



P-222 - AFECTACIÓN METASTÁSICA GÁSTRICA DE CARCINOMA DUCTAL DE MAMA

Alegre Torrado, Cristina; Ortiz Aguilar, Manuel; Gutiérrez de Prado, Julia; Martínez Caballero, Javier; Hernández García-Gallardo, Diego; Gómez Rodríguez, Pilar; Ferrero Herrero, Eduardo; Rodríguez Cuéllar, Elías

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer y habitualmente metastatiza en ganglios linfáticos, hueso, hígado, pulmón y cerebro. Su extensión metastásica gástrica es poco frecuente, siendo más frecuente en el carcinoma lobar de mama y excepcional en el ductal. Su diagnóstico requiere en muchas ocasiones un alto índice de sospecha, dada su clínica inespecífica y que se suele producir años después del diagnóstico del cáncer de mama primario. Habitualmente se asocian a mal pronóstico.

Caso clínico: Paciente mujer de 63 años, diagnosticada a finales de 2019 de carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda (cT1cN+) con fenotipo HER2 puro. Se realizaron 3 ciclos de quimioterapia neoadyuvante con 5-fluorouracilo, epirrubicina y ciclofosfamida con respuesta casi completa. Posteriormente se realiza tumorectomía de mama con arpón y vaciamiento axilar en febrero de 2020 y recibe tratamiento adyuvante con trastuzumab y radioterapia. En diciembre de 2023 presenta recaída sistémica con metástasis ósea, suprarrenal y ganglionar (iliaca externa bilateral, inguinal bilateral y retroperitoneal dudosa), así como pólipo maligno en colon con foco de adenocarcinoma intramucoso, resecado endoscópicamente. Inicia tratamiento con docetaxel + trastuzumab-pertuzumab y posteriormente denosumab con respuesta metabólica mantenida en 2024. En PET de octubre de 2024 se evidencia captación patológica en cuerpo-fundus gástrico realizándose endoscopia con diagnóstico anatomopatológico de adenocarcinoma gástrico tubular moderada-pobremente diferenciado. Tras presentar el caso en el comité de tumores se decide neoadyuvancia con FLOT y posterior cirugía, realizándose gastrectomía total con linfadenectomía D2, transcurriendo el posoperatorio sin incidencias. El resultado anatomopatológico e inmunohistoquímico revela un adenocarcinoma de patrón ductal y sólido congruente con metástasis de adenocarcinoma ductal de mama, con 7 de 26 ganglios positivos y linfangitis carcinomatosa, márgenes libres. Positividad de marcadores de origen primario mamario (GATA-3, mamaglobina y BRST2) que confirman el diagnóstico, excluyéndose definitivamente el origen gástrico. Tras el resultado se inicia tratamiento con trastuzumab y deruxtecán.

Discusión: El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer siendo las metástasis más frecuentes en ganglios linfáticos, hueso, hígado, pulmón y cerebro. Aunque su extensión metastásica gástrica es poco frecuente, es la segunda neoplasia más frecuente que metastatiza al estómago, por detrás del melanoma. Son más frecuentes en el carcinoma lobar de mama, siendo en el ductal

excepcionales. La clínica puede ir desde pacientes asintomáticos, síntomas inespecíficos, hasta hemorragia digestiva alta. Su diagnóstico requiere en muchas ocasiones un alto índice de sospecha, dada su clínica inespecífica, y que se suele producir años después del diagnóstico del cáncer de mama primario. La endoscopia es el método diagnóstico principal, siendo recomendada su realización en pacientes con síntomas gástricos y antecedentes de cáncer de mama, incluso hace más de 10 años. Habitualmente su forma de presentación más frecuente se da en forma de linitis plástica, aunque también pueden ser diagnosticadas en forma de lesiones polipoideas, nodulares o ulceradas. Para su diagnóstico definitivo, y poder diferenciarlo del carcinoma gástrico, es imprescindible el análisis inmunohistoquímico. A pesar de su tratamiento quirúrgico, con quimioterapia, radioterapia y/o hormonoterapia concomitante, se asocian a mal pronóstico.