

Metástasis de carcinoma ductal infiltrante de mama simulando un cáncer de colon obstructivo primario

V. Pla, M.J. Safont^a, E. Buch, A. Pallas y J.V. Roig^b

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. ^bJefe del Servicio. Hospital de Sagunto. ^aServicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario de Valencia. España.

Resumen

Las metástasis gastrointestinales extrahepáticas del cáncer de mama son poco frecuentes. Presentamos, por su rareza, un caso de metástasis de carcinoma ductal infiltrante de mama simulando un cáncer de colon obstructivo primario. Debe realizarse un correcto diagnóstico diferencial en pacientes con cáncer de mama que tienen síntomas o hallazgos radiológicos de cáncer de colon para evitar el tratamiento quirúrgico innecesario de la lesión metastásica como si fuese un segundo primario.

Palabras clave: Carcinoma ductal infiltrante de mama. Metástasis en colon.

METASTASES FROM INFILTRATING DUCTAL CARCINOMA OF THE BREAST MIMICKING PRIMARY OBSTRUCTIVE COLON CANCER

Extrahepatic gastrointestinal metastases from breast cancer are infrequent. Because of its rarity, we present a case of metastases from infiltrating ductal carcinoma of the breast mimicking primary obstructive colon cancer. An appropriate differential diagnosis should be performed in patients with breast cancer who show symptoms or radiological findings of colon cancer to avoid unnecessary surgery of the metastatic lesion by mistaking it as a second primary tumor.

Key words: Infiltrating ductal breast cancer. Colon metastases.

Introducción

El cáncer de mama es el más frecuente entre las mujeres, afectando a una de cada 8 mujeres a lo largo de sus vidas. En estas pacientes existe un aumento del riesgo de segundos tumores, así como de metástasis incluso después de un tiempo prolongado libre de enfermedad. El diagnóstico diferencial entre ambas situaciones resulta complicado, siendo necesaria en la mayoría de los casos la comparación histológica con el tumor de mama primario.

Nuestro caso resulta de especial interés, dado que la mayoría de los casos descritos de afección secundaria intestinal por cáncer de mama corresponden a carcinomas lobulillares infiltrantes (CLI).

Caso clínico

Mujer de 69 años, sin antecedentes personales de interés, que acudió a urgencias con un cuadro de oclusión intestinal de 48 h de evolu-

ción con signos de irritación peritoneal en la exploración. Llamaba la atención la existencia de una masa exofítica de 4 x 2 cm en la zona central de la mama izquierda, adherida a planos profundos, que la enferma decía presentar desde hacía años y por la que nunca había consultado. La radiografía de abdomen evidenció la presencia de neumoperitoneo, por lo que se decidió su intervención quirúrgica urgente.

Durante la intervención se observó una obstrucción neoplásica en el sigma con marcada dilatación de todo el marco cólico proximal a ésta, y dos perforaciones diastásicas en el ciego y el ángulo esplénico, respectivamente, con peritonitis fecaloidea secundaria. Presentaba implantes peritoneales, uno de los cuales obstruía parcialmente un asa yeyunal. Se realizó una colectomía subtotal con ileostomía terminal tipo Brooke, exéresis del asa yeyunal y anastomosis terminoterminal y una mastectomía simple izquierda.

El estudio anatomopatológico posterior de ambas tumoraciones informó de un carcinoma ductal infiltrante (CDI) (figs. 1 y 2). Posteriormente, la paciente ha iniciado tratamiento citostático con FEC (5 fluorouracilo, epirrubicina y ciclofosfamida), con resultado de progresión de enfermedad por aparición de metástasis óseas.

Discusión

La incidencia real de las metástasis gastrointestinales extrahepáticas del cáncer de mama está poco definida. El órgano más frecuentemente afectado es el estómago, seguido del colon y el recto, siendo raras las metástasis en el intestino delgado¹. En series de necropsias se ha observado que la frecuencia de metástasis colorrectales está en torno al 8-12%². En la bibliografía, las metástasis

Correspondencia: Dr. V. Pla Martí.
C/ Primado Reig, 189, 5.º. 46020 Valencia. España.
Correo electrónico: med008200@nacom.es

Aceptado para su publicación en febrero de 2002.

Fig. 1. Aspecto histológico de la mucosa cólica. Se observa cordones y ductos de células neoplásicas infiltrando la lámina propia (flechas). Apréciase la integridad del epitelio cólico (H-E, 200).

colorrectales del cáncer de mama aparecen como casos aislados, únicamente encontramos 2 series de 17 y 8 pacientes, respectivamente^{3,4}, en las que el subtipo histológico más frecuente corresponde al de CLI, observándose un único caso en cada serie de CDI⁷.

