

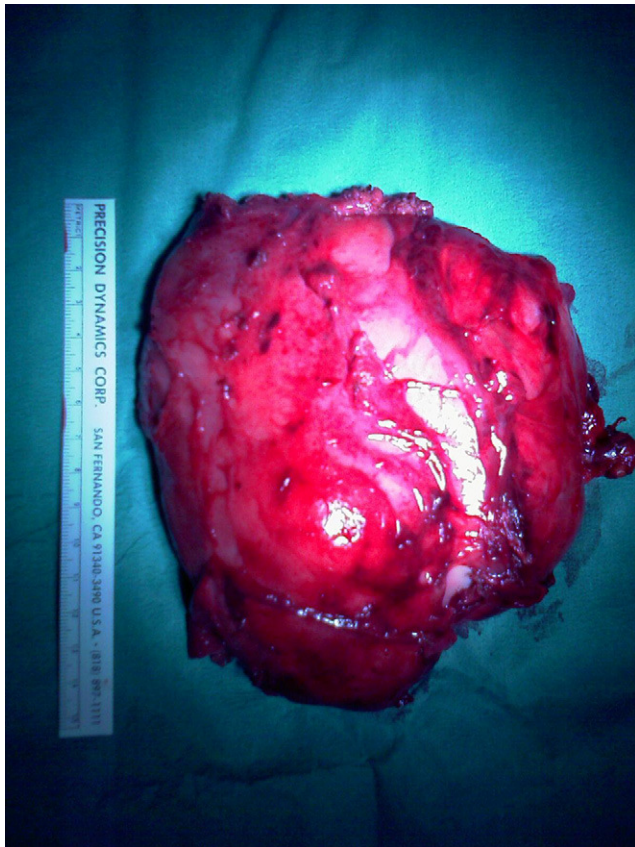


Figura 2 – Pieza quirúrgica en bloque.

hasta el 80%, si bien se han comunicado casos aislados en los que el tratamiento hormonal con análogos de la hormona gonadotrópica (acetato de leuprolide) ha sido eficaz, se reserva su uso para aquellos casos en los que se prevea una cirugía mutilante⁹. La utilidad de la radioterapia o de la quimioterapia en estos tumores es dudosa.

No tenemos datos de un abordaje por vía laparoscópica, que consideramos eficaz en manos expertas por la accesibilidad al área pélvica y las ventajas habituales de la laparoscopia. Aconsejamos un seguimiento estrecho de estos pacientes por el gran potencial de presentar recurrencias.

doi:10.1016/j.ciresp.2009.07.006

BIBLIOGRAFÍA

1. Steeper TA, Rosai J. Aggressive angiomixoma of the female pelvis and perineum. Report of nine cases of a distinctive type of gynecologic soft-tissue neoplasm. *Am J Surg Pathol.* 1983;7:463-75.
2. Pinedo R, Neira C, Bravo LE. Angiomixoma agresivo. Informe de casos y revisión de la literatura. *Colomb Med.* 1995;26:86-8.
3. Adwan H, Patel B, Kamel D, Glazer G. A solitary encapsulated pelvic aggressive angiomixoma. *Ann Roy Coll Surg Eng.* 2004;86:1-3.
4. Amorotti C, Mosca D, Pintauro U, Maiorana A. Aggressive angiomixoma of the pelvis and perineum: A case report and review of the literature. *Chir Ita.* 2004;56:717-26.
5. Boren T, Lapolla J, Martino M, Nirgudkar P. Aggressive angiomixoma: A case of multiple recurrences and review of the literature. *J Pelvic Surg.* 2006;12:151-6.
6. Siassi RM, Papadopoulos T, Matzel KE. Metastasizing aggressive angiomixoma. *N Engl J Med.* 1999;341:1772.
7. Blandamura S, Cruz J, Vergara LF, Puerto IM, Ninfo V. Aggressive angiomixoma: A second case of metastasis with patient's death. *Hum Pathol.* 2003;34:1072-4.
8. Han-Geurts IJM, Van Geel AN, Van Doorn L, Den Bakker M, Eggermont AMM, Verhoef C. Aggressive angiomixoma: Multimodality treatments can avoid mutilating surgery. *Eur J Sur Oncol.* 2006;24:1-5.
9. Sereda D, Sauthier P, Hadjeres R, Funaro D. Aggressive angiomixoma of the vulva: A case report and review of the literature. *J Low Gen Tract Dis.* 2009;13:46-50.

