

Cartas al Director

Metástasis en colon de un carcinoma lobulillar de mama

Palabras clave: Metástasis. Carcinoma lobulillar de mama.

Key words: Metastasis. Lobular carcinoma of the breast.

Sr. Director:

La extensión metastásica del carcinoma de mama al tracto gastrointestinal se considera un fenómeno infrecuente. La evidencia existente en la literatura acerca de las características biológicas de estas metástasis es muy escasa y se basa fundamentalmente en estudios descriptivos de series de autopsias, casos clínicos y pequeñas series de pacientes. Además, los síntomas y signos de presentación pueden ser muy inespecíficos, haciendo que el diagnóstico correcto se retrase y que empeore el pronóstico de la enfermedad. Presentamos el caso de una paciente con metástasis en el colon sigmoide de un carcinoma lobulillar de mama que se presentó con un cuadro leve de estreñimiento.

Paciente de 42 años de edad diagnosticada en el año 2001 de carcinoma lobulillar bilateral de mama estadio pT2N1M1 con tinción inmunohistoquímica positiva para estrógenos y progesterona y con carcinomatosis peritoneal, linfangitis pulmonar y metástasis óseas y cutáneas. Inicialmente fue tratada con quimioterapia, tamoxifeno y bifosfonatos. La enfermedad se mantuvo estable hasta el año 2006, cuando se detectó progresión de la enfermedad ósea, por lo que se pautó tratamiento hormonal y radioterapia sobre las lesiones óseas principales. Sin embargo, la enfermedad visceral permanecía estable en los controles clínicos y de imagen (TAC) realizados. En septiembre de 2007 acudió a consultas externas por estreñimiento. Se observó una discreta elevación del CA 15.3 y en la TAC toracoabdominal se apreciaron nódulos pulmonares bilaterales sugerentes de metástasis, adenopatías mediastínicas y un engrosamiento concéntrico

de la pared del ángulo esplénico del colon. Se practicó una colonoscopia que demostró la presencia en ángulo esplénico de una masa excrecente que impedía el paso del colonoscopio y en colon sigmoide otra lesión nodular de unos 4 cm de diámetro. Se tomaron biopsias de ambas lesiones que fueron diagnosticadas de metástasis de carcinoma lobulillar de mama, por lo que la paciente fue sometida a cirugía resectiva. El estudio anatómopatológico de la pieza quirúrgica evidenció un engrosamiento difuso de la pared. Microscópicamente existía una infiltración difusa de toda la pared y de la grasa por células pequeñas con escaso citoplasma con áreas de disposición cordonal (Fig. 1A). En el estudio inmunohistoquímico fueron positivas para estrógenos (Fig. 1B) y citoqueratina 7 y negativas para CK20, como el tumor primario.

Las metástasis gastrointestinales (MGI) del carcinoma de mama son muy poco frecuentes por lo que resulta difícil precisar su incidencia. Estudios de series de autopsias de pacientes fallecidos de cáncer de mama metastásico han encontrado MGI en casi el 30% de los casos (1), mientras que en una reciente revisión retrospectiva de 12.000 pacientes con cáncer de mama metastásico se encontró tan sólo un 0,6% con MGI (2).

El presente caso ilustra algunas de las características principales del cáncer de mama que metastatiza en el tracto gastrointestinal. En primer lugar, entre las variantes histológicas de cáncer de mama es lobulillar que con mayor frecuencia metastatiza en dicha localización (3). Un estudio reciente encuentra un 4,5% de MGI en los pacientes con carcinoma lobulillar frente a un 1,1% en los pacientes con carcinoma ductal (4); en segundo lugar, la ubicación de las metástasis en el colon parece ser la más frecuente (45% del total) (2) aunque los estudios iniciales en autopsias encontraban una mayor frecuencia de metástasis en el estómago (5); y finalmente, parece más frecuente que las metástasis gastrointestinales se den en el contexto de una enfermedad diseminada con metástasis a distancia en otros órganos (2), al igual que en este caso, en el que existían también metástasis óseas y pulmonares.

La principal dificultad en el manejo de las MGI del cáncer de mama es el diagnóstico precoz, dada la escasez y poca especificidad de los síntomas que provoca. Estas manifestaciones clínicas se atribuyen frecuentemente a los efectos secundarios

de la quimioterapia o a las consecuencias de una enfermedad tumoral diseminada ya conocida (6). En nuestro caso la forma de presentación fue una disminución de la frecuencia defecatoria, pero en otros casos publicados de metástasis colorrectales de cáncer de mama la presentación ha sido en forma de crisis suboclusivas (7), dolor abdominal y anorexia (8) o anemia (9).

