

Melanoma de la piel de la mama

Roberto L. Estrugo, María L. Iraola y Martín Vallverdú

Se presenta un caso de melanoma maligno de la piel de la mama, se hacen consideraciones sobre la anatomía de los linfáticos de la región y se plantean las diferentes posibilidades quirúrgicas de acuerdo a las características del melanoma según las clasificaciones de Clark y de Breslow.

Se realiza una revisión bibliográfica del tema. Recomendando la mastectomía radical en los melanomas malignos grado II o más avanzado de Clark.

La posibilidad de recidivas locales y regionales será reducida o mínima según esta conducta.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Melanoma / Breast Neoplasms.

Los melanomas malignos de la piel de la mama tienen particularidades que los destacan del resto de los melanomas del tronco.

Configuran el 5 % de la totalidad de los melanomas malignos. Asientan en un sector cutáneo que tiene individualidad propia dada por una embriología y anatomía comunes con la glándula a la que recubre. Por ello se debe considerar como un órgano único. Su poca frecuencia trae como consecuencia la falta de estandarización en la conducta terapéutica.

Los procedimientos realizados van desde una exéresis simple hasta una mastectomía radical.

Los melanomas malignos de la piel que recubre la mama se dividen en metastásicos y primarios. En un trabajo anterior (10) sobre tumores metastásicos de la mama destacamos algunas publicaciones como las de Hajdu y Urban (14), Charache (6), Silverman (20) en los que se enfatiza que los melanomas constituyen los tumores secundarios más frecuentes de la mama con porcentajes que oscilan entre 27 y 54 %.

Nos referiremos aquí sólo a los melanomas malignos de la mama que pueden aparecer en la piel o en el propio tejido glandular.

Esta última localización es excepcional a tal punto que Stephenson (21) cita sólo dos casos en la literatura.

Los melanomas localizados en la piel pueden a su vez asentar sobre una lesión cutánea previa o sobre piel sana.

Instituto de Cirugía para Postgraduados. (Dr. C. Bercianos). Hospital Pasteur. Montevideo.

Creemos que antes de hacer consideraciones sobre terapéutica y pronóstico debemos hacer una breve reseña sobre el sistema linfático de la región mamaria, ya que la diseminación linfática en otros sectores del tronco es totalmente diferente (18).

Según Rouviere (19) los linfáticos de la piel de la mama afectan una disposición particular a nivel del mamelón y aréola. Forman una red densa formada por una malla apretada dispuesta en varios planos.

Esta red se comunica con el plexo linfático superficial o papilar del dermis. Del plexo areolar parten pequeños canales que desembocan en un plexo subdérmico, el plexo subareolar de Sappey. Este último recoge gran parte de los linfáticos de la glándula y dan nacimiento a dos gruesos troncos aferentes cuyo destino es el grupo mamario externo de la axila.

Por fuera del plexo subareolar las mallas se ensanchan y se forma el plexo circunareolar. Más afuera los linfáticos adoptan la misma disposición que el resto de los tegumentos anteriores del tórax y presentan las mismas conexiones ganglionares que los colectores cutáneos de la pared anterolateral del tórax. Debemos recordar además la vía transpectoral.

Turner y Warnick (22) en un estudio sobre 88 mamas usando técnicas vitales para estudiar la disposición linfática, demostraron que existen anastomosis entre los linfáticos subcutáneos y los profundos de la mama se topografían en la región areolar.

Este sistema drena una pequeña proporción linfática de la mama, pero es de considerable importancia en la difusión del cáncer. Los autores resaltan la importancia de dejar colgajos finos y reseca la lesión con un buen margen de la piel y aún así afirman que no se puede erradicar esta vía en forma total.

Según Wilson (23) los linfáticos de la piel de la mama carecen de válvulas y comunican (aunque con cierta lentitud) con el plexo subepitelial que fluye hacia el plexo subareolar.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 24 de octubre de 1979.

Residente, Anatómo Patólogo y Médico Auxiliar.

Dirección: Av. Rivera 5716, Montevideo (Dr. R. L. Estrugo).

HISTORIA

A.P.A. Fem. 68 años, casada, labores.

M.I. Lesión vegetante y ulcerada de la mama izquierda.

