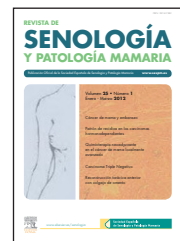


Revista de Senología y Patología Mamaria

www.elsevier.es/senologia



CARTA AL DIRECTOR

Metástasis hepática de cáncer de mama y cáncer primario de colon sincrónicos. ¿Qué hacer?

Breast cancer liver metatasis and synchronous primary colorectal cancer. What to do?

Sr. Director:

Las metástasis son el tumor hepático maligno que se presenta más frecuentemente. Los carcinomas de tubo digestivo, de la mama y del pulmón tienen tendencia a la diseminación hepática. La presencia de metástasis hepáticas modifica de forma importante las opciones terapéuticas y el pronóstico de los pacientes.

Actualmente la resección de las metástasis hepáticas es la mejor estrategia terapéutica en pacientes seleccionadas con cáncer primario de mama¹. Este hecho se objetiva en algunas series de pacientes con metástasis hepáticas por cáncer de mama potencialmente resecables en tratamiento con quimioterápicos con una esperanza de vida media de 24 meses y sin supervivencia a los 4 años², frente a las pacientes con metástasis hepáticas resecables, que tras ser operadas tienen una esperanza de vida media de 50 meses y su supervivencia es del 50% a los 5 años^{3,4}.

Presentamos el caso de una paciente mujer de 59 años intervenida en 1998 con mastectomía radical modificada por carcinoma ductal infiltrante de mama derecha T3N1(1/24) M0, que precisó tratamiento posterior con 6 ciclos de FAC (5-fluorouracilo, adriamicina y ciclofosfamida) y radioterapia junto con tratamiento hormonal sustitutivo (tamoxifeno hasta el año 2004).

En diciembre de 2010, se la estudió por cuadro de estreñimiento de varios meses de evolución que, tras colonoscopia y polipectomía, se diagnosticó de adenocarcinoma pobremente diferenciado de sigma pT1 (adenocarcinoma pobremente diferenciado originado en lesión polipoide que infiltraba hasta un nivel 3 de Haggitt; sin invasión vascular ni linfática; se observa *tumor budding* extenso, con glándulas tumorales muy cerca del margen de sección profundo), con receptores estrogénicos negativos y CDX2 positivos. En el estudio de extensión, se realizó una tomografía computarizada (TC) toracoabdominopelvíana, en la que se objetivaron 3 lesiones focales hepáticas, 2 de ellas hipervascular-

res en segmentos 4a y 7, probablemente lesiones benignas (adenomas frente a hemangiomas) y una tercera lesión de 2,2 cm hipodensa en segmento 6 sospechosa de malignidad. Se solicitó resonancia magnética, en la que se identificaron 2 lesiones, una en el segmento 4 hepático de 1,2 cm y otra en la cúpula hepática de 1,5 cm, marcadamente hiperintensas, que presentaban una captación inicial nodular periférica con tendencia a la captación centrípeta y homogeneización tardía con el resto del parénquima hepático. El comportamiento por imagen de estas dos lesiones indicaba hemangiomas hepáticos. En el segmento 6 hepático se identificó otra lesión hipointensa en secuencias T1 y con una señal tenue en secuencias T2, con un comportamiento hipovascular con presencia de anillo periférico hipointenso en fases tardías, sospechosa de metástasis. La gammagrafía ósea y la mamografía de la paciente, realizada de acuerdo con el estudio de seguimiento habitual, no mostraron alteraciones patológicas.

Dados los antecedentes de la paciente, se decidió realizar biopsia ecodirigida de lesión en segmento 6, con resultado anatomopatológico de metástasis de carcinoma ductal infiltrante con receptores estrogénicos positivos, receptores de progesterona débiles y c-erb B2 dudosamente positivo, por lo que se realizó SSH, con resultado de no amplificación y Ki 67 50%.

Se decidió cirugía electiva, y se practicó sigmoidectomía laparoscópica con anastomosis terminoterminal circular mecánica. A continuación, durante el mismo acto quirúrgico, por laparotomía subcostal, se realizó ecografía intraoperatoria y se objetivó una lesión de 2 x 1,8 cm en segmento 6 que apuntaba a metástasis. Asimismo, se verificaron los hemangiomas en segmento 4 y 7, y no se encontraron otras lesiones, por lo que se realizó resección limitada de la metástasis en segmento 6. La duración de la cirugía fue de 290 min.

En el resultado anatomopatológico definitivo, no se objetivó tumor de colon, se identificó la zona de cicatriz de polipectomía con fibrosis y proliferación vascular de carácter reactivo con estadio pT1N0(0/14). La metástasis hepática se confirmó para carcinoma de origen mamario (fig. 1) con márgenes de resección libres, receptores estrogénicos y progesterona positivos, C-erbB-2 negativo (no amplifica en estudio SSH), Ki 67 40%.

