

Carcinoma metastásico de mama en colon

Drs. Alvaro A Montilla H, René Hartman, Carlos A Hernández H

Servicio de Coloproctología del Hospital Jackson Memorial, Universidad de Miami y Clínica Luis Razetti, Caracas, Venezuela.

RESUMEN

Presentamos una forma poco habitual de la enfermedad metastásica de la mama, como son las lesiones encontradas en la esfera gastrointestinal y en especial, a nivel colorrectal. Se presentan dos casos clínicos que fueron estudiados e intervenidos en el servicio de colon y recto de la Universidad de Miami (Hospital Jackson Memorial), diagnosticados como carcinomas primarios de colon. Se ha descrito como causa más frecuentes de metástasis gastrointestinal al cáncer lobulillar. El objetivo es resaltar que con antecedentes de cáncer de mama y sintomatología gastrointestinal, debemos descartar entre los diagnósticos diferenciales a la enfermedad metastásica de la mama.

Palabras clave: Metástasis. Carcinoma lobulillar. Carcinoma de colon.

SUMMARY

We describe a rare case of breast metastatic disease; such as lesions in the gastrointestinal tract and specially at the colon and rectum. Two clinical cases studied and treated at the colon and rectum Service at the Miami University (Hospital Jackson Memorial), diagnosed as colon primary carcinomas are presented. Lobulillar cancer have been described as the most frequent gastrointestinal metastasis. The objective is to point out that with the history of breast cancer and gastrointestinal symptoms, the breast metastatic disease should be considered in the differential diagnosis.

Key words: Metastatic. Lobular carcinoma. Colon cancer.

El cáncer (Ca) de la mama, al igual que el del colon y recto, son entidades que tienen una alta morbilidad y mortalidad debido a la elevada frecuencia con que se presentan.

Cuando se diagnostica en una mujer un tumor de la mama con características de malignidad, debe uno agotar todos los medios de exploración, para demostrar si existen o no metástasis para, primero, actuar sobre la mama y posteriormente, sobre las posibles metástasis, y es de la consideración de todos los factores pronósticos y terapéuticos, favorables o en contra, que dependerá su sobrevida.

El diagnóstico de metástasis colo-rectales es difícil, por su poca frecuencia, porque no se piensa en ello, pues la sintomatología que se nos presenta es parecida o igual a un cáncer de colon (1).

Presentamos dos casos que fueron diagnosticados e intervenidos como tumores malignos del colon, a pesar de tener entre sus antecedentes, intervenciones quirúrgicas por Ca de la mama. El estudio final de la pieza de colon extirpada demostró tratarse de metástasis colo-rectal de un tumor primario maligno de la mama.

Casos clínicos

Caso N° 1

Mujer de 73 años de edad, blanca, quien consulta en agosto de 1992, por sintomatología gastrointestinal (constipación, distensión abdominal y dolor).

Se ingresa con el diagnóstico de obstrucción intestinal de etiología a precisar.

Entre los antecedentes personales destacan: histerectomía abdominal hace 20 años y mastectomía derecha (1983) por adenocarcinoma (ADC) lobulillar.

Entre los exámenes realizados se destacan: rutina de laboratorio, radiografía de abdomen de pie que demuestra imágenes en tubos de órgano. Se concluyó existencia de una lesión obstructiva a 35 centímetros del margen del ano a nivel del colon sigmoideo.

Se prepara y se realiza laparotomía exploradora y se encuentra tumor obstructivo del colon sigmoides. Se toman muestras para biopsia y se realiza una colostomía descompresiva a nivel del colon transverso.

El resultado de anatomía patológica inicial fue de ADC poco diferenciado de posible etiología mamaria vs ovario. Posteriormente se le determinan los siguientes marcadores tumorales: Ca 15-3:143; Ca 125:843 y CEA:3,8.

Durante el posoperatorio recibe tratamiento a base de quimioterapia con metotrexate, cisplatino, leucovarin y citrozan.

