

# HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS DE LAS METÁSTASIS MAMARIAS

Autores: María Florencia ARABOLAZA; María  
Laura GIL; Carolina TINETTI; María Inés PEREZ  
RENFIGES; Romina Laura MOREAU; Carla PULERO

Instituto de Oncología Ángel H. Roffo  
Servicio de Diagnóstico por Imágenes



# OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Describir los hallazgos imagenológicos de las lesiones metastásicas de mama de origen extramamario, ya que su diagnóstico correcto modifica el pronóstico y tratamiento del paciente.

## REVISIÓN DEL TEMA

Las metástasis mamarias de tumores malignos extramamarios son poco frecuentes, con una incidencia aproximada del 0,5%.

Cualquier tumor puede producirlas pero los sitios primarios más frecuentes incluyen neoplasias hematológicas, melanomas, carcinoma de células renales y menos frecuentemente el cáncer de pulmón, ovario, tiroides, sarcomas de partes blandas, tumores gastrointestinales y genitourinarios.

La mayoría de los pacientes son mujeres, mientras que en el hombre son poco frecuentes, siendo la mayoría de origen prostático.

La vía de diseminación suele ser hematógica.



## ASPECTO MAMOGRÁFICO

Se presentan como nódulos:

- Forma redonda
- Margen circunscripto
- Únicos o múltiples.

Debido a su crecimiento centrípeto, forman un nido de células tumorales que generalmente presentan márgenes bastante bien definidos y las espículas no son frecuentes.

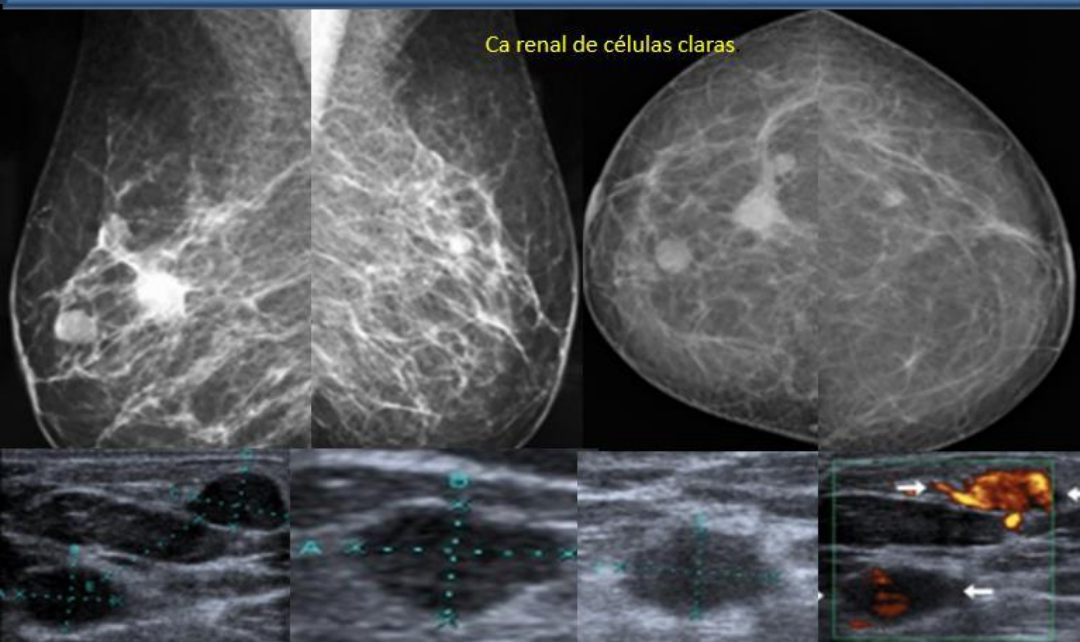
Las microcalcificaciones no son una característica distintiva, excepto en casos raros de metástasis de ovario, tiroides o carcinomas del tracto gastrointestinal productores de mucina que podrían contener calcificaciones intratumorales. También pueden presentarse como lesiones irregulares y no circunscriptos simulando lesiones primarias o como afectación difusa con edema de piel, similar al carcinoma inflamatorio.

## ASPECTO ECOGRÁFICO

Suelen presentarse como nódulos :

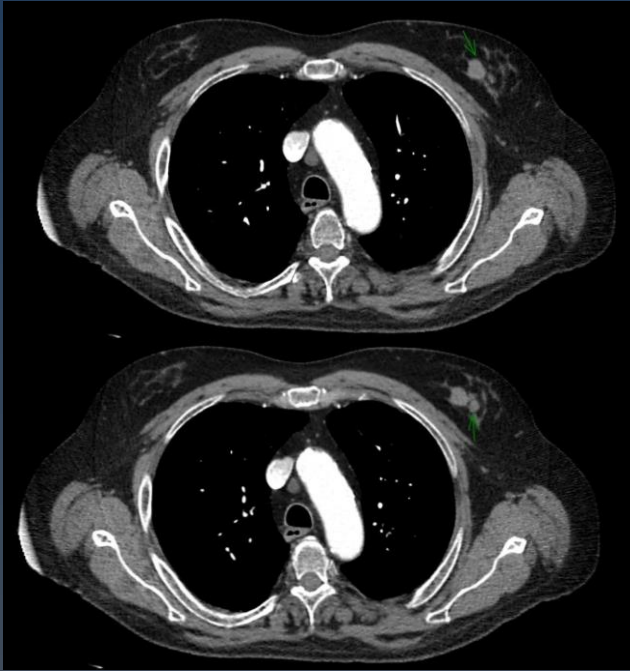
- Hipoecoicos
- Margen circunscripto
- Forma redonda u oval
- Solitarias o múltiples.
- Sin calcificaciones o distorsión arquitectural.
- Localizadas superficialmente en la mama.
- No suele asociarse a cambios secundarios en la piel o el pezón .

