

Metástasis colónica de carcinoma lobulillar de mama

Colon metastasis of lobular breast carcinoma

El carcinoma de mama es el cáncer más común en la mujer con una incidencia en España de alrededor 80 casos por 100.000 mujeres/año. Las localizaciones más comunes de las metástasis de cáncer de mama son el hueso, el pulmón, el sistema nervioso central y el hígado. Las metástasis digestivas de neoplasia mamaria son infrecuentes, constituyendo menos del 1% del total¹. Cuando se localizan en el tracto digestivo estas se ubican en colon-recto (45%), estómago (28%), intestino delgado (19%) y esófago (8%), según una serie de 73 pacientes en la que 23 presentaban solo metástasis gastrointestinales, 32 solo carcinomatosis peritoneal difusa, y 18 ambas².

Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de metástasis colónica de cáncer de mama. Se trata de una mujer de 65 años con antecedentes de carcinoma lobulillar de mama izquierda intervenida en enero de 2006 (pT1 N3 M0, receptores de estrógenos y progesterona positivos, c-Erb 2 negativos), realizándosele tumorectomía con linfadenectomía y quimioterapia adyuvante; Como antecedentes presentaba una reducción mamaria bilateral, histerectomía con doble aneختomía por patología benigna y colecistectomía. Estando la paciente asintomática y a raíz de una elevación de los marcadores tumorales de cáncer de mama en su seguimiento oncológico (CA 15-3: 199 U/ml, CEA: 16 mcg/L), se practicó una tomografía computarizada (TC) en julio de 2009. La TC mostró un engrosamiento mural segmentario del ángulo hepático del colon, asociado a imágenes ganglionares milimétricas (fig. 1). La colonoscopia informó de una formación submucosa en el ángulo hepático del colon, con biopsia negativa para células tumorales. Se realizó un PET-TAC que no identificó imágenes hipermetabólicas. Una segunda colonoscopia a los dos meses informó de fibrosis y aumento de volumen de la lesión previa con estenosis colónica y mucosa de aspecto normal. Ante los hallazgos se realizó un tratamiento quirúrgico en octubre de

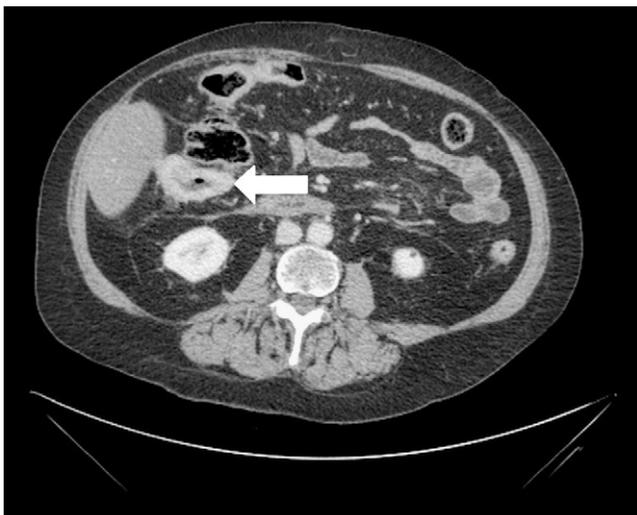


Figura 1 – TAC abdominal: engrosamiento mural segmentario de ángulo hepático de colon.

2009. En la intervención se halló una masa de aspecto neoplásico en ángulo hepático de colon sin signos de diseminación peritoneal. Se llevó a cabo una hemicolectomía derecha con linfadenectomía regional.

El examen histológico reveló la presencia de dos metástasis de pared colónica de carcinoma lobulillar de mama con afectación transmural, invasión ganglionar en 5/11 ganglios linfáticos aislados y márgenes de resección libres. Los hallazgos morfológicos observados (fig. 2) obligaron al diagnóstico diferencial con un adenocarcinoma difuso, de células en anillo de sello primario de colon. Desde un punto de vista inmunohistoquímico las células expresaban citoqueratina 7 (CK7); los receptores nucleares de estrógenos resultaron positivos en el 90% de las células y los receptores de progesterona y c-Erb 2, negativos.

La paciente fue dada de alta iniciando posteriormente quimioterapia y hormonoterapia adyuvante, con 6 ciclos de capecitabina-gemcitabina y exemestano. En el seguimiento a los 10 meses la paciente presenta signos radiológicos tomográficos de extensión peritoneal de la enfermedad, y se encuentra pendiente de una nueva línea quimioterápica.

La mayoría de las metástasis gastrointestinales de cáncer de mama son producidas por el carcinoma lobulillar infiltrante (64%)², que supone menos del 10% de los subtipos histológicos en los tumores primarios de mama, donde el carcinoma ductal infiltrante es el más común (90%)³⁻⁷. El diagnóstico diferencial entre metástasis y cáncer colorrectal primario puede ser difícil a causa del intervalo entre diagnóstico y presentación de la metástasis mamaria con una mediana de 7 años², aunque están descritos de periodos de hasta 28 años³. La presentación clínica es inespecífica, pudiendo comenzar con un cuadro oclusivo³, simulando una enfermedad inflamatoria intestinal⁷ con dolor abdominal y diarrea mucosanguinolenta, o ser una lesión asintomática⁸⁻¹⁰. La sospecha clínica debe tenerse siempre que exista un antecedente de cáncer mamario.

Hasta el 25% de las metástasis digestivas de cáncer de mama se asocian a carcinomatosis peritoneal. Otro 25% presentan dos o más metástasis sincrónicas en diferentes sitios del tracto digestivo². En ambos casos añadir cirugía al tratamiento sistémico quimioterápico no se ha visto acompañado de un aumento del índice de supervivencia. Por otra parte, en aquellos casos en los que se trata de una única metástasis sí que se ha obtenido un beneficio con la adición de cirugía al tratamiento quimioterápico aumentando la supervivencia de dichos pacientes de 9 a 44 meses².

En conclusión, las metástasis colorrectales de carcinoma mamario son extremadamente poco frecuentes y presentan una dificultad diagnóstica por la facilidad con la que se confunden con un cáncer colónico primario. El diagnóstico es a menudo realizado únicamente después del estudio de la pieza quirúrgica. El análisis inmunohistoquímico de los marcadores y receptores hormonales de la pieza quirúrgica es de fundamental importancia para el tratamiento específico de cada caso de forma individualizada. La cirugía no aumenta la supervivencia global de forma significativa, aunque en casos