Después de varios meses de tratamiento es considerada como candidata para tratamiento quirúrgico citorreductor, para ello se somete a valoración clínica, de laboratorio y colonoscopia que dan resultados satisfactorios y sus condiciones generales son buenas; en julio de 1993 se somete a una nueva exploración quirúrgica, cuyos hallazgos son los siguientes: tumor del sigmoides y un nódulo en intestino delgado. Se le practican las siguientes intervenciones: resección del colon sigmoides con anastomosis del descendente al recto; resección del intestino delgado con el nódulo terminal; omentectomía; resección de ovario residual y se mantiene la colostomía protectora a nivel del colon transverso.

En esta ocasión el resultado anatomo-patológico fue de neoplasia poco diferenciada. La prueba de citoqueratin fue positiva dentro de las células tumorales; con esto se concluye como cáncer infiltrativo difuso, poco diferenciado, con citoqueratosis positivo, muy sugestivo de origen mamario en todas las muestras examinadas.

En mayo de 1994 se practica colonoscopia de control por la colostomía y por el recto. Hay estenosis de la anastomosis la cual se dilata.

En julio de 1994, nueva exploración quirúrgica para el cierre de la colostomía; se encuentran múltiples adherencias y lesión nodular en una asa delgada, que ameritaron las siguientes intervenciones; liberación de adherencias, dos resecciones de intestino delgado, resección de lesión vesical y cierre de la colostomía.

El resultado de anatomía patológica demostró

tratarse de un Ca infiltrante en serosa y muscular propia del delgado y vejiga, compatible con cáncer primario de la mama. Microscópicamente, se aprecia infiltración difusa de células tumorales en la capa muscular del intestino (Figura 1).

Actualmente vive con clínica de intestino corto y trastornos psiquiátricos.

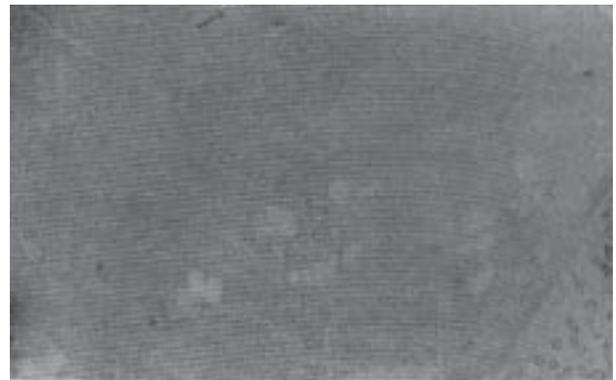


Figura 1. Microfotografía de la pared intestinal, donde se aprecia la mucosa en una esquina. En toda la pared hay infiltración difusa de células tumorales, que pasan a través de las fibras musculares.

Caso N° 2

Paciente de 58 años de edad, negra, que consulta por molestias dolorosas a nivel de hipocondrio derecho y fosa ilíaca derecha, desde hace más o menos 5 a 6 semanas, distensión abdominal y constipación.

Entre los antecedentes personales de importancia se destaca mastectomía izquierda en 1993 con resultados de Ca lobulillar de la mama, tratada en el posoperatorio con tamoxifen.

Se le practican todos los exámenes necesarios, más colonoscopia que mostró una masa inflamatoria obstructiva a nivel del colon ascendente y ciego. Se tomó biopsia que fue reportada como un proceso inflamatorio.

El estudio radiológico de colon bario, demostró una imagen por defecto entre el ciego y el ascendente compatible con Ca de colon.

Se prepara para intervención quirúrgica con diagnóstico de tumor de colon derecho, posible carcinoma: hemicolectomía derecha y anastomosis

término-terminal ileo transversa.

El resultado anatómo-patológico de la pieza extirpada fue de carcinoma lobulillar metastásico de mama, infiltrante, que invade mucosa, muscular y serosa del colon derecho. Microscópicamente, se observa la capa muscular con infiltración de células tumorales de estirpe, con escaso citoplasma, núcleos con cromatina granular y nucleolos evidentes (Figura 2).

