

# Metastasis yeyunales de un carcinoma lobular de mama

Dres. Alicia Puñal\*, Oscar Maglione\*\*, Luis Cazabán\*\*\*, Carlos Pressa\*\*\*\*

## Resumen

*El cáncer de mama presenta una alta mortalidad en nuestro medio siendo la enfermedad metastásica la principal responsable de las muertes.*

*Se presentó el caso clínico de una paciente portadora de metástasis yeyunales de un adenocarcinoma lobular de mama, en que ambos se manifestaron en forma concomitante.*

*La presentación de este secundarismo fue un cuadro oclusivo intestinal, que requirió tratamiento quirúrgico de urgencia con resección de un tumor yeyunal. En la misma internación se puncionó un nódulo mamario con citología indeterminada para cáncer. No se prosiguió estudio, y seguramente ello contribuyó en el error diagnóstico inicial de carcinoide de intestino.*

*Seis meses más tarde reingresa por cuadro oclusivo que motiva estudios y nueva laparotomía cons-*

*Clínica Quirúrgica "A" (Director Prof. Dr. F. Crestanello) Clínica Quirúrgica "B" (Director Prof. Dr. C. Gómez Fossati) Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Montevideo*

*tatándose recidiva tumoral a nivel mesial y persistencia del tumor mamario pétreo. El estudio anatómopatológico definitivo corrobora que se trataba de un tumor yeyunal secundario a un adenocarcinoma lobulillar de mama derecha.*

*Fallece en diciembre de 1996 cursando sus últimos meses de vida con episodios subocclusivos aislados bajo tratamiento médico y en base a poli-quimioterapia sistémica.*

## Palabras clave:

*Metástasis del neoplasma  
Mama  
Carcinoma  
Yeyuno*

## Abstract:

*Breast cancer has a high mortality index in our country; metastatic diseases is the main condition responsible for deaths.*

*The paper deals with the clinical case of a patient suffering from jejunal metastases of a lobular adenocarcinoma of mamma, in which both made their appearance concomitantly.*

*This secondary effect had the aspect of an occlu-*

*Presentado en la Sesión Científica de la Sociedad de Cirugía del Uruguay del día 8 de octubre de 2003*

\* *Residente de Clínica Quirúrgica*

\*\* *Asistente de Clínica Quirúrgica*

\*\*\* *Prof. Adjunto de Clínica Quirúrgica*

\*\*\*\* *Prof. Agregado de Clínica Quirúrgica*

*Correspondencia: Piedras de Afilar 4793. CP 11400*

*Montevideo (Dra. A. Puñal)*

*e-mail: aliciapunal@adinet.com.uy*

*sive intestinal condition requiring urgency surgical treatment involving a jejunal tumor resection. During the same hospitalisation period, a breast nodule of undetermined cancerous cytology was punctured. The study was discontinued and this undoubtedly contributed to the initial diagnostic error of intestinal carcinoid tumor.*

*Six months later the patients was once again admitted into hospital due to occlusive symptomatology which fact lead to a new study and new laparotomy thus making evident recurrence of neoplasm at mesial level and persistence of a petrous mammary neoplasm. A definitive anatomic-pathologic study corroborates that it was a jejunal neoplasm secondary to a lobular adenocarcinoma of right breast.*

*The patient died in December 1996 having suffered during the final months of her life isolated sub-occlusive episodes under medical treatment based on systemic polichemotherapy.*

**Key words:**

*Neoplasm Metastasis*

*Breast*

*Carcinoma*

*Jejunum*

**Introducción**

El cáncer de mama es una patología frecuente en nuestro medio. Su mortalidad está determinada por la enfermedad metastásica cuya aparición depende de la biología tumoral y de la relación huésped-tumor.

En los últimos decenios ha experimentado un significativo aumento constituyendo actualmente un problema de salud pública.

Corresponde al 25% de los cánceres en mujeres occidentales. Predomina en el sexo femenino, tanto a nivel mundial como nacional, al punto que el sexo femenino constituye el principal factor de riesgo. Se estima en un 7 a 9% las posibilidades de contraer esta enfermedad a lo largo de la vida.

Es el 20% de las causas de muerte por cáncer en la mujer y el 1% en el hombre.

El Uruguay ocupa el 8° lugar en frecuencia con una tasa de mortalidad de 24.84/100000 habitantes que viene ascendiendo en las últimas décadas.