## CASO 1



Mujer de 49 años con antecedente de nefrectomía radical izquierda en Mayo de 2012 por Carcinoma renal de células claras (Fuhrman 3), con márgenes libres. A los 4 meses presenta progresión vesical de su enfermedad de base y 6 meses más tarde consulta por lesiones palpables en MD de reciente aparición. Se solicita Mamografía observándose en MD tres imágenes nodulares de forma oval, dos de ellas de margen circunscripto y la restante de margen indistinto y en MI pequeño nódulo sólido, de forma redonda y margen circunscripto. En ecografía se constata la presencia de tres imágenes nodulares en MD y una en MI, todas ellas con aumento de la señal Doppler color. Se categorizan BI-RADS IV, teniendo en cuenta su antecedente oncológico y reciente aparición. Se realiza biopsia core bajo guía ecográfica, con diagnóstico de Metástasis de Carcinoma Renal de Células claras.

## CASO 2



Varón de 71 años con antecedente de Ca de próstata en noviembre de 2007 (Gleason 7). PSA: 6.9ng/ml. Realizó braquiterapia y tratamiento con estradiol. Luego de un período libre de enfermedad de 52 meses presentó recidiva local (2013). Posteriormente tuvo varios períodos libres de progresión, presentó aumento del PSA en varias oportunidades (recaída bioquímica) por lo que realizó varias líneas de tratamiento. Durante el 2018 presentó progresión ganglionar abdominopelviana y ósea. En abril 2019 presenta PSA 13ng/ml. En TC de tórax se observan imágenes nodulares sólidas en MI, midiendo la dominante 16mm de diámetro máximo aproximadamente. Se realiza interconsulta con servicio de Patología mamaria.

## CASO 2 (CONTINUACIÓN)



Se realiza mamografía observándose imagen compatible con ginecomastia bilateral, observándose en MI CSI un nódulo de forma oval y margen indistintos, de mediana densidad radiológica. En ecografía se visualiza, en concordancia con lo radiológico, un nódulo hipoecoico de forma oval, de ecoestructura heterogénea y márgenes mayormente circunscriptos, en sectores angulados. Se categoriza como BI-RADS IV. Se realiza biopsia core bajo guía ecográfica, con diagnóstico de infiltración por carcinoma vinculable a origen prostático.



## ASPECTO CLÍNICO

Suele ser similar al cáncer de mama primario siendo difícil el diagnóstico diferencial. La presentación clínica más común es una lesión solitaria, aunque pueden observarse múltiples nódulos bien definidos, incluso bilaterales.

Tiende a ubicarse superficialmente en el cuadrante superior externo de la mama, a nivel del tejido subcutáneo o adyacentes al parénquima mamario (área con mayor aporte sanguíneo).

No se ha informado la retracción del pezón, aunque se ha observado adherencia al plano cutáneo. No se asocian a secreción por pezón debido a la ubicación extraductal de los mismos.

La afectación de los ganglios linfáticos axilares también se encuentra con frecuencia.

## ASPECTO CLÍNICO

Ante una lesión mamaria palpable en un paciente con antecedente oncológico debe sospecharse la posibilidad de metástasis. Siempre debe realizarse core para su estudio anatomopatológico e IHQ, siendo fundamental en éstos casos diferenciarlas de lesiones primarias de mama y determinar su origen, ya que modifica el pronóstico y tratamiento, evitando cirugías innecesarias.

# CONCLUSIÓN

Si bien los hallazgos imagenológicos de las metástasis mamarias pueden ser indistinguibles de lesiones primarias, hay ciertas características que pueden ser sugestivas de lesiones metástasicas.

Es indispensable, conocer los antecedentes oncológicos, a fin de orientar la exploración imagenológica y de informar al patólogo la sospecha para orientar la búsqueda, remarcando de éste modo, la importancia del trabajo multidisciplinario.

# BIBLIOGRAFÍA

- Breast Metastases from Extramammary Malignancies: Typical and Atypical Ultrasound Features. Sung Hee Mun, Eun Young Ko, Boo-Kyung Han, Jung Hee Shin, Suk Jung Kim, Yoon Cho. <http://dx.doi.org/10.3348/kjr.2014.15.120> pISSN 1229-6929 · eISSN 2005-8330 Korean J Radiol 2014;15(1):20-28
- Metastatic disease in the breast. M. N. Akc, ay. Ataturk University Medical Faculty, Department of General Surgery, Turkey The Breast (2002) 11, 526–528 r 2002.doi:10.1054/brst.2002.0467.
- Non-primary breast malignancies: a single institution's experience of a diagnostic challenge with important therapeutic consequences—a retrospective study. Florian E. Buisman, Linda van Gelder, Marian B. E. Menke-Pluijmers, Bob H. C. Bisschops, Peter W. Plaisier, J. Westenend. Buisman et al. World Journal of Surgical Oncology (2016) 14:166 DOI 10.1186/s12957-016-0915-4.
- Metastatic disease to the breast: the Washington University experience. Aislinn Vaughan, Jill R Dietz, Jeffrey F Moley, Mary K DeBenedetti, Rebecca L Aft, William E Gillanders, Timothy J Eberlein, Jon Ritter and Julie A Margenthaler. World Journal of Surgical Oncology 2007, 5:74. doi:10.1186/1477-7819-5-74
- Metastases to Breast: Clinico-Pathological and Radiological Correlation. Parveen Shah, Farhat Mustafa, Aiffa Aiman, Saba Shafi, Annu Charak, Danish Rafiq, Imza Feroz and Iqbal Khaliq Baba. Department of Pathology, Sher-i-Kashmir Institute of Medical Sciences, Kashmir, India.