En la actualidad, está en buenas condiciones y es controlada ambulatoriamente.

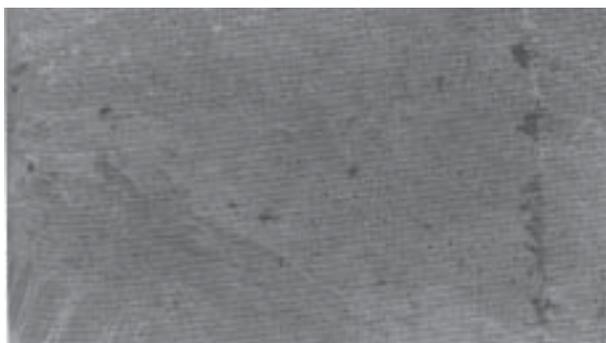


Figura 2. Microfotografía a mayor aumento de la pared intestinal donde se aprecia la capa muscular con infiltración difusa en hileras de células tumorales, de estirpe epitelial, con escasos citoplasmas, núcleos con cromatina granular y nucleolos evidentes que se infiltran a través de las fibras musculares.

DISCUSIÓN

El carcinoma de la mama es una afección que preocupa a todos los que nos dedicamos a su diagnóstico y tratamiento, porque es una enfermedad sistémica, multifactorial y multidisciplinaria, que necesita para su correcto tratamiento: cirugía, radioterapia y quimioterapia, así como controles periódicos de manera de poder cambiar o combinar el tratamiento y asegurarle a la paciente una vida confortable.

Estamos acostumbrados a observar metástasis en los ganglios linfáticos, hueso, pulmón, cerebro e

hígado; lo que sí es verdaderamente raro es la invasión metastásica al tubo digestivo como hemos descrito en estas dos pacientes. Meyers (2-3), describió tres posibles formas de diseminación: a. a los linfáticos mesentéricos; b. por implantes embólicos; c. por siembra peritoneal a nivel del fondo de saco de Douglas; pero la forma más común de explicación de esta diseminación es que ella se realiza por vía hematogena.

Entre las variantes del carcinoma de la mama, se ha señalado al tipo lobulillar como el causante más frecuente de metástasis en el tubo digestivo y muy especialmente en el colon (4). Este tipo de metástasis es rica en receptores estrogénicos (5) y su tratamiento en forma sistémica se realiza con hormonoterapia como medida coadyuvante (6).

El problema estriba en que hacer este diagnóstico es difícil, no sólo por lo infrecuente, sino por lo inespecífico de su sintomatología clínica y radiológica.

Aproximadamente, el 50% de las mujeres que sufren de Ca de la mama presentarán recidivas dentro de los diez primeros años del posoperatorio, a pesar de que el tratamiento haya sido óptimo; pero hoy en día sabemos que los sistemas linfático y vascular poseen numerosas conexiones y, por tanto, las células tumorales pueden pasar de un sistema a otro; y es por eso que la división de las metástasis en linfáticas o hematogénas es arbitraria (7).

Observaciones clínicas han demostrado que ciertos tumores muestran una clara predilección metastásica en ciertos órganos específicos, independientemente de la anatomía vascular o linfática, de la velocidad de flujo sanguíneo y de la cantidad de células tumorales liberadas en cada órgano (7). A pesar de todo lo anterior, no está bien documentado el hecho de cómo se presentan las metástasis tanto en colon, estómago o intestino delgado.

Algunos investigadores han determinado que entre un 12% a 18% de los pacientes que sufren de metástasis de un Ca de mama, presentan sintomatología gastrointestinal (8), pero en series de necropsias se han reportado metástasis en un 8% a 12%, por tanto, éstas son menos frecuentes (9); también se han descrito series que reportan aumento de la incidencia de segundos primarios en colon y estómago (10).

