



Carta científica

Metástasis ampular por carcinoma lobulillar de mama[☆]



Ampular metastasis of a breast lobulillar carcinoma

A pesar de que el cáncer de mama es el de mayor incidencia en la mujer, la aparición de una metástasis ampular de carcinoma mamario es un hallazgo infrecuente, ya que habitualmente acontece en el contexto de una enfermedad sistémica avanzada¹.

Presentamos el caso de una paciente sexagenaria intervenida 4 años antes de una segmentectomía izquierda con vaciamiento axilar homolateral por carcinoma lobulillar pleomórfico mamario izquierdo multifocal. El diagnóstico se estableció, en ese momento, a partir de una biopsia con aguja gruesa (BAG) que permitió, además, determinar las siguientes características: grado histológico III (formación de túbulos: 3, grado nuclear: 3 y número de mitosis: 2), triple negativo (estrógenos, progesterona y HER2 negativos [HercepTest[®] por inmunohistoquímica: 2+ con FISH negativo]). El estadio clínico inicial fue cIIIA (cT3, cN1, Mx) pero con respuesta patológica completa en la pieza quirúrgica y respuesta patológica parcial ganglionar tras recibir quimioterapia neoadyuvante con TXT-A (6 ciclos).

La paciente acudió por ictericia franca indolora y la analítica confirmó una alteración de la función hepática (bilirrubina total: 10 mg/dl, GGT/FA: 1.379/846 U/l y GOT/GPT: 338/266 U/l). La tomografía axial computarizada (TAC) abdominopélvica, la colangiografía resonancia magnética, la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada y la ecoendoscopia mostraron una marcada dilatación de la vía biliar intrahepática, colédoco de 2 cm de diámetro y dilatación del conducto de Wirsung. Ambos quedaban amputados a nivel de la región ampular, donde se observaba una masa hipoatenuada de 2,8 × 1,5 cm. No se consiguió canalizar la vía biliar, pero se tomó biopsia de la masa ampular, y a través de un abordaje transhepático derecho, se insertó un catéter para drenaje biliar interno-externo.

La paciente desarrolló un cuadro de hipertensión intracraneal y diplopia demostrándose en una TAC craneal la

existencia de lesiones cerebrales. Recibió tratamiento con radioterapia holocraneal y quedó pendiente de valoración para quimioterapia paliativa, pero falleció un mes después.

El estudio histológico en la biopsia identificó una neoplasia invasiva epitelial de crecimiento sólido de células poco cohesivas con abundante citoplasma y variable pleomorfismo nuclear, algunas en anillo de sello que invadía la mucosa periampular (fig. 1 A-C). Atendiendo a los antecedentes patológicos, se realizó estudio histopatológico comparativo de la neoplasia ampular y del tumor primario mamario, constatando similitud morfológica. Se complementó con técnicas inmunohistoquímicas que mostraron resultados coincidentes y concluyentes (CK7, p53, mamaglobina y GCDFP15 positivas y E-cadherina, CK20, CDX2, HER2, estrógenos y progesterona negativas) (figs. 1D y 2A-D), lo que permitió establecer el diagnóstico definitivo de una metástasis frente a un carcinoma primario pobremente diferenciado ampular.

Discusión

Los tumores que metastatizan al páncreas son raros como se demuestra en una serie de 1.000 autopsias con neoplasias malignas, con solo un 3% de metástasis pancreáticas¹, siendo inusual que el origen primario sea la mama². La incidencia de metástasis pancreáticas por cáncer de mama está en torno al 5-13%³. El carcinoma lobulillar mamario metastatiza a SNC, leptomeninges, peritoneo, ovario, útero y sistema gastrointestinal; también se han descrito metástasis a pulmón, hueso e hígado, pero su localización ampular/pancreática es inusual⁴. El intervalo libre de enfermedad varía entre 1 a 182 meses, considerándose la presentación sincrónica como un hallazgo extremadamente raro^{4,5}. El intervalo libre de enfermedad en nuestro caso fue de 44 meses.

[☆] Se trata de un artículo original que no ha sido publicado previamente ni enviado ni sometido a consideración en cualquier otra publicación, en su totalidad o en alguna de sus partes.

