

METÁSTASIS ÓSEAS DE CÁNCER DE MAMA. LATENCIA DURANTE 18 AÑOS

SR. DIRECTOR:

En el cáncer de mama (CM), los lugares preferidos para las metástasis son, por orden de frecuencia: hígado, pulmón y hueso. El CM es la mayor causa de metástasis óseas¹. Hay que tener en cuenta que un 27% de las pacientes con CM ya tiene metástasis óseas en el momento del diagnóstico, y que en un 73% de casos aparecerán metástasis óseas en el curso de la enfermedad².

Se trata de una mujer de 74 años que 18 años antes fue diagnosticada de un carcinoma ductal infiltrante en el seno derecho, y a la que se le realizó mastectomía radical derecha con vaciamiento axilar, clasificado como pT2, pN0 (N=0/5N, M0), con receptores hormonales positivos; siguió tratamiento con tamoxifeno 20/24 horas durante 5 años. Retinosis pigmentaria. Neumonía con derrame pleural izquierdo. Tratamiento antihipertensivo y broncodilatador.

Consultó por dolor óseo generalizado de un mes de evolución, por lo que se le realizó una gammagrafía ósea en la que aparecieron metástasis óseas en columna, parrilla costal, esternón, ambas clavículas, ambos coxales, sacro, diáfisis humerales, ambos fémures, tibias, peroné derecho, etc. (fig. 1). La exploración física fue normal.

En las pruebas complementarias el hemograma y la bioquímica fueron normales, solo destacaba una ferritina de 1.490. Los marcadores CEA: 841 ng/l y CA 125: 1.812 U/ml; el CA 15.3, el CA 72.4 y CA eran normales. Las ecografías de mama izquierda y torácica fueron normales. Se practicó tomografía axial computarizada torácica-abdominal, que fue normal. La gastroscopia y la colonoscopia fueron normales. La broncoscopia y la citología de lavado broncoalveolar fueron negativas. En el electromiograma había una discreta polineuropatía mixta de predominio axonal en extremidades inferiores. Se practicó una biopsia de hueso en la que se evidenció un carcinoma de origen mamario; por el pequeño tamaño de la muestra no se realizó estudio de receptores hormonales. La enfermedad neoplásica ósea metastásica es más frecuente que el tumor primario de hueso; aparece sobre todo en personas mayores de 50 años. El CM es la causa más importante de metástasis óseas. La célula neoplásica se disemina por vía hematogena o linfática, produciendo metástasis. Para formar una metástasis ósea las células neoplásicas deben tener la capacidad de migrar a través del sinusoides de la médula ósea, invadir el estroma medular y la de formar su aporte sanguíneo.

En el momento del diagnóstico de una neoplasia, aunque sea de pequeño tamaño, no se puede saber si ha producido micrometástasis. La mayoría de las recaídas tardías en el caso del CM se presenta en la médula ósea, siendo desconocido el mecanismo por el que la célula cancerosa sobrevive durante años en la médula ósea sin manifestarse clínicamente.

Existe una relación directa entre el tamaño tumoral y la probabilidad de metástasis ganglionares axilares; así, se pueden encontrar metástasis en el 26% de los tumores de 1 cm o menos de diámetro, y en el 78% de los tumores mayores de 10 cm.

En el pronóstico del CM cuando no hay metástasis ganglionar, la supervivencia a los 5 años es del 87%³. En los casos de receptor estrogénico positivo el pronóstico es más favorable.



Fig. 1. Gammagrafía ósea en la que se observa la diseminación metastásica.

El CEA es un marcador plasmático que se asocia a tumor; aparte de estar elevado en adenocarcinomas de colon y recto, también puede estar elevado en otros tumores, como son el cáncer de mama, pulmón, páncreas, estómago, vejiga y tiroides, entre otros. Puede estar elevado en ausencia de enfermedades malignas, como en fumadores, en la tuberculosis pulmonar, la enfermedad inflamatoria intestinal y en hepatopatías.

El nivel de CA 125, aparte de poder encontrarse elevado en el cáncer de ovario, puede estar aumentado en otras neoplasias, como son el cáncer de pulmón, endometrio, mama, hígado, páncreas, etc., o en patología no neoplásica, como son la endometriosis, los quistes ováricos hemorrágicos, la pancreatitis, la cirrosis, las nefropatías o las alteraciones peritoneales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Colleoni M, O'Neil A, Goldhirsch A, Gelber RD, Bonnetti M, Thurlimian B, et al. Identifying breast cancer patients at high risk for bone metastases. *J Clin Oncol.* 2000;18:3925-35.
2. Lipton A. Future treatment of bone metastases. *Clin Cancer Res.* 2006;12 Pt 2:6305s-8s.
3. Prognostic importance of occult axillary lymph node micrometastases from breast cancers. International (Ludwig) Breast Cancer Study Group. *Lancet.* 1990;335:1565-8.

E.J. NICOLÁS-SÁNCHEZ, R.M. SARRAT-NUEVO,
A. ROSET BENITO Y S. MORALES MURILLO
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Santa María.
Lleida. España.