

Características clínicas del cáncer de mama inflamatorio

R. Matorras,
L. Montoya,
F. Campillo,
A. Gómez-Crespo,
J. M. Rubio,
C. E. Sánchez

SUMMARY

A retrospective study of 31 patients with inflammatory breast cancer was carried out. Their clinical and epidemiological features were compared with those from a control group of 100 patients attending a Gynecology clinic because of non-neoplastic conditions. In those cases with inflammatory breast cancer, age was significantly higher (51.67±11.93 vs, 34.65±12.25), as well as age of menarche (14.00±1.75 vs, 12.55±1.26) and the proportion of post-menopausal patients 45.16% vs, 14%). Age at menopause was similar in the cancer, a family history of breast cancer could be obtained. In 83% of cases, axillary lymphadenopathies were present; in 19%, nodes in the clavicular region were found. At the time of diagnosis, metastases were present in 19% of patients. Most common clinical signs were: erythema (80.6%) and presence of a node (77.4%). It is concluded that the epidemiology of inflammatory breast cancer differs somewhat from that of usual breast cancer. On the other hand, despite the clinical similarities between inflammatory breast cancer and mastitis, the different characteristics of patients, in addition to the uncommonness of fever (9.68%) and leukocytosis (6.4%), allow one to establish a presumptive diagnosis.

Palabras clave

Mama, Carcinoma inflamatorio, Clínica, Epidemiología.

Key words

Breast, Inflammatory carcinoma, Clinical features, Epidemiology.

Servicio de Ginecología.
Hospital Ramón y Cajal.
Madrid.

INTRODUCCION

El cáncer de mama inflamatorio (CMI) es una neoplasia mamaria de infrecuente presentación.¹ Sin embargo, su ominoso pronóstico hace precisa una mayor investigación de los aspectos con él relacionados. En lo que respecta al cáncer de mama en general se han descrito numerosos y variados factores de riesgo para su desarrollo.^{2,3} En cambio la epidemiología del CMI ha sido mucho menos estudiada, generalmente debido a la dificultad de obtener casuísticas suficientemente amplias. Su comparación con la epidemiología del cáncer de mama en general podría aclarar algo la patogénesis de ambas formas neoplásicas, revelándolas como una misma población o como 2 subgrupos independientes.

En lo que respecta a la clínica se impone una reevaluación de los clásicos signos de Haagensen¹ en nues-

tra población, así como el conocimiento de las alteraciones analíticas y el estudio de extensión.

MATERIAL Y METODOS

Se analizan retrospectivamente las historias clínicas de 31 pacientes diagnosticadas de CMI en el servicio de ginecología del hospital Ramón y Cajal entre 1979 y 1981. En 23 casos existió permeación linfática dérmica, además de los signos clásicos de Haagensen,¹ mientras que 8 pacientes presentaban los citados signos clínicos pero no tenían permeación linfática dérmica.

Se compararon sus características con las de 100 pacientes elegidas aleatoriamente entre las que acu-

TABLA I
CARACTERISTICAS CLINICAS

	CMI	Control
Edad media	51,67 ± 11,93*	34,65 ± 12,25
Edad media menarquia ...	14,00 ± 1,75*	12,55 ± 1,26
Edad media menopausia ..	49,43 ± 3,90	47,10 ± 6,57
% posmenopáusicas	45,16% (14)*	14% (14)
% nuliparidad	22,58% (7)	34% (34)
Núm. medio hijos	2,67 ± 3,32	1,74 ± 1,63
Núm. medio abortos	0,29 ± 0,57	0,35 ± 0,62
% según aborto	22,58% (7)	27% (27)

dian a las consultas de ginecología por patología no neoplásica.

El análisis estadístico se efectuó con un Philips SBC 1745. La comparación de las variables cualitativas se llevó a cabo con el test de Chi² y la de las variables cuantitativas con la «t» de Student. Se fijó p=0,05 como grado de significación estadística. El riesgo relativo (RR) se determinó como cociente de prevalencias.

RESULTADOS

1. Características clínicas (tabla I)

La edad media de las pacientes con CMI (51,67 ± 11,93) (x ± SD) fue significativamente superior que la del grupo control (34,65 12,25) («t» Student = 6,78, p < 0,001). La edad media de menarquia también fue significativamente superior en el grupo de CMI (14,00 ± 1,75 frente a 12,55 ± 1,26 en el control) («t» Student = 4,53, p < 0,01). La edad media de menopausia fue similar en ambos grupos. Sin embargo, la proporción de mujeres posmenopáusicas fue significativamente superior en el CMI (14/31 = 45,16%) que en el grupo control (14/100 = 14%) (Chi² = 13,74, p < 0,001, RR = 3,25).

