



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Cáncer de mama: metástasis en ovario y colon

María Cuadra Cestafe^{a,*}, Nagore Ceberio Ganzarain^a, Flor de Luz Sanchez Refoyo^a,
Javier Gorostiaga Ayastuy^a, Jose Luis Mendizabal Urizar^a, Jose Luis de Pablo Lozano^a,
José Errasti Alustiza^b y Jose Domingo Sardón Ramos^b

^a Servicio de Ginecología y Obstetricia, Unidad de Patología Mamaria, Hospital Universitario Álava-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz, Álava, España

^b Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Álava-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz, Álava, España

Recibido el 26 de enero de 2013; aceptado el 16 de mayo de 2013

Disponible en Internet el 12 de julio de 2013

PALABRAS CLAVE

Cáncer;
Mama;
Metástasis;
Ovario;
Hormonoterapia

KEYWORDS

Cancer;
Breast;
Metastases;
Ovary;
Hormonal therapy

Resumen Presentamos un caso de cáncer de mama en estadio II que recidivó a nivel local a los 4 años, a nivel ovárico 6 años más tarde y en colon 13 años después. La paciente recibió tratamiento adyuvante quimioterápico tras el diagnóstico inicial de cáncer mama. Posteriormente, el tratamiento de las recidivas siempre fue la cirugía y la hormonoterapia adyuvante. Destaca la supervivencia libre de enfermedad de la paciente tras la recidiva ovárica.

© 2013 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Breast cancer: Ovarian and colonic metastasis

Abstract We present a case of stage II breast cancer that relapsed first in the surgical scar at 4 years after surgery, and then in the ovaries at 6 years and finally in the colon at 13 years. Adjuvant treatment consisted of chemotherapy after the initial diagnosis and hormonal therapy after the relapses. Even though hormonal adjuvant treatment alone was used after ovarian recurrence, the disease-free survival was long.

© 2013 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Las metástasis del cáncer de mama suelen involucrar a los ganglios axilares en primer lugar y, con menor frecuencia, hueso, pulmón, hígado y cerebro. La presencia de metástasis clínicas en los ovarios y el tracto gastrointestinal no es frecuente^{1,2}, si bien la incidencia de metástasis ováricas

en mujeres fallecidas por cáncer de mama es del 2,6 al 23,4% en distintas series de autopsias³.

La supervivencia a 5 años de las pacientes con metástasis ovárica sintomática de un cáncer de mama se sitúa entre el 0 y el 27%⁴.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 45 años, diagnosticada de carcinoma de mama derecha estadio IIA en septiembre de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mcuadracestafe@wanadoo.es
(M. Cuadra Cestafe).

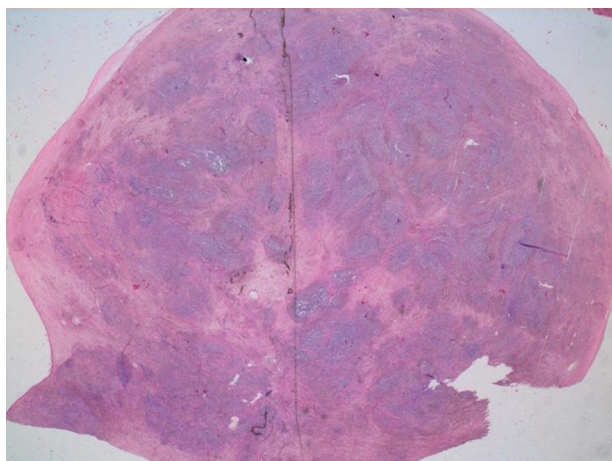


Figura 1 Metástasis ovárica de cáncer de mama.

1989. Fue tratada con mastectomía radical modificada, quimioterapia (6 ciclos de ciclofosfamida, metotrexato y 5-fluorouracilo) y hormonoterapia (tamoxifeno), que finalizó en enero de 1992.

En enero de 1993 fue diagnosticada de recidiva local en el lecho de la mastectomía. Se practicó una resección de la lesión, y se trató con radioterapia y hormonoterapia con tamoxifeno, que finalizó en mayo de 1998.

