

Cartas al Director

Metástasis rectal de carcinoma lobulillar mamario

Palabras clave: Glándulas mamarias. Carcinoma lobulillar. Siembra neoplásica. Células neoplásicas circulantes. Neoplasia de primario desconocido. Venas. Fondo de saco de Douglas.

Key words: Human mammary glands. Lobular carcinoma. Neoplasm seeding. Neoplasm circulating cells. Neoplasm unknown primary. Veins. Douglas' pouch.

Sr. Director:

El carcinoma de mama es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer, representando el carcinoma lobulillar infiltrante entre el 10 y el 20% del total de las neoplasias mamarias. Sin embargo, es el tumor mamario con mayor potencial metastatizante, especialmente en hueso, tracto gastrointestinal extrahepático (del 6 al 18%) y sistema ginecológico. El órgano digestivo más afectado es el estómago y el menos, el recto (1). El intervalo entre el diagnóstico del tumor primario y sus metástasis gastrointestinales es de 5 años (2). Son infrecuentes las metástasis sin tumor primario diagnosticado, así como los diagnósticos sincrónicos.

La exploración de primera elección es la colonoscopia con biopsia, aunque tiene numerosos falsos negativos debido a la no afectación metastásica de la mucosa hasta estadios avanzados (3). Anatomopatológicamente se trata de células pequeñas, redondas y aisladas a pesar de su estirpe epitelial, que infiltran el estroma "en fila india" con poca distorsión arquitectural y escasa reacción desmoplásica (4).

El tratamiento de este estadio tumoral tan avanzado no es quirúrgico salvo con fines paliativos en casos de perforación, obstrucción o sangrado intestinal (2,5).

Caso clínico

Mujer de 55 años sin antecedentes que ingresó por síndrome constitucional de 6 meses de evolución y tenesmo rectal. Presentaba molestias abdominales difusas y, al tacto, un recto rígido a punta de dedo. Se descartaron metástasis pulmonares y hepáticas. La rectocolonoscopia (Fig. 1) mostró engrosamiento de los pliegues mucosos con aspecto pseudopolipoide y duro del 7º al 15º cm del margen anal con la mucosa intacta. El estudio histológico (Fig. 2) informó de infiltración carcinomatosa rectal compatible con metástasis de carcinoma mamario de tipo lobulillar, con el siguiente estudio inmunohistoquímico: citoqueratina 7 +, citoqueratina 20 -, e-cadherina - y receptores estrogénicos +. El estudio mamográfico dirigido mostró una espiculación en la mama izquierda, cuya biopsia con aguja gruesa (BAG) remedió la rectal. La tomografía axial computerizada (TAC) abdominopélvica mostró una masa rectal que ocupaba el saco de Douglas y destruía los planos "de clivaje" rectouterinos.



Fig. 1. Rectocolonoscopia: mucosa pseudopolipoidea dura al tacto con pinza de biopsia. Pérdida de los pliegues rectales.

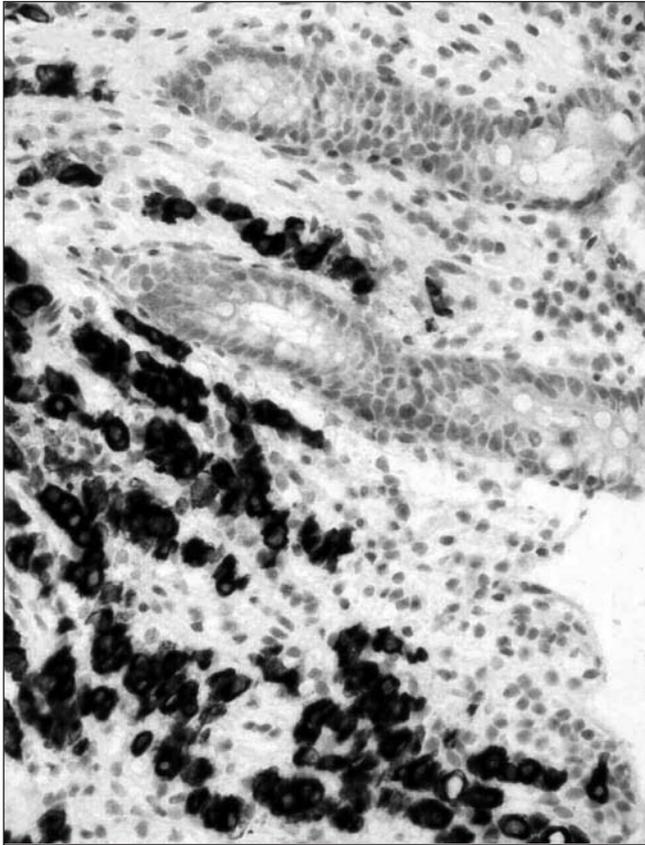


Fig. 2. Biopsia rectal 20 x. Inmunohistoquímica para citoqueratina 7: epitelio y glándulas normales. Células teñidas "en hilera" infiltran el estroma. La citoqueratina 7 es expresada por todas las células mamarias de estirpe epitelial, benignas o malignas.

