

^aServicio de Radiología, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, España

^bServicio de Cirugía General y Digestiva, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, España

^cServicio de Patología, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alvaro_lr@icloud.com

(Á. Lozano Rodríguez).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.05.010>
0009-739X/

© 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Obstrucción intestinal secundaria a metástasis de cáncer de mama no diagnosticado



Intestinal obstruction secondary to metastases of undiagnosed breast cancer

El cáncer de mama es responsable de aproximadamente 10 millones de diagnósticos de neoplasias en ambos sexos, y la principal causa de muerte en la mujer globalmente¹. El carcinoma lobulillar de mama tiene una mayor capacidad de metastatizar que otros subtipos, incluso siendo de un tamaño indetectable clínicamente². Se presenta un caso clínico en el que los hallazgos histopatológicos secundarios a la resección de un implante peritoneal obligaron a la búsqueda del tumor primario en la mama.

Se trata de una paciente de 35 años, sin antecedentes personales, que acude a urgencias con dolor abdominal generalizado y vómitos de 72 h de evolución. A la exploración física se objetiva distensión abdominal con dolor a la palpación generalizada, sin otros hallazgos. La analítica revela un aumento leve de los reactantes de fase aguda (RFA). Se realiza una tomografía computarizada (TC) abdominal urgente donde se observa una importante dilatación de asas de intestino delgado con un cambio de calibre a nivel de íleon distal. Se decide laparotomía exploradora urgente, donde se evidencia una estenosis en íleon distal causada por nódulos fibrosos que impresionan de implantes tumorales, sin otras lesiones en la cavidad abdominal. Se realiza hemicolectomía derecha con anastomosis yeyunotransversa. El postoperatorio cursa favorablemente, con alta hospitalaria al séptimo día del postoperatorio. El informe de anatomía patológica revela la existencia de múltiples formaciones nodulares de aspecto miliar compatibles con carcinoma lobulillar infiltrante de mama pobremente diferenciado. El inmunofenotipo resulta positivo para citoqueratina 7 (fig. 1) y negativo para citoqueratina 20, c-kit (CD117), TTF1 y ALC (CD45). Expresa positividad a receptores de estrógenos en el 100%, progesterona negativo y HER2 negativo.

Tras los hallazgos, se realiza un estudio mamario completo. En la exploración mamaria se identifica un nódulo palpable en cuadrante superior externo (QSE) de la mama izquierda de 30 mm con axila clínicamente positiva. Tras estudio de imagen protocolizado (mamografía, ecografía mamaria y

axilar y resonancia magnética), se confirma que se trata de un carcinoma lobulillar infiltrante con características inmunohistoquímicas similares a los hallazgos en la laparotomía. Estudio de extensión negativo. La paciente es valorada en el comité de tumores, donde se decide realizar una tumorectomía con linfadenectomía axilar. El informe definitivo de anatomía patológica revela que se trata de un carcinoma lobulillar infiltrante de 20 mm con receptores hormonales para estrógenos positivos 100%, progesterona negativa, Ki-67 > 14% y HER2 negativo. La linfadenectomía axilar presenta 16 ganglios afectados de los 16 resecaos. Estadificación pT1cN3a(16/16)M1. Tras los resultados inicia tratamiento con paclitaxel, bevacizumab y acetato de megestrol, quedando a partir del cuarto ciclo con bevacizumab en monoterapia por mala tolerancia. Al año de tratamiento con estabilidad de la enfermedad, se suspende el bevacizumab y se decide pautar goserelina trimestral y tamoxifeno.

Tras 6 años de estabilidad de la enfermedad refiere un nódulo de nueva aparición adyacente a la cicatriz mamaria. Se realiza un estudio mamario completo bilateral, observándose un nódulo de 15 mm adyacente a la cicatriz quirúrgica en mama izquierda, con biopsia de carcinoma lobulillar infil-

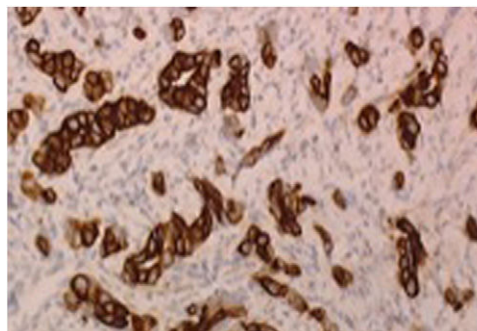


Figura 1 – Positividad para citoqueratina 7.

