



P-523 - LINITIS PLÁSTICA COMO PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE METÁSTASIS A DISTANCIA DEL CARCINOMA DE MAMA

P.G. Giordano, R. Rojo Blanco, P. López Hervás, M. Coll Sastre, A.P. Morante Perea, A. García Villanueva, M.V. Collado Guirao y E. Lobo Martínez

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción: El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente y la segunda causa de muerte relacionada con el cáncer en las mujeres de Europa occidental y Norteamérica. Es frecuente que en su evolución produzca metástasis a distancia, preferentemente en el hígado, pulmón, cerebro y hueso, y de forma más infrecuente en el aparato gastrointestinal, apareciendo las metástasis gástricas en el 1,7% de los casos como enfermedad única a distancia. La afectación gástrica por metástasis de carcinoma mamario presenta un diagnóstico difícil por lo inespecífico de su sintomatología y de los hallazgos endoscópico-radiológicos, pero deberá tenerse presente en todas las pacientes con antecedente de neoplasia de mama, pues condicionará el tratamiento y pronóstico posterior.

Caso clínico: Mujer de 79 años, sin antecedentes familiares ni personales de interés, diagnosticada de carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda con afectación ganglionar axilar ipsilateral. Sincrónicamente la paciente presenta molestias gástricas constantes asociadas a disminución del apetito y sensación de bolo alimentario a nivel epigástrico, asociando pérdida de alrededor de unos 5 kg de peso sin náuseas ni vómitos. Se realiza panendoscopia oral y ecoendoscopia con diagnóstico compatible de linitis plástica. En el estudio anatómo-patológico de la biopsia gástrica se evidencia un mínimo fragmento de células epiteliales con signos sugerentes de infiltración por adenocarcinoma gástrico. En el resto del estudio de extensión no se observan alteraciones. Bajo el diagnóstico de sospecha de neoplasia sincrónica gástrica y mamaria, se decide tratamiento neoadyuvante quimioterápico. Tras 7 ciclos de quimioterapia neoadyuvante, se objetiva mejoría radiológica en la afectación de la lesión mamaria izquierda y la adenopatía axilar ipsilateral, junto a disminución del engrosamiento de la pared en la afectación gástrica. Se decide tratamiento quirúrgico, realizándose primeramente gastrectomía total con exéresis en bloque de porción hepática adherida (subsegmentos II y III) y linfadenectomía D3 con reconstrucción mediante esofagoyeyunostomía término-lateral en Y de Roux. A los 3 meses de la cirugía gástrica, se realiza mastectomía modificada de mama izquierda con linfadenectomía de nivel III axilar. La anatomía patológica definitiva confirma la presencia en estómago de infiltrado neoplásico compatible con carcinoma lobulillar de alto grado metastásico de origen mamario que posteriormente se confirma con inmunohistoquímica (receptores estrógenos +, receptores progesterona -, HER2 neu +).

Discusión: El diagnóstico de metástasis gástricas por carcinoma mamario puede ser difícil. Los

síntomas son inespecíficos (anorexia, epigastralgia, vómitos) y el estudio endoscópico puede ser normal hasta en un 50% de los casos, ya que el crecimiento del tumor es submucoso, lo que dificulta también la toma de biopsias. Pese a que puede resultar difícil diferenciar la linitis gástrica primaria de la afectación metastásica, es importante conseguir un diagnóstico prequirúrgico adecuado por el distinto enfoque terapéutico. El tratamiento quirúrgico sólo será necesario en caso de complicaciones (oclusión intestinal, etc.), siendo el tratamiento de elección la quimio/hormonoterapia.