En mayo de 1999, se identificaron 2 masas ováricas sólidas de 39 y 45 mm, por lo que se realizaron una laparotomía y una biopsia intraoperatoria. El diagnóstico fue de metástasis ováricas de carcinoma de mama (fig. 1), realizándose histerectomía, doble anexectomía, omentectomía y lavado citológico, y hormonoterapia continuada con anastrozol, que inició en agosto de 1999.

En septiembre del 2006 presentó un infarto agudo de miocardio, del que se recuperó, y en el 2010 se le diagnosticó cirrosis hepática. En junio del 2012 inició un cuadro de alteración del ritmo intestinal de 3 meses de evolución, con deposiciones blandas y restos hemáticos. En la analítica de control el marcador tumoral Ca 15.3 fue 39,6 (normalidad hasta 27). Se realizó una tomografía computarizada (TC) abdomino-pélvica que informó de masa necrótica intraluminal



Figura 2 Pieza de resección sigma.

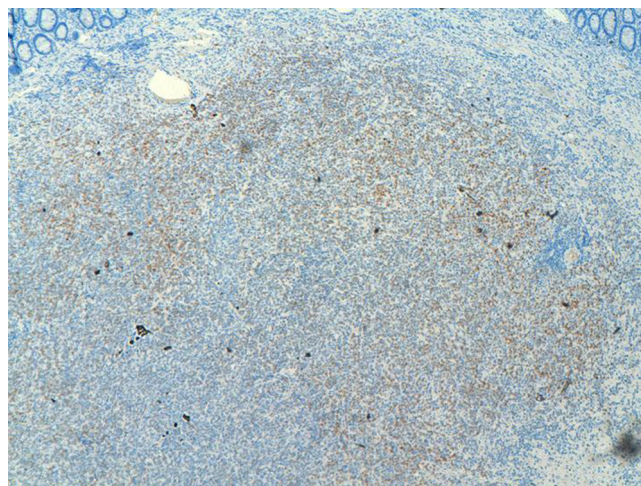


Figura 3 Metástasis de cáncer de mama receptor estrogénico positivo en el sigma.

en el colon sigmoide de 40 × 25 mm, con componente extraluminal que engrosaba el mesosigma y se extendía a la fosa ovárica izquierda. La colonoscopia informó de compresión extrínseca. La gammagrafía ósea y la radiografía de tórax fueron normales. Se realizó una laparotomía, con extirpación en bloque del sigma y la masa necrótica (fig. 2) y anastomosis colorrectal. El estudio anatomopatológico informó de un carcinoma pobremente diferenciado, de probable origen mamario (acorde con estudio inmunohistoquímico) (fig. 3), de 56 mm, con infiltración extrínseca del sigma. Se aislaron 15 ganglios linfáticos, 2 infiltrados por el carcinoma. En esta ocasión, se contraindicó el tratamiento adyuvante con quimioterapia debido a la cirrosis que presentaba la paciente y se inició tratamiento continuado con Faslodex®.

En noviembre del 2012, en una ecografía abdominal realizada para el control de su cirrosis hepática, se observó un engrosamiento de la pared del colon y grasa pericecal en FID, en el contexto de probable carcinomatosis peritoneal. En este momento la paciente se encuentra asintomática, aunque 2 TC consecutivas informan de progresión de la carcinomatosis.

Discusión

La prevalencia de metástasis ováricas en el carcinoma de mama es del 14 al 33%⁵. Si bien algunos estudios⁶ concluyen que los carcinomas lobulillares son los que más frecuentemente metastatizan al ovario, otros⁷ encuentran que la estirpe más frecuente es el ductal infiltrante. Incluso existen casos diagnosticados de carcinoma ductal in situ que posteriormente desarrollaron metástasis ováricas.

El cáncer de ovario metastásico puede ser difícil de diferenciar del cáncer de ovario primario. El estudio histológico e inmunohistoquímico determinarán la naturaleza del mismo⁸. La mayoría de las metástasis que afectan al ovario se originan en el tracto gastrointestinal (47%), la mama (31%) y otros tumores ginecológicos (18%)⁹.

La presencia de carcinomatosis abdominal en una paciente con cáncer de mama debe hacernos pensar en la posibilidad de metástasis abdominal del cáncer de mama. En el cáncer de mama diseminado, se estima una frecuencia de metástasis gastrointestinal del 4%-18%¹.