Cuando los pacientes con antecedentes de Ca de mama, asisten a la consulta y presentan sintomatología gastrointestinal, se debe afirmar el

diagnóstico con estudio, por contraste, endoscopia digestiva alta y baja y biopsia de las lesiones que se encuentren, como se hizo en los presentados.

Cuando la sintomatología es referida hacia el área colo-rectal, pueden imitar un Ca de colon (8-9), y por tanto, es necesario no olvidar la posibilidad de que se trate de una metástasis de Ca de mama, y someterlas a las exploraciones adecuadas, lo que recomendamos a las pacientes que tengan antecedentes de un Ca de mama con lo cual haremos un mejor seguimiento de ellas.

REFERENCIAS

1. Gifaldi A, Petros J. Metastatic breast carcinoma presenting as persistent diarrhea. *Surg Oncol* 1972;51:211-215.
2. Meyers MA. Intraperitoneal spread of malignancies and the effect on the bowel. *Clin Radiol* 1981;32:129-146.
3. Meyers MA. *Dynamic radiology of the abdomen*. New York: Springer Verlag; 1988.
4. Harris M, Howell A, Chrissohow M. A comparison of the metastatic pattern of infiltrating lobular carcinoma and infiltrating ductal carcinoma of the breast. *Br J Cancer* 1984;50:23-30.
5. Rosen PP, Menendez Botec CJ, Hisselbaum JS. Pathologic review of breast lesions analysed for estrogen receptor proteins. *Cancer Res* 1995;35:3189-3194.
6. Taal B, Yagerh R. The spectrum of gastrointestinal metastatic of breast carcinoma. I the colon and rectum. *Gastrointest Endosc* 1992;38:136-141.
7. Roberto B, Marc C. Regulación del crecimiento del epitelio mamario normal y maligno. En: Bland, Copeland, editores. *La mama manejo multidisciplinario de las enfermedades*. Buenos Aires: Panamericana; 1993.p.468-505.
8. Haubrich WS. Adenocarcinoma of breast metastatic to the rectum. *Gastrointest Endosc* 1985;31:403-404.
9. Grahan WP, Goldman L. Gastrointestinal metastasis from carcinoma of the breast. *Am Surg* 1964;159:477-480.
10. Voraund N, El-Naggara A. Metastatic lobular breast carcinoma simulating primary colon cancer. *Am Clin Oncol* 1992;15:365-369.
11. Fayemi AO, Ali M, Braum V. Metastatic carcinoma simulating linitis plastica of the colon. *Am J Gastroenterol* 1979;71:311-314.
12. Raban MY, Alon RY, Yossipov Y. Colonic metastatic from lobular carcinoma of the breast. *Dis Colon Rectum* 1988;31:311-314.

“Sinusitis fúngica”

“La infección fúngica debe ser considerada en todos los pacientes con sinusitis crónica. El diagnóstico precoz de la sinusitis fúngica no invasiva puede evitar múltiples procedimientos quirúrgicos y conducir a tratamientos efectivos. La sinusitis fúngica invasiva debe ser sospechada en pacientes inmunosuprimidos con sinusitis aguda, inflamación de la mucosa del septo nasal, fiebre o tos sin explicación, o el síndrome del vértice de la órbita. Todas las tres formas de sinusitis fúngica invasiva están asociadas con tasas razonables de respuestas si son diagnosticadas y tratadas precozmente.

La clarificación de la clasificación de estos síndromes y el criterio para su diagnóstico deben facilitar las pruebas clínicas necesarias para establecer el tratamiento adecuado. La necesidad más inmediata es establecer los respectivos papeles de la cirugía y la terapia antifúngica. Se están realizando pruebas clínicas para comparar la eficacia de las nuevas formas de la anfotericina B, de los agentes antifúngicos derivados del imidazol, otros agentes antifúngicos, y los modificadores de la respuesta biológica con el deoxicolate de anfotericina B, que actualmente es el estándar de oro del tratamiento” (DeShazo RD, Chapin K, Swain RE. *N Engl J Med* 1997;337:254-259.