

METÁSTASIS DE CARCINOMA LOBULILLAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

MA. ANTONIETTA DI MURO; MIREIA MONTSERRAT GÓMEZ; AGUSTÍN CLUA GONZÁLEZ; CARLA GUERRERO RICO; ÍÑIGO ESPINOSA MARISCAL; LAURA LÓPEZ VILARÓ.

HOSPITAL DE LA SANTA CREU Y SANT PAU; BARCELONA.

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma lobulillar infiltrante (CLI) representa entre el 5 al 15% de todos los casos de cáncer de mama. Suele ser multicéntrico y bilateral. Adicionalmente, se ha observado que este tipo histológico presenta metástasis más tardíamente que el carcinoma ductal infiltrante. Asimismo, con base en diferentes estudios de autopsias y series de casos publicadas, las metástasis, principalmente las metástasis gástricas pueden presentarse varios años después del diagnóstico del tumor primario, con síntomas gastrointestinales inespecíficos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Se trata de una mujer de 65 años con antecedente de epilepsia en tratamiento crónico, carcinoma de mama derecha T3N0M0 en 2014, con afectación ganglionar tratada con quimioterapia neoadyuvante, cirugía con posterior radioterapia y tratamiento hormonal. La paciente mantuvo controles durante 10 años, libre de enfermedad.

Asimismo, recibió tratamiento con denosumab por Osteoporosis. Se realizó resonancia magnética por dorsalgia de corta evolución y posterior a ello se solicitó PET-TC y TC que informa lesión retroperitoneal extensa con compresión extrínseca de duodeno y recto con engrosamiento de pared gástrica. Se realizó ecoendoscopia con el hallazgo de estenosis pilórica que impedía progresar el endoscopio, así como lesión hipocogénica que engrosaba la pared gastroduodenal, mal delimitada de 33x10 mm (Fig. 1). Se realiza punción aspiración con aguja fina (PAAF) de la lesión, se procesan 4 extensiones y un bloque celular.

En las extensiones realizadas se observa sobre fondo hemático, escasas células de pequeño tamaño con atipia poco aparente, contornos regulares, homogéneas, con marcada disociación celular, que se disponen aisladas, en pequeños grupos, ocasionalmente con citoplasma escaso y poco visible y frecuente vacuolización intracitoplasmática que desplaza ligeramente el núcleo y lo deforma (Fig. 2).