La mayoría de los casos clínicos publicados corresponden, al igual que en las series anteriormente descritas, a CLI^{5,6}. Diversos trabajos han estudiado el patrón de diseminación de los diferentes subtipos histológicos, siendo más frecuente en los lobulillares la diseminación gastrointestinal, ósea o ginecológica y en los ductales las metástasis hepáticas, pulmonares y en el sistema nervioso central^{7,8}.

En pacientes con historia de cáncer de mama en los que se identifica una tumoración intestinal será necesario distinguir si se trata de una metástasis o de un nuevo tumor primario. La frecuencia de segundos primarios en pacientes con cáncer de mama se ha estimado en alrededor del 11%, localizándose más frecuentemente en colon, recto, útero y cérvix⁹. No existen diferencias en cuanto a la presentación clínica de estos procesos. Los hallazgos radiológicos pueden ayudar a realizar el diagnóstico diferencial. Lesiones múltiples, defecto unilateral y afección extrínseca con mucosa sana son signos sugestivos de metástasis. Si la lesión es circunferencial y ulcerada, no es posible distinguirla del tumor primario. Los valores plasmáticos de CEA pueden estar elevados en el cáncer de mama, por lo que su determinación no es de utilidad en el diagnóstico diferencial⁵. La colonoscopia con biopsia es la prueba de elección para diferenciar las metástasis del tumor primario de colon. La biopsia debe ser profunda, ya que las metástasis, a diferencia de los tumores primarios, comienzan por afectar a la serosa y a la submucosa. Una mucosa intacta con serosa invadida por células tumorales histológicamente idénticas a las del tumor primario de mama confirma el diagnóstico de metástasis⁵.

La utilización de técnicas inmunohistoquímicas es útil cuando existen dudas para determinar el origen del tumor. Si hay expresión de receptores hormonales en el cáncer de mama primario y en la tumoración de colon se confirma el origen metastásico de la misma¹⁰.

Una vez confirmado el origen metastásico de la lesión el tratamiento debe enfocarse en el contexto del cáncer

Fig. 2. Aspecto microscópico de la infiltración dérmica de la piel mamaria. Obsérvense los cordones neoplásicos debajo de la epidermis (H-E, 400).

de mama diseminado. Con el tratamiento sistémico se han conseguido respuestas entre el 32 y el 53% de los casos con supervivencias prolongadas, sobre todo en ausencia de metástasis en otras localizaciones³. El tratamiento quirúrgico debería reservarse como tratamiento paliativo en caso de perforación, obstrucción intestinal o hemorragia, como ha ocurrido en nuestro caso.

En resumen, las metástasis gastrointestinales extrahepáticas del cáncer de mama no son infrecuentes. Ante una tumoración colorrectal en una enferma con historia de cáncer de mama, debemos realizar un correcto diagnóstico diferencial entre una metástasis o un segundo primario para un correcto enfoque terapéutico, evitando tratar la enfermedad metastásica mediante resección quirúrgica.

Bibliografía

1. Massuti B, López Aldeger J, Belda A, Bernet E, Montalar J. Obstrucción intestinal de causa metastásica en una paciente con neoplasia de mama. *Cir Esp* 1987;42:168-71.
2. Cifuentes N, Pickren JW. Metastases from carcinoma of mammary gland: an autopsy study. *J Surg Oncol* 1979;11:193-205.
3. Taal BG, Den Hartog Jager FCA, Steinmertz R, Peterse H. The spectrum of gastrointestinal metastases of breast carcinoma II. The colon and rectum. *Gastrointest Endosc* 1992;38:136-41.
4. Le Bouedec G, Kauffmann P, Darcha C, De Latour M, Fondrinier E, Dauplat J. Intestinal metastases from breast cancer. A propos of 8 cases. *Ann Chir* 1993; 47:342-7.
5. 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.
6. Rabau MY, Alon RJ, Werbin N, Yossipov Y. Colonic metastases from lobular carcinoma of the breast. *Dis Colon Rectum* 1988;31:401-2.
7. Fondrinier E, Guerin O, Lorimier G. A comparative study of metastatic patterns of ductal and lobulillar carcinoma of the breast from two matched series (376 patients). *Bull Cancer* 1997;84:1101-7.
8. Jain S, Fisher S, Smith P, Millis RR, Rubens RD. Patterns of metastatic breast cancer in relation to histological type. *Eur J Cancer* 1993;29:2155-7.
9. Mamounas EP, Perez-Mesa C, Penetrante RB, Driscoll DL, Blumenfeld LE, Tsangaris TN. Patterns of occurrence of second primary non-mammary malignancies in breast cancer patients: results from 1382 consecutive autopsies. *Surg Oncol* 1993;2:175-85.
10. Schwarz RE, Klimstra DS, Turnbull ADM. Metastatic breast cancer masquerading as gastrointestinal primary. *Am J Gastroenterol* 1998;93:111-4.