

4. Clementz GL, Dolin BJ. Sulfasalazine-induced lupus erythematosus. *Am J Med.* 1988;84:535-8.
5. Deboever G, Devogelaere R, Holvoet G. Sulphasalazine induced lupus-like syndrome with cardiac tamponade in a patient with ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol.* 1989;84:85-6.
6. Kupferschmidt H, Langenegger T, Krahenbuhl S. Pericarditis in chronic inflammatory bowel disease: Underlying disease or side effects of therapy? Clinical problem solving *Schweiz Med Wochenschr.* 1996;14:2184-90.
7. Patwardhan RV, Heilpern RJ, Brewster AC, Darrah JJ. Pleuropericarditis: An extraintestinal complication of inflammatory bowel disease. Report of three cases and review of literature. *Arch Intern Med.* 1983;143:94-6.
8. Cappell MS. Colonic toxicity of administered drugs and chemical. *Am J Gastroenterol.* 2004;99:1175-90.
9. Granot E, Rottem M, Rein AJT. Carditis complicating inflammatory bowel disease in children: Case report and review of the literature. *Eur J Pediatr.* 1988;148:203-5.
10. Gujral N, FriedenberG F, FriedenberG J, Gabriel G, Kotler M, Levine G. Pleuropericarditis related to the use of mesalamine. *Dig Dis Sci.* 1996;41:624-6.

Mónica Sierra Ausín, Gabriela Rascarachi\*, Rubén Díez Rodríguez, Laura Arias Rodríguez, Elvira del Pozo Maroto y Fernando Muñoz Núñez

*Sección de Aparato Digestivo, Hospital de León, León, España*

\*Autor para correspondencia.

*Correo electrónico:* gabrielar@usal.es (G. Rascarachi).

doi:10.1016/j.gastrohep.2009.10.006

## Hemorragia digestiva como forma de presentación de cáncer de mama metastásico

### Gastrointestinal hemorrhage as a form of presentation of metastatic breast cancer

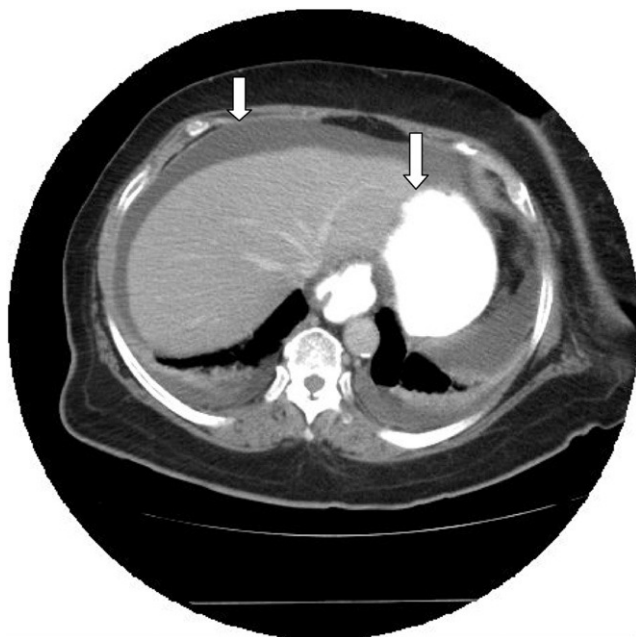
Las metástasis en el tubo digestivo del cáncer de mama son raras y, en muchas ocasiones, ni siquiera se mencionan en los libros de texto<sup>1,2</sup>. Realmente parece que su incidencia verdadera podría estar infraestimada, en relación muchas veces con el bajo índice de sospecha y la ausencia de síntomas específicos. En 1976, Bunting et al hallaron una frecuencia de detección de metástasis gástricas a lo largo de la vida de sólo un 6%<sup>3</sup>. Según estudios de necropsias, se ha estimado que existe una incidencia de hasta un 10% de metástasis gástricas del cáncer de mama<sup>4,5</sup>. En la endoscopia, frecuentemente se manifiesta como una lesión difusa o infiltración submucosa que disminuye la distensibilidad normal. Muchas veces es preciso el diagnóstico diferencial con otras entidades, como la linitis plástica, dado que los hallazgos patológicos de estas metástasis son con frecuencia poco específicos<sup>6</sup>.