La frecuencia de nuliparidad, así como el antecedente de algún aborto, como el número medio de hijos o de abortos fue similar en ambas poblaciones.

TABLA II
ANTECEDENTES ONCOLOGICOS

	CMI		Control	
	N	%	N	%
Cáncer familiar	8	25,8	18	18
Cáncer personal	1	3,22	0	0

TABLA III
PARAMETROS NO COMPARADOS CON EL GRUPO CONTROL

	CMI
Peso (kg)	69,00 ± 11,3
Talla (cm)	143,24 ± 39,86
Ca. mama familiar	9,68% (3)
Edad 1.º parto	22,77 ± 7,30
Lactancia media (meses)	6,05 ± 4,89

Ninguno de los casos de CMI se diagnosticó durante el embarazo o la lactancia.

2. Antecedentes oncológicos (tabla II)

El 25,8% (8/31) de las pacientes con CMI tenían historia neoplásica familiar, frente al 18% del grupo control (p > 0,05). Tampoco hubo diferencias significativas en los antecedentes oncológicos personales.

3. Otras características (tabla III)

Se analizaron otros parámetros (tabla III) considerados como posibles factores de riesgo de cáncer de mama. Sin embargo, su recogida incompleta en las pacientes controles impidió el análisis estadístico.

4. Estudio de extensión (tabla IV)

Existieron adenopatías axilares en el 83,87% de las pacientes. En el 19,36% hubo adenopatías claviculares. En el momento del diagnóstico se comprobaron metástasis en el 19,36% de las pacientes.

5. Sintomatología al diagnóstico (tabla V)

Los síntomas más comunes referidos por la paciente fueron: nódulo mamario (54,8%), mastodinia (54,8%),

TABLA IV
EXTENSION AL DIAGNOSTICO

	CMI	
	N	%
Adenopatías axilares	26	83,87
Adenopatías claviculares	6	19,36
Metástasis	6	19,36

TABLA V
SINTOMAS MAS COMUNES

	CMI	
	N	%
Nódulo mamario	17	54,8
Mastodinia	17	54,8
Enrojecimiento	8	25,8
Aumento tamaño mama	8	25,8

enrojecimiento (25,8%) y aumento del tamaño mamario (25,8%).

6. Hallazgos clínicos (tabla VI)

El eritema fue el hallazgo exploratorio más constante (80,6%), seguido por la presencia de nódulo mamario (77,4%). En orden decreciente de frecuencia se encontraron a continuación: aumento del tamaño mamario (61,3%), piel de naranja (51,6%), calor (25,8%) y edema (22,6%). Existió fiebre/febrícula en el 9,68% de los casos.

7. Analítica (tabla VII)

Únicamente hubo un paciente (3,2%) con incremento de la velocidad de sedimentación y 2 con leucocitosis. En el 32,25% se dio un aumento de la LDH y en el 19,3% de la fosfatasa alcalina.

DISCUSION

Se han descrito numerosos factores de riesgo para el cáncer de mama.²⁻⁴ Sin embargo, los aspectos epidemiológicos del CMI son menos conocidos. De nuestra experiencia se desprende que la epidemiología del CMI

TABLA VI
SIGNOS CLINICOS MAS COMUNES

	CMI	
	N	%
Eritema	25	80,6
Nódulo	24	77,4
Aumento tamaño mama	19	61,3
Piel naranja	16	51,6

TABLA VII
ANALITICA Y CMI

	CMI	
	N	%
Incremento LDH	10	32,25
Incremento FA	6	19,3
Incremento VSG	1	3,2
Leucocitosis	2	6,4

difiere parcialmente de la del cáncer de mama en conjunto. En efecto, si bien la mayor edad constituyó un factor de riesgo (51,67 vs 34,65), del mismo modo que se ha descrito para el cáncer de mama en general,²⁻⁴ nuestra experiencia respecto a la edad de menarquia y de menopausia difiere notablemente. Así la edad media de menopausia fue semejante en los casos con CMI y en los controles, mientras que clásicamente se asocia el cáncer de mama a una menopausia tardía.²⁻⁵ En cuanto a la edad de menarquia, su media fue significativamente más alta en el CMI que en las pacientes controles, mientras que la literatura se muestra unánime en cuanto a la asociación menarquia temprana-cáncer de mama.²⁻⁵ Por ello parece que la hipótesis etiológica de la ventana «estrogénica» de Korenman (la primera ventana de susceptibilidad al cancerígeno se abriría poco antes de la menarquia y la segunda se cerraría poco después de la menopausia)⁵ no debe ser aplicable al CMI.