E.A. Comienza hace aproximadamente 20 años antes en que nota lesión cutánea que define como "lunar" topografiada en cuadrante súpero externo de mama izquierda. Dicha lesión permanece con los mismos caracteres hasta que hace aproximadamente dos años presenta crecimiento progresivo, se hace fungoso y alcanza un tamaño aproximado a los 5 cm. de diámetro. Cambia de color con áreas violáceas y negras.

Comprueba además la presencia de exudado serosanguinolento. No advierte alteraciones en los planos cutáneos que rodean la lesión.

No hay secreción anormal por el pezón, que es de tipo umbilicado constitucional. No hay tumores ni lesiones similares en otras regiones.

La mama controlateral presentó caracteres normales. Niega sintomatología respiratoria, ósea o neurológica. También niega repercusión general.

Tránsito digestivo y urinario normales. No hay antecedentes patológicos previos a destacar. Multigesta multipara, 2 embarazos, 5 partos, en menopausa desde hace 25 años.

Al examen: paciente lúcida con buen estado de nutrición e hidratación, piel sana sin lesiones, mucosas normocoloreadas.

Regiones mamarias: a la inspección ambas mamas son simétricas.

A nivel del cuadrante superoexterno de la mama izquierda se visualiza tumoración vegetante de forma ovoidea, superficie irregular de 5 cm. de diámetro mayor de color rojo violáceo con áreas negruzcas, recubiertas de exudado sanguinolento. A la palpación es de consistencia elástica, desliza sobre los planos profundos. No se visualiza circulación colateral, capitonaje o piel de naranja. Pezón umbilicado. No hay nódulos cutáneos vecinos.

Mama derecha de caracteres normales. Las regiones axilares muestran la presencia de un ganglio de aproximadamente 20 mm. a izquierda.

El diagnóstico clínico de melanoma fue confirmado por biopsia por dermatólogo (Dr. Montero). Frente a las características del tumor tipo histológico, tamaño, y por tener biopsia previa, se decidió realizar una exéresis amplia, mastectomía radical con vaciamiento celulo-linfoganglionar de la axila mediante incisión de Stewart. Se visualizaron múltiples adenopatías no sospechadas por la clínica.

El postoperatorio fue de curso normal retirándose los drenajes al décimo día.

Anatomía Patológica

Macroscopía: pieza de mastectomía radical izquierda, glándula mamaria con sobrecarga adiposa. Pezón retraído (constitucional). En el área de intersección de los cuadrantes externos tumoración vegetante, fungosa, sesil de 5 cm. de diámetro. Color rojo negruzco con focos violáceos, ulcerada en forma parcial, con exudado fibrinoso.

Consistencia firme, límites netos polilobulados.

No adhiere a la profundidad. La piel que lo margina no presenta otras modificaciones patológicas. La sección muestra en la masa tumoral textura tensa, áreas castaño-negruzcas, alternan con focos blanco-grisáceos.

Se extiende, en profundidad, hasta el tejido celular, sin aspecto infiltrativo ostensible. La glándula ma-

maria es atrófica, no se observan otros nódulos. Del tejido adiposo axilar se aislan 26 adenopatías de 20 a 5 mm. de eje mayor.

Microscopía: Técnicas de H. y E.; técnica para melanina y para pigmento férrico. Los cortes del tumor revelan proliferación de naturaleza tumoral maligna, de células melánicas. Marcado polimorfismo nuclear y citoplásmico con predominio de elementos fusiformes.

En profundidad predominan células amelanicas. Abundantes vasos sanguíneos con pared formada por tumor. Crecimiento infiltrativo expansivo que llega hasta el tejido adiposo celular. La piel adyacente al tumor



FIG. 1.— Pieza operatoria. Tumor nodular, sesil, en C.S. Ext. Pezón umbilicado (flecha).



FIG. 2.— Piel y dermis superficial con infiltración tumoral masiva. H.E. Topográfica.

