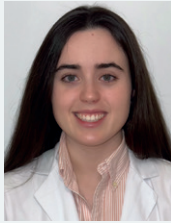


Necrosis y ulceración en la zona pectoral: una presentación poco frecuente de un diagnóstico común



Amaia Barrutia Etxebarria

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz (Araba/Álava).



Aída Menéndez Parrón

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz (Araba/Álava).



Ricardo González Pérez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz (Araba/Álava).

Mujer de 48 años, procedente de Costa de Marfil, que acude a urgencias por ulceración y edema en ambas mamas. Refiere como antecedente personal relevante el diagnóstico de un carcinoma infiltrante de mama tres años antes, inicialmente estadificado como T4d N0 M0, tratado mediante mastectomía total, linfadenectomía axilar, radioterapia y quimioterapia.

A la exploración, se observó ulceración de gran tamaño, necrosis y exudación que se extendía por ambas mamas, con abundante fibrina y tejido de

granulación, compatible con infiltración tumoral en coraza (fig. 1 A).

El estudio histológico mostró una infiltración dérmica masiva por carcinoma infiltrante de probable origen mamario. Se realizó una tomografía computarizada toracoabdominopélvica, donde se observó infiltración tumoral difusa de ambas mamas y musculatura torácica, metástasis pleurales, diseminación ganglionar axilar bilateral y metástasis hepáticas y óseas con infiltración del canal medular (fig. 1 B-D).

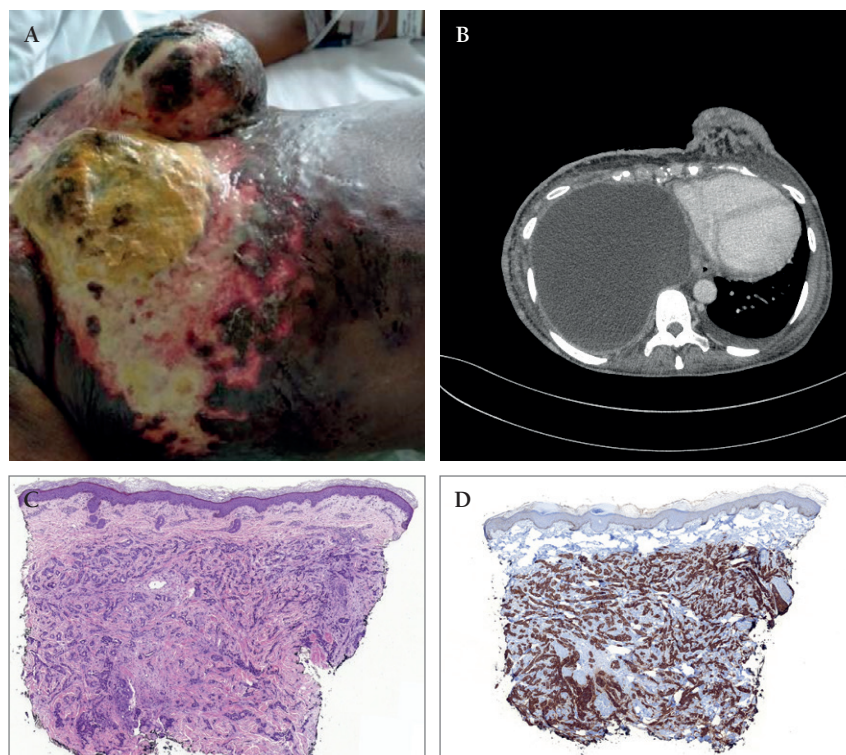


FIGURA 1. **A)** Imagen clínica de la zona mamaria y la pared torácica, donde se observa ulceración de gran tamaño, abundante fibrina, tejido de granulación y esfacelos. **B)** Corte a nivel de la novena vértebra torácica (T9) de tomografía computarizada de tórax con contraste intravenoso y ventana de partes blandas, donde se observa la neoplasia de mama con infiltración difusa de la pared torácica anterior, metástasis pleurales y derrame pleural masivo derecho con desplazamiento mediastínico. En el mismo estudio, también se visualizó diseminación ganglionar axilar bilateral y metástasis hepáticas y óseas con infiltración del canal medular. **C y D)** Muestra de piel en forma de *punch* cutáneo fijado de 0,4 cm de diámetro y 0,3 cm de espesor. En la primera imagen, se observa una imagen con tinción con hematoxilina-eosina de 10 aumentos (10×), donde se aprecia infiltración dérmica masiva por carcinoma infiltrante de probable origen mamario. En la segunda imagen, se observa una imagen con tinción de inmunohistoquímica para receptores hormonales con aumento 10×, donde se identifican receptores de estrógenos intensamente positivos en el 100 % de las células y receptores de progesterona moderadamente positivos en el 100 % de las células.

El carcinoma en coraza consiste en una forma de metástasis cutánea muy poco frecuente del cáncer de mama¹. En la mayoría de los casos, se desarrolla tras la mastectomía y representa una extensión agresiva del cáncer con un pobre pronóstico². El diagnóstico precoz y el tratamiento dirigido de las metástasis cutáneas del carcinoma de mama son esenciales para prevenir la progresión catastrófica habitual de la enfermedad³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salemis NS, Christofyllakis C, Spiliopoulos K. Primary breast carcinoma en cuirasse. A rare presentation of an aggressive malignancy and review of the literature. *Breast Dis.* 2020;39(3-4): 155-9.
2. Lookingbill DP, Spangler N, Sexton FM. Skin involvement as the presenting sign of internal carcinoma. A retrospective study of 7316 cancer patients. *J Am Acad Dermatol.* 1990;22(1):19-26.
3. Alani A, Roberts G, Kerr O. Carcinoma en cuirasse. *BMJ Case Rep.* 2017;2017:bcr2017222121.