

Metástasis pancreática solitaria de carcinoma de mama

Begoña Estraviz^a, Ricardo Pocino^a, Aitor Landaluce^b, Usua Mendarte^c y Sebastián Sarabia^d

^aEspecialista en Cirugía General y Aparato Digestivo. Facultativo Especialista de Área. ^bMIR de Cirugía General.

^cEspecialista en Aparato Digestivo. ^dEspecialista en Cirugía General y Aparato Digestivo. Doctor en Medicina.

Jefe de Servicio de Cirugía General. Hospital de Galdakao. Vizcaya.

Resumen

Las aparición de una metástasis única de un carcinoma de mama en el páncreas es un hecho poco frecuente, ya que normalmente acontece en el contexto de una carcinomatosis peritoneal. Su diagnóstico preoperatorio es difícil por su similitud en la presentación con neoplasias primarias de dicha glándula.

Presentamos el caso de una paciente intervenida por tumoración pancreática que se diagnosticó, tras el estudio anatomopatológico de la pieza de resección, de metástasis de carcinoma ductal infiltrante de mama. Realizamos una revisión de esta entidad.

Palabras clave: Metástasis pancreáticas. Cáncer de mama. Tratamiento.

SOLITARY PANCREATIC METASTASIS FROM BREAST CANCER

The development of a solitary pancreatic metastasis from breast cancer is rare, since it normally occurs in the context of peritoneal carcinomatosis. Preoperative diagnosis is difficult because its presentation is similar to that of primary pancreatic neoplasias.

We present the case of a female patient who underwent surgery for a pancreatic tumor. Pathological analysis of the surgical specimen revealed metastasis from infiltrating ductal breast carcinoma. We provide a review of this entity.

Key words: Pancreatic metastasis. Breast cancer. Treatment.

Introducción

El cáncer de mama es el de mayor incidencia en la mujer. Las metástasis más frecuentes se originan en el pulmón, el sistema nervioso y el hígado. La afección pancreática no suele ser única, sino que se produce en el contexto de una enfermedad sistémica avanzada¹.

Presentamos el caso de una metástasis pancreática solitaria en una mujer en la que se realizó previamente una mastectomía por carcinoma ductal infiltrante. Los estudios radiológicos preoperatorios no fueron capaces de distinguirlo de un tumor pancreático primario.

Caso clínico

Mujer de 56 años con antecedentes de mastectomía radical por carcinoma ductal infiltrante de mama hace 10 años. Hace 3 años presentó una recidiva axilar que se extirpó, recibiendo quimioterapia, con controles posteriores normales.

La paciente consulta por ictericia progresiva. Analíticamente presentaba colostasis, siendo el resto de parámetros, incluidos los marcadores tumorales, normales. La TC abdominal (fig. 1) objetivó en la cabeza de páncreas una lesión hipodensa de 2 cm compatible con neoplasia.

La colangiografía por resonancia magnética (CRM) informa de dilatación de la vía biliar e imagen de 2 cm en la cabeza pancreática sugestiva de un proceso infiltrativo. Se realizó una colangiopancreatografía retrógrada que confirmó los hallazgos anteriores. Con sospecha de neoplasia de páncreas se procedió a la intervención quirúrgica. En la laparotomía se objetivó una tumoración en la cabeza del páncreas. Se realizó una duodenopancreatectomía cefálica (Traverso-Longmire). El postoperatorio transcurrió sin incidencias.

El estudio patológico de la pieza evidenció un carcinoma pobremente diferenciado de 3 cm en la cabeza de la glándula, que infiltraba la pared muscular duodenal, con afección de 4 ganglios peripancreáticos. Las células tumorales presentaban positividad para CEA, *milk factor* y receptores de estrógeno y progesterona. El diagnóstico correspondía a metástasis de carcinoma ductal infiltrante de mama. La paciente fue tratada posteriormente con quimioterapia, no existiendo datos de recidiva a los 6 meses de la intervención.

Discusión

Los tumores pancreáticos metastásicos son 4 veces más frecuentes que los primarios². Roland³ describe un 2% de lesiones metastásicas en 1.357 enfermos intervenidos por neoplasia pancreática. Son muchos los tumores que metastatizan al páncreas y, en general, lo hacen en el contexto de una carcinomatosis; la rareza estriba en que esta afección sea única; cuando esto ocurre, las neoplasias que con mayor frecuencia causan estas metástasis son las renales, las colónicas y las pulmonares, siendo más raros los tumores de mama, estómago, melanoma, duodeno y esófago².

Correspondencia: Dra. B. Estraviz.

Bº Garaioltza, 18 B, izda. 48196 Lezama. Vizcaya.

Correo electrónico: Bestraviz@terra.es

Aceptado para su publicación en abril de 2002.

Fig. 1. TC abdominal en la que se aprecia una tumoración en la cabeza del páncreas con dilatación del colédoco intrapancreático.