Presentamos a continuación el caso de una mujer de 80 años que se diagnosticó de un cáncer de mama metastásico tras comenzar como hemorragia digestiva alta secundaria a una úlcera gástrica, metástasis de este cáncer mamario. Presentamos el caso de una mujer de 80 años con antecedentes médicos de hipertensión arterial y síndrome depresivo, e intervenida previamente de fractura en la cadera derecha, que ingresa en el Servicio de Gastroenterología de nuestro hospital por dolor abdominal en el epigastrio y hematemesis. La endoscopia digestiva alta identifica una úlcera de 1 cm de tamaño, de profundidad media y bordes irregulares, en la cara posterior de cuerpo medio-alto gástrico, con fondo fibrinoso (fig. 1). Las biopsias tomadas de esta úlcera confirman que se trata

de un carcinoma poco diferenciado. En la TAC realizada se informa de un engrosamiento de la pared gástrica que afecta fundamentalmente a la curvatura menor-cara posterior gástrica, con extensión al ligamento gastrohepático y al área del hilio hepático y cabeza pancreática, donde se delimitan mal las estructuras, y que puede estar en relación con pequeña cantidad de líquido o infiltración neoplásica (fig. 2). Se observan adenopatías perilesionales de menos de 1 cm y adenopatías mesentéricas de pequeño tamaño. Hay moderada cantidad de líquido libre. En la mama izquierda se identifica un nódulo de 14 × 27 mm de diámetro, en los cuadrantes externos de la glándula, con realce en el contraste intravenoso, indicativo de cáncer mamario como primera posibilidad. Existe mala delimitación del nódulo respecto al músculo pectoral mayor, además de presencia de nódulos satélites mal definidos en la axila homolateral. Hay borramiento de planos grasos en la región axilar izquierda, con mala delimitación de las diferentes estructuras, que se extiende a la zona supraclavicular izquierda. En el hígado y en la restante exploración no hay hallazgos relevantes. Se interviene a la paciente y se le extirpa una tumoración en la mama izquierda de aspecto tumoral. En la laparotomía realizada se encuentra ascitis tumoral en relación con carcinomatosis peritoneal, linitis plástica y afectación tumoral del intestino delgado con adenopatías mesentéricas y afectación uterina. La pieza de la cuadrantectomía mamaria muestra infiltración por un carcinoma ductal infiltrante grado 3 de diferenciación, con 1,7 cm de diámetro, que alcanza el borde quirúrgico de resección. Otro fragmento de parénquima mamario de 2,5 cm de diámetro aparece igualmente infiltrado por un carcinoma ductal infiltrante de mama. Se confirma que se trata del mismo tipo de carcinoma desde el punto de vista histológico e inmunohistoquímico. También se analiza un fragmento del epiplón con metástasis de carcinoma ductal infiltrante mamario. Revisada la histología inicial de carcinoma gástrico, y apoyado en el estudio inmunohistoquímico, se confirma que la lesión ulcerada



**Figura 1** Endoscopia: úlcera profunda de aspecto indeterminado en el cuerpo gástrico, origen de la hemorragia.



**Figura 2** TAC abdominal: engrosamiento de la pared gástrica, adenopatías perilesionales y moderada cantidad de líquido libre en probable relación con carcinomatosis peritoneal.

gástrica se trata realmente de una metástasis del tumor mamario, es el mismo adenocarcinoma y muestra igualmente positividad para los receptores de estrógenos y progesterona. La paciente fallece días después.

## Discusión

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 de Norteamérica. Produce metástasis con más frecuencia en el esqueleto óseo, los pulmones, el hígado y el sistema nervioso central. Las