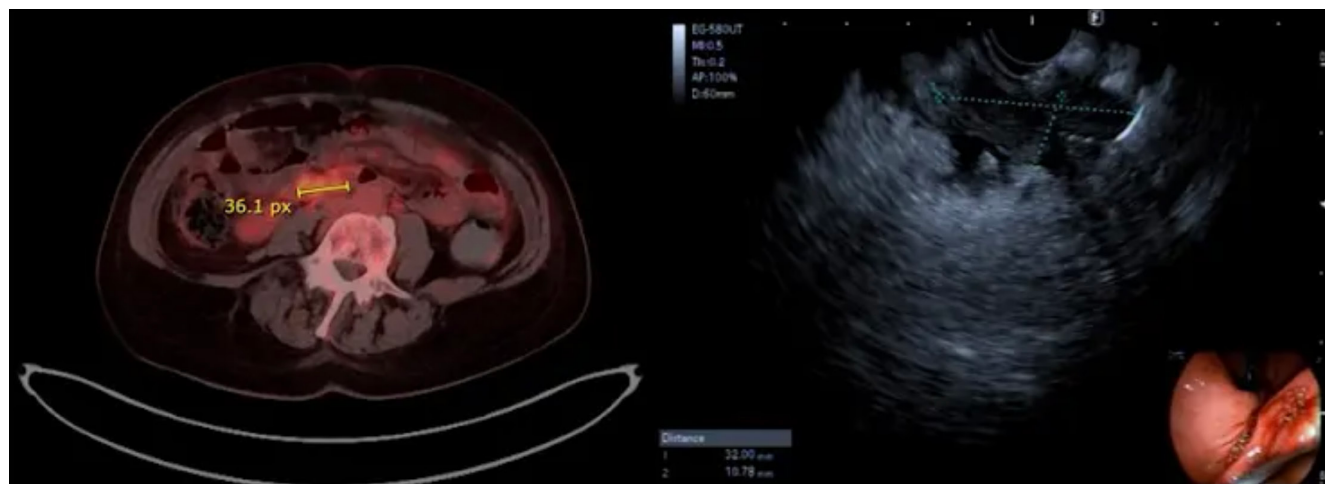


Figura 1. PET-TC.