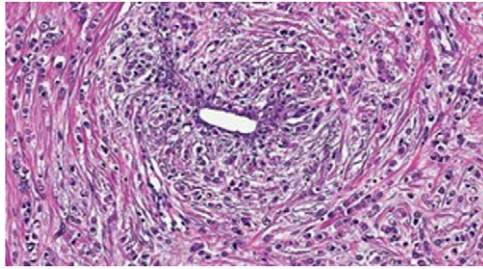


Figura 2 – Carcinoma lobulillar infiltrante.

trante (variante pleomórfica con células en anillo de sello), con receptores hormonales (estrógenos y progesterona) positivos al 100% y HER2 negativo (fig. 2); y una distorsión arquitectural solo visible en la resonancia magnética en la mama contralateral, con biopsia correspondiente a carcinoma lobulillar infiltrante, e inmunohistoquímica similar al contralateral. Axila derecha negativa. Estudio de extensión negativo (body-TC y PET-TC). Tras presentar el caso en el comité de tumores se decide mastectomía bilateral con BSGC de axila derecha (que resulta negativo) y reconstrucción bilateral con expansor mamario. En el informe de anatomía patológica definitivo destaca, en la mama derecha, un carcinoma lobulillar infiltrante de 0,9 cm con receptores hormonales para estrógenos 100% y progesterona 40%, Ki-67 < 14%, HER2 negativo. En la mama izquierda, carcinoma lobulillar infiltrante de 1,6 cm con receptores hormonales para estrógenos y progesterona 100%, Ki-67 > 14% y HER2 negativo. La paciente inicia posteriormente tratamiento adyuvante con antraciclinas y taxanos, radioterapia y hormonoterapia. Actualmente se encuentra libre de enfermedad y pendiente de reconstrucción mamaria definitiva (segundo tiempo de expansor-prótesis).

Las metástasis únicas en el tracto gastrointestinal por cáncer de mama son muy infrecuentes². McLemore et al. en 2005³ publicaron una serie de casos donde el 32% de las pacientes tenía metástasis en el tracto gastrointestinal sin evidenciarse carcinomatosis peritoneal, es decir, reseccable³, similar al caso presentado.

Ante el hallazgo, las metástasis intestinales únicas deben reseccarse si es posible, ya que mejoran la supervivencia de las pacientes respecto a las que se manejan con tratamiento conservador (hormonoterapia), en los casos de pacientes con historia previa de cáncer de mama⁴.

La supervivencia de las pacientes con cáncer de mama estadio IV parece ser de 12 a 24 meses tras iniciar el tratamiento. Sin embargo, existe un grupo pequeño de

pacientes estadio IV en los que se ha descrito una supervivencia de hasta 20 años tras el diagnóstico⁵. Se caracterizan por permanecer libres de enfermedad durante un periodo de tiempo prolongado, ser premenopáusicas, tumor primario HER2 negativo y ser oligometastásicas⁶. La supervivencia de la paciente descrita en el caso clínico es de 10 años en la actualidad, libre de enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estimating the world cancer burden: Globocan 2000. - PubMed - NCBI [consultado 10 Abr 2018] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11668491>
2. Hsieh PS, Yeh CY, Chen JR, Changchien CR. Ileocecal breast carcinoma metastasis. *Int J Colorectal Dis.* 2004;19:607-8.
3. McLemore EC, Pockaj BA, Reynolds C, Gray RJ, Hernandez JL, Grant CS, et al. Breast Cancer: Presentation and Intervention in Women With Gastrointestinal Metastasis and Carcinomatosis. *Ann Surg Oncol.* 2005;12:886-94.
4. Franceschini G, Manno A, Mulè A, Verbo A, Rizzo G, Sermoneta D, et al. Gastro-intestinal symptoms as clinical manifestation of peritoneal and retroperitoneal spread of an invasive lobular breast cancer: Report of a case and review of the literature. *BMC Cancer.* 2006;6:193.
5. Greenberg PA, Hortobagyi GN, Smith TL, Ziegler LD, Frye DK, Buzdar AU. Long-term follow-up of patients with complete remission following combination chemotherapy for metastatic breast cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 1996;14:2197-205.
6. Nieto Y, Nawaz S, Jones RB, Shpall EJ, Cagnoni PJ, McSweeney PA, et al. Prognostic model for relapse after high-dose chemotherapy with autologous stem-cell transplantation for stage IV oligometastatic breast cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2002;20:707-18.

Tatiana Gómez-Sánchez*, Saray Ayllón Gámez y José Manuel Pacheco García

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tgomezsanchez@hotmail.com (T. Gómez-Sánchez).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.05.008>
0009-739X/

© 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.