

Linfoma no Hodgkin primario de células T asociado a necrosis mamaria.

Tejera A¹, Ortega N¹, Gómez J², Rivas S², Sánchez de Molina M², Vega V¹, Hernandez JR¹, Díaz M²

Complejo Hospitalario Universitario Materno Insular de Gran Canaria¹. Hospital universitario Fundación Jiménez² Díaz.
Servicio de Cirugía General y Digestiva.

Objetivos

Presentación de un caso de Linfoma no Hodgkin(NH) primario de mama que deriva en necrosis extensa de la misma y grave afectación multiorgánica, describiendo las características clínicas y radiológicas especiales del mismo y revisando la literatura disponible sobre el tema.

Materiales y Métodos

Paciente mujer de 57 años, natural de Perú diagnosticada hace dos años de Linfoma NH de células T, por biopsia de adenopatías axilares palpables asociado a inflamación en mama derecha, recibiendo tratamiento con CHOEP (Ciclofosfamida, Doxorubicina, Vincristina y Prednisona). Un año después presenta empeoramiento clínico con lesiones cutáneas en piel de la mama e infiltración linfocitaria de la misma, por lo que se decide administrar tres esquemas más de poliquimioterapia. Decide trasladarse a España donde es valorada por servicio de hematología, observándose lesiones vesiculosas y costras melicéricas con aumento de dolor e inflamación en mama derecha que se extiende hasta brazo y abdomen, inicialmente se intenta controlar con Prednisona e Hidroxiurea sin mejoría, por lo que es ingresada para completar estudios

Resultados

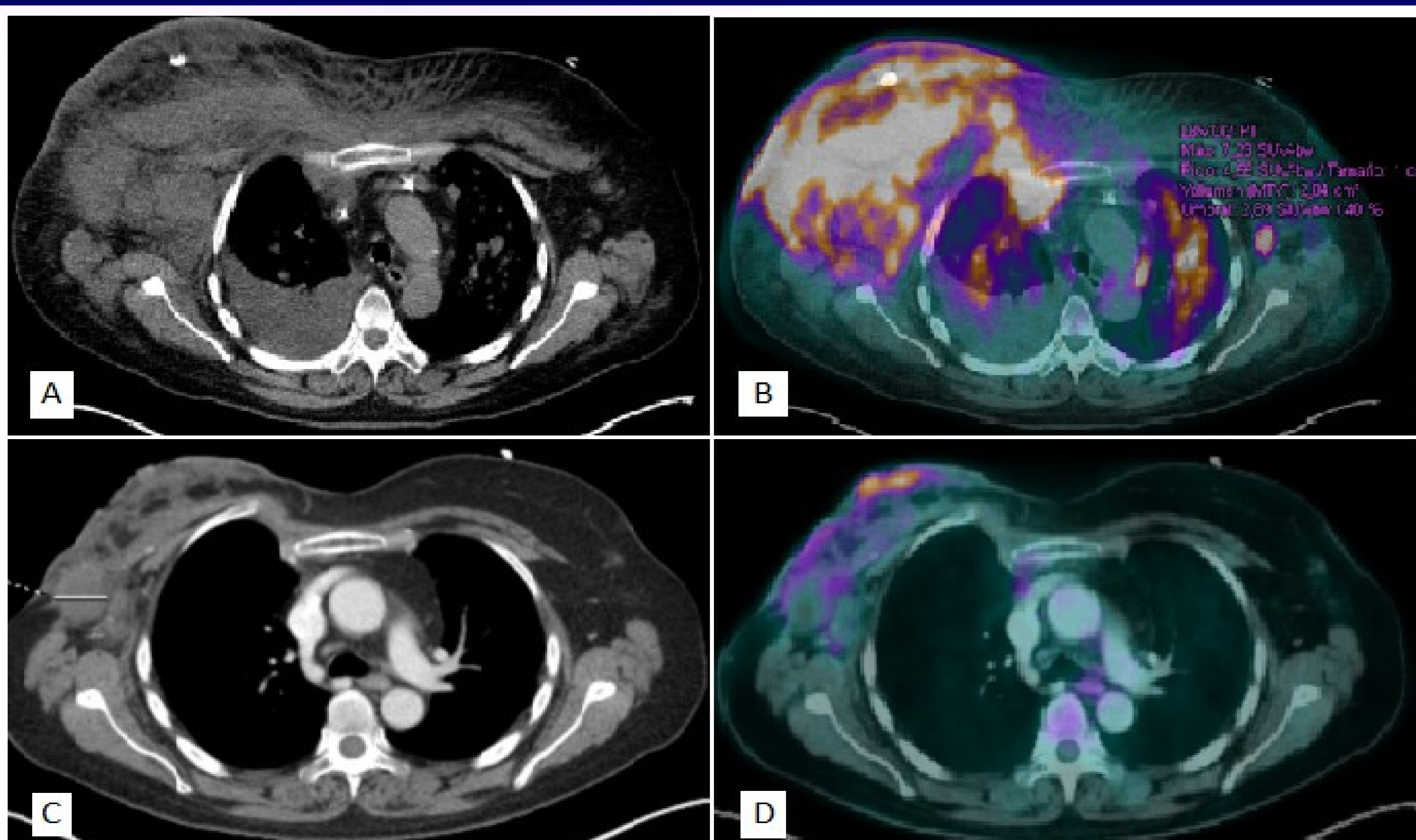


Figura 1. PET-TAC tórax.

