

Eugenia Ameneiros-Lago^{a,*}, Javier Pérez-Valcarcel^b,
Francisco José Fernández-Fernández^a
y Tamara Caínzos-Romero^a

^a Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario
Universitario de Ferrol, Ferrol, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario
Universitario de Ferrol

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eugenia.ameneiros.lago@sergas.es
(E. Ameneiros-Lago).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2017.05.003>
0210-5705/

© 2017 Elsevier España, S.L.U., AEEH y AEG. Todos los derechos reservados.

Extensión metastásica gástrica de carcinoma ductal infiltrante de mama con presentación endoscópica atípica



Gastric metastatic extension of invasive ductal carcinoma of the breast with atypical endoscopic presentation

Presentamos el caso de una mujer de 37 años de edad con antecedente de carcinoma ductal infiltrante T2N1M0 de mama izquierda diagnosticado 18 meses antes. Tras el diagnóstico se procedió a resección quirúrgica que resultó ser incompleta, por lo que se inició tratamiento con quimiorradioterapia. La paciente no tenía otros antecedentes patológicos médicos o quirúrgicos. Por autopalpación de nódulo en mama derecha (contralateral a la de su tumor inicial) se realizó ecografía mamaria de control. La prueba descartó afectación de la mama derecha pero detectó de forma incidental adenopatía axilar izquierda patológica. Se realizó por este motivo punción-aspiración con aguja fina ecoguiada de la adenopatía izquierda sospechosa. La citología fue positiva para malignidad y compatible con carcinoma ductal. Dada la recidiva de la enfermedad se realizó tomografía por emisión de positrones (PET). En la PET se apreció captación a nivel gástrico, motivo por el cual se indicó la realización de gastroscopia.

Endoscópicamente se apreciaron a nivel de fundus y cuerpo gástricos varias lesiones de unos 3-5 mm de diámetro, superficialmente ulceradas, con aspecto de lesión submucosa (fig. 1). Se tomaron biopsias de las lesiones que se remitieron al servicio de Anatomía Patológica para estudio histológico. Tras tinción con hematoxilina-eosina se apreció invasión neoplásica con pérdida de la arquitectura glandular normal. Mediante inmunohistoquímica (GATA-3) se confirmó el origen mamario de las metástasis (fig. 2).

La paciente falleció 4 meses después de la realización de la gastroscopia, a pesar del tratamiento quimiorradioterápico, por complicaciones derivadas de su enfermedad oncológica.

Aunque relativamente poco frecuente la extensión metastásica del cáncer de mama al tracto gastrointestinal es posible¹⁻⁴. Habitualmente el carcinoma ductal de mama se asocia con metástasis hepáticas, pulmonares y cerebrales^{1,5,6}. Las metástasis a nivel ginecológico, retroperitoneal y, con menor frecuencia, gastrointestinal son más típicas del carcinoma lobar de mama que del carcinoma ductal^{1,4-7}, siendo muy infrecuentes en este segundo

supuesto⁷. Incluso en los casos de histología mixta del tumor es el componente lobar el que tiende a metastatizar a nivel del tubo digestivo¹. La región más frecuentemente afectada dentro del tracto gastrointestinal es el estómago^{1-4,6,7}. Existen series que describen una incidencia de metástasis gástricas de entre el 4 y el 18% en las autopsias realizadas a pacientes con diagnóstico de neoplasia de



Figura 1 Lesiones endoscópicas a nivel de fundus gástrico.

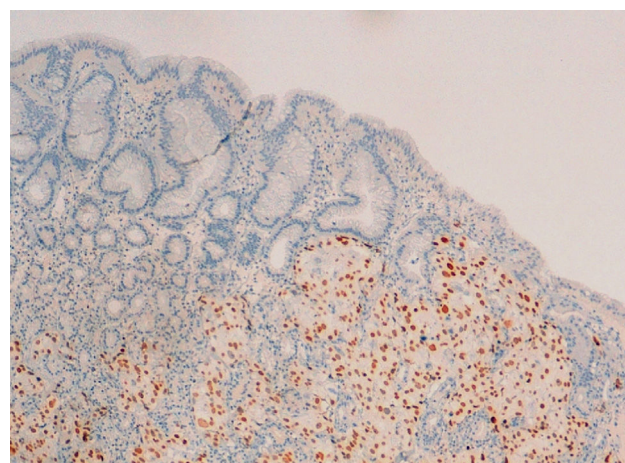


Figura 2 Inmunohistoquímica (GATA-3) que confirma el origen mamario.

mama^{6,7}. Hay que tener en cuenta además que el cáncer de mama es la segunda neoplasia que con más frecuencia metastatiza al estómago, siendo superada tan solo por el melanoma maligno⁶⁻⁹. Habitualmente la afectación gástrica se presenta en forma de linitis plástica por infiltración tumoral^{1-4,6}. Otras formas de presentación menos habituales incluyen lesiones nodulares, polipoides y ulceradas^{1-3,7,9}.