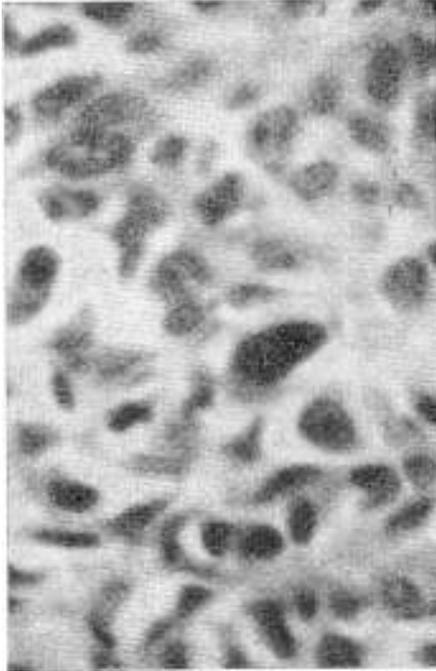


FIG. 3.—Detalle de células tumorales. Marcado polimorfismo. Predominio de elementos fusiformes. H.E. Gran aumento.

es de morfología normal. No se observan focos tumorales multicéntricos. No se comprueba embolización linfática.

El tumor está ulcerado y se suma intenso proceso inflamatorio que lo margina en profundidad. Exudado linfoplasmocitario y con polinucleares.

Glándula mamaria atrofica con esclerosis intersticial. Ganglios axilares: no presentan metástasis melánicas ni amelánicas.

En suma: melanoma maligno desarrollado en piel de región mamaria.

A predominio de células fusiformes. Abundante componente amelánico, grado V de Clark. No se comprueba embolización linfática ni sanguínea.

No se comprueban metástasis en ganglios axilares. No se observan focos metastásicos en piel adyacente a la lesión.

Melanoma maligno que asentó sobre una lesión previa de tipo lentigo.

El crecimiento de tipo vertical con invasión del celular, alcanza el grado V de la clasificación de Clark.

De acuerdo con la clínica y los caracteres microscópicos no se plantea otro tipo de tumoración.

Lee (16) luego de una revisión sobre el tema y del análisis de su serie de 12 casos, concluye que si bien el 5 % de los melanomas malignos se topografían en la mama, su conducta no está estandarizada. La lesión debe tratarse con una amplia exéresis tridimensional que incluya la aponeurosis profunda. Según este concepto se

podría considerar apropiado realizar una mastectomía parcial o segmentaria.

De 6 pacientes en los que se realizara esta técnica recidivaron localmente 5 casos o desarrollaron adenopatías axilares.

Según las dos clasificaciones más modernas: la de Clark (7) basada en los niveles de invasión cutánea (1969) y la de Breslow (5) más moderna basada en el espesor de la lesión, los melanomas grado I o menores de 0,75 mm. de espesor (según la clasificación adoptada) son pasibles tan sólo de una exéresis amplia con porcentajes de sobrevida que llegan en algunos casos al 100 %.

La clasificación de Breslow (5) es objeto de crítica por parte de Bhagavan (4). Este autor fundamenta sus objeciones en las variaciones que ocurren en los cortes histológicos, de acuerdo a su procesamiento técnico. La orientación del corte, su espesor, y la temperatura a que es sometido, provocan variaciones de hasta un 20,5 % en las dimensiones de un nódulo tumoral medido sobre ese corte.

Los criterios morfológicos que adopta Clark se relacionan con el comportamiento biológico de la lesión y se aplican con mayor justeza a los tumores de crecimiento radial y vertical.

El criterio de Breslow en cambio se adapta mejor a los melanomas acrales y polipoides.

Si el factor cosmético fuera muy importante se podría conservar parte de la mama pero a costa de mayor número de recidivas en lo local y regional.

Goldman (12) refiere que de 22 melanomas malignos con cualesquiera de los tipos de invasión III, IV o V de Clark, hubo recidivas en el 77 % de los casos. Esto sería una prueba sustancial en contra de la extirpación local a dichos niveles requiriendo una actitud más agresiva.

Al considerar las amplias comunicaciones linfáticas del dermis y la glándula la mastectomía radical parecería poner a cubierto por lo menos en dichos grados de la recidiva local y regional.

Lee pregunta cuando se debería realizar el vaciamiento profiláctico; el primero en proponerlo a nivel de la axila fue Handley en 1907.

Los defensores del vaciamiento refieren una mejoría del 10 al 20 % en la sobrevida para el grado I de Clark y menos recurrencias locales y ganglionares, 9 % contra 40 % en los casos en los que no se realizó.

Dada la falta de homogeneidad de criterios entre los patólogos en lo que se refiere a los grados II y III de Clark, Breslow (5) prefiere usar el espesor de la lesión en la selección de los pacientes para el vaciamiento profiláctico.

