

TRATAMIENTO DEL LINFOMA PRIMARIO DE MAMA: a propósito de un caso.

Calle Cardona M, Cobos P, Artola I, Arroniz Ruiz de Larrea N, Moreno Roche P.
Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Cruces.

INTRODUCCIÓN

- El linfoma primario de mama (LPM) es una entidad extremadamente infrecuente que representa menos del 0,5% de las neoplasias malignas de mama.
- El lugar de la cirugía en el tratamiento de esta tumor ha sido analizada a lo largo de los años, siendo relegada a un fin únicamente diagnóstico en la actualidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Presentación de un caso clínico de LPM en un estudio de un nódulo de mama sospechoso de malignidad.
- Revisión bibliográfica de la evidencia actual existente sobre el diagnóstico y el tratamiento de este tumor.

CASO CLÍNICO

ANTECEDENTES PERSONALES

- Mujer de 68 años.
- Sin antecedentes personales ni familiares de interés.
- No tóxicos.

MOTIVO DE CONSULTA

- Paciente en seguimiento en Unidad de Patología Mamaria por mastopatía fibroquística con realización de mamografías anuales normales durante 10 años.
- La paciente adelanta la cita de mamografía por autopalpación de nódulo en mama izquierda.*

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Mamografía bilateral:** Dos nódulos BIRADS 5 en CSE y CSI-periareolar de mama izquierda el mayor de 52mm. Ganglios axilares indeterminados.
- Se realiza biopsia por punción con aguja gruesa (BAG) de unión de cuadrantes externos de mama izquierda, BAG de cuadrante supero-intero y BAG de adenopatía axilar izquierda.
- Resultado anatomo-patológico de las muestras:**
 - Proceso linfoproliferativo.
 - Inmunohistoquímica de las células tumorales:*
 - Positivas: CD20, CD10, BcL-6, MUM-1 y C-myc
 - Positividad parcheada heterogénea:BcL-2.
 - Negativas: CD3, CD5
- PET:** Elevada actividad sobre 2 nódulos mamarios izquierdos en relación con el linfoma conocido. Infiltración ganglionar linfoproliferativa supra, infradiafragmática y esplénica con menor intensidad de captación respecto a las lesiones mamarias, sugiriendo posible transformación a alto grado versus linfoma sincrónico.

Diagnóstico definitivo: Linfoma B Difuso de Célula Grande con inmunofenotipo Centro Germinal y doble expresión de CMYC y BCL2 "negativo para reordenamiento de ambos". Estadio IVA, IPI 3.

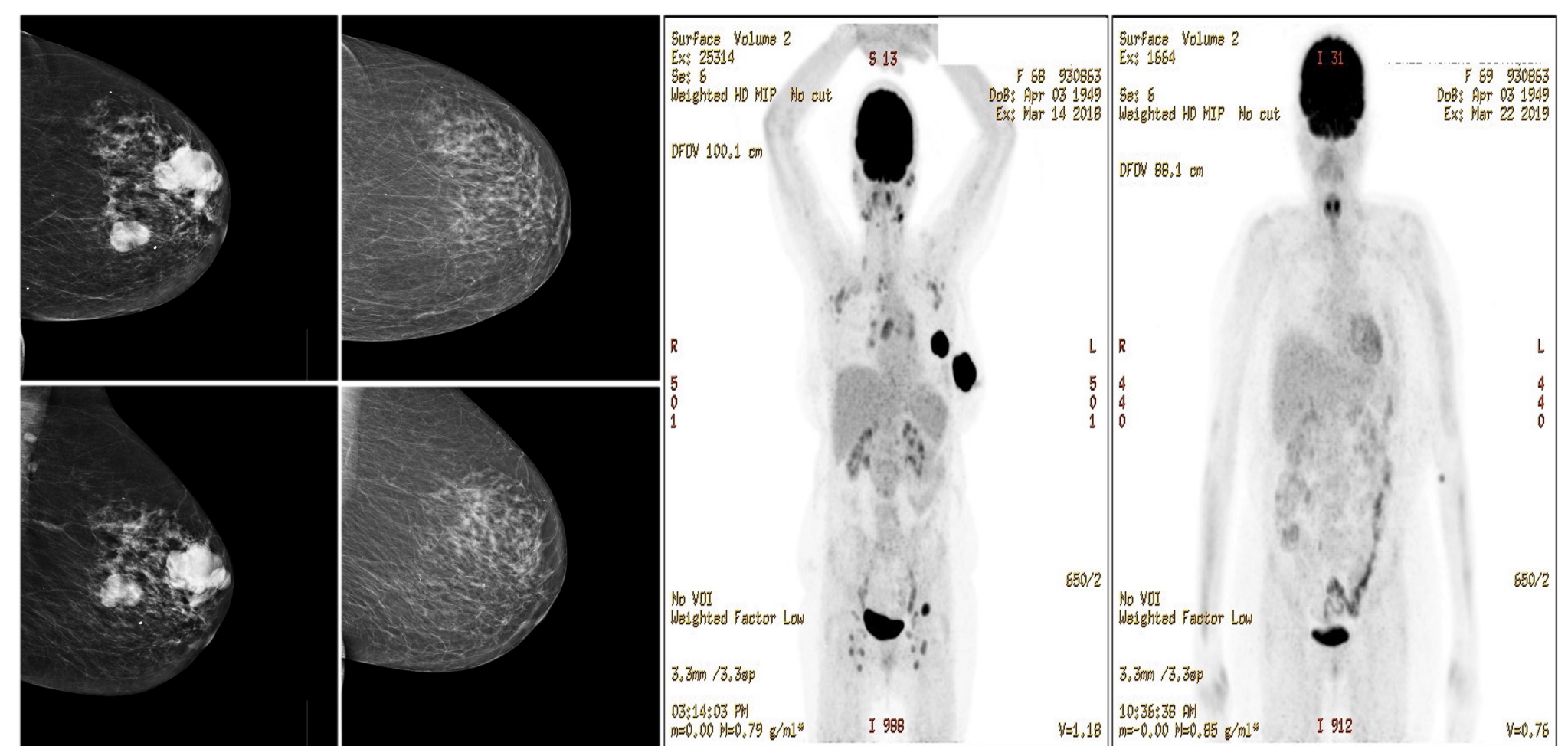
EVOLUCIÓN:

Se realizan los siguientes tratamientos por parte del Servicio de Hematología y Oncología Radioterápica:

- Quimioterapia: esquema Metotrexate – Rituximab – CHOP 4 ciclos. Rituximab – CHOP 2 ciclos + TIT (triple intratecal 1 ciclo)
- ISRT sobre mama izquierda (36Gy/200cGy por fracción)
- Transplante auto-TPH. (Complicación: TEP bilateral agudo en contexto de síndrome febril)

En la actualidad:

- Controles posteriores de PET:** respuesta metabólica completa tras QT que persiste hasta la actualidad
- Mamografía 2022:** normal.



PET corporal y mamografía de mama izquierda (proyecciones cráneo-aural-fila superior- y mediolateraloblicua-fila inferior) al diagnóstico (columna izquierda) y en la actualidad (columna derecha)

DISCUSIÓN

- El LPM representa menos del 0,5% de las lesiones malignas de la glándula mamaria y se presenta en edades entre los 60 y 70 años.
- La definición de LPM continúa siendo controvertida. Mientras que en unas publicaciones aparece como aquel linfoma que aparece exclusivamente en mama y axila ipsilateral, otras amplían la definición a la afectación de ganglios supraclaviculares o médula ósea.
- El LPM puede presentarse clínica y radiológicamente como un carcinoma invasor de mama por lo que **la confirmación histológica es necesaria para realizar el diagnóstico diferencial**. El subtipo histológico más común es el linfoma difuso de células B grandes.
- La **mastectomía no ha demostrado beneficio** sobre la supervivencia o prevención de recurrencia y se asoció con mayor morbi-mortalidad y retraso de inicio del tratamiento sistémico. La **quimioterapia es el tratamiento de elección** en estas pacientes, siendo de elección la terapia con R-CHOP asociado a quimioprofilaxis de sistema nervioso central. La **terapia combinada con radioterapia** (RT) estaría indicada en estadios iniciales (estadios I y II) con algún factor de riesgo adverso. En estadios III y IV (avanzados), el uso de RT es más controvertido, no siendo en ninguno de los estadios de elección el tratamiento único con RT.
- En las series de casos publicados, la supervivencia global a los 3 años se sitúa entre el 60-80%, en función del estadio inicial.

CONCLUSIONES

El LPM puede manifestarse como un carcinoma invasor de mama, siendo el diagnóstico histológico crucial para definir el tratamiento. La mastectomía aumenta la morbilidad de estas pacientes sin ofrecer beneficio respecto al tratamiento de elección en la actualidad: la quimioterapia.

BIBLIOGRAFÍA

- Jennings WC, Baker RS, Murray SS, et al. Primary breast lymphoma: the role of mastectomy and the importance of lymph node status. Ann Surg 2007; 245:784.
- Foo MY, Lee WP, Seah CMJ, Kam C, Tan S-M. Primary breast lymphoma: A single-centre experience. Cancer Reports. 2019;2:e1140.