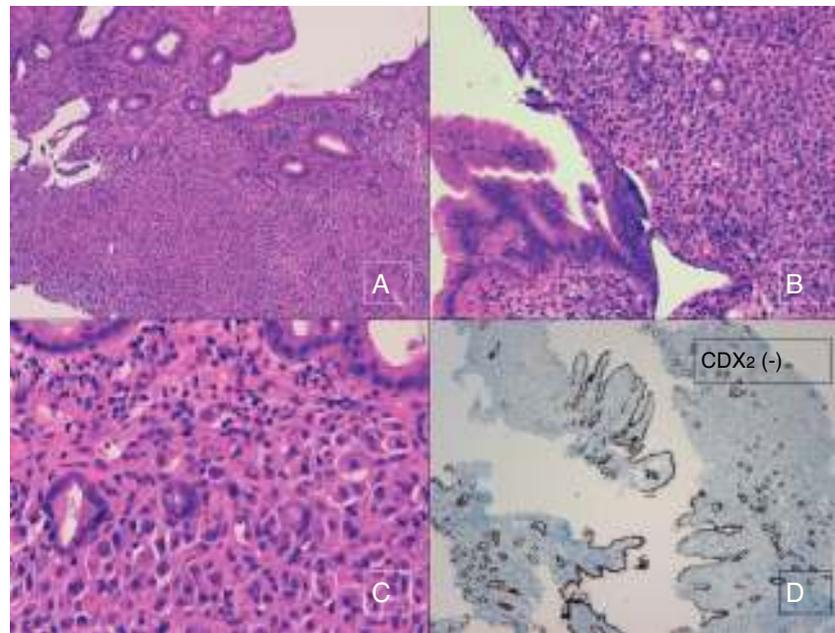


Figura 1 – Detalle microscópico con hematoxilina y eosina de la metástasis del carcinoma lobulillar mamario, integrada por células con variable pleomorfismo y hábito en anillo de sello (A-C) (H&E 10× [A], H&E 20× [B] y H&E 40× [C]), y células tumorales metastásicas con inmunexpresión negativa para CDX2 (marcador de organoespecificidad gastrointestinal) en el componente neoplásico (véase positividad en el epitelio de revestimiento intestinal y glandular normal) (D) (CDX2 4×).

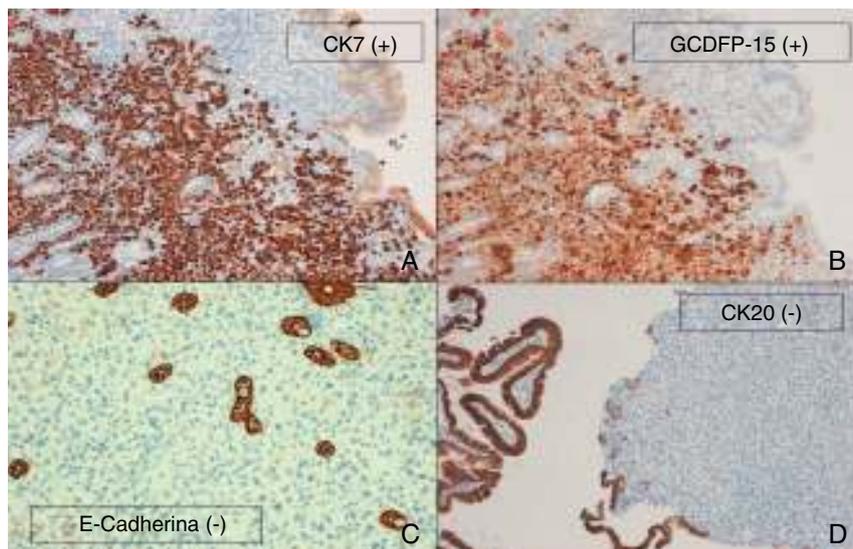


Figura 2 – Células tumorales metastásicas con inmunexpresión positiva para CK7 (A) (CK7 10×) y GCDFP15 (B) (GCDFP15 10×), e inmunexpresión negativa para E-cadherina (C) (E-cadherina 20×) y CK20 (D) (CK20 10×).

La aparición de lesiones metastásicas de mama ocurre precozmente en la mayoría de los casos, aunque se han descrito casos de metástasis solitarias gástricas a los 30 años de la mastectomía⁶. Las manifestaciones clínicas de este tipo de metástasis no son necesariamente distinguibles de otras formas de cáncer pancreático. La mayoría de los pacientes no presentan síntomas, detectándose la lesión en exámenes

radiológicos de rutina, en la cirugía o en estudios de autopsia^{1,7,8}. En nuestro caso, la paciente debutó con un cuadro de ictericia franca 4 años después de una cuadrantectomía mamaria que mejoró tras la colocación de un catéter biliar interno-externo.

Es complejo determinar si un carcinoma pancreático-ampullar es primario o metastásico, pero aún es más difícil

plantear que se trate de una metástasis de un cáncer de mama. Las pruebas de imagen ayudan en pacientes con múltiples nódulos pancreáticos y un tumor primario conocido, pero una masa solitaria puede ser indistinguible de un carcinoma primario de páncreas, sobre todo, si afecta la cabeza del páncreas. Una biopsia guiada por imagen para establecer el diagnóstico patológico, tal y como sucedió en nuestro caso, puede evitar una laparotomía⁹.