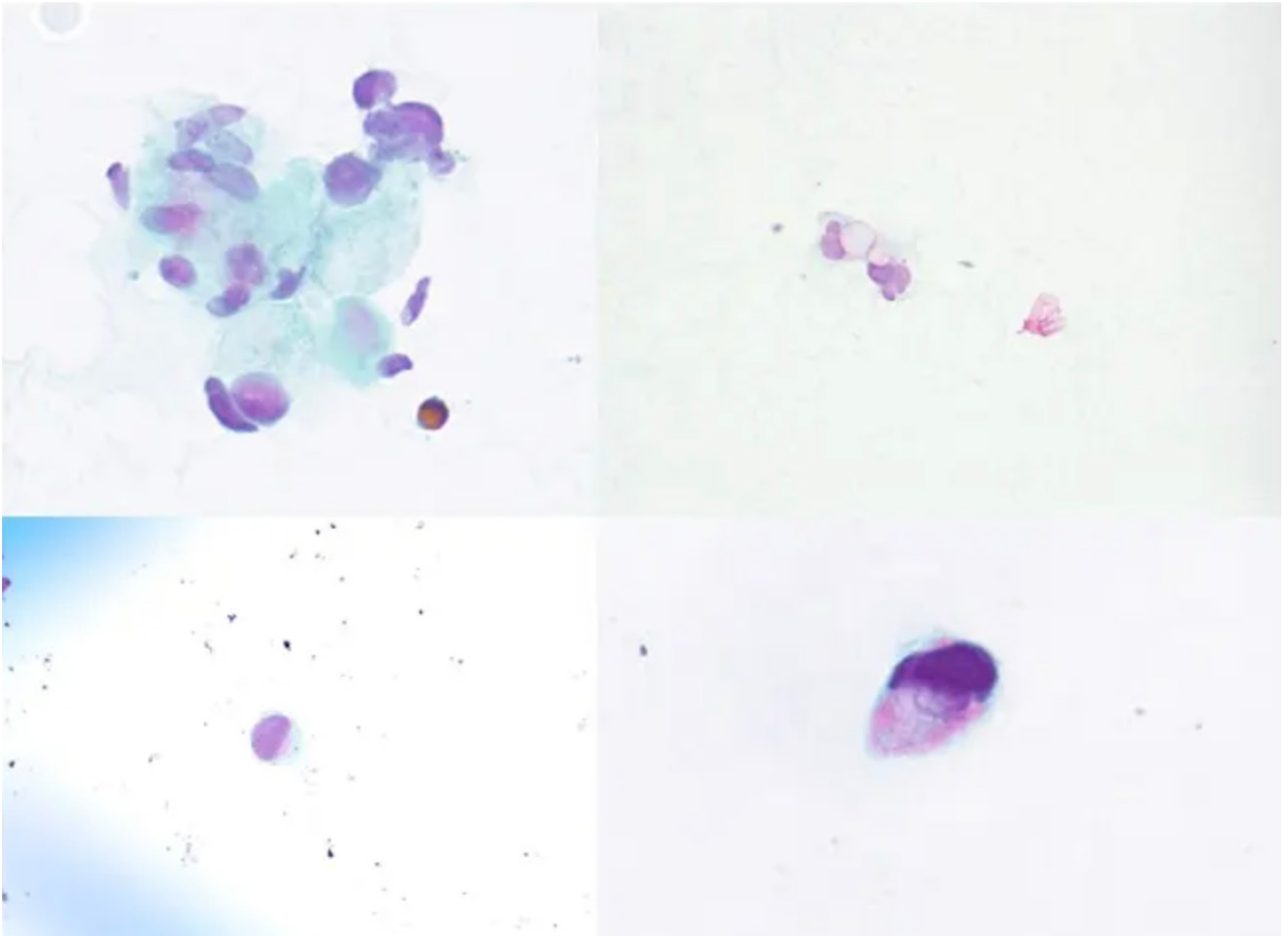


Figura 2. Células aisladas, en pequeños grupos, ocasionalmente con citoplasma escaso y poco visible y frecuente vacuolización intracitoplasmática.

En el bloque celular observamos fragmentos de tejido fibroso infiltrado por las células descritas anteriormente en la citología, que se disponían en pequeños grupos discohesivos y algunas veces en hileras. A mayor aumento destaca la frecuente vacuolización intracitoplasmática (Fig.3). Se realizó estudio inmunohistoquímico (IHQ) con positividad intensa y difusa para queratina AE1/AE3 y GATA3. El CDX2 y los receptores hormonales (estrógenos y progesterona) resultaron negativos, Herceptest equivoco (IHQ: 2+) (Fig.4). La hibridación fluorescente in situ (FISH por sus siglas en inglés) resultó negativa para la amplificación del gen HER2.

El diagnóstico emitido fue: Adenocarcinoma con células en anillo de sello de origen mamario.

La paciente se encuentra actualmente recibiendo quimioterapia y las pruebas de control informan disminución de la lesión retroperitoneal.

DISCUSIÓN:

El cáncer de mama es el 2º tumor primario que da metástasis gastrointestinales después del melanoma. La incidencia real suele estar infraestimada por la inespecificidad de los síntomas y por la mortalidad derivada de otras metástasis más evidentes. En el caso de las metástasis de CLI se pueden presentar en localizaciones atípicas, éstas pueden afectar al tracto gastrointestinal (TGI), peritoneo, retroperitoneo y ovarios. En autopsias, las metástasis del TGI suponen de un 5 a 15%, de las cuales, por frecuencia se encuentran estómago, colon, recto e intestino delgado (muy raras).

Las metástasis gástricas se suelen diagnosticar de media a los 5 años, sin embargo, es variable el intervalo de aparición (3 meses a 30 años). Se suelen diagnosticar en etapa avanzada y pueden ser múltiples. El subtipo histológico más frecuente es el CLI. Estas metástasis representan un 1% de todas las metástasis de mama.

METÁSTASIS DE CARCINOMA LOBULILLAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

