

METÀSTASI DE MELANOMA MALIGNE A LA MAMA

Flavia María del Rosario Alberto; Lluís García Ortiz; Anna Ferran Gibert; M.Rosa Escoda Giralt.

Parc Taulí Hospital Universitari; Sabadell

Introducció:

Els tumors metastàtics a la mama són poc freqüents i representen entre el 0,2 % i l'1,1 % de totes les neoplàsies malignes mamàries. La causa més comuna de metastasi mamària és el carcinoma de mama contralateral. Les metastasis a la mama originades per tumors extramamaris de naturalesa no carcinomatosa constitueixen entitats molt infreqüents i d'aquests, el melanoma maligne destaca com una de les neoplàsies amb major capacitat de disseminació a la mama, amb una evolució clínica imprevisible i un pronòstic desfavorable. Atesa la gran prevalença del carcinoma primari de mama i la raresa de les metastasis d'origen extramamari, davant d'una lesió mamària cal considerar inicialment la possibilitat d'un tumor primari. Tanmateix, la identificació d'una metastasi d'origen no mamari és fonamental, ja que poden simular un carcinoma primari i presenten diferències significatives tant en el maneig terapèutic com en el pronòstic.

En sèries publicades, la majoria de pacients amb metastasis mamàries presentaven malaltia disseminada a altres òrgans en el moment del diagnòstic de la lesió mamària, sent el melanoma el tumor metastàtic no carcinomatós més freqüent. La punció aspirativa amb agulla fina (PAAF) constitueix una eina útil per aconseguir un diagnòstic ràpid i precís del melanoma metastàtic, amb una sensibilitat entre el 86,5 % i el 100 % i una especificitat entre el 92,3 % i el 100 %.

Cas clínic:

Dona de 64 anys, asimptomàtica, que al maig de 2024 se li realitza una mamografia de cribratge, on s'identifica una lesió de nova aparició, de morfologia nodular, de 5 mm de diàmetre, localitzada al quadrant inferior extern de la mama esquerra. L'ecografia mamària confirma que es tracta d'una lesió BIRADS-4B, sospitosa de malignitat. Es practica PAAF i biòpsia amb agulla gruixuda (BAG) en el mateix moment. Com a antecedent patològic rellevant, la pacient havia estat diagnosticada i tractada d'un melanoma maligne l'any 2012.

Troballes citològiques:

Les extensions i el bloc cel·lular presenten un fons hemàtic, amb molt escassa cel·lularitat de mida petita, distribuïda principalment de forma aïllada, de morfologia epitelioida monòtona, amb moderat citoplasma, nuclis lleugerament irregulars, cromatina finament granular i nuclèol evident. Ocasionalment presenten un aspecte més plasmocitoide, amb nucli excèntric (Figura 1). D'acord amb aquestes troballes, el diagnòstic diferencial inclou el carcinoma primari de mama, especialment el tipus lobel·lar, sense poder descartar el tipus no especial (ductal, NST), però també cal considerar les metastasis procedents d'altres localitzacions, principalment limfoma i melanoma.

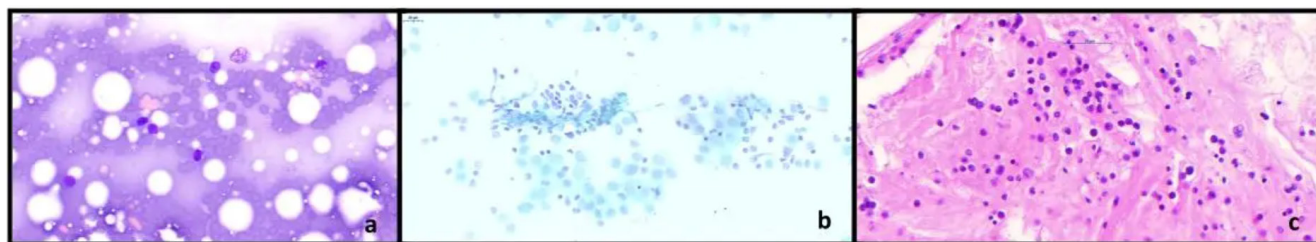


Figura 1. a) Extensions DQ 60x, b) papa 40x i c) Bloc cel·lular 40x.

Es realitza estudi immunohistoquímic sobre el bloc cel·lular, mostrant negativitat per a receptors d'estrògens i progesterona, CAM 5.2 i GATA3 (Figura 2), i positivitat per a E-cadherina, SOX10 i Melan-A (Figura 3), pel que es diagnostica citològicament de compatible amb melanoma.

Paral·lelament, la BAG de la mateixa lesió, mostra troballes morfològiques i immunohistoquímiques coincidents amb les observades a la PAAF, confirmant

així la infiltració mamària per melanoma (Figura 4).

Avaluada per oncologia, s'amplien els estudis complementaris, identificant una lesió frontal esquerra de 5-6 mm a la ressonància magnètica cranial i a l'estudi amb PET-TC, tot i que no s'observa captació a nivell mamari, s'identifica una massa hipermetabòlica a lòbul superior de pulmó dret, de 45 mm, confirmant-se infiltració per melanoma a la biòpsia realitzada, pel que es considera un melanoma metastàtic disseminat.