metástasis en el tracto gastrointestinal son infrecuentes, aunque hoy en día se sabe que están muy infradiagnosticadas, ya que tras una revisión exhaustiva se han documentado más de 1.000 casos<sup>7</sup>. Su diagnóstico se ve claramente dificultado por lo inespecífico de la sintomatología. Tras el tumor broncogénico pulmonar y el melanoma, el cáncer de mama es la tercera neoplasia que más metastatiza en el estómago<sup>8,9</sup>. La frecuencia de las metástasis del carcinoma mamario en el tubo digestivo es mayor en las series de necropsia (oscila entre un 7 y un 30%)<sup>8-10</sup> que en las series clínicas, pues frecuentemente son asintomáticas, y las gástricas están entre un 3,2 y un 6%<sup>8,9</sup>. Por lo general, se diagnostican otras metástasis, como las óseas, antes de las gástricas, aunque éstas son las primeras en manifestarse en un 25% de los pacientes<sup>8</sup>. Los síntomas, cuando están presentes, son totalmente inespecíficos, como náuseas, vómitos, dolor abdominal, anorexia, pérdida de peso, saciedad precoz, hemorragia gastrointestinal, disfagia, etc., y con frecuencia se atribuyen a otras causas relacionadas con el proceso, como puede ser la hipercalcemia, la quimioterapia, etc.<sup>8,9</sup>. El diagnóstico de estas metástasis gástricas requiere un alto índice de sospecha. La endoscopia puede mostrar una mucosa de aspecto normal, pues en ocasiones hay una infiltración submucosa difícil de visualizar, o un engrosamiento de pliegues similar a una gastropatía hipertrófica benigna, como una gastritis erosiva, o bien puede presentar el aspecto de una tumoración primaria gástrica, como una linitis plástica<sup>8,9</sup>, un tumor vegetante o ulcerado. Debe prestarse especial interés a la distensibilidad gástrica, en ocasiones uno de los pocos datos alterados en el examen endoscópico. Las biopsias endoscópicas pueden ser negativas hasta en un 30-50% de los casos, en los que se presentan como infiltración de las capas submucosa y muscular<sup>9</sup>. Tras la toma de material histológico suficiente, es vital la comparación de la histología del tumor primario mamario y de la lesión gástrica, como ocurrió en el caso que presentamos, que tras un diagnóstico inicial de adenocarcinoma gástrico tras la toma de las biopsias endoscópicas, se transformó en el verdadero diagnóstico de metástasis gástrica de carcinoma de mama, tras obtener material de la lesión mamaria y revisar las histologías. Ciertos hallazgos anatomopatológicos, como la presencia de células neoplásicas dispuestas en forma lineal simple (denominado «en fila india») y células en «anillo de sello», son comunes en el cáncer de mama primario y en las metástasis gástricas. Los diferentes tipos histológicos del cáncer de mama presentan diferencias significativas en su comportamiento metastático. Así, el carcinoma mamario ductal infiltrante, que representa el 70-80% de los cánceres mamarios, metastatiza con mayor frecuencia al hígado y al pulmón, y cuando afecta al estómago lo suele hacer en una presentación nodular; mientras que el carcinoma lobular infiltrante (el 10% de las neoplasias de la mama) lo hace fundamentalmente en huesos y en el sistema nervioso central, además del ovario, el útero, el peritoneo y el retroperitoneo, y el estómago, con una afectación difusa en este órgano tipo linitis plástica<sup>10</sup>. Entre las opciones de tratamiento, la cirugía pasa a un segundo plano, sólo indicada en casos de complicaciones como obstrucción, perforación o hemorragia incontrolable. Otra opción pasa por el tratamiento hormonal con tamoxifeno, la ovariectomía o la administración de progesterona, o si ya se trata de un cáncer metastatizado podrían ser útiles fármacos como la aminoglutetimida, los andrógenos o los corticoides.

La respuesta al tratamiento hormonal deriva fundamentalmente de la presencia de receptores para estrógenos o progesterona. Por otro lado, menos del 10% de los pacientes con tumor metastásico, con receptores estrogénicos negativos, pueden tratarse con éxito con tratamiento hormonal<sup>10</sup>. Los regímenes de quimioterapia más usados emplean ciclofosfamida, metotrexato, 5-fluoracilo, cytoxan o doxorubicina. A pesar de la quimioterapia, la supervivencia media tras el diagnóstico de las metástasis gástricas es de unos 10 meses, y solo el 23% alcanza la supervivencia a los 2 años<sup>8</sup>, aunque se han documentado supervivencias más prolongadas de hasta 4 años.

En conclusión, las metástasis gastrointestinales del cáncer de mama no son tan raras como pueden parecer y, por esto, debemos prestar una especial atención ante la presencia de síntomas digestivos, muchas veces inespecíficos, en pacientes con antecedentes, sean recientes o no, de cáncer de mama.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

- Dickson RB, Lippman ME. Cancer of the breast. En: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA, editores. *Cancer: Principles and practice of Oncology*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1997. p. 1541–616.
- Veronesi U, Goldhirsch A, Yarnold J. Breast cancer. En: Peckham M, Pinedo HM, Veronesi U, editores. *Oxford textbook of Oncology*. New York: Oxford University Press; 1995. p. 1243–89.
- Bunting JS, Hernsted EH, Kremer JK. The pattern of spread and survival in 596 cases of breast cancer related to clinical staging and histological grade. *Clin Radiol*. 1976;27:9–15.

