METÁSTASIS ABDOMINO-GENITAL DE CARCINOMA LOBULILLAR INFILTRANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Nº:RES0176

Caballero Ricardo, Hernández Raquel, Cabrera Miguel, Valle Pedro, Keituqwa Nart.

Unidad de Patología mamaria. Hospital Parque(1), Hospital Universita Ntra Sra Candelaria (2).Santa Cruz de Tenerife.

dr.r.a.caballero@gmail.com

INTRODUCCIÓN:

EL PATRÓN DE METASTATIZACIÓN DEL CÁNCER DE MAMA PRESENTA DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS SEGÚN SU TIPO HISTOLÓGICO, YA SEA DUCTAL (CDI) Ó LOBULILLAR (CLI); SON LOS PRIMEROS QUE METASTATIZAN CON MAYOR FRECUENCIA A GANGLIOS LINFÁTICOS, PULMÓN, PLEURA, MIENTRAS LOS SEGUNDOS HACIA EL TRACTO GASTROINTESTINAL, GENITOURINARIO, HÍGADO, MÉDULA ÓSEA, PERITONEO Y RETROPERITONEO. LA RAZÓN DE ESTE COMPORTAMIENTO NO ESTÁ CLARO; PARA ALGUNOS, CONSIDERAN QUE ES CONSECUENCIA DE LA PÉRDIDA DE EXPRESIÓN DE LA MOLÉCULA DE ADHESIÓN E-CADHERINA, NO OBSTANTE, AUNQUE PARA ALGUNOS ES DISCUTIBLE ESTA CONSIDERACIÓN.

SU FRECUENCIA SE ESTIMA ENTRE UN 15-30% DE CASOS, PERO LAS METÁSTASIS CÉRVICO-UTERINAS DE ORIGEN EXTRAPÉLVICO SON MUY INFRECUENTES.

MATERIAL Y MÉTODOS:

PRESENTAMOS EL CASO DE UNA MUJER DE 61 AÑOS QUE TRAS CUATRO AÑOS LIBRE DE ENFERMEDAD DE UN CLI (MULTIFOCAL)(FIGURA A), PT1N3M0 RH FUERTEMENTE POSITIVOS, HER2/NEU (-) (LUMINAL A) (FIGURA 2 A Y B)FUÉ SOMETIDA A UNA MASTECTOMIA CON LINFADENECTOMIA (2011), QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE (AC+TAXOL), POSTERIOR RADIOTERAPIA Y HORMONOTERAPIA (TAMOXIFENO) POR 5 AÑOS.

A LOS DOS AÑOS DE ESTABILIDAD DE LA ENFERMEDAD (2013), SE SOMETE A RECONSTRUCCIÓN (COLGAJO LIBRE DEL DORSAL ANCHO Y MASTECTOMÍA PROFILÁCTICA CONTRALATERAL) CON UNA AP: FOCOS DE DIN1. FIGURA 2 (B)

UN AÑO MÁS TARDE (2014), PRESENTA SÍNTOMAS URINARIOS TIPO CÓLICO A NIVEL DE FOSA RENAL DERECHA, POR MEDIO DE PRUEBAS DE IMAGEN SE ENCUENTRA UNA ECTASIA PIELOCALICIAL IMPORTANTE QUE SE INTERPRETA CON UN SINDROME ADHERENCIAL RETROPERITONEAL INESPECÍFICO, SE PROCEDE A LA COLOCACIÓN DE CATETERES J J. (FIGURA 3 (A Y B). UN AÑO MÁS TARDE REFIERE UN SANGRADO UTERINO ANORMAL (SUA) Y SE EVIDENCIA ENGROSAMIENTO ENDOMETRIAL, TRAS HISTEROSCOPIA SE CONFIRMA DIAGNÓSTICO DE PÓLIPO ENDOMETRIAL SIN ATIPIAS (FIGURA 4 A Y B); NO OBSTANTE, AL PERSISTIR EL SUA SE RECOMIENDA CAMBIAR EL TAMOXIFENO POR OTRA ALTERNATIVA, NO OBSTANTE SE RECOMIENDA CONTINUAR.

AL PERSISTIR LA SINTOMATOLOGÍA SE RECOMIENDA REALIZAR UNA HISTERECTOMÍA TOTAL . EN EL MOMENTO PREVIO A LA INTERVENCIÓN SE PRACTICA EXAMEN BAJO ANESTESIA Y SE ENCUENTRA UN MARCADO MARCADO EMPASTAMIENTO DE CUPULA VAGINAL Y CÉRVIX REALIZÁNDOSE BIOPSIAS MÚLTIPLES Y POSTERGANDO LA INTERVENCIÓN HASTA LA VALORACIÓN DE RESULTADOS, (FIGURA 5 A Y B).

EL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO DESCRIBE METÁSTASIS DE CA LOBULILLAR, CON EL ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO COMPATIBLE CON RE(90%+)RPG(90%+), ONCOGEN HER-2/NEU NEGAT MIB-1(KI67): 5-10% DE POSITIVIDAD NUCLEAR, BAJA ACTIVIDAD PROLIFERATIVA,P53 (GEN SUPRESOR MUTANTE): 3-5% POSITIVIDAD NUCLEAR. ESTUDIOS DE EXTENSIÓN CONFIRMAN IGUALMENTE AFECTACIÓN METASTÁSICAS ÓSEA MÚLTIPLES(D10-11,SACRO Y PELVIS).SE INICIA TERAPIA PALIATIVA.(FIGURA 6 A) Y POR GAMMAGRAFIA OSEA (FIGURA 6 B) MÚLTIPLES METÁSTASIS ÓSEAS.

DISCUSIÓN:

METÁSTASIS DEL CÁNCER DE MAMA EN EL TRACTO GENITAL DE LA MUJER ES INFRECUENTE; LOS SITIOS MÁS FRECUENTES SON OVARIOS Y VAGINA, AUNQUE LAS TENDENCIAS EN LA DISTRIBUCIÓN DE LA METÁSTASIS, SE PUEDE PRESENTAR EN TODOS LOS SITIOS DELL TRACTO GENITAL FEMENINO.

EL CUELLO UTERINO COMO LA VAGINA ESTÁ CONSTITUIDA POR UN TEJIDO FIBROMUSCULAR CON UN SUMINISTRO DE SANGRE LIMITADO Y SÓLO POR DRENAJE LINFÁTICO AFERENTE POR LO QUE ES UN SITIO MENOS FAVORABLE PARA LA METÁSTASIS; NO OBSTANTE, LA PROGRESIÓN METASTASICA DEL CÁNCER DE MAMA ES ALTAMENTE IMPREDECIBLE Y DEPENDE DE LA HETEROGENEIDAD INTRA-TUMORAL Y LA EVOLUCIÓN FENOTÍPICA DURANTE LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD.

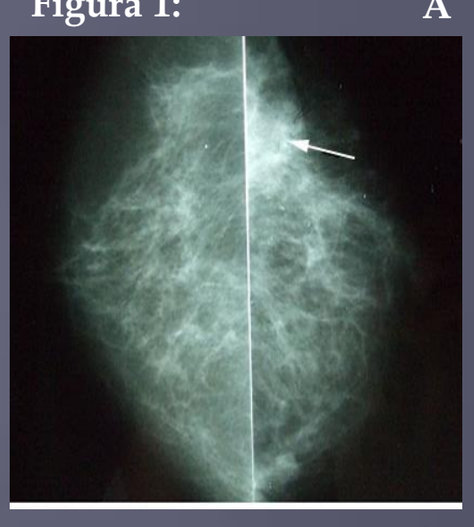
EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO NOS LO DARÁ EL ESTUDIO HISTOLÓGICO; SE HA DESCRITO LA PRESENCIAS DE CÉLULAS ORDENADAS EN "FILA INDIA" CON CITOPLASMAS POLIGONALES DÉBILMENTE BASÓFILOS Y NÚCLEOS VACUOLADOS. CON TÉCNICAS DE INMUNOHISTOQUÍMICA, PERMITEN DETERMINAR EL ORIGEN DEL TUMOR

EL TRATAMIENTO DE ESTAS METÁSTASIS ES FUNDAMENTALMENTE MÉDICO. UNA VEZ DIAGNOSTICADO SE DESCRIBEN QUE LAS TASAS DE REMISIÓN PUEDE ALCANZAR HASTA UNL 53%; MIENTRAS QUE LA CIRUGÍA SÓLO SE LIMITA EN CASO DE PERFORACIÓN, HEMORRAGIA U OBSTRUCCIÓN,

COMO EN NUESTRO CASO, ANTE LA PERSISTENCIA DEL SANGRADO GENITAL SE DECIDE UNA ABLACIÓN UTERINA, NO OBSTANTE AL COMPROBAR LA AFECTACIÓN DEL FONDO UTERINO QUE COMPROMETE EL CÉRVIX SE CAMBIA LA CONDUCTA Y SE DECIDE LA TERAPIA PALIATIVA. LO QUE NO SE HA PODIDO DEMOSTRAR SI LA OBSTRUCCIÓN DE LOS URÉTERES SON SECUNDARIOS A UN METÁSTASI RETROPERITONEAL.

EN LOS ENSAYOS 15 INTERNATIONAL BREAST CANCER STUDY GROUP (IBCSG) SE DEMOSTRÓ QUE EL PRONÓSTICO PARA EL CARCINOMA LOBULAR PUDE SER MEJOR QUE PARA DUCTAL EN LOS PRIMEROS AÑOS. SIN EMBARGO, LA TASA DE RECIDIVA AUMENTA PROGRESIVAMENTE Y SUPERÓ EL CARCINOMA DUCTAL A LOS SEIS AÑOS. ESTO POSTULA QUE EL CARCINOMA LOBULAR ER POSITIVO TIENDE A LA RECAÍDA TARDÍA. LA MEDIANA DE SUPERVIVENCIA DE LAS PERSONAS CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO ES DE 18-24 MESES . EN EL ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE SANUKI-FUJIMOTO N ET AL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON METÁSTASIS INUSUALES FUE SIMILAR AL DE LOS PACIENTES CON METÁSTASIS FRECUENTES.

