

ya que el tratamiento con quimioterapia sistémica permite un mayor período libre de enfermedad leucémica, así como una mayor supervivencia, por lo que está recomendada una terapia precoz e intensiva siguiendo los protocolos de tratamiento de la leucemia mieloide aguda<sup>2</sup>. En casos como el que presentamos, con un tumor localizado, debe considerarse la resección de la masa tumoral, mientras que en el caso de enfermedad diseminada, el tratamiento deberá ser sistémico. En la literatura revisada, la resección de la masa tumoral se sigue de un tratamiento sistémico para evitar el posterior desarrollo de un proceso leucémico. Pero hay que tener en cuenta que todos los casos hacen referencia a pacientes de una edad menor a la del paciente de nuestro caso, por lo que se beneficiarían en mayor medida del tratamiento sistémico. Por lo tanto, debe realizarse ante todo un tratamiento individualizado según las características propias del paciente, eligiendo la opción con un mejor balance riesgo-beneficio para el mismo.

## Bibliografía

1. King A. A case of chloroma. *Monthly J Med.* 1853;17:97.
2. Yamauchi K, Yasuda M. Comparison in treatments of nonleukemic granulocytic sarcoma: Report of two cases and a review of 72 cases in the literature. *Cancer.* 2002;94:1739–46.
3. Neiman RS, Barcos M, Berard C, Bonner H, Mann R, Rydell RE, et al. Granulocytic sarcoma: A clinicopathologic study of 61 biopsied cases. *Cancer.* 1981;48:1426–37.
4. Grange MJ, Cywiner-Golenzner C, Caen JP. Granulocytic sarcoma of small intestine: A case report. *Nouv Rev Fr Hematol.* 1988;30:251–3.
5. Gorczyca W, Weisberger J, Seiter K. Colonic adenomas with extramedullary myeloid tumor (granulocytic sarcoma). *Leuk Lymphoma.* 1999;34:621–4.
6. Catalano MF, Levin B, Hart RS, Troncoso P, DuBrow RA, Estey EH. Granulocytic sarcoma of the colon. *Gastroenterology.* 1991;100:555–9.
7. Byrd JC, Edenfield WJ, Shields DJ, Dawson NA. Extramedullary myeloid cell tumors in acute nonlymphocytic leukemia: A clinical review. *J Clin Oncol.* 1995;13:1800–16.
8. Alexiev BA, Wang W, Ning Y, Chumsri S, Gojo I, Rodgers WH, et al. Myeloid sarcomas: A histologic, immunohistochemical, and cytogenetic study. *Diagn Pathol.* 2007;2:42.
9. Menasce LP, Banerjee SS, Beckett E, Harris M. Extra-medullary myeloid tumor (granulocytic sarcoma) is often misdiagnosed: A study of 26 cases. *Histopathology.* 1999;34:391–8.
10. Somjee S, Borker A, Gardner R, Velez MC. Multiple granulocytic sarcomas in acute myeloblastic leukemia with simultaneous occurrence of t(8:21) and trisomy 8. *Leuk Lymphoma.* 2001;42:1139–44.

Eduardo Valdivielso Cortázar<sup>a,\*</sup>, Federico Bolado Concejo<sup>a</sup>, Juan José Vila Costas<sup>a</sup>, Óscar Nantes Castillejo<sup>a</sup>, Francisco Javier Jiménez Pérez<sup>a</sup>, María del Coro Miranda Murúa<sup>b</sup>

y

Francisco Javier Jiménez Mendióroz<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

<sup>b</sup> Servicio de Cirugía General, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

<sup>c</sup> Servicio de Radiología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [eduardovaldi@hotmail.com](mailto:eduardovaldi@hotmail.com) (E. Valdivielso Cortázar).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.04.002>

## Afectación colorrectal por cáncer de mama metastásico



### Colorectal involvement in metastatic breast carcinoma

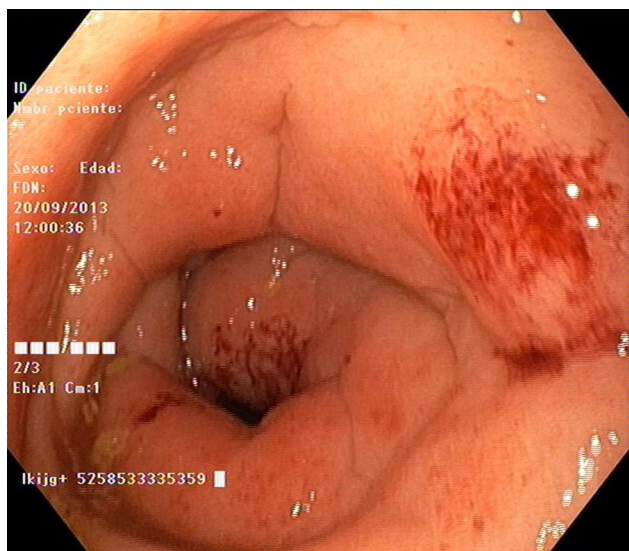
Las localizaciones más habituales de metástasis del cáncer de mama son hígado, pulmones y las metástasis óseas. La afectación a nivel colorrectal por cáncer de mama es poco frecuente. El cáncer de mama lobulillar y el mixto (aquel que presenta características de ductal invasivo y lobulillar) suelen ser los que originan las metástasis gastrointestinales extrahepáticas.

Presentamos el caso de una mujer de 74 años seguida en oncología por carcinoma lobulillar infiltrante (estadio pT3 pN1 M0), diagnosticado en 2001 y tratada con cirugía (mastectomía derecha y linfadenectomía axilar ipsilateral), radioterapia, quimioterapia (ciclofosfamida, doxorubicina y 5-fluoracilo) y hormonoterapia (tamoxifeno). En remisión hasta 2008, cuando se detectó afectación metastásica ósea (calota craneal y columna cervical) y hepática, siendo inicialmente tratada con fulvestrant y radioterapia, que logró la estabilización de la enfermedad. Posteriormente,

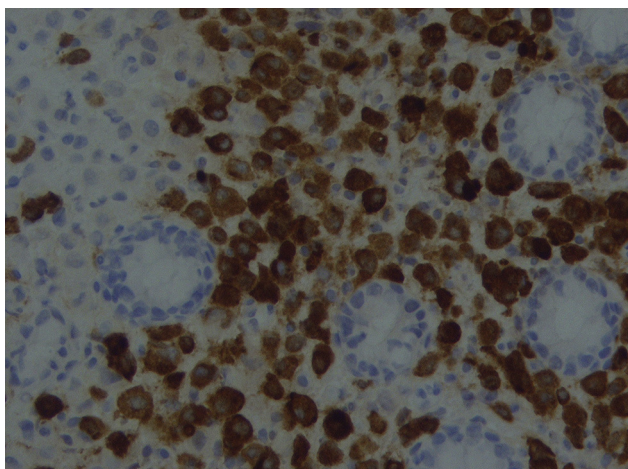
recibió tratamiento con capecitabina. En 2013, en el contexto de cuadro de diarrea aguda, de unos 15 días de evolución de hasta 12 deposiciones al día, sin productos patológicos, se realizó TC abdominal; en el mismo se describe un engrosamiento difuso de las paredes del recto y presencia de líquido adyacente en ausencia de patología ginecológica por lo que se pone en relación enfermedad metastásica. Estos cambios no se describían en los TC de abdomen previos, el último realizado 6 meses antes.

Se realizó posteriormente una colonoscopia donde se observa desde 6 cm hasta 18 cm de margen anal, mucosa marcadamente edematosa con áreas de hemorragia submucosa (fig. 1) que condiciona una disminución de la luz colónica, llegando a imposibilitar el paso del colonoscopio (sí fue franqueable con un colonoscopio pediátrico, sin detectar lesiones en el resto del colon). Se tomaron biopsias y el estudio anatomopatológico demostró infiltración por carcinoma compatible con metástasis de carcinoma lobulillar de origen mamario (células en anillo de sello con núcleos excéntricos, con positividad de CK7, GCDPF-15 y mammaglobin, en ausencia de CK20 y CDX-2) (fig. 2). De acuerdo con la paciente, y su familia, se decide manejo conservador.