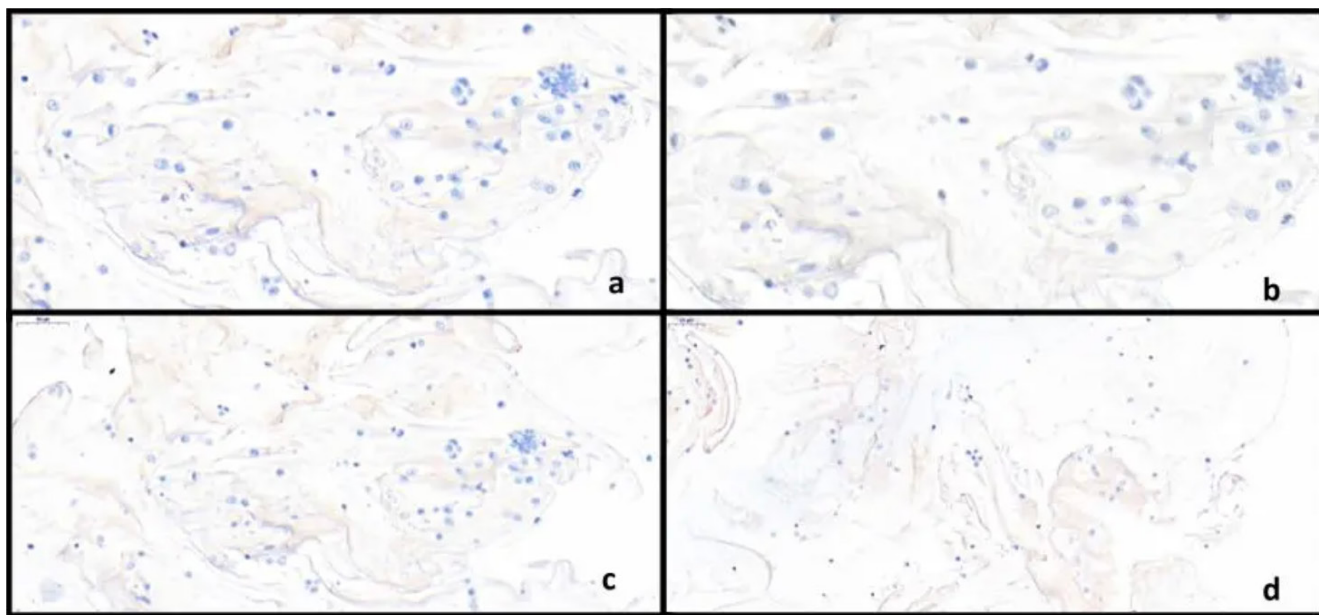


Figura 2. a)R. Estrògens 30x, b) Progesterona 30x, c) CAM 5.2 20x i d) GATA-3 20x.

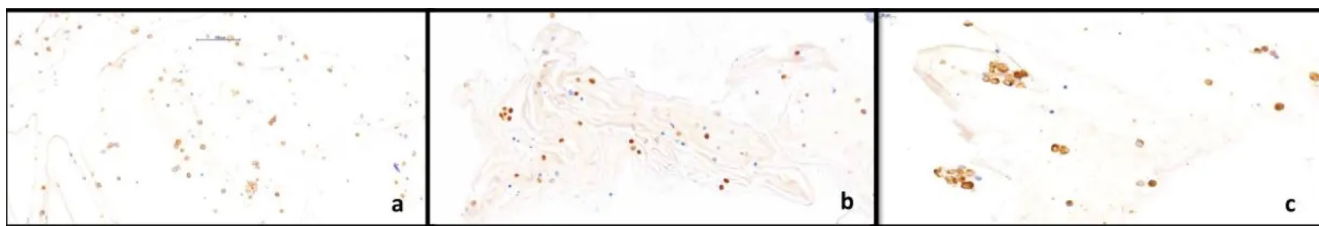


Figura 3. a)E-cadherina 10x, b) SOX-10 20x i c) Melan-A 40x.



Figura 4. a)HE BAG 40x, b) CAM 5.2 20x, i c) Melan-A 20x.

Discussió/Comentaris:

Les metàstasis mamàries són infreqüents i poden imitar tumors primaris des del punt de vista clínic, radiològic i anatomopatològic, fet que dificulta el seu diagnòstic. La causa més habitual de metàstasi a la mama són els carcinomes, principalment el carcinoma de mama contralateral, seguit dels del tracte ginecològic, pulmonar i gastrointestinal. D'altra banda, entre les neoplàsies no carcinomatoses, el melanoma i el limfoma són els que amb més freqüència metastatitzen a la mama. En aquest context, el melanoma metastàtic representa una entitat poc comuna però rellevant, que pot passar desapercebuda si no es correlaciona amb els antecedents clínics de la pacient i no es realitza un correcte estudi immunohistoquímic.

La PAAF és una tècnica útil per a un diagnòstic precoç i acurat de les metàstasis de melanoma, amb una elevada sensibilitat i especificitat. A nivell immunohistoquímic, l'expressió d'E-cadherina —una molècula d'adhesió cel·lular— s'ha detectat fins en un 70 % dels casos de melanoma. S'ha descrit que l'expressió d'E-cadherina pot variar al llarg de la progressió tumoral, i el seu paper en el desenvolupament del melanoma metastàtic és objecte d'investigació. La integració de les dades citològiques, immunohistoquímiques i clíniques és essencial per establir un diagnòstic correcte i orientar el tractament de forma adequada. ■

Bibliografia

1. Masahiro Kitada, Keisure Ozawa, Kazuhiro Sato, Satoshi Hayashi, Yoshihiko Tokusashi, Naoyuki Miyokawa, Tadahiro Sasajima. Adenoid cystic carcinoma of the peripheral lung: a case report. World Journal of Surgical oncology 2010, 8:74
2. Zhixin Chen, Jiapeng Jiang, Ying Fan, Hongyang Lu. Pulmonary adenoid cystic carcinoma: molecular characteristics and literatura review. Diagnostic Pathology (2023) 18:65