En la actualidad, esta patología, es la primera causa de muerte de origen tumoral en la mujer uruguaya.

Las metástasis gastrointestinales del cáncer mamario son raras, su diagnóstico es habitualmente secundario al hallazgo del tumor primitivo y de difícil realización. Se manifiestan clínicamente por obstrucción y/o sangrado digestivo y su pronóstico es ominoso por constituir una enfermedad generalizada.

Se analiza el caso de una paciente, cuya presentación clínica fue una complicación de su enfermedad metastásica, siendo el informe anatómico-patológico definitivo de la pieza de resección el que condujo al diagnóstico del tumor primitivo.

**Caso clínico**

G.C. Mujer. 52 años.

Abril de 1996 consulta en emergencia con diagnóstico clínico-radiológico de oclusión intestinal colo-ileal. Del examen destaca: tumor mamario pétreo, haciendo cuerpo con la glándula derecha, sin invasión cutánea ni alteraciones del pezón, ovoideo, de tres por cuatro centímetros que involucraba los cuadrantes externos y el cuadrante central, sin ganglios axilares palpables.

Antecedentes Personales: Octubre 1995, cirugía de urgencia por carcinoide yeyuno-ileal en oclusión que se resecó, ya presentaba la tumoración mamaria de iguales características.

No había secundarismo hepático ni peritoneal.

La anatomía patológica mamoscópica mostró un sector de intestino delgado con una neoformación atípica que infiltra mucosa, submucosa, muscular y subserosa.

Dado el antecedente quirúrgico previo se solicitó T.A.C. abdomino-pélvica que informó: imagen de densidad homogénea para-aórtica.

Laparotomía urgente, se constata abundante ascitis serosa (3 litros) que se aspira. Se extrae muestra para estudio citológico.

Asas delgadas discretamente distendidas, con su meso retraído y fijo sobre gran masa tumoral que invade la raíz del mesenterio, el mesocolon transversal y la gran curva gástrica.

Nódulos peritoneales pequeños.

No se encuentran elementos que sugieran obstrucción de la luz intestinal del delgado ni colon.

Hígado sano. Ovarios sanos.

Se realizó biopsia incisional de la masa mesial como único gesto.

Concomitantemente y durante la internación en Julio de 1996 se accede a historia previa:

La microscopía permitió llegar al diagnóstico de tumor carcinoide esclerosante de delgado que invade todas las capas del órgano sin metástasis ganglionar regional ni en el ganglio linfático estudiado.

La evaluación mamográfica previa mostraba una hiperdensidad difusa de ambos cuerpos mamarios compatible con una mastopatía de origen funcional sin evidencia de lesiones atípicas.

El examen ecográfico complementario demuestra múltiples quistes en ambas mamas, de hasta 0.7cm de diámetro mayor. No se observan procesos expansivos sólidos.

En suma: mastopatía fibroquística.

### **Punción citodiagnóstica:**

#### **Citología negativa para malignidad**

Ante estos resultados es dada de alta, con diagnóstico de mastopatía fibroquística.

En julio de 1996 cuando tomamos contacto con la paciente, en este ingreso, y ante la persistencia de una tumoración de estas características se reiteran los estudios:

### **Mamografía bilateral:**

Hiperdensidad difusa del cuerpo mamario derecho sin caracteres específicos para establecer un diagnóstico etiológico.

Se sugiere completar estudio con ecografía mamaria

1.- Citología de mama derecha muestra signos de hiperplasia, quistificación y fibrosis, compatible con una lesión esclerosante de la mama. Sin elementos de malignidad en el material examinado.

2.- Citología de mama izquierda: compatible con enfermedad fibroquística de la mama.

Dado que persiste una divergencia entre los hallazgos clínicos y paraclínicos y manteniendo, a nuestro entender, alta sospecha clínica de cáncer mamario, se decide realizar la biopsia.

#### *Exéresis del tumor mamario derecho:*

### **Estudio macroscópico:**

Fragmento tisular de 50x35x9mms. La superficie externa es depulida blanco-grisácea brillante, con numerosos lóbulos adiposos. Se destaca área convexa de consistencia firme.

Al corte: lesión sólida, circunscripta que afecta prácticamente toda la pieza, blanco-grisácea, con pequeños focos amarillentos aislados, con escasas estructuras quísticas de 1 y 2 mm, así como pequeñas áreas de calcificación.

Se incluyen 4 fragmentos.

