

LINITIS PLÁSTICA GÁSTRICA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DEL CÁNCER DE MAMA DISEMINADO

N. Andrés, A. Mixelena, JM Lapaza

Hospital Universitario Donostia. Guipúzcoa.

Resumen

Fundamentos y objetivo. Las metástasis gástricas del cáncer de mama pueden presentarse en forma de linitis plástica, una infiltración de la submucosa que provoca engrosamiento y rigidez difusa de la pared gástrica. Nuestro objetivo es incidir en la importancia de estar atentos a los diversos síntomas que pueden presentar los pacientes con antecedentes de cáncer de mama, ya que pueden estar relacionados con una posible diseminación neoplásica.

Paciente y metodología. Mujer de 72 años, que tras el tratamiento quirúrgico y hormonal complementario de un carcinoma de mama derecha hace 8 años y permaneciendo libre de enfermedad desde entonces, presenta síndrome constitucional y síntomas gastrointestinales inespecíficos. Las pruebas realizadas mostraron una lesión compatible con linitis plástica gástrica.

Resultados. Tanto el estudio histológico como el inmunohistoquímico de las muestras obtenidas, confirmaron la presencia de metástasis gástricas de carcinoma de mama.

Conclusión. El diagnóstico de metástasis gástricas de un cáncer de mama requiere un alto índice de sospecha, debido

a la inespecificidad de la sintomatología con la que se presenta, así como por la dificultad para realizar el diagnóstico radiológico y obtener una muestra adecuada del tejido afecto.

Palabras clave: Cáncer de mama, Metástasis gastrointestinales, Linitis plástica.

Abstract

Background and objective. Gastric metastases from breast cancer may present as plastic linitis, an infiltration of the submucosa which causes diffuse thickening and stiffness of the gastric wall. Since various symptoms which might occur in patients with a history of breast cancer can be related to a potential neoplastic dissemination, our goal is to show the importance of being aware of them.

Patient and methodology. A 72 years old woman who underwent both surgical and additional hormonal treatment of carcinoma of the right breast eight years ago. Since then the patient had been free of illness, but recently she showed constitutional symptoms and nonspecific gastrointestinal symptoms. Tests showed a lesion consistent with gastric linitis plastica.

Results. The histological and immunohistochemical studies of samples confirmed the presence of gastric metastases from breast carcinoma.

Conclusion. The diagnosis of gastric metastases of breast cancer requires a high index of suspicion, due to the non-specific symptoms presented, and the difficulty of performing the

CORRESPONDENCIA

Asier mixelena
asimitxi@gmail.com

radiological diagnosis, as well as of obtaining an adequate sample of the affected tissue.

Keywords: Breast cancer, Gastrointestinal metastases, plastic linitis.

Introducción

El cáncer de mama es la enfermedad neoplásica más común en las mujeres, siendo la primera causa de muerte por cáncer en la población femenina en España¹. El cáncer de mama metastatiza con más frecuencia en hueso, ganglios linfáticos, pulmón, cerebro e hígado². Las metástasis al tracto gastrointestinal son raras, pero cuando esto sucede, el estómago es una de las dianas más comunes³. La linitis plástica gástrica, es una proliferación glandular maligna de células independientes en el estroma fibroso, que provoca un engrosamiento y rigidez difusa de la pared gástrica. La causa más frecuente es la infiltración de la submucosa y de la muscularis propia por un adenocarcinoma gástrico de tipo difuso. Cuando la causa de la infiltración es una metástasis, es el carcinoma de mama tipo lobular la causa más frecuente⁴.

Caso clínico

Se presenta el caso de una paciente de 72 años de edad, que acude al servicio de Urgencias por síndrome constitucional. Entre los antecedentes de la paciente, mencionar una alergia al AAS, la hipertensión arterial, DM tipo 2, hipercolesterolemia, hipotiroidismo así como un síndrome depresivo crónico desde 1988. Además en el años 2006 tuvo una neoplasia de mama derecha. Se trataba de un carcinoma infiltrante mixto lobulillar y ductal pT1c (17 mm) pN1a (2/17) M0 GII sin afectación capsular que fue tratado mediante mastectomía radical derecha asociada a linfadenectomía axilar, iniciando posteriormente tratamiento hormonal complementario con anastrozol durante 5 años. Suspendió el tratamiento hormonal en Mayo de 2012, permaneciendo desde entonces libre de enfermedad. La paciente refería un síndrome constitucional de meses de evolución, presentando anorexia en las últimas semanas con adelgazamiento importante en los últimos meses. Se quejaba de pirosis y regurgitación alimentaria, sin náuseas ni vómitos así como estreñimiento de inicio reciente. El cuadro clínico, se acompañaba de astenia y mialgias generalizadas. En la exploración física, la paciente presentaba buen estado general. La exploración cardiopulmonar era normal. La exploración abdominal, reveló una masa longitudinal de consistencia dura localizada en el límite entre epigastrio y mesogastrio. Se solicitó una analítica urgente, donde destacaba una creatinina de 1.36 mg/dl y una hemoglobina de 10 g/dl con un VCM de 88.1 fL y un HCM de 28.4 pg. En la radiografía de tórax, se observaban clips quirúrgicos en axila derecha y la ausencia de sombra mamaria derecha, sin otras alteraciones significativas. En la radiografