis del bronquio intermediario, que no permite el paso del broncoscopio.

En el estudio anatomopatológico de las muestras obtenidas durante la broncoscopia se confirma el diagnóstico de recidiva de adenocarcinoma ductal infiltrante de mama.

Comentario

Los nódulos pulmonares múltiples son muchas veces un hallazgo casual en las pruebas de imagen (radiografía o TAC de tórax). Lo primordial es la realización de una historia clínica completa y una exploración física exhaustiva; junto con algunos datos radiológicos nos harán decantar la balanza hacia la malignidad o benignidad del proceso. Factores clínicos, como poseer mayor edad, tabaquismo e historia previa de cáncer,



Figura 1 – Radiografía posteroanterior de tórax donde se aprecia imagen en “suelta de globos”.

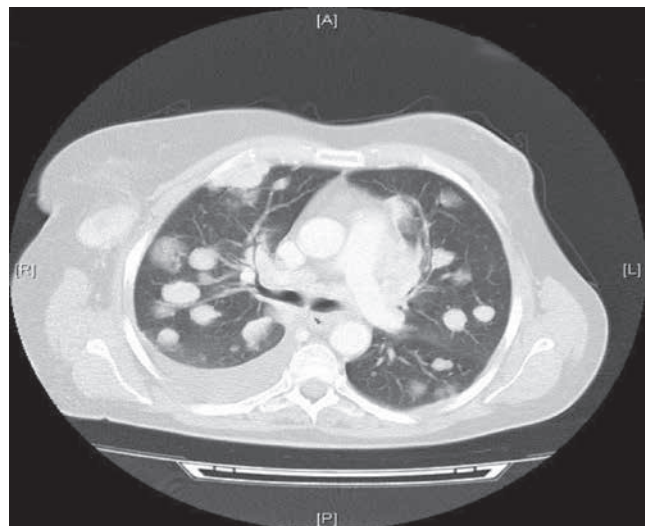


Figura 2 – TAC de tórax donde se aprecia la presencia de múltiples nódulos distribuidos por ambos hemitórax y derrame pleural derecho.

incrementan el riesgo de que las imágenes radiológicas sean de naturaleza maligna¹. Los nódulos pulmonares se pueden considerar en su mayoría benignos cuando su tamaño es menor de un cm². Los nódulos pulmonares múltiples son habitualmente manifestación del cáncer de pulmón y de otras neoplasias malignas de testículos, ovarios, riñones, mama, canal anal, melanomas y sarcomas, entre otros²; en ocasiones pueden coexistir nódulos pulmonares malignos con lesiones benignas³. Otras causas que provocan nódulos pulmonares múltiples pueden ser infecciones como la tuberculosis⁴, la histoplasmosis⁵, infecciones fúngicas⁷ o émbolos sépticos⁸. Otras enfermedades que pueden presentarse con esta típica manifestación radiológica son sarcoidosis⁹, nódulos reumatoideos¹⁰, granulomatosis de Wegener y vasculitis de Churg-Strauss¹¹.

En caso de presencia de una imagen “en suelta de globos” lo más probable es que exista un antecedente de una neoplasia previa, como ha sido el caso descrito, si bien en algunos casos puede ser el signo radiológico inicial de presentación.

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres y la que provoca mayor mortalidad, si bien cada vez la supervivencia es mayor¹². Las manifestaciones intratorácicas del cáncer de mama pueden deberse a diseminación tumoral o ser consecuencia del tratamiento recibido.

La presencia de metástasis en el momento del diagnóstico de cáncer de mama es poco frecuente y se produce en menos del 5 % de todos los casos; sin embargo, la diseminación extraglandular del cáncer puede aparecer varios años después del diagnóstico y tratamiento iniciales del tumor primario, incluso después de haberse administrado un tratamiento complementario¹³.

En nuestro caso la paciente había debutado con la neoplasia más de una década antes; a pesar de realizarse controles, que fueron normales, y darse como “neoplasia curada”, 13 años más tarde presentó diseminación metastásica pulmonar con “imagen en suelta de globos”.

El pulmón es una localización frecuente de diseminación metastásica entre los casos de cáncer de mama; tanto es así, que hasta en 57-77 % de las pacientes se presenta este tipo de afectación¹⁴.

La TAC es la técnica de elección para su diagnóstico. Las metástasis pulmonares pueden ser únicas o múltiples, de localización periférica y de diferentes tamaños¹³. En ocasiones los nódulos pueden estar cavitados, si bien este hallazgo es bastante infrecuente y se relaciona con el tratamiento quimioterápico.

En el cáncer de mama debemos permanecer atentos a cualquier variación de la sintomatología, exploración física o diferentes pruebas complementarias (incluidas las pruebas de imagen), que nos deben hacer sospechar una recidiva de la neoplasia, a pesar de que esta se considere “curada”.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Niknam F, Chen J, Napaki S, Aghmesheh M. Approach to multiple pulmonary nodule: A case report and review of literature. *ScientificWorldJournal*. 2011; 11: 760-5.
2. Mandel J, Stark P. Differential diagnosis and evaluation of multiple pulmonary nodules. En: Muller NL, King TE, Wilson KC, eds. Disponible en: www.uptodate.com [actualizado 19 julio 2010; acceso 28 marzo 2011].
3. Satué Gracias EM, De Diego Cabanes MC, Rull Pellejá B, García Gimero O. Lumbalgia aguda con imagen “en suelta de globos” en la radiografía simple de tórax. *Semergen*. 2012; 38: 251-4.
4. Kayser K, Donnwald D, Zink S, Kayser G. Small pulmonary lesions-a challenge for thoracic surgery? *Scientific World Journal*. 2001; 1: 906-13.
5. García de Lucas MD, Jurado B, Rodríguez L. Multiple pulmonary nodules as the form of presentation of tuberculosis in the adult. *An Med Interna*. 1999; 16: 380-1.
6. Gurney JW, Conces DJ. Pulmonary histoplasmosis. *Radiology*. 1996; 199: 297-306
7. Paterson DL, Singh N, Gayowski T, Marino IR. Pulmonary nodules in liver transplant recipients. *Medicine (Baltimore)*. 1998; 77: 50-8.
8. Ye R, Zhao L, Wang C, Wu X, Yan H. Clinical characteristics of septic pulmonary embolism in adults: a systematic review. *Respir Med*. 2014; 108: 1-8.
9. Shahzad H, Ur-Rehman S, Fatima K, Sharif N, Zubairi AB. Case series and literature review of multiple nodular sarcoidosis. *BMC Res Notes*. 2013; 6: 394.
10. Antin-Ozerkis D, Evans J, Rubinowitz A, Homer RJ, Matthey RA. Pulmonary manifestations of rheumatoid arthritis. *Clin Chest Med*. 2010; 31: 451-78.
11. Frazier AA, Rosado-de-Christenson ML, Galvin JR, Fleming MV. Pulmonary angiitis and granulomatosis: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 1998; 18: 687-710.
12. Gawne-Cain ML, Malthouse SR, Reidy JF, Rubens RD, Smith P, Gregory W. Radiographic patterns of intrathoracic disease in breast carcinoma: prognostic implications. *Clin Radiol*. 1993; 48: 253-7.
13. Galcerán J, Ameijide A, Carulla M, Mateos A, Quirós JR, Rojas D A. et al. REDECAN Working Group. Cancer incidence in Spain, 2015. *Clin Transl Oncol*. 2017; 19: 799-825.
14. Giménez A, Franquet T, Hidalgo A. Manifestaciones intratorácicas del cáncer de mama. *Radiología*. 2011; 53: 7-17.