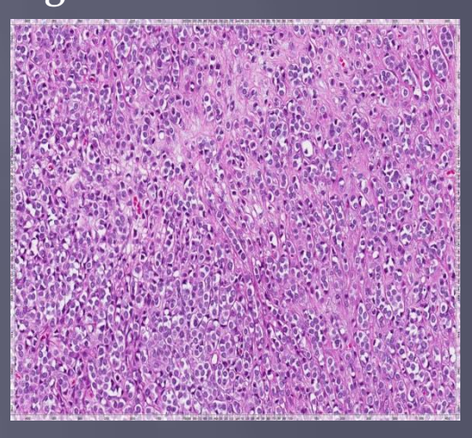
Figura 1: A



B



Figura 2: A



B

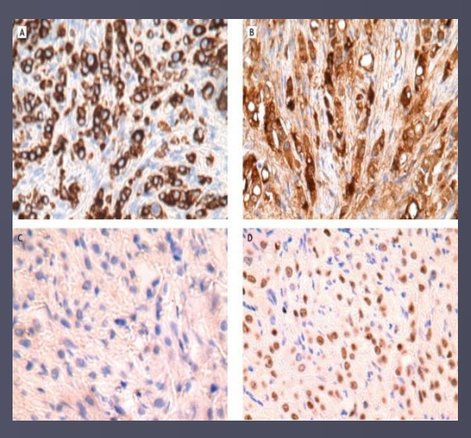


Figura 3: A



B



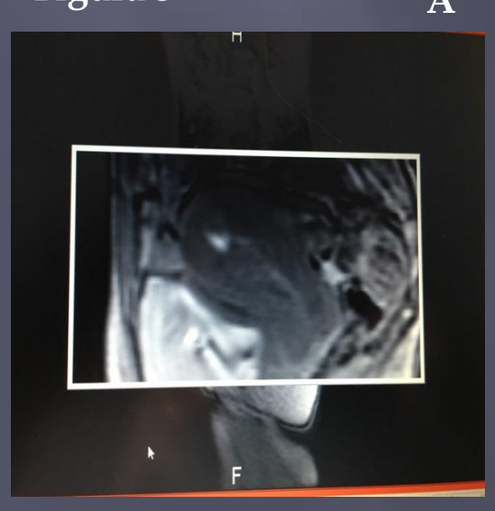
Figura 4: A



B



Figura 5 A



B

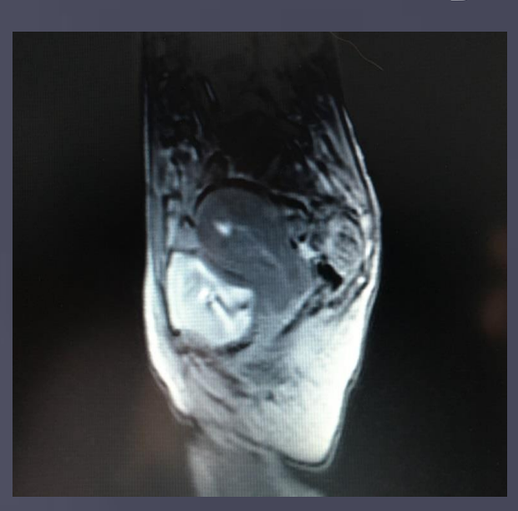
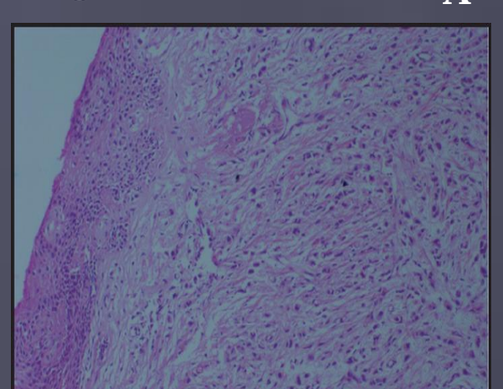
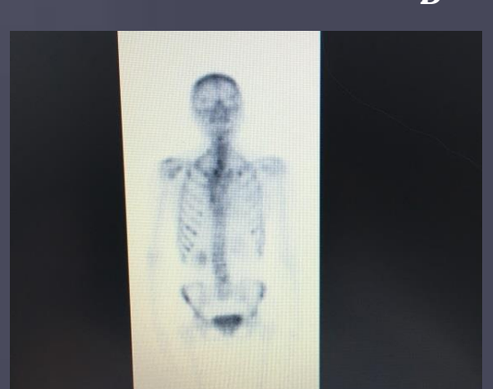


Figura 6 A



B



CONCLUSIONES:

LA AFECTACIÓN METASTASICA PERITONEAL, GENITAL Y GASTROINTESTINAL ES INFRECUENTE; SIN EMBARGO CONSTITUYE UN DESAFÍO POR EL INCREMENTO EN SU PREVALENCIA, SU MANEJO TERAPÉUTICO DEBE INDIVIDUALIZARSE, EN ESPERA DE RESULTADOS DE NUEVOS ESTUDIOS.