Santiago Mera Velasco*, Antonio J. Cabello Burgos,
Manuel Ruiz López, Iván González Poveda y
Julio Santoyo Santoyo

Servicio de Cirugía, Hospital Regional Universitario Carlos Haya,
Málaga, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: s.meravelasco@gmail.com
(S. Mera Velasco).

Metástasis colónica de carcinoma lobulillar de mama

Colon metastasis of lobular breast cancer

La diseminación metastásica del cáncer de mama se localiza con mayor frecuencia en el hueso, el pulmón, el hígado y el cerebro. La aparición de lesiones metastásicas en el tracto gastrointestinal es excepcional, y fundamentalmente es el carcinoma lobulillar el subtipo histológico que con mayor frecuencia es causante de estas metástasis¹.

Presentamos el caso clínico de una mujer de 67 años de edad, con antecedentes de apendicectomía y histerosalpingooforectomía por miomas y antecedentes familiares de cáncer gástrico y cáncer de mama.

La paciente consultó porque desde hacía 6 meses aquejaba astenia, anorexia con pérdida de 10 kg de peso, dispepsia,

diarrea (más de 6 deposiciones diarias) y molestias imprecisas en el abdomen. En la exploración física destacaba una mama izquierda aumentada de tamaño con induración de consistencia pétrea a la altura del cuadrante superoexterno pero sin afectación cutánea. El abdomen era blando, depresible, sin dolor a la palpación ni tumoraciones. Se realizó mamografía y ecografía, que detectaron una tumoración en cuadrante superoexterno de la mama izquierda de unos 5 cm de diámetro. Se realizó biopsia con aguja gruesa que reveló la existencia de un carcinoma lobulillar infiltrante. El estudio inmunohistoquímico confirmó la positividad para receptores de estrógenos (7/8 de Allred) y de progesterona (5/8 de Allred), índice de proliferación bajo (<20%) medido con MIB-1 y negatividad para E-cadherina; el HercepTest[®] también fue negativo. No se palparon adenopatías axilares, pero sí supraclaviculares izquierdas, cuya punción-aspiración con aguja fina no demostró malignidad.

Con el diagnóstico de neoplasia de mama, se envió a la paciente al Servicio de Oncología de nuestro hospital para completar el estudio de extensión y valorar la estrategia terapéutica. Los marcadores tumorales estaban elevados (CEA: 8,8 ng/ml [0,0-2,5]; Ca 19/9: 25,8 U/ml [0,0-37,0]; Ca 125: 67,0 U/ml [0,0-35,0]; Ca 15/3: 249,0 U/ml [0,0-29,0]), y en la ecografía abdominal se observó una vesícula biliar pequeña de paredes engrosadas y con imágenes de litiasis en su interior que indicaban una colecistitis crónica litiásica, así como un engrosamiento de la pared del colon derecho. La

gammagrafía ósea no demostró alteraciones significativas. Una tomografía computarizada confirmó los hallazgos de neoplasia mamaria y colelitiasis; destacaba, además, el engrosamiento circunferencial de la pared del colon derecho, algún tramo del colon transverso y del recto, con ingurgitación de los vasos sanguíneos circundantes y existencia de pequeños ganglios mesentéricos (fig. 1A).

Ante estos hallazgos, se practicó una colonoscopia que detectó, a la altura del colon ascendente, una lesión polipoidea, sesil, multinodular y friable, cuyo diagnóstico histológico era compatible con adenocarcinoma pobremente diferenciado. El estudio inmunohistoquímico confirmó el diagnóstico de metástasis de carcinoma lobulillar infiltrante de mama (positividad para receptores de estrógenos y citoqueratinas AE1-AE3; negatividad para receptores de progesterona, citoqueratina 20, HercepTest y E-cadherina, índice de proliferación medido con MIB-1 bajo) (fig. 2). Se realizó, además, un enema opaco, que mostró alteraciones radiológicas compatibles con una lesión difusa intramural en el colon ascendente, que podría corresponder a enfermedad metastásica con marcada reacción desmoplástica (fig. 1B).