El postoperatorio cursó sin complicaciones, con una estancia postoperatoria de 7 días; 4 semanas tras la cirugía, la paciente inició tratamiento con exemestano 25 mg/24 h.

Las metástasis hepáticas aparecen en aproximadamente

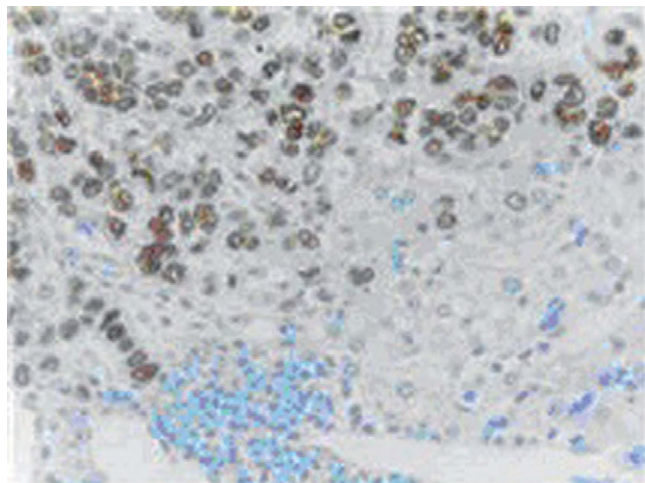


Figura 1 Anatomía patológica de la lesión hepática con receptores estrogénicos positivos.

la mitad de las pacientes con cáncer de mama metastático. Típicamente se asocian con metástasis en otras localizaciones, lo que indica su mal pronóstico⁵. Las metástasis hepáticas aparecen según algunas series en un 1,5-20% de las pacientes con cáncer de mama, incidencia que varía en función del tipo de paciente⁶.

La resección quirúrgica de las metástasis hepáticas por cáncer de mama debe ofrecerse siempre a todas las pacientes que cumplan los siguientes requisitos: buena situación funcional (ECOG 0-2), posibilidad de realizar una resección hepática completa (R0), que no presente enfermedad extrahepática (excepto metástasis óseas que sean fácilmente controlables con radioterapia)⁷ y en las que el intervalo libre de enfermedad sea largo⁸. Sin embargo, ser mujer mayor de 70 años con receptores hormonales negativos se considera contraindicación relativa para la hepatectomía⁹.

La controversia sobre realizar una colectomía y hepatectomía en el mismo acto quirúrgico se ha debatido en algunas series, con pacientes seleccionados (menos de 4 metástasis unilobulares), ya que resulta en tasas de morbilidad y mortalidad similares, incluso con una estancia hospitalaria más corta que en las operaciones en etapas¹⁰⁻¹⁷. Por otra parte, la elección de qué lesión resear primero y por qué vía de abordaje también sigue siendo aún motivo de debate. Algunos grupos, como el grupo francés de Tranchart¹⁸, recomiendan la resección hepática primero, ya que el paciente se encuentra más estable y resulta más sencillo mantener las presiones venosas centrales deseables (necesario en hepatectomías mayores) al inicio de la cirugía. Otros grupos, como el de Weber, prefieren realizar la cirugía colónica primero, sin proceder a realizar la cirugía hepática si se producen complicaciones durante la cirugía del colon (p. ej., perforación) y además evita el edema de asas producido por el pinzamiento portal. Tanto el grupo de Tranchart como el de Hayashi¹⁹ realizan actualmente ambos procedimientos por vía laparoscópica con buenos resultados. En nuestro caso, dado que por el momento no disponemos de la infraestructura necesaria para hepatectomías laparoscópicas y que no se trataba de una hepatectomía mayor, decidimos iniciar

el abordaje laparoscópico del colon, continuando con una laparotomía subcostal para la ecografía intraoperatoria y la resección hepática limitada.

En el caso que presentamos, la lesión hepática no presentaba el comportamiento hipervascular habitual de las metástasis de origen mamario^{20,21}. Por otra parte, la baja estadificación del tumor colónico tampoco impresionaba de ser el origen primario de la metástasis. Actualmente, el desarrollo de las técnicas de imagen ha limitado la utilización de la biopsia de las metástasis hepáticas a casos muy seleccionados, como en el caso que presentamos, donde el hecho de filiar el origen metastático de la lesión ha condicionado la elección del tratamiento quirúrgico de entrada y el tratamiento adyuvante posterior. Respecto al tratamiento adyuvante posterior, se indicó únicamente hormonoterapia, ya que el intervalo libre de enfermedad era superior a 10 años y los receptores hormonales eran positivos.