Las metástasis a nivel del tracto gastrointestinal son raras, siendo la afectación gástrica ligeramente más



**Figura 1** Imagen tomada en la colonoscopia, a 12 cm de margen anal, en la que se observa mucosa de aspecto edematoso con hemorragia submucosa con distribución parcheada.



**Figura 2** Estudio inmunohistoquímico de las biopsias colónicas mostrando positividad para mammaglobin.

frecuente que la localización colorrectal<sup>1</sup>. Por el contrario, el cáncer de mama es el tumor primario que más frecuentemente metastatiza en el tracto gastrointestinal, especialmente el carcinoma lobulillar. La clínica de presentación suele ser inespecífica y el tiempo entre el diagnóstico del cáncer de mama y la presencia de metástasis en el tracto digestivo es tan variable como que su presentación puede ser simultánea o aparecer tras 26 años<sup>2</sup>. La apariencia endoscópica suele diferir de un tumor colorrectal primario; pudiendo aparecer como un engrosamiento difuso y rigidez

del colon simulando una linitis plástica, remediando a una enfermedad de Crohn o áreas nodulares, más que lesiones tumorales solitarias<sup>3</sup>. Es necesaria la toma de biopsias para caracterizar la morfología celular y estudio mediante inmunohistoquímica con marcadores como mammaglobin<sup>4</sup>, aunque las biopsias endoscópicas superficiales pueden ser normales, estableciéndose el diagnóstico con la pieza quirúrgica. El manejo terapéutico es controvertido; en los casos publicados tras cirugía se continúa con combinaciones de quimioterapia, hormonoterapia y radioterapia. La supervivencia suele ser escasa por lo avanzado de la enfermedad, aun con manejo quirúrgico<sup>5</sup>. En el caso clínico presentado destaca el aspecto endoscópico inespecífico de las lesiones y el largo periodo desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la aparición de las lesiones gastrointestinales.

Es necesario tener un alto nivel de sospecha a la hora de realizar las pruebas endoscópicas en el diagnóstico de las metástasis a nivel gastrointestinal del cáncer de mama al no presentar datos patognomónicos.

## Bibliografía

1. Arrangoiz R, Papavasiliou Dushkin H, Farma JM. Case report and literature review: Metastatic lobular carcinoma of the breast an unusual presentation. *Int J Surg Case Rep.* 2011;2:301–5.
2. Nikkar-Esfahani A, Kumar BG, Aitken D, Wilson RG. Metastatic breast carcinoma presenting as a sigmoid stricture: Report of a case and review of the literature. *Case Rep Gastroenterol.* 2013;7:106–11.
3. Bamias A, Baltayiannis G, Kamina S, Fatouros M, Lymperopoulos E, Agnanti L, et al. Rectal metastases from lobular carcinoma of the breast: Report of a case and literatura review. *Ann Oncol.* 2001;12:715–8.
4. Wang Z, Spaulding B, Sienko A, Liang Y, Li H, Nielsen G, et al. Mammaglobin, a valuable diagnostic marker for metastatic breast carcinoma. *Int J Clin Exp Pathol.* 2009;2:348–9.
5. McLemore EC, Pockaj BA, Reynolds C, Gray RJ, Hernandez JL, Grant CS, et al. Breast cancer: Presentation and intervention in women with gastrointestinal metastasis and carcinomatosis. *Ann Surg Oncol.* 2005;12:8886–94.

Víctor González Carrera<sup>a,\*</sup>, María Isabel Pérez Expósito<sup>b</sup>, Alberto Fernández Villaverde<sup>a</sup>, Amalia Carmona Campos<sup>a</sup>, Carlos González-Portela Garrido<sup>a</sup> y Santiago Vázquez López<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Aparato Digestivo, POVISA Hospital, Vigo, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, POVISA Hospital, Vigo, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [vgcarrera@yahoo.es](mailto:vgcarrera@yahoo.es) (V. González Carrera).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.03.021>