Con el diagnóstico de carcinoma lobulillar infiltrante de mama izquierda estadio iv por la existencia de metástasis en el colon transverso, se envió a la paciente al Servicio de Cirugía, donde se le realizó una colectomía derecha ampliada con anastomosis ileocólica laterolateral manual y colecistectomía. El informe anatomopatológico de la pieza quirúrgica confirmó la presencia de metástasis de carcinoma lobulillar de mama. El curso postoperatorio transcurrió sin complicaciones y se le dio el alta hospitalaria al 8.º día de la intervención. Posteriormente, la paciente recibió quimioterapia como tratamiento del tumor primario de mama: 6 ciclos de doxorubicina/ciclofosfamida (AC) seguidos de tratamiento hormonal (letrozol). Queda pendiente, en este momento, la resección del tumor primario.

Las metástasis gastrointestinales del carcinoma de mama son infrecuentes. La información existente en la literatura médica es muy escasa y se basa fundamentalmente en estudios descriptivos de series de autopsias, casos clínicos y pequeñas series de pacientes². El carcinoma lobulillar infiltrante constituye aproximadamente el 10% de los tumores malignos de la mama. En comparación con el carcinoma ductal infiltrante, el carcinoma lobulillar es más frecuente en pacientes de edad avanzada, con tendencia a presentarse como tumoración de mayor tamaño. Además, con frecuencia más elevada, el carcinoma lobulillar

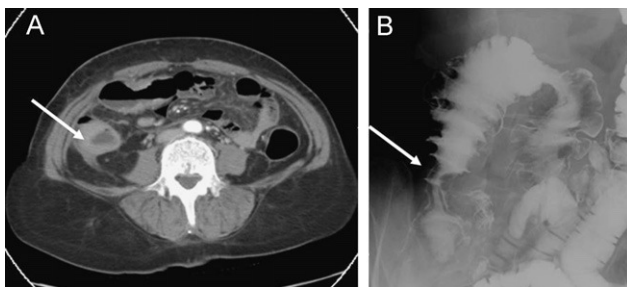


Figura 1 – A) TC: engrosamiento circunferencial de la pared del colon ascendente. B) Enema opaco: lesión intramural a la altura del colon ascendente con marcada reacción desmoplástica.

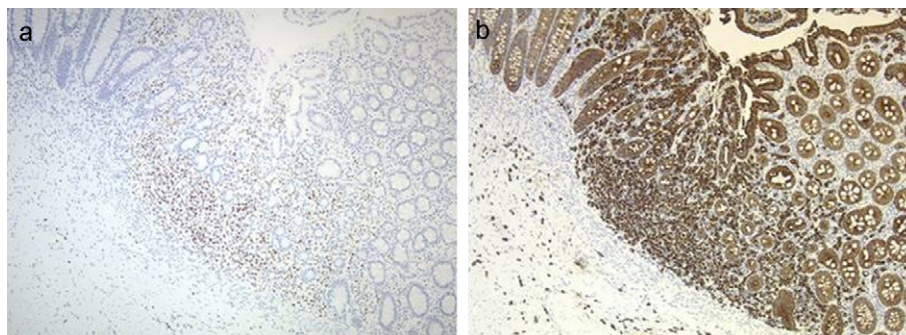


Figura 2 – Histología; 2a) expresión inmunohistológica de receptores de estrógenos (10X); 2b) expresión inmunoquímica de citoqueratinas AE1-AE3 (10X).

presenta receptores de estrógenos y progesterona positivos y negatividad para el receptor del factor de crecimiento epidérmico^{2,3}.