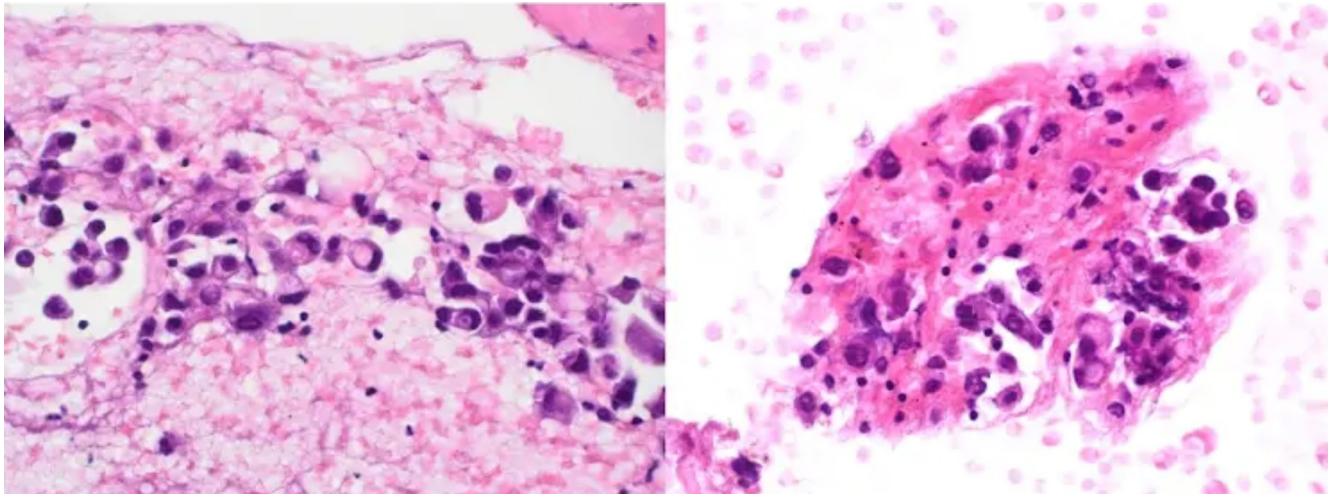


Figura 3. Bloque celular.

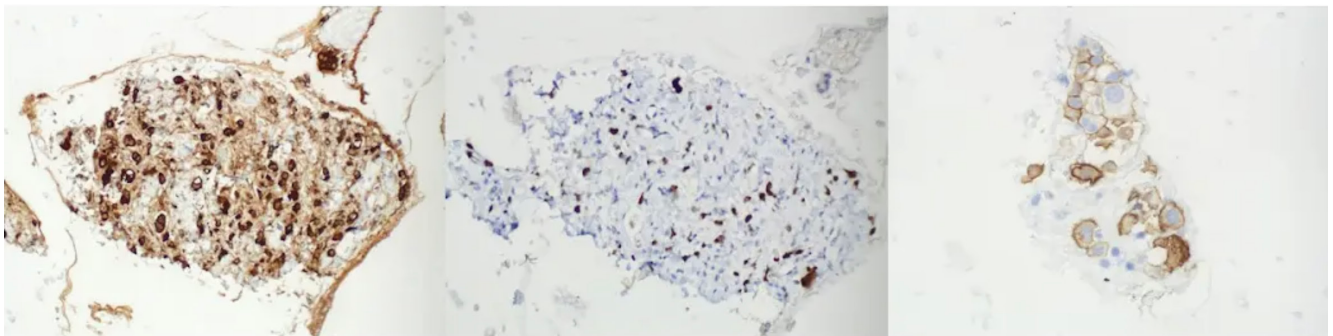


Figura 4. Estudio inmunohistoquímico.

El patrón radiológico típico es el engrosamiento de la pared gastrointestinal.

Los hallazgos endoscópicos pueden ser sutiles o inespecíficos por la falta de afectación de la mucosa.

La biopsia por EUS puede ser negativa si no es profunda.

El patrón histológico es infiltrativo difuso por la baja cohesividad de sus células, con aspecto macroscópico similar a la linitis plástica.

Típicamente es una infiltración de las capas serosa, muscular y submucosa por cordones de células epiteliales, ordenadas en "fila india". La mucosa suele estar respetada.

Células pequeñas con grandes vacuolas citoplasmáticas, que recuerdan a las células en anillo de sello del carcinoma difuso gástrico, apendicular o colónico.

La utilización de técnicas inmunohistoquímicas permite determinar el origen del tumor y la

comparación de las muestras de las posibles metástasis y del cáncer de mama primario.

La expresión de receptores de estrógenos y progesterona, GATA3, sugieren el origen mamario del carcinoma. Pérdida de expresión de E-cadherina en 80-90% de casos contribuye al diagnóstico de CLI.

La diseminación ocurre por vía linfática, reflexiones del mesenterio, siembra intraperitoneal y émbolos metastásicos.

Con el tratamiento médico se obtienen remisiones parciales de hasta un 32-53%.