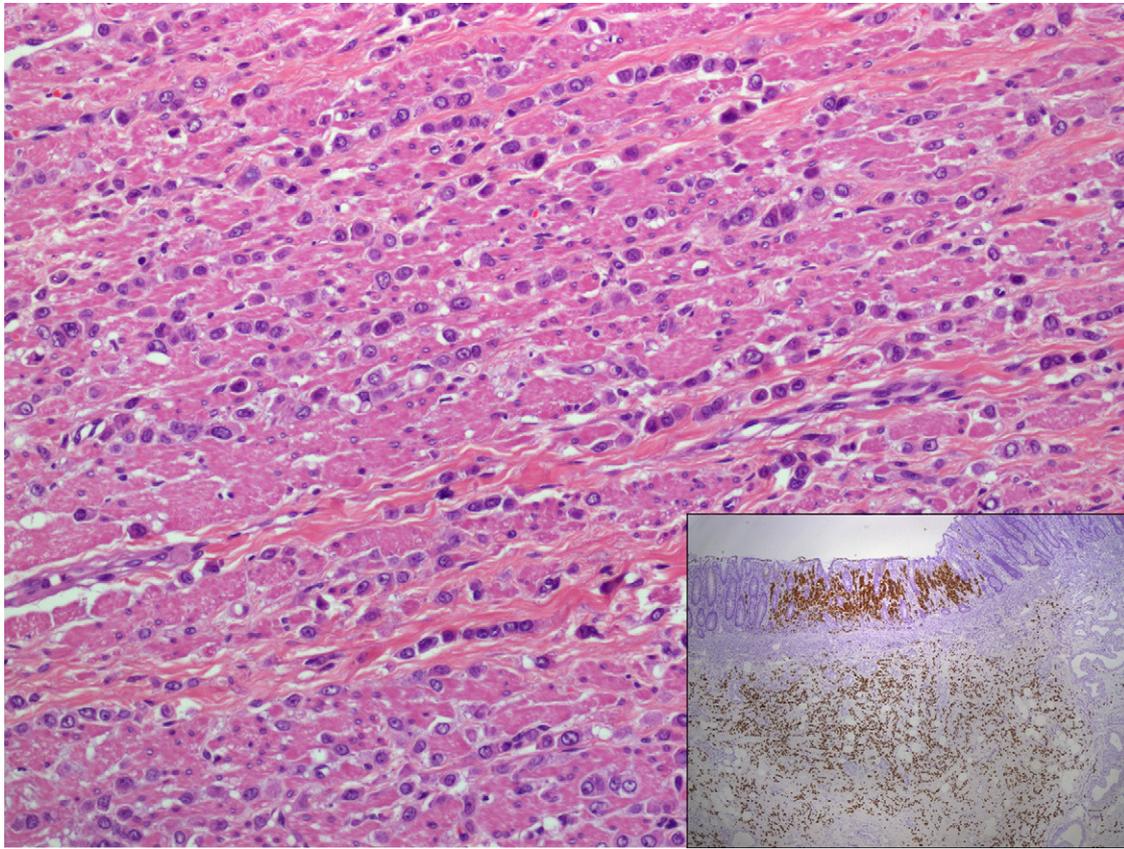


Figura 2 – Imagen histológica (hematoxilina-eosina, 20x): La celularidad neoplásica está constituida por células de tamaño pequeño-mediano que infiltran la pared colónica con patrón difuso, poco cohesivo, con la típica disposición en «fila india» de las células del carcinoma lobulillar de mama. Algunas células presentan características vacuolas intracitoplasmáticas que pueden simular el depósito de moco intracitoplasmático de las células en anillo de sello. La neoplasia presenta positividad inmunohistoquímica con anticuerpo anti-CK7 (tinción citoplasmática - inset, 4x), típicamente positivo en el carcinoma de mama y negativo en la mayoría de los carcinomas colónicos.

seleccionados la resección de metástasis aisladas puede ser eficaz en términos de supervivencia y calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Borst MJ, Ingold JA. Metastatic patterns of invasive lobular versus invasive ductal carcinoma of the breast. *Surgery*. 1993;114:637-41.
2. McLemore EC, Pockaj BA, Reynolds C, Gray RJ, Hernández JL, Grant CS, et al. Breast cancer: presentation and intervention in women with gastrointestinal metastases and carcinomatosis. *Ann Surg Oncol*. 2005;12:886-94.
3. Theraux J, Bretagnol F, Guedj N, Cazals-Hatem D, Panis Y. Colorrectal breast carcinoma metastases diagnosed as an obstructive colonic primary tumor. A case report and review of the literature. *Gastroenterol Clin Biol*. 2009;33:1114-7.
4. Taal BG, Peterse H, Boot H. Clinical presentation, endoscopic features, and treatment of gastric metastases from breast carcinoma. *Cancer*. 2000;89:2214-21.
5. Schwartz RE, Klimstra DS, Turnbull AD. Metastatic breast cancer masquerading as gastrointestinal primary. *Am J Gastroenterol*. 1998;93:111-4.
6. Bamias A, Baltayiannis G, Kamina S, Fatouros M, Lymperopoulos E, Agnanti N, et al. Rectal metastases from lobular carcinoma of the breast: Report of a case and literature review. *Ann Oncology*. 2001;12:715-8.
7. Washington K, Mc Donagh D. Secondary tumours of the gastrointestinal tract: surgical pathologic findings and comparison with autopsy series. *Mod Pathol*. 1995;8:427-33.
8. Cervi G, 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.
9. Law W, Chu K. Scirrhous colonic metastasis from ductal carcinoma of the breast. *Dis Colon Rectum*. 2003;46:1424-7.
10. Voravud N, El-Naggar AK, Balch CM, Theriault RL. Metastatic lobular breast carcinoma simulating primary colon cancer. *Am J Clin Oncol*. 1992;15:365-9.

Filippo Landi^{a,*}, Marc Martí Gallostra^a, Eloy Espin Basany^a, Stefania Landolfi^b y Manuel Armengol Carrasco^a

^aServicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario del Valle de Hebrón, Barcelona, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario del Valle de Hebrón, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pippo.land@gmail.com (F. Landi).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.12.021