Desafortunadamente, el diagnóstico de metástasis de carcinoma lobulillar de mama se realiza, en ocasiones, en piezas de resección tras una operación de Whipple con diagnóstico de carcinoma ampular en la biopsia endoscópica previa. Esto puede deberse al desconocimiento del antecedente de un tumor primario mamario, que se asuma el diagnóstico de un tumor primario múltiple, o a que la biopsia no sea sometida a un panel inmunohistoquímico para despistaje de neoplasias metastásicas. En nuestro caso, la utilización de estudios inmunohistoquímicos, algunos de ellos con órgano-especificidad (GCDFP-15, mamaglobina y CDX2), junto al antecedente de carcinoma lobulillar de mama 4 años antes, fueron determinantes. Los receptores hormonales, además del estudio de HER2, resultaron también negativos en la metástasis. La triple negatividad del cáncer de mama y de la metástasis, probablemente le otorgaron un pronóstico más desfavorable, limitándose las estrategias terapéuticas.

En conclusión, cuando un tumor pancreático se desarrolla en un paciente con una neoplasia previa en otra localización, hay que considerar la hipótesis de una metástasis en el páncreas. La historia clínica debe analizarse minuciosamente y todos los supuestos tienen que ser incluidos en el proceso de diagnóstico. La decisión para el tratamiento requiere de un equipo multidisciplinar. El tratamiento debe ser individualizado teniendo en cuenta la localización, histología del tumor primario y del metastásico, intervalo desde el primer tratamiento hasta el momento de la metástasis, y las manifestaciones clínico-patológicas causadas por el cuadro metastásico.

Financiación

No hay soporte financiero ni beca para este trabajo.

Autoría

Todos los autores han leído y aprobado el manuscrito y los requisitos para la autoría se han cumplido. Se cuenta con el consentimiento informado del paciente para su publicación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mountney J, Maury AC, Jackson AM, Coleman RE, Johnson AG. Pancreatic metastases from breast cancer: an unusual cause of biliary obstruction. *Eur J Surg Oncol.* 1997;23:574-6.
2. Alzahrani MA, Schmulewitz N, Grewal S, Lucas FV, Turner KO, McKenzie JT, et al. Metastases to the pancreas: The experience of a high volume center and a review of the literature. *J Surg Oncol.* 2012;105:156-61.
3. Pappo I, Feigin E, Uziely B, Amir G. Biliary and pancreatic metastases of breast carcinoma: Is surgical palliation indicated. *J Surg Oncol.* 1991;46:211-4.
4. Molino C, Mocerino C, Braucci A, Riccardi F, Trunfio M, Carrillo G, et al. Pancreatic solitary and synchronous metastasis from breast cancer: A case report and systematic review of controversies in diagnosis and treatment. *World J Surg Oncol.* 2014;12:2.
5. Mylonas I, Janni W, Friese K, Gerber B. Unexpected metastatic lobular carcinoma of the breast with intraabdominal spread and subsequent port site metastasis after diagnostic laparoscopy for exclusion of ovarian cancer. *Gynecol Oncol.* 2004;95:405-8.
6. Schwarz R, Klimstra D, Turnbull A. Metastatic breast cancer masquerading as gastrointestinal primary. *Am J Gastroenterol.* 1998;93:111-4.
7. Muranaka T, Teshima K, Honda H, Nanjo T, Hanada K, Oshiumi Y. Computed tomography and histologic appearance of pancreatic metastases from distant sources. *Acta Radiol.* 1989;30:615-9.
8. Afsay NV, Andea A, Basturk O, Kilinc N, Nassar H, Cheng JD. Secondary tumors of the pancreas: An analysis of a surgical and autopsy database and review of the literature. *Virchows Arch.* 2004;444:527-35.
9. McIntire M, Siziopikou K, Patil J, Gattuso P. Synchronous metastases to the liver and pancreas from a primary neuroendocrine carcinoma of the breast diagnosed by fine-needle aspiration. *Diagn Cytopathol.* 2008;36:54-7.

José Jacob Motos Micó^{a,*}, Francisco Javier Velasco Albendea^b, Carolina Barrera Casallas^b, Sandra Liliana Quijano Moreno^b y Rafael Rosado Cobián^a

^aServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Torrecárdenas, Almería, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital Torrecárdenas, Almería, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jacob_motos@hotmail.com (J.J. Motos Micó).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.10.010>
0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.