Las metástasis a distancia se producen en el 49% de las pacientes con mastectomía radical⁴, siendo más frecuentes en el hígado, el pulmón, el hueso y el sistema nervioso; sin embargo, las metástasis pancreáticas únicas son excepcionales, con pocos casos descritos^{1,5-7}.

Se ha observado que son los carcinomas lobulillares los que con mayor frecuencia metastatizan al sistema gastrointestinal⁸; sin embargo, en nuestro caso se trataba de un carcinoma ductal.

La presentación clínica de una metástasis pancreática es similar a la del adenocarcinoma pancreático primario e incluye: dolor abdominal, ictericia, pérdida de peso, náuseas y vómitos². Nuestra paciente presentaba los síntomas típicos del adenocarcinoma primario de páncreas. Respecto al diagnóstico, la TC puede ayudar en pacientes con neoplasia primaria conocida si se observan nódulos múltiples; sin embargo, si la lesión es única, es prácticamente idéntica al tumor primario³, aunque más hipervascular (no en nuestro caso), hecho que puede hacerla indistinguible de los tumores neuroendocrinos pancreáticos⁷. En la RM las metástasis tienden a aparecer como hipointensas en T1 e hiperintensas en T2; pese a todo, no existen criterios radiológicos específicos. El diagnóstico definitivo implica, en la mayoría de los casos, la biopsia².

El intervalo de aparición de lesiones metastásicas de mama ocurre tempranamente en la mayoría de los casos, aunque se ha descrito una metástasis solitaria gástrica a los 30 años de una mastectomía⁸. El tratamiento quirúrgico agresivo de las metástasis pancreáticas debe llevarse a cabo cuando se descubre una lesión única, sobre todo cuando ha disminuido tanto la mortalidad de la

duodenopancreatectomía cefálica. En series publicadas⁵ de duodenopancreatectomías sólo entre el 0,6 y el 1,5% se realizaron a causa de tumores metastásicos. Algunos autores⁷ apuntan la posibilidad de tratamiento quimioterápico inicial, sin tratamiento quirúrgico, aunque dada la escasa experiencia no se puede sacar conclusiones. En ocasiones, puede ser difícil diferenciar microscópicamente un tumor pancreático primario de uno metastásico; para ello, es útil la inmunohistoquímica, que detecta, entre otros, receptores estrogénicos y de progesterona⁸. El pronóstico de los pacientes intervenidos por tumores metastásicos en páncreas es, en general, malo⁵, con una supervivencia media de 2 años; sin embargo, se ha descrito un caso⁶ de una paciente intervenida por una metástasis de carcinoma de mama que permanecía viva a los 6 años. Cabría esperar un relativo mejor pronóstico en nuestra paciente al tener el tumor positividad para receptores hormonales, ya que es ampliamente aceptado que la negatividad para los receptores estrogénicos implica una evolución desfavorable⁴. También la supervivencia dependería del intervalo de aparición de la metástasis, ya que algunos tumores de crecimiento lento tendrían mejor pronóstico que los adenocarcinomas pancreáticos primarios⁹.

Es importante considerar la posibilidad de que un tumor pancreático puede ser metastásico cuando el paciente ha sido intervenido previamente por otra neoplasia.

Parece que la duodenopancreatectomía, en casos seleccionados como el nuestro, puede realizarse con seguridad, una vez descartada la existencia de afección de otros órganos; además, ofrece un aumento de la supervivencia. Sin embargo, no existen series amplias para cuantificarlo.

Bibliografía

1. Titus A, Baron T, Listinsky C, Vickers S. Solitary breast metastasis to the ampulla and distal common bile duct. *Am Surg* 1997;6:512-5.
2. Robbins E, Franceschi D, Barkin J. Solitary metastatic tumors to the pancreas: a case report and review of the literature. *Am J Gastroenterol* 1996;91:2414-7.
3. Roland C, Van Heerden J. Nonpancreatic primary tumors with metastasis to the pancreas. *Surg Gyn Obstet* 1989;168:345-7.
4. Barista I, Baltali E, Güllü I, Güler N, Celik I, Sarascasi O, et al. Factors influencing the distribution of metastases in metastatic breast carcinoma. *Am J Clin Oncol* 1996;19:569-73.
5. Le Borge J, Partensky C, Glemain P, Dupas B, De Kerviller B. Hepato Gastroenterol 2000;47:540-4.
6. Azzarelli A, Clemente C, Quagliuolo V, Baticci F. A case of pancreatoduodenectomy as resolutive treatment for solitary metastasi of breast cancer. *Tumori* 1982;68:331-5.
7. Z'raggen K, Fernández del Castillo C, Rattner D, Sigala H, Warshaw A. Metastases to the pancreas and their surgical extirpation. *Arch Surg* 1998;133:413-7.
8. Schwarz R, Klimstra D, Turnbull A. Metastatic breast cancer masquerading as gastrointestinal primary. *Am J Gastroenterol* 1998;93:111-4.
9. Shimizu M, Sakurai T, Ohtawa T, Manabe T. Metastatic pancreatic carcinoma from the thyroid. *Am J Gastroenterol* 1997;92:914-5.