El patrón de diseminación metastásica también es diferente según el subtipo histológico. La afectación pleuropulmonar, la del sistema nervioso central y la del sistema ganglionar es más frecuente en el subtipo ductal infiltrante que en el lobulillar. El carcinoma lobulillar infiltrante, por su parte, presenta mayor tendencia a afectar al peritoneo, el tracto gastrointestinal o los ovarios, así como la mama contralateral⁴⁻⁶. Un estudio reciente encontró un 4,5% de metástasis a nivel gastrointestinal en los pacientes con carcinoma lobulillar frente a un 1,1% en los pacientes con carcinoma ductal². En el tubo digestivo, la localización más frecuente de este tipo de lesiones es el estómago, seguido del colon y el recto³. Teniendo en cuenta estos datos, en las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama, particularmente si se trata del subtipo histológico lobulillar, que presenten sintomatología digestiva o signos de anemia microcítica debería indicarse la realización de un estudio endoscópico del tracto intestinal alto y bajo con el fin de detectar posibles lesiones metastásicas⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bustamante-Balén M, Navarro-Hervás M, Cuevas JM, García-Díez JV. Metástasis en colon de un carcinoma lobulillar de mama. *Rev Esp Enferm Dig.* 2008;100:249-50.
2. Arpino G, Bardou VJ, Clark GM, Elledge RM. Infiltrating lobular carcinoma of the breast: Tumor characteristics and clinical outcome. *Breast Cancer Res.* 2004;6:149-56.
3. Borst MJ, Ingold JA. Metastatic patterns of invasive lobular versus invasive ductal carcinoma of the breast. *Surgery.* 1993;114:637-42.
4. Gegundez C, Paz JM, Mata I, Cao J, Conde J, Couselo JM, et al. Obstrucción de intestino delgado por metástasis de carcinoma mamario lobulillar. *Cir Esp.* 2005;77:102-4.
5. Pla V, Safont MJ, Buch E, Pallas A, Roig JV. Metástasis de un carcinoma ductal infiltrante de mama simulando un cáncer de colon obstructivo primario. *Cir Esp.* 2002;51:257-8.
6. Pera M, Riera E, López R, Vinolas N, Romagosa C, Miguel R. Metastatic carcinoma of the breast resembling early gastric carcinoma. *Mayo Clin Proc.* 2001;76:205-7.
7. Signorelli C, Pomponi-Formiconi D, Nelli F, Pollera CF. Single colon metastases from breast cancer: A clinical case report. *Tumori.* 2005;91:424-7.

Lucía Martínez Lesquereux*, Jesús Pedro Paredes Cotoré, Maria Jesús Ladra González y Alejandro Beiras Torrado

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela Santiago de Compostela, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lucialesquereux@hotmail.com
(L. Martínez Lesquereux).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.08.001

Invaginación ileocólica en linfoma de Burkitt

Ileocolic invagination in Burkitt lymphoma

El linfoma de Burkitt es un linfoma no hodgkiniano de células B maduras de alto grado de malignidad. Representa el 40-50% de todos los linfomas no hodgkinianos de la infancia¹. Su presentación como invaginación intestinal se asocia a estadios precoces, teniendo, por tanto, más posibilidades de éxito en el tratamiento^{2,3}.

Presentamos el caso de un varón de 11 años con pubertad precoz en tratamiento con triptorelina. Desde hacía un mes y medio presentaba crisis agudas de dolor tipo cólico con ocasionales deposiciones blandas y vómitos de predominio posprandial, así como anorexia y astenia moderada con pérdida de 7 kg de peso. Refería síntomas de oclusión intestinal de 2 días de evolución.

Al explorarlo, el paciente mostraba buen estado general, estaba afebril y destacaba la presencia de adenopatías submandibulares y una axilar izquierda. El abdomen estaba ligeramente distendido con dolor a la palpación del mesogastrio, sin masas ni visceromegalias. El hemograma mostró hematocrito (35%), hemoglobina (12,7 mg/dl), leucocitos (4.620 UI) (el 65% eran neutrófilos) y actividad de la

protrombina (50%). La radiografía simple de abdomen mostró dilatación de las asas del intestino delgado y niveles hidro-aéreos. La ecografía abdominal reveló adenopatías retroperitoneales y periaórticas de 3-4 cm de diámetro con asas del intestino delgado distendidas. La TC mostró una invaginación ileocólica con gran dilatación proximal de las asas del intestino delgado y múltiples adenopatías mesentéricas (fig. 1).

Con el diagnóstico de invaginación intestinal, se realizó laparotomía media y se halló líquido ascítico claro y, en la zona de la unión íleon-ciego, una invaginación de consistencia pétrea que se intentó reducir sin éxito. Se realizaron resección del íleon terminal-ciego y anastomosis ileocólica laterolateral manual. El examen anatomopatológico mostró hallazgos compatibles con linfoma de Burkitt intestinal que llegaba a infiltrar la serosa, pero con ganglios mesentéricos negativos. El paciente recibió posteriormente quimioterapia con ciclofosfamida, vincristina y prednisona.

La invaginación intestinal es una manifestación rara del linfoma de Burkitt^{3,4}, y su origen no tumoral es más