- Choi SH, Sheehan FR, Pickren JW. Metastatic involvement of the stomach by breast cancer. *Cancer*. 1964;17:791–7.
- Cifuentes N, Pickren JW. Metastases from carcinoma of mammary gland: An autopsy study. *J Surg Oncol*. 1979;11:193–205.
- Kadakis SC, Parker A, Canales L. Metastatic tumors to the upper gastrointestinal tract: Endoscopic experience. *Am J Gastroenterol*. 1992;87:1418–23.
- Amicucci G, Sozio ML, Sozio A, Rizzo EM. Gastric metastases of breast cancer. *Am J Gastroenterol*. 1999;94:859.
- Taal BG, Peterse H, Boot H. Clinical presentation, endoscopic features, and treatment of gastric metastases from breast carcinoma. *Cancer*. 2000;89:2214–21.
- Alba MA, Piedrafita E, Chivite de León A, Allende L, Sainz S. Metástasis gástrica de carcinoma de mama. *Rev Esp Enferm Dig*. 1997;89:647–9.
- Clavien PA, Laffer U, Torhost J, Harder F. Gastro-intestinal metastases as first clinical manifestation of the dissemination of a breast cancer. *Eur J Surg Oncol*. 1990;16:121–6.

Daniel Hervías Cruz<sup>a,\*</sup>, Myriam Herrera Mercader<sup>a</sup>,  
Fernanda Relea Calatayud<sup>c</sup>, Roberto Wolman Maciel<sup>b</sup>,  
Axel Schmidt-Bäumler<sup>c</sup> y Liliana Suárez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Gastroenterología, Hospital Virgen de Altagracia, Manzanares, Ciudad Real, España

<sup>b</sup>Departamento de Oncología Médica, Hospital Virgen de Altagracia, Manzanares, Ciudad Real, España

<sup>c</sup>Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Virgen de Altagracia, Manzanares, Ciudad Real, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: danielhervias@gmail.com  
(D. Hervías Cruz).

doi:10.1016/j.gastrohep.2009.11.008

## Tratamiento de la rotura espontánea de un pseudoquistes de páncreas manifestado como hemoperitoneo masivo

### Treatment of a spontaneous pancreatic pseudocyst rupture manifesting as massive hemoperitoneum

Sr. Editor:

Los pseudoquistes pancreáticos son una complicación frecuente de la pancreatitis (el 20–40% en pancreatitis crónica y el 5–16% en pancreatitis aguda). Aunque más raramente, estos pseudoquistes pueden presentar otras complicaciones, como la infección, la obstrucción, la rotura, la fistulización o la hemorragia<sup>1</sup>. A pesar de que la incidencia de hemorragia intraquistica se ha estimado entre el 6 y el 17%<sup>2</sup>, la hemorragia intraperitoneal masiva como consecuencia de

la rotura de un pseudoquistes de páncreas se ha descrito en muy pocas ocasiones en la literatura científica internacional<sup>3–5</sup>.

Presentamos el caso de un varón de 84 años, con antecedente de pancreatitis aguda de origen biliar de años antes, que trajeron a Urgencias de nuestro hospital por un episodio sincopal tras realizar un esfuerzo defecatorio. En su ingreso presentaba palidez cutaneomucosa, hipotensión arterial e intenso dolor abdominal, con reacción peritoneal difusa. El hemograma demostró una grave anemia (hemoglobina de 5,2 g/dl, hematocrito del 16,4% y volumen corpuscular medio de 90,2 fl). En la ecografía y en la tomografía computarizada se observó un hemoperitoneo masivo con abundante líquido perihepático y periesplénico (fig. 1). Se decidió realizar intervención quirúrgica urgente mediante laparotomía media suprainfraumbilical, en la que se extrajeron de la cavidad abdominal 2.500 cc de sangre roja y abundantes coágulos. Tras abrir la transcavidad de los epiplones, se observó un pseudoquistes pancreático roto, de 6 cm de diámetro, que presentaba hemorragia arterial