Ante lesiones de apariencia neoplásica en el colon en el contexto de un paciente con cáncer de mama la principal disyuntiva diagnóstica se plantea entre una metástasis del tumor de mama y un cáncer colorrectal (CCR) primario. Esta alternativa debe plantearse incluso cuando han pasado años desde el diagnóstico inicial del cáncer de mama, ya que el tiempo transcurrido no disminuye el riesgo de metástasis durante el seguimiento (10). En nuestro paciente habían pasado 6 años entre el diagnóstico del cáncer de mama y el de la metástasis en el colon. La imagen endoscópica de ambas neoplasias puede ser indistinguible y es la anatomía patológica la que debe dar el diagnóstico definitivo. La histología típica de una metástasis muestra una infiltración de las capas de la pared del colon por unas células pequeñas y monomórficas de núcleo redondo y citoplasma vacuolado, organizadas típicamente en cordones. En los casos de tumor muy indiferenciado puede ser necesario utilizar técnicas de inmunohistoquímica para citoqueratinas y marcadores hormonales cuyo patrón puede ayudar a diferenciar la estirpe del tumor. En nuestro caso, el tumor marcó positivo para estrógenos (Fig. 1) y citoqueratina 7 y negativo para citoqueratina 20, patrón típico del cáncer de mama (11).

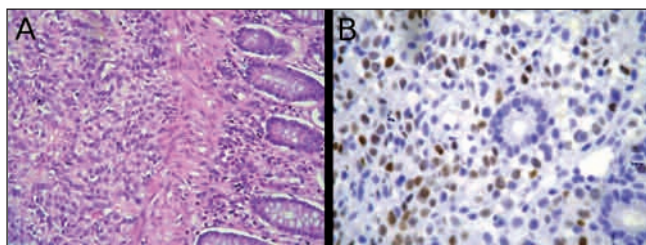


Fig. 1. A. Infiltración difusa de la submucosa por células pequeñas, con escaso citoplasma, respetando las glándulas intestinales; B. Las células presentan positividad inmunohistoquímica para receptores estrogénicos.

El tratamiento quirúrgico de la MGI no parece aumentar la supervivencia salvo en el subgrupo de pacientes en los que esta es la única extensión metastásica (3). En el presente caso se optó por la cirugía de colon con intención paliativa, para evitar la obstrucción intestinal.

El pronóstico de los pacientes con MGI es malo por lo que se debe incidir en el diagnóstico precoz para instaurar un tratamiento adecuado lo antes posible. En la serie de McLemore y cols. (2) un 21% de los pacientes fueron inicialmente diagnosticados de otra patología y en el 11% el diagnóstico correcto sólo se realizó tras una laparotomía exploradora. Por lo tanto, ante todo paciente con antecedente de cáncer de mama y síntomas gastrointestinales, aunque sean inespecíficos, debe descartarse mediante pruebas específicas la presencia de metástasis gastrointestinales.

M. Bustamante-Balén, M. Navarro-Hervás¹, J. M. Cuevas² y J. V. García-Díez³

Servicios de Medicina Digestiva, ¹Anatomía Patológica, ²Oncología y ³Cirugía General y Digestiva. Hospital de la Ribera. Alzira, Valencia

Bibliografía

1. Weigelt B, Peterse JL, van't Veer LJ. Breast cancer metastasis: Markers and models. *Nature Reviews* 2005; 5: 591-602.
2. McLemore EC, Pockaj BA, Reynolds C, Gray RJ, Hernández JL, Grant CS, et al. Breast cancer: Presentation and intervention in women with gastrointestinal metastasis and carcinomatosis. *Ann Surg Oncol* 2005; 886-94.
3. Borst MJ, Ingold JA. Metastatic patterns of invasive lobular versus invasive ductal carcinoma of the breast. *Surgery* 1993; 114: 637-41.
4. Arpino G, Bardou VJ, Clark GM, Elledge RM. Infiltrating lobular carcinoma of the breast: Tumor characteristics and clinical outcome. *Breast Cancer Res* 2004; 6: R149-R156 (DOI 10.1186/bcr767). Available at: <http://breast-cancer-research.com/content/6/3/R149>
5. Cifuentes N, Pickren JW. Metastases from carcinoma of mammary gland: An autopsy study. *J Surg Oncol* 1979; 11: 193-205.
6. Cervi C, Vettoretto N, Vinco A, Cervi E, Villanacci V, Grigolato P, et al. Rectal localization of metastatic lobular breast cancer. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 453-5.
7. Michalopoulos A, Papadopoulos V, Zatzagias A, Fahantidis E, Apso-tolidis S, Haralabopoulos E, et al. Metastatic breast adenocarcinoma masquerading as colonic primary. Report of two cases. *Tech Colo-proctol* 2004; 8 (Supl. 1): s135-7.
8. Kilgore T, Grewal A, Bechtold M, Miick R, Díaz-Arias A, Ibdah J, et al. Breast cancer metastasis to the colon: A case report and review of the literature. *The Internet Journal of Gastroenterology* 2007; 6: 1.
9. Schwarz RE, Klimstra DS, Turnbull A. Metastatic breast cancer masquerading as gastrointestinal primary. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 111-4.
10. Weigelt B, Peterse JL, van't Veer LJ. Breast cancer metastasis: Markers and models. *Nature Reviews* 2005; 5: 591-602.
11. Park SY, Kim BH, Kim JH, Lee S, Kang GH. Panels of immunohistochemical markers help determine primary sites of metastatic adenocarcinoma. *Arch Pathol Lab Med* 2007; 131: 1561-7.