A) Múltiples adenopatías axilares bilaterales, la mayor derecha de 4 cm (flecha), afectación subcutánea de ambas mamas con predominio derecho y derrame pleural ipsilateral.

B) Captación patológica de 18F-FDG (fluorodeoxiglucosa) en mama derecha, izquierda, cisura menor derecha y parénquima pulmonar bilateral (nódulos milimétricos) en relación con infiltración linfomatosa.

C) Disminución en el tamaño global de mama derecha con burbujas de aire en su interior en relación con necrosis y reducción de adenopatías axilares la mayor derecha de 2,9 cm.

D): Mejoría morfo-metabólica de la afectación adenopática, pulmonar y en tejido celular subcutáneo sugerente de buena respuesta al tratamiento.

Se realiza biopsia de lesiones de mama que evidencian espongiosis epidérmica con células pequeñas de núcleos irregulares, escaso citoplasma y positividad predominantemente CD4 compatible con Linfoma NH de células T CD30+(HTLV-). En PET-TAC se evidencia afectación subcutánea en ambas mamas, múltiples adenopatías supra e infradiaphragmáticas, esplénicas y pulmonares en relación con síndrome linfoproliferativo en progresión. Tras recuperación hematológica, reinicia esquema presentando mejoría y delimitación de la necrosis decidiéndose mastectomía higiénica para mejorar el control local de los síntomas. Durante la cirugía se observa desprendimiento casi completo de la glándula, de consistencia pétreo por la necrosis y con material purulento en su interior. En planta continua con curas locales de buena evolución y en anatomía patológica definitiva se observa parénquima mamario extensamente necrótico con calcificaciones, donde no se puede identificar tumor viable.

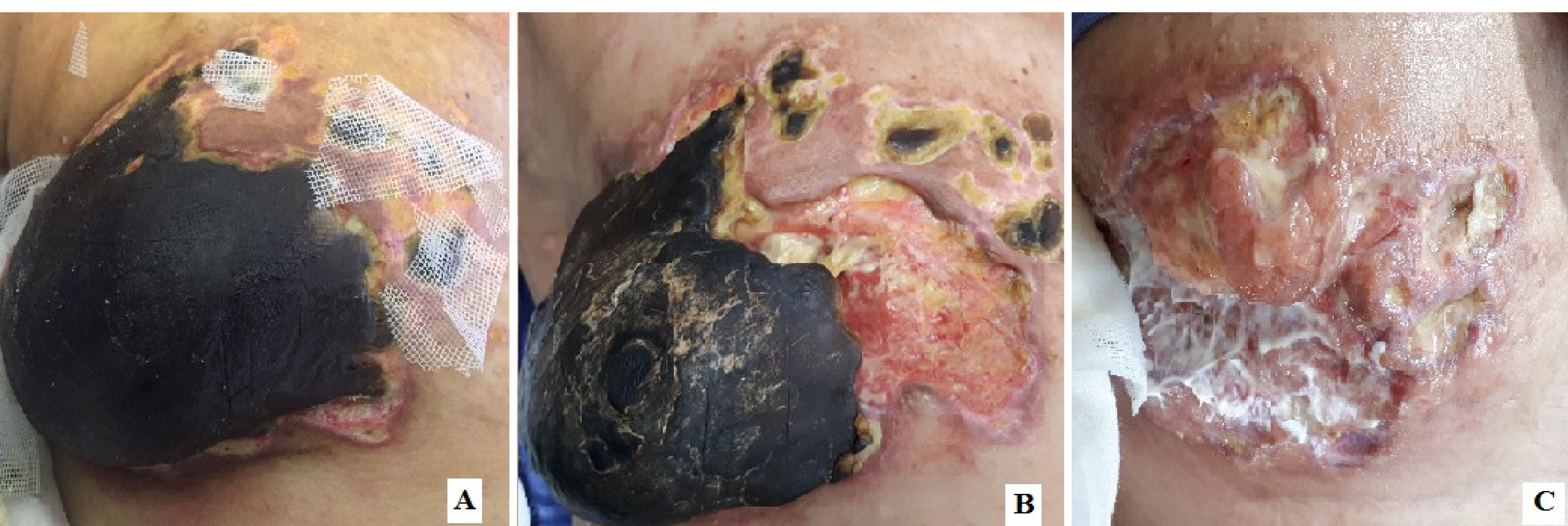


Figura 2.

A) Necrosis mamaria derecha completa tras 2 meses de inicio de tratamiento paliativo.

B) Acto quirúrgico un mes después, delimitación de la necrosis con desprendimiento casi completo de la glándula.

C) 15 días postoperatorio, buena evolución de herida quirúrgica con tejido de granulación y ausencia de nuevas lesiones.

Aunque se conocen bien las características especiales de estos tumores, su localización en la mama sigue siendo excepcional. La refractariedad en el tratamiento, el tipo histológico y las graves secuelas observadas en la glándula de nuestro caso lo hacen especial y no reportado anteriormente en la literatura..

Conclusiones

Aunque el tratamiento en el linfoma mamario es similar a el que se presenta en otras localizaciones, continúa existiendo controversias sobre el papel de la cirugía y serán series mas amplias las que nos determinen si su uso es necesario o se debe dejar solo para casos excepcionales.

Necrosis mamaria en paciente con linfoma no Hodgkin primario de células T. Cir Esp. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.11.014>.