La endoscopia es el mejor método para valorar la afectación del tracto gastrointestinal^{1-4,8,9}. La valoración endoscópica es obligatoria en pacientes con antecedente de neoplasia de mama y síntomas digestivos, incluso aunque el diagnóstico de la enfermedad oncológica haya tenido lugar hace más de 30 años^{1,2,7,8}. Se han descrito también casos de afectación gástrica por metástasis de mama en pacientes sin antecedentes oncológicos ni neoplasia de mama conocida en el momento del diagnóstico⁶. No existe una sintomatología digestiva específica y las manifestaciones clínicas pueden incluso confundirse con los efectos secundarios del tratamiento oncológico o con otras enfermedades digestivas^{1,4,7-9}. Esta circunstancia puede retrasar, en los casos que debutan con este tipo de metástasis, el diagnóstico definitivo y el tratamiento^{1,9}. La ecoendoscopia permite objetivar la extensión en profundidad de la lesión y localizar la zona más propicia para la toma de biopsias¹⁻⁴. El estudio inmunohistoquímico de las biopsias gástricas resulta fundamental para el diagnóstico histológico^{4,6-8}. Diferenciar entre neoplasia gástrica primaria y enfermedad metastásica gástrica es imprescindible de cara a establecer el plan terapéutico apropiado^{4,6-8}. El aumento de la esperanza de vida de los pacientes con neoplasias de mama podría condicionar un aumento en la detección de este tipo de lesiones^{2,3,9} que pese a los avances en el tratamiento con quimioterapia, radioterapia y terapia hormonal siguen asociándose a un mal pronóstico^{4,6-8}.

Bibliografía

1. Ambroggi M, Stroppa EM, Mordenti P, Biasini C, Zangrandi A, Michieletti E, et al. Metastatic breast cancer to the gastrointestinal tract: Report of five cases and review of the literature. *Int J Breast Cancer*. 2012;2012:439023.
2. Taal BG, Peterse H, Boot H. Clinical presentation, endoscopic features, and treatment of gastric metastases from breast carcinoma. *Cancer*. 2000;89:2214-21.
3. Ghirarduzzi A, Sivelli R, Martella E, Bella M, de Simone B, Arcuri MF, et al. Gastric metastasis from breast carcinoma: Report of three cases, diagnostic-therapeutic critical close examination and literature review. *Ann Ital Chir*. 2010;81:141-6.
4. Hild C, Talha-Vautravers A, Hoefler P, Zirabe S, Bellocq JP, Mathelin C. Metastatic breast cancer to the stomach: An uncommon evolution of breast carcinoma. *Gynecol Obstet Fertil*. 2014;42:47-50.
5. De Palma GD, Masone S, Rega M, Simeoli I, Donisi M, Addeo P, et al. Metastatic tumors to the stomach: Clinical and endoscopic features. *World J Gastroenterol*. 2006;12:7326-8.
6. Ciulla A, Castronovo G, Tomasello G, Maiorana AM, Russo L, Daniele E, et al. Gastric metastases originating from occult breast lobular carcinoma: Diagnostic and therapeutics problems. *World J Surg Oncol*. 2008;6:78.
7. Dos Santos Fernandes G, Batista Bugiato Faria LD, de Assis Pereira I, Neves NC, Vieira YO, Leal AI. Gastric metastasis of breast cancer: A cases series. *Rare Tumors*. 2016;8:6305.
8. Arrangoiz R, Papavasiliou P, Dushkin H, Farma JM. Case report and literature review: Metastatic lobular carcinoma of the breast an unusual presentation. *Int J Surg Case Rep*. 2011;2:301-5.
9. Fondrinier E, Guérin O, Lorimier G. A comparative study of metastatic patterns of ductal and lobular carcinoma of the breast from two matched series (376 patients). *Bull Cancer*. 1997;84:1101-7.

Claudia de Zárraga Mata^{a,*}, Guiem Thomas Salom^a, Angels Vilella Martorell^a, Francisca Salvà Ramonell^b, Ángela Laura Maura Oliver^a y Carlos Dolz Abadía^a

^a Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: claudiadezarraga@gmail.com (C. de Zárraga Mata).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2017.04.006>
0210-5705/

© 2017 Elsevier España, S.L.U., AEEH y AEG. Todos los derechos reservados.