La histerectomía y la doble anexectomía seguidas de tratamiento complementario con quimioterapia parecen el tratamiento adecuado de estas pacientes¹⁰, aunque no existe consenso sobre la extensión necesaria de la cirugía^{11,12}.

Abu-Rustum², en un estudio retrospectivo de 59 pacientes con cáncer de mama y metástasis abdominal o pélvica, concluyó que el tratamiento quirúrgico debe ser considerado en estas pacientes. En nuestro caso, realizamos una cirugía citorreductora tanto cuando sucedió la recidiva en ovario, como cuando sucedió la recidiva en el sigma. El tratamiento complementario de todas las recidivas fue la hormonoterapia. Se propuso tratamiento quimioterápico complementario tras la recidiva colónica, no así tras la recidiva ovárica, aunque se desestimó debido a la cirrosis que presentaba la paciente.

La supervivencia de las pacientes con metástasis ováricas difiere según sea el tumor primario ginecológico (47%) o no ginecológico (19%)⁴. Otras series¹³ encuentran supervivencias más pobres, 0-27%. Nuestra paciente, tras su recidiva ovárica, permaneció asintomática durante 13 años.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Catino A, Lorusso V, Gargano G, Pellecchia A, Marzullo F, Berardi F, et al. Metastatic involvement of the stomach secondary to breast carcinoma. A case report. *Eur J Gynaecol Oncol.* 1992;13:85–8.
2. Abu-Rustum NR, Venkatraman ES, Feroz F, Barakat RR. Metastatic breast carcinoma to the abdomen and pelvis. *Gynecol Oncol.* 1997;66:41–4.
3. Fujiwarw K, Ohishi Y, Koike H, Sawada S, Moriya T, Kohno I. Clinical implication of metastases to the ovary. *Gynecol Oncol.* 1995;59:124–8.
4. Petru E, Pickel H, Lahousen M, Haas J. Tumor metastatic to the ovary. En: Burghardt E, editor. *Surgical gynecologic oncology.* Stuttgart: Thieme; 1993. p. 490–3.
5. De Waal YR, Thomas CM, Oei AL, Sweep FC, Massuger LF. Secondary ovarian malignancies: frequency, origin, and characteristics. *Int J Gynecol Cancer.* 2009;19:1160–5.
6. Webb MJ, Decker DG, Mussey E. Cancer metastatic to the ovary: Factors influencing survival. *Obstet Gynecol.* 1975;45:391Y396.
7. Eitan R, Gemignani ML, Venkatraman ES, Barakat RR, Abu-Rustum NR. Breast cancer metastatic to abdomen and pelvis: Role of surgical resection. *Gynecol Oncol.* 2003;90:397–404.
8. Yada-Hashimoto N, Yamamoto T, Kamiura S, Senio H, Ohira H, Sawai K, et al. Metastatic ovarian tumors: A review of 64 cases. *Gynecol Oncol.* 2003;89:314–7.
9. González-Merlo J, González Bosquet J, editors. *Ginecología oncológica.* 2.ª ed. Barcelona: Masson; 2000. p. 411–5.
10. Tornos C, Soslow R, Chen S, Akram M, Hummer AJ, Abu-Rustum N, et al. Expression of WT 1, CA 125, and GCDFP-15 as useful markers in the differential diagnosis of primary ovarian carcinomas versus metastatic breast cancer to the ovary. *Am J Surg Pathol.* 2005;29:1482–9.
11. Pérez-Prieto B, Ferrero A, Fernández-Corona A, Salas J, Hernández-Rodríguez JL. Tumores metastásicos de ovario: revisión de casos clínicos. *Clin Invest Gin Obst.* 2005;32:150–6.
12. Sheen-Chen SM, Liu YW, Sun CK, Lin SE, Eng HL, Huang WT, et al. Abdominal carcinomatosis attributed to metastatic breast carcinoma. *Dig Dis Sci.* 2008;53:3043–5.
13. Yada-Hashimoto N, Yamamoto T, Kamiura S, Seino H, Ohira H, Sawai K, et al. Metastatic ovarian tumors: A review of 64 cases. *Gynecol Oncol.* 2003;89:314–7.