En general, la supervivencia media es de 24-36m.

Factores de mal pronóstico son la edad avanzada, manifestaciones clínicas tardías y la afectación gástrica.

Buen pronóstico si hay receptores hormonales y tratamiento con quimioterapia y hormonoterapia.

CONCLUSIONES Y MENSAJES PARA LLEVAR A CASA:

- Importancia de la historia clínica.
- Prueba de imagen orienta pero no siempre es diagnóstica.
- PAAF por EUS, un recurso muy útil (ROSE).
- Biopsia superficial puede dar un resultado falso negativo.
- Histología puede ser característica, pero en ocasiones nos puede hacer sospechar de otras entidades.
- Las tinciones de inmunohistoquímica suelen ser muy útiles para dar con el origen del tumor primario.
- Adecuada preanalítica, preservación de tejido para pruebas moleculares. ■

Bibliografía

1. Corinne B. Winston, Orna hadar, Jerrold B. Teitcher, James F. Caravelli, Nancy T. Sklarin, David M. Panicek, Laura Liberman. Metastasis lobular Carcinoma of the Breast: patterns of spread in the chest, abdomen, and pelvis on CT (AJR.175, September 2000).
2. Ph.VanTrappen, R. Serreyn, A. E. Elewaut, V. Cocquyt & S.Van Belle. Abdominal pain with anorexia in patients with breast carcinoma (Annals of Oncology 9: 1243-1245, 1998).
3. Rivero de Jesus, E., Gonzalez Fernandez, M.J., Aranda Lopez, F.I. Metástasis de carcinoma ductal infiltrante de mama en tumor de Brenner de ovario (pósteres XXXV Reunión Anual SEAP 2013).
4. Carlos Gegúndez, José Manuel Pazb, Isabel Matar, Josefina Caoa, José Condea, José Manuel Couseloa, Susana Ávila y Félix Arija. Obstrucción de intestino delgado por metástasis de carcinoma mamario lobulillar (Cir. Esp. 2005; 77(2):102-4).
5. V. Pla, M.J. Safonta, E. Buch, A. Pallas y J.V. Roig. Metástasis de carcinoma ductal infiltrante de mama simulando un cáncer de colon obstructivo primario. (Cir Esp 2002; 71 (5):257-8).
6. M.ª José Añón-Requena, Lidia Atienza Cuevas, Manuel Beltrán Ruiz-Henestrosa, José Pérez-Requena. Metástasis de carcinoma ductal de mama sobre carcinoma folicular de tiroides. Presentacion de un caso. Rev Esp Patol 2005; Vol 38, nº 4. 235-237.
7. Wadah Ali, Zakir K Mohamed and D Thekkinkattil. Colonic metastasis from a breast carcinoma, an unusual colonoscopic finding. (BJMP 2016; 9(1): a901).
8. Pablo Priego J., Gloria Rodriguez V., M.ª Eugenia Reguero C., Jacobo Cabañas M., Eduardo Lisa C., Roberto Peromingo F., Virgilio Fresned. Carcinomatosis peritoneal secundaria a carcinoma lobulillar de mama. (Rev. Chilena de Cirugía. Vol 59-Nº3, junio 2007; págs. 223-228).
9. Cho Ee Ng, Lucie Wright, Andrew Pieri, Anas Belhasan, Tarannum Fasih. Rectal metastasis from Breast cancer: a rare entity. International Journal of Surgery Case Reports 13 (2015) 103-105.
10. Rodrigo Arrangoiz, Pavlos Papavasiliou, Holly Dushkin, Jeffrey M. Farma. Case report and literature review: Metastatic lobular carcinoma of the breast an unusual presentation. International Journal of Surgery Case Reports 2 (2011) 301-305.
11. A. Gimenez, T. Franquet y A. Hidalgo. Manifestaciones intratorácicas del cáncer de mama. Radiología. 2011;53(1):7-17.