En conclusión, conocer el origen primario de la metástasis hepática en pacientes con tumores de distinta etiología influye en la estrategia terapéutica. Por otra parte, tanto la resección de las metástasis hepáticas de cáncer de mama como la realización de cirugía simultánea de las metástasis hepáticas y del colon son posibles, siempre en pacientes seleccionados con una situación funcional que lo permita.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Thelen A, Benckert CH, Jonas S, López-Hanninen E, Sehoul J, Neumann U. Liver resection for metastases from breast cancer. *J Surg Oncol*. 2008;97:25-9.
2. Bathe OF, Kaklamanos IG, Moffat FL, Boggs J, Franceschi D, Livingstone AS. Metastectomy as a cytoreductive strategy for treatment of isolated pulmonary and hepatic metastases from breast cancer. *Surg Oncol*. 1999;8:35-42.
3. Carlini M, Lonardo MT, Carboni F, Petril M, Vitucci C, Santano R. Liver metastases from breast cancer: results of surgical resection. *Hepatogastroenterology*. 2002;49:1597-601.
4. Vlastos G, Smith DL, Singletary SE, Mirza NQ, Tuttle TM, Papat RJ. Long term survival after an aggressive surgical approach in patients with breast cancer hepatic metastases. *Ann Surg Oncol*. 2004;11:869-74.
5. Elías D, Di Pietroantonino D. Surgery for liver metastases from breast cancer. *HPB*. 2006;8:97-9.
6. Hoe AL, Boyle GT, Taylor I. Breast liver metastases, incidence, diagnosis and outcome. *J R Soc Med*. 1991;84:714-6.
7. Pocard M, Poullart P, Asselain B, Falcou MC, Salmon RJ. Hepatic resection for breast cancer metastases: results and prognosis. *Ann Chir*. 2001;126:413-20.
8. Belda T, Montalvá E, López-Andújar R, Rosell E, Moya A, Gómez Gavara C. Role of resection surgery in breast cancer liver metastases. Experience over the last 10 years in a reference hospital. *Cir Esp*. 2010;88:67-73.
9. Elías D, Maissonette F, Druet-Cabanac M, Ouellet JF, Guinebretiere JM, Spielmann M, et al. An attempt to clarify indications for hepatectomy for liver metastases from breast cancer. *Am J Surg*. 2003;185:158-64.
10. Chua HK, Sondenaa K, Tsiotos GG, Larso DR, Wolff BG, Nagorney DM. Concurrent vs. staged colectomy and hepatectomy for

- primary colorectal cancer with synchronous hepatic metastases. *Dis Colon Rectum*. 2004;47:1310-6.
11. Weber JC, Bachellier P, Oussoultzoglou E, Jaeck D. Simultaneous resection of colorectal primary tumour and synchronous liver metastases. *Br J Surg*. 2003;90:956-62.
 12. Lyass S, Zamir G, Matot I, Goitein D, Eid A, Jurim O. Combined colon and hepatic resection for synchronous colorectal liver metastases. *J Surg Oncol*. 2001;78:17-21.
 13. Fujita S, Akasu T, Moriya Y. Resection of synchronous liver metastases from colorectal cancer. *Jpn J Clin Oncol*. 2000;30:7-11.
 14. Vogt P, Raab R, Ringe B, Fichtlmayr R. Resection of synchronous liver metastases from colorectal cancer. *World J Surg*. 1991;15:62-7.
 15. Tanaka K, Shimada H, Matsuo K, Nagano Y, Endo I, Sekido H. Outcome after simultaneous colorectal and hepatic resection for colorectal cancer with synchronous metastases. *Surgery*. 2004;136:650-9.
 16. Capussotti L, Ferrero A, Vigano L, Ribero D, Lo Tesoriere R, Polastri R. Major liver resections synchronous with colorectal surgery. *Ann Surg Oncol*. 2007;14:195-201.
 17. Martin RC, Augenstein V, Reuter NP, Scoggins CR, McMasters KM. Simultaneous versus staged resection for synchronous colorectal cancer liver metastases. *J Am Coll Surg*. 2009;208:842-52.
 18. Tranchart H, Diop PS, Lainas P, Pourcher G, Catherine L, Franco D. Laparoscopic major hepatectomy can be safely performed with colorectal surgery for synchronous colorectal liver metastasis. *HPB*. 2011;13:46-50.
 19. Hayashi M, Komeda K, Inoue Y, Shimizu T, Asakuma M, Hirokawa F, et al. Simultaneous laparoscopic resection of colorectal cancer and synchronous metastatic liver tumor. *Int Surg*. 2011;96:74-81.
 20. Namasivayam S, Martin DR, Saini S. Imaging of liver metastases: MRI. *Cancer Imaging*. 2007;7:2-9.
 21. Patterson SA, Khalil HI, Panicek DM. MRI evaluation of small hepatic lesions in women with breast cancer. *AJR Am J Roentgenol*. 2006;187:307-12.
- Concepción Gómez Gavara^{a,*}, Alfonso García Fadrique^a, Isidro Machado Puerto^b y Rafael Estevan Estevan^{a,c}
- ^a*Servicio de Cirugía Digestiva Oncológica, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España*
^b*Servicio de Anatomía Patológica, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España*
^c*Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España*
- *Autor para correspondencia.
Correo electrónico: imgoga@hotmail.com
 (C. Gómez Gavara).