El diagnóstico al alta fue de carcinoma lobulillar mamario izquierdo en estadio IV, con metástasis rectales. En la actualidad sigue régimen quimioterápico ambulatorio con pobre respuesta clínica y mal tolerado. En 5 meses no ha sufrido complicación alguna que haya requerido cirugía paliativa.

Discusión

Los tumores metastásicos del sistema gastrointestinal son raros, siendo el cáncer de mama, junto con el melanoma, el cáncer de ovario y de vejiga, uno de los tumores primarios más frecuentes (3). Aún lo es más la localización rectal, así como el diagnóstico de la metástasis antes del tumor primario.

La mayor incidencia metastatizante del carcinoma lobulillar mamario parece deberse a su escasa cohesión celular a pesar de su estirpe epitelial (4). Según Berx y cols. sus células sufren una mutación en sus dominios extracelulares que conlleva la inactivación de la proteína de adhesión celular e-cadherina (6). Ferlicot y cols. correlacionan este hecho con su propensión a metastatizar y con el diferente comportamiento biológico del carcinoma ductal (7).

La metastatización rectal sin diseminación hepatopulmonar se puede explicar anatómicamente gracias al plexo venoso ver-

tebral descrito por Batson en 1940 (8), *bypass* a los sistemas pulmonar, portal y cavo, que se extiende, a lo largo del raquis, desde el cráneo hasta la pelvis menor y sus órganos. Del mismo son subsidiarias las venas intercostales, a las que drena la glándula mamaria. Es avalvular, por lo que sufre fenómenos de flujo retrógrado según las presiones torácica y abdominal. Explica la diseminación de varios tipos tumorales al raquis, cráneo y cinturas pélvica y escapular (9).

La indemnidad de la mucosa, responsable de falsos negativos de la colonoscopia con biopsia, se debe a su diseminación hematógena, pues los epitelios son avasculares. La afectación primaria será submucosa o subserosa y, desde ahí, se extenderá al resto de la pared (5). La rigidez y el engrosamiento difuso de la mucosa pueden simular linitis plásticas, enfermedad de Crohn u otras afecciones (3).

Atribuimos el retraso diagnóstico del tumor primario a la escasa reacción desmoplásica y distorsión arquitectural del tejido mamario que genera esta estirpe (4).

Conclusiones

1. Debemos sospechar esta entidad ante semiología rectal y antecedentes de neoplasia mamaria.
2. La exploración de primera elección es la colonoscopia con biopsias profundas y repetitivas si hay alta sospecha.
3. Un diagnóstico adecuado evita cirugías inadecuadas de lesiones rectales.

A. J. Cano-Maldonado, M. Díaz-Tie, E. Vives-Rodríguez, K. M. Lux, Y. Basanta-Calderón, J. A. Alcázar-Montero, C. Durana-Tonder¹ y G. Adrio-Díaz

Servicios de Cirugía General y del Aparato Digestivo y de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide – Profesor Novoa Santos. Área Sanitaria de Ferrol. La Coruña

Bibliografía

1. Borst MJ, Ingold JA. Metastatic patterns of invasive lobular versus invasive ductal carcinoma of the breast. *Surgery* 1993; 114 (4): 637-41.
2. Gegúndez C, Paz JM, Mata I, Cao J, Conde J, Couselo JM, et al. Obstrucción de intestino delgado por metástasis de carcinoma mamario lobulillar. *Cir Esp* 2005; 77 (2): 102-4.
3. Bamias A, Baltayiannis G, Kamina S, Fatouros M, Lymperopoulos E, Agnanti N, et al. Rectal metastases from lobular carcinoma of the breast: Report of a case and literature review. *Ann Oncol* 2001; 12: 715-8.
4. Kobayashi T, Adachi S, Matsuda Y, Tominaga S. A case of metastatic lobular breast carcinoma with detection of the primary tumor after ten years. *Breast Cancer* 2007; 14 (3): 333-6.
5. Pla V, Safont MJ, Buch E, Pallas A, Roig JV. Metástasis de carcinoma ductal infiltrante de mama simulando un cáncer de colon obstructivo primario. *Cir Esp* 2002; 71 (5): 257-8.

6. Berx G, Cleton-Jansen AM, Strumane K, de Leeuw WJ, Nollet F, van Roy F, et al. E-cadherin is inactivated in a majority of invasive human lobular breast cancers by truncation mutations throughout its extracellular domain. *Oncogene* 1996; 13: 1919-25.
7. Ferlicot S, Vincent-Salomon A, Medioni J, Genin P, Rosty C, Sigal-Zafrani B, et al. Wide metastatic spreading in infiltrating lobular carcinoma of the breast. *Eur J Cancer* 2004; 40: 336-41.
8. Batson OV. The function of the vertebral veins and their role in the spread of metastases. *Ann Surg* 1940; 112 (1): 138-49.
9. Oyanagi K, Ogata K, Takeda S, Horikawa Y, Kawakami E, Morita T. Widespread vertebral and epidural venous plexus metastasis of prostatic carcinoma presenting wedge-shaped radial lesions in the spinal cord. *Neuropathology* 2003; 23 (4): 296-300.