Por encima de 1,5 mm. el vaciamiento será sistemático mientras que entre 0,75 y 1,5 mm. dependerá del cirujano, posiblemente decidido por la distancia entre la lesión y el grupo más cercano de ganglios.

La sobrevida es mayor cuando los ganglios en la pieza operatoria no tienen metástasis. Cuando los ganglios colonizados son tres o más del mismo modo que en el carcinoma la sobrevida disminuye francamente.

La extirpación de los ganglios linfáticos con evidente compromiso no deja lugar a dudas (9) pero el tratamiento de los que aparentan ser normales es controvertido. Aproximadamente en el 15 % de los estudios microscópicos hay metástasis en los ganglios clínicamente no detectados.

Según Goldman (12) se debe realizar vaciamiento profiláctico en pacientes con invasiones que alcanzan los niveles III, IV o V de Clark, siempre que se pueda hacer disecciones en continuidad, en monoblock.

El mismo autor refiere en un estudio de 83 pacientes con melanomas a los cuales se les practicó linfadenectomía combinada con exéresis amplia de la lesión primaria. En ellos observó a los 5 años una sobrevida de 28 % en los casos con metástasis ganglionares, mientras que fue de 54 % en los pacientes sin metástasis ganglionares.

Lee en 4 pacientes realizó exéresis amplia y disección profiláctica de la axila, 3 de ellos permanecieron libres de enfermedad a los 18, 20 y 26 meses. El cuarto falleció por otra causa. A otros 2 pacientes se le realizó mastectomía radical; no se presentaron metástasis regionales pero sí a distancia a los 70 y 92 meses. Esto estaría de acuerdo con el criterio del Instituto de Tumores de Milán (8) donde se plantea 1º que la cirugía sola puede conducir a buenos porcentajes de curación, y 2º que la cirugía radical puede controlar la situación local considerando la extrema rareza de recidivas en la zona operada.

La experiencia de Haagensen (13) se reduce a cuatro casos, a uno de ellos le practicó mastectomía radical y a los tres restantes resección de la lesión y luego resección pericicatrizal abarcando parte de la mama y disección axilar. De ellos sobreviven sin evidencias de enfermedad a los 3, 4 y 7 años y 6 meses.

Aunque en teoría la exéresis de los ganglios linfáticos no invadidos podría plantear algún déficit inmunológico, no hay pruebas concretas al respecto. Dado el alto potencial invasivo de este tumor, es más importante linfadenectomía regional electiva que la desventaja citada.

Según el Instituto de Tumores de Milán (8) los casos de recidiva local del melanoma maligno primario deben ser tratados con exéresis quirúrgica así como los portadores de metástasis solitarias de melanoma como un caso publicado por Gatch (11).

Se trata de casos difícilmente codificables para los cuales se tiene en consideración: el intervalo libre de por lo menos 2 años; escasa agresividad biológica; buenas condiciones generales y localización de la metástasis, para lo que la exéresis debe prever un riesgo operatorio aceptable.

Al considerar que nuestra paciente era portadora de un melanoma maligno del cuadrante superior de la mama de más de 5 cm. de diámetro, ulcerado y que en la profundidad llegaba hasta casi el tejido celular, pensamos se justificaba la agresiva conducta quirúrgica que implica la mastectomía radical con vaciamiento

celulolinfático de la axila. A 16 meses del acto operatorio no presenta evidencias de recidiva regional o general.

Desde el punto de vista pronóstico, según Balch y col. (3) de 13 variables computadas sólo influyeron en la sobrevida: el estadio patológico (el más significativo), el grosor de la lesión, la ulceración, el tratamiento quirúrgico y la localización. Los melanomas polipoideos así como la depigmentación resultaron determinantes adversas de sobrevida. El melanoma de nuestra paciente presentaba la segunda característica.

Al revisar los resultados de los 19 casos hallados en la literatura se observa que la exéresis de la lesión fue seguida de recidiva luego de 12 o más meses. La extirpación amplia más vaciamiento profiláctico (7 casos) mostró una buena sobrevida, de 18 meses y 7 años 6 meses y en los que se realizó mastectomía (4 casos) la sobrevida sin metástasis fue de 15 a 92 meses.

RESUME

Mélanome de la peau de la mamelle

On présente un cas de mélanome maligne de la peau de la mamelle, et on fait des considérations à propos de l'anastomie des lymphatiques de la région; les différentes possibilités chirurgicales se posent en tenant compte des caractéristiques du mélanome selon les classifications de Clark et de Breslow.

