

## **CARCINOMA INFLAMATORIO**

Corresponde al 2-5% de los casos de cáncer de mama

Se presenta como una mama aumentada de volumen, con eritema y edema en más de 1/3 de la mama y en la mayoría de los casos sin un tumor subyacente claramente palpable. En general se presentan con adenopatías axilares y/o regionales palpables.

La evolución es rápida y suele ser confundido clínicamente con una mastitis del que se diferencia por la ausencia de fiebre, movilización de glóbulos blancos y falta de respuesta a los antibióticos.

La mamografía generalmente muestra aumento difuso de la densidad y edema de piel. La ecografía permite detectar un tumor subyacente en un porcentaje elevado de casos.

No constituye un tipo especial de carcinoma de mama, sino que cualquier cáncer de mama puede presentarse bajo forma inflamatoria. En general se trata de tumores de alto grado, con receptores hormonales negativos, alta frecuencia de tumores HER2 y elevado ki67.

El diagnóstico se efectúa mediante lo que se ha dado en llamar biopsia tridimensional de mama, que incluye piel, celular y tejido mamario subyacente, realizado sobre el área más sospechosa. El diagnóstico es CLINICO. Si bien es característico de estos tumores las embolias tumorales en los linfáticos dérmicos, su ausencia en el material de biopsia NO excluye el diagnóstico de carcinoma inflamatorio. No obstante, es recomendable la inclusión de piel en la biopsia y que el patólogo informe de la presencia o ausencia de dichas embolias.

Constituye el T4d de la clasificación de TNM, y debe consignarse de tal forma en la historia clínica, ya que el manejo difiere de otros carcinomas localmente avanzados no inflamatorios.

Alrededor de 15-30% de estos tumores se encuentran diseminados al momento de la primera consulta, por lo que es mandatorio la estadificación inicial con tomografía de tórax y abdomen, centellograma óseo o tomografía con emisión de positrones si se dispone de acceso al mismo.

La cirugía de inicio está contraindicada.

El manejo multidisciplinario deberá iniciarse con quimioterapia en base a antraciclinas y taxanos de ser posible. De responder adecuadamente se realizará el esquema completo de neoadyuvancia. De tratarse de tumores HER2 se indicará tratamiento con terapias anti HER2 (trastuzumab/pertuzumab) concomitante con los taxanos.

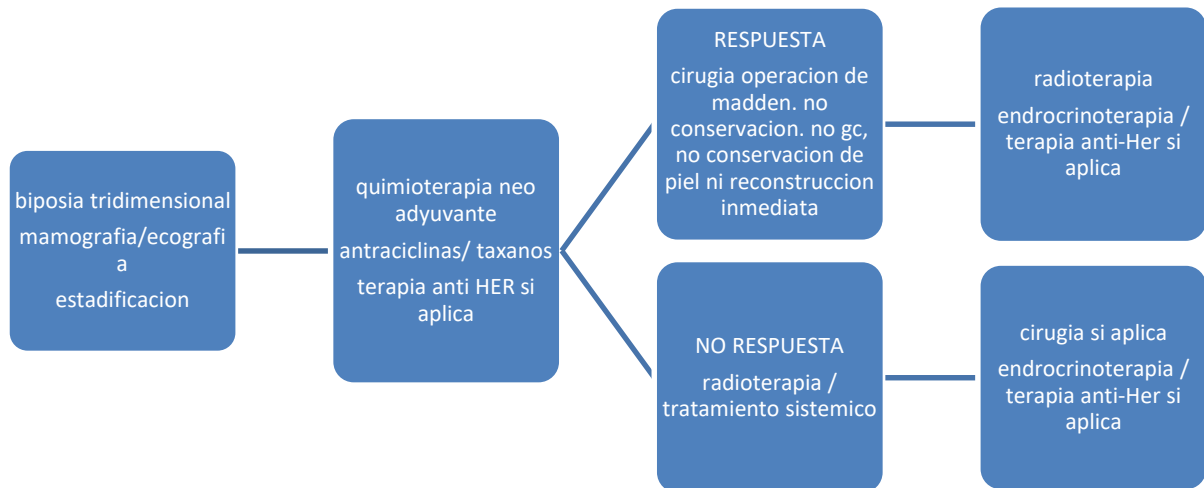
En caso de respuesta se procederá al tratamiento quirúrgico. El mismo consiste en mastectomía de Madden. No debe realizarse cirugía conservadora aun con respuesta clínica completa, por la alta incidencia de recurrencias locales en tratamiento conservador de estos casos. Tampoco está indicada la técnica de ganglio centinela por el bloqueo linfático tumoral que presentan estos tumores y la alta tasa de falsos negativos. No se recomienda la mastectomía con conservación de piel ni la reconstrucción inmediata.

Siempre se indicará radioterapia sobre lecho de mastectomía y áreas ganglionares aun con respuesta patológica completa.

En caso de no respuesta a la quimioterapia se realizará radioterapia sobre volumen mamario (60gy) y áreas ganglionares (50gy). Si posteriormente la paciente se encuentra libre de enfermedad a distancia, se podrá indicar la mastectomía de Madden.

Luego de finalizado el tratamiento locorregional, la paciente proseguirá con tratamiento sistémico, hormonal o biológico, según aplique.

Pese a los avances en el manejo multidisciplinario de esta patología, el pronóstico continúa siendo desfavorable.



## BIBLIOGRAFIA

1-Hideko Yamauchi et al. Inflammatory Breast Cancer: What We Know and What We Need to Learn. *Oncologist*. 2012; 17(7):891–899..doi: 10.1634/theoncologist.2012-0039.

2) NCCN versión 1-2021.NCCN.org

3) Semiglazov V et al: Surgery following neoadjuvant therapy in patients with HER2-positive locally advanced or inflammatory breast cancer participating in the NeOAdjuvant Herceptin (NOAH) study” *EJSO* 37 (2011) 856e863

4)Shaheenah Dawood et al. Differences in Survival Among Women With Stage III Inflammatory and Noninflammatory Locally Advanced Breast Cancer Appear Early  
A Large Population-Based Study. *Cancer* 2011; 117:1819–26.