El estado posmenopáusico resultó un importante factor de riesgo para el CMI (RR = 3,25). Los otros parámetros analizados (tabla I) carecieron de influencia significativa. Conforme se ha descrito ni el embarazo ni la lactancia obraron como factores predisponentes.^{1,6} Por otra parte se ha de destacar que el 9,68% de las mujeres con CMI tenían el antecedente de cáncer de mama familiar.

En lo que respecta al estudio de extensión se ha de reseñar la elevada proporción de pacientes con adenopatías axilares al diagnóstico (83%), así como un 20% de pacientes con metástasis y el mismo porcentaje de pacientes con adenopatías claviculares, 2 conocidos factores de mal pronóstico para la neoplasia mamaria. En este sentido otros autores han descrito un ~ 30% de metástasis en el diagnóstico,^{1,6,7} mientras que para el cáncer mamario no inflamatorio se suele referir un ~ 5%.⁶

El estudio clínico evidenció una frecuencia de hallazgos muy similar a la de Lucas y Pérez-Mesa.⁹ Nosotros reseñamos eritema en el 80,6%, frente al 82% de los

citados autores;⁹ aumento del tamaño mamario en el 61,3% frente al 64%⁹ de los mencionados autores.⁹ Por otra parte, el porcentaje de tumores palpables reseñado en nuestra población fue del 77,4%, superior al 57,3% de Haagensen y al 50% de Sherry et al.¹⁰

En síntesis, aunque clínicamente los hallazgos son muy similares a los de la mastitis, las diferentes características de las pacientes (edad avanzada, postmenopausia, no relación con embarazo) y el hecho de que la fiebre y la leucocitosis sean infrecuentes —a semejanza de lo descrito por otros autores⁶— permiten establecer un diagnóstico de sospecha.

RESUMEN

Se efectúa un estudio retrospectivo de 31 pacientes con cáncer de mama inflamatorio (CMI) comparándose sus características clínicas y epidemiológicas con un

grupo control de 100 pacientes que acudían a las consultas de ginecología por patología neoplásica. En el CMI hubo un incremento significativo de la edad ($51,67 \pm 11,93$ vs $34,65 \pm 12,25$), así como de la edad media de menarquia ($14,00 \pm 1,75$ vs $12,55 \pm 1,26$) y también de la proporción de pacientes posmenopáusicas (45,16% vs 14%). La edad de menopausia fue semejante. En el 9,68% de las pacientes con CMI existió el antecedente de cáncer de mama familiar. En el 83% de los casos existieron adenopatías en axila y en el 19% en región clavicular. Hubo un 20% de metástasis al diagnóstico. Los signos clínicos más comunes fueron eritema (80,6%) y nódulo (77,4%). Se concluye que la epidemiología del CMI difiere parcialmente de la del CM en general. Por otra parte, a pesar de la semejanza clínica entre el CMI y la mastitis, las diferentes características de las pacientes, unidas a la infrecuente fiebre (9,68%) y leucocitosis (6,4%) han de permitir establecer un diagnóstico de sospecha.

REFERENCIAS

1. Haagensen DC. Diseases of the breast. WB Saunders. Philadelphia 1971; 2nd ed, pp 576-584.
2. Rubio JM, Matorras R. Factores de riesgo en el cáncer de mama. En: Sierra A, Exploración básica de la mama. Colección Aula Médica, CEA, SA. Madrid 1987; pp 29-44.
3. Helmrich SP, Shapiro S, Rosenberg L, Kaufman DW, Sloane D, Bain C, Miettinen OS, Stolley PD, Rosensheim NB, Knapp RC, Leavitt T (Jr), Schottenfeld D, Engle RL, Levy M. Risk factors for breast cancer. *Am J Epidemiol* 1983; 117: 35-45.
4. Kelsey JL. A review of the epidemiology of human breast cancer. *Epidemiol Rev* 1979; 1: 74-112.
5. Korenman SG. The endocrinology of breast cancer. *Cancer* 1980; 46: 874-878.
6. Grace WR, Cooperman AM. Inflammatory breast cancer. *Surg Clin North Am* 1985; 65: 151-160.
7. Delarue JC, May-Levin F, Mouriesse H, Contesso G, Sancho-Garnier H. Oestrogen and progesterone cytosolic receptors in clinically inflammatory tumors of the human breast. *Br J Cancer* 1981; 44: 911-916.
8. Nemoto T, Vana J, Bedwani RN. Management and survival of female breast cancer: results of a national survey by the American College of Surgeons. *Cancer* 1980; 45: 2917-2924.
9. Lucas FV, Pérez-Mesa C. Inflammatory carcinoma of the breast. *Cancer* 1978; 41: 1595-1605.
10. Sherry MM, Johnson DH, Page DL, Greco FA, Hainsworth JD. Inflammatory carcinoma of the breast. Clinical review and summary of the Vanderbilt experience with multimodality therapy. *Am J Med* 1985; 355-364.