On réalise une révision bibliographique du sujet. On récommende la mammectomie radicale pour les mélanomes malignes Degré II ou plus avancé de la classification de Clark.

La possibilité de récidives locales ou régionales sera réduite ou minime selon cette conduite.

SUMMARY

Mammary Skin Melanoma

Report of one case of malignant melanoma of mammary skin, with special reference to anatomy of lymph glands in the region and diverse surgical possibilities. Treatment depends on the characteristics of melanoma as per Clark and Breslow's classification. Radical mastectomy is recommended for melanomas of malignant degree II or more advanced, as per Clark's classification. The possibility of local and regional recurrence will be minimal or reduced if this conduct is followed.

The paper includes a review of existing bibliography.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALLEN AC and SPITZ S. Malignant melanoma. A clinicopathological analysis of the Criteria for diagnosis and prognosis. *Cancer*, 6: 1, 1953.
2. ARIEL IM. Tridimensional resection of primary malignant melanoma. *Surg Gynecol Obstet*, 139: 601, 1974.
3. BALCH CM, MURAD TM, SOONG SJ, INGALS AL, HALPERN NB, MADDOX WA. A multifactorial analysis of melanoma. Prognostic histopathological features comparing Clark's and Breslow's staging methods. *Ann Surg*, 188: 732, 1978.

4. BHAGAVAN BS. Measurements of tumor thickness. *Human Pat*, 8: 711, 1977.
5. BRESLOW A. Tumor thickness, level of invasion and node dissection in stage I cutaneous melanoma. *Ann Surg*, 182: 572, 1975.
6. CHARACHE H. Metastatic tumors of the breast. *Surgery*, 33: 385, 1953.
7. CLARK WH. Melanomas cutaneos malignos. Seminarios de Oncología. Buenos Aires. Panamericana, 1976.
8. Comitato por la programmazione terapeutica del melanoma maligno cutaneo. Valutazione clinica e indicazioni terapeutica del melanoma maligno cutaneo. *Ins Naz Stud Cura Tumori*.
9. D'AURIA AE. Melanoma maligno. conducta con los ganglios. Mesa Redonda melanoma maligno. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 24º, 44: 381, 1974.
10. ESTRUGO RL, IRAOLA ML, BERIAO JC, PERRONE L. Tumor metastásico en la mama. Primitivo: cáncer gástrico. *Cir Uruguay*, 45: 52, 1975.
11. GATCH WD. A melanoma apparently primary in a breast. *Arch Surg*, 73: 266, 1976.
12. GOLDMAN LI. Tratamiento quirúrgico de los melanomas malignos. Melanomas cutáneos malignos. Seminarios de Oncología. Buenos Aires. Panamericana, 1976.
13. HAAGENSEN CD. Enfermedades de la mama. Buenos Aires. Beta, 1973.
14. HAJDU SI, URBAN SA. Cancers metastatic to the breast. *Cancer*, 29: 1961, 1972.
15. JOCHIMSEN PR, PEARLMAN NW, LAWTON L, PLATZ ChE. Melanoma of skin of the breast. Therapeutic considerations based on six cases. *Surgery*, 81: 583, 1977.
16. LEE YT, SPARKS FC, MORTON DL. Primary melanoma of skin of the breast region. *Ann Surg*, 185: 17, 1977.
17. LUND HZ and KRAUS JM. Melanotic tumors of the skin. U.S.A. Armed Forces Institute of Pathology, 1962.
18. MATE M y PRIARIO JC. Melanoma del tronco. (Mesa Redonda: Melanoma maligno). *Cir Uruguay*, 44: 369, 1974.
19. ROUVIERE H. Anatomie des Lymphatiques de l'homme. Paris. Masson, 1932, p. 199.
20. SILVERMAN EM, OBERMAN HA. Metastatic neoplasms in the breast. *Surg Gynecol Obstet*, 138: 26, 1974.
21. STEPHENSON SE and BYRD BF. Malignant melanoma of the breast. *Am J Surg*, 97: 232, 1959.
20. TURNER - WARWICK RT. The lymphatics of the breast. *Brit J Surg*, 46: 574, 1959.
23. WILSON RE, SABISTON DC, DAVIS - CHRISTOPHER. Textbook of Surgery. Philadelphia. Saunders, 1974.