### **Estudio microscópico:**

Proliferación celular atípica, en patrón cordonal y fila india, acompañada de una intensa reacción desmoplásica. Las células son pequeñas, cuboideas, con núcleos bastante monomorfos, y en algunas de ellas se observa una vacuola clara yuxtanclear.

Focos de carcinoma lobulillar in situ, con caracteres celulares idénticos a los del área invasora.

La técnica de Alcian Blue Pas muestra la imagen de "lúmina" Pas positiva, yuxtanclear.

La técnica de Grimelius muestra gránulos pardo-dorados a nivel citoplasmático, en escasas células neoplásicas (menos del 10%).

En uno de los bordes de resección se observa una mastopatía proliferativa con quistes simples, metaplasia apócrina extensa y fibrosis.

### **Diagnóstico:**

Carcinoma lobular infiltrante de la mama, con focos de Carcinoma Lobulillar in situ, con intensa reacción desmoplásica.

Mastopatía no proliferativa concomitante.

Estudio anatomopatológico de tumoración mesial; la macroscopía informa fragmentos irregulares de aspecto fibroescleroso y coloración blanquecina nacarada. La reacción fibrosa incluye tejido adiposo.

Estudio microscópico mostró: una proliferación celular, con células de pequeño y mediano tamaño, en patrón cordonal y en fila india. Se acompaña de una prominente reacción desmoplásica, con áreas esclerosas e hialinizadas.

Las células muestran escaso citoplasma, y en técnica de PAS se observan algunas granulaciones pardo-doradas con la técnica de Grimelius.

### **Conclusión diagnóstica**

Metastasis de adenocarcinoma poco diferenciado con elementos que orientan a probable primitivo mamario u ovárico.

En vista de esto, se revisaron las láminas yeyunales, de cirugía previa, a las que se les realizó las técnicas de ABPAS y GRIMELIUS, observándose que el tumor intestinal presenta mucosecreción yuxtaneuclear, y un crecimiento esclerosante que predomina en las capas externas intestinales, como puede verse en las excepcionales metastasis de un adenocarcinoma del intestino delgado.

No se estudiaron receptores hormonales.

Dado el hallazgo de un carcinoma lobulillar de mama evadido y fuera de toda terapéutica quirúrgica curativa se solicitó consulta con oncología.

Se comenzó tratamiento con poliquimioterapia en base a drogas de primera línea: adriamicina y cisplatino. Presentó buena tolerancia en dos se-

ries, reinstalando nuevamente cuadros suboclusivos que cedieron parcialmente con tratamiento médico.

Reitera esporádicamente episodios suboclusivos fugaces aislados con deterioro progresivo del estado general y sin modificaciones locales en el tumor de mama.

Fallece en diciembre de 1996 por progresión de su enfermedad.

### **Discusión**

Las metastasis gastrointestinales del carcinoma mamario son infrecuentes. En series autópsicas, 16.4% de las pacientes muertas por cáncer de mama, presentaban metastasis gastrointestinales. En estudios retrospectivos las metastasis del cáncer de mama representaron el 8.2% de las metastasis gastrointestinales. Entre ellas, las lesiones gastroduodenales son las predominantes, siendo su diagnóstico fundamentalmente endoscópico. Las metastasis yeyuno-ileales son excepcionales, y su diagnóstico se realiza habitualmente en la exploración quirúrgica a punto de partida de una complicación obstructiva, hemorrágica o perforación.

La anatomía patológica se presenta macroscópicamente como lesiones de crecimiento extraluminal, parietal -circunferenciales o longitudinales- o intraluminal -polipoideas-.

El estudio microscópico muestra habitualmente células en anillo de sello y un patrón celular en cordones y células en "fila india". Por otra parte, la ausencia de displasia en la mucosa suprayacente y la falta de compromiso de la mucosa en muchos casos permite identificar el tumor como metastásico. El diagnóstico histopatológico de las metastasis orienta al origen del tumor primitivo. Los estudios con receptores hormonales permiten diferenciar entre tumores epiteliales y no epiteliales - **citoqueratina - vimentina-**.

No se puede determinar si se trata de un carcinoma lobulillar o ductal, sin embargo existen

elementos que nos orientan al diagnóstico. El carcinoma ductal presenta células metastásicas más grandes con pleomorfismo nuclear.

En el caso analizado, se observó la dificultad en el diagnóstico anatomopatológico, dado la baja especificidad de los estudios histológicos, que llevó a un retardo en el diagnóstico definitivo.

La punción citológica con aguja fina de lesiones sólidas es segura, rápida, atraumática y no presenta afectación adversa en el pronóstico. Si su diagnóstico es positivo de cáncer para algunos autores elimina la necesidad de biopsia quirúrgica. Por el contrario, si su diagnóstico es negativo, exige proseguir los estudios en base al resto de los datos ya que presenta un 30% de falsos negativos.

Es considerada un complemento más de confirmación diagnóstica. Se acepta, desde hace muchos años, que el trípede diagnóstico (examen clínico, mamografía y punción citológica) cuando sus datos son congruentes alcanza una sensibilidad diagnóstica vecina al 98%.

Una citología negativa no excluye el cáncer. Cuando un resultado negativo no guarda relación con la impresión clínica y mamográfica –como en la paciente– debe ser seguida por biopsia incisional o escisional, previo a la cirugía definitiva.

Creemos que el retardo diagnóstico y la confusión anatomopatológica iniciales se explican por no haber realizado biopsia mamaria frente a una citología negativa en una paciente portadora de un par clínico radiológico sugestivo de un cáncer mamario.

El tiempo medio de aparición de las metástasis intestinales fue de 88 meses en series internacionales, a diferencia de la paciente, donde las metástasis se manifestaron en forma concomitante con el primitivo mamario. Sorpresivamente el cáncer mamario no fue diagnosticado en esa oportunidad.

Al respecto analizaremos algunos ítems:

En virtud de que la presentación fue por la complicación; se realizó el tratamiento quirúrgico de las metástasis yeyunales sin diagnóstico etiológico inicial. Una vez arribado al diagnóstico se realizó tratamiento sistémico con poliquimioterapia. No se realizó hormonoterapia dado que no se estudiaron receptores hormonales.

El tratamiento quirúrgico es el que ha dado mejores tasas de sobrevida. El tratamiento sistémico con poliquimioterapia y/o hormonoterapia se utilizan como adyuvantes de la cirugía, o como único recurso terapéutico cuando la enfermedad ha sobrepasado los límites de la cirugía.

La sobrevida de los pacientes que instalan metástasis de intestino delgado es mala, independientemente del tipo tumoral y se refleja en el tiempo medio de sobrevida menor a 12 meses. En el caso del carcinoma de mama metastasiado en el tracto gastrointestinal, si bien la sobrevida global fue baja, se describen mejores resultados con sobrevida mayor a un año en pacientes que respondieron a la hormonoterapia sistémica con tamoxifeno. No obstante, no se obtuvo remisión completa de la enfermedad en ningún caso.

## Bibliografía

- 1) Kadakia, SC; Parker, A; Canales, L: Metastatic Tumors to the Upper Gastrointestinal Tract.: Endoscopic Experience. *Am J Gastroenterol.* 1992;87.:1418-23.
- 2) Asch, MJ; Wiedel, PD; Habif, DV: Gastrointestinal Metastases from Carcinoma of the Breast *Arch Surg.* 1968;96:841-3.
- 3) Washington, K; McDonagh, D: Secondary Tumors of the Gastrointestinal Tract: Surgical Pathologic findings and Comparison with Autopsy Survey: *Mod Pathol* 1995;8:427-33.
- 4) Rabau, MY; Alon, RJ; Werbin, N; Yossipov, Y: Colonic Metastases from Lobular Carcinoma of the Breast: Report of a Case: *Dis Colon Rectum.* 1988;31:401-2.
- 5) Farmer, RG; Hawk, WA: Metastatic Tumors of the Small Bowel. *Gastroenterology.* 1964;47:496-504.
- 6) Graham, WP; Goldman, L: Gastrointestinal Metastases from Carcinoma of the Breast. *Ann Surg.* 1964;159:477-80.

- 7) Pressa, C; Laviña, R; Albo, M. Patología Mamaria Masculina. Congreso Uruguayo de Cirugía 36°. Tacuarembó. Uruguay, 1985.
- 8) Vasallo, JA. Epidemiología Cáncer de Mama. Clin Ginecol Obstret Perinat. 1985; 2:209.
- 9) Vasallo, JA. Estudio de la Morbimortalidad por Cáncer en el Uruguay. Arch Med Intern. 1983; 5:1-5.
- 10) Pressa, C. El diagnóstico combinado en el cáncer de mama. Tesis de Doctorado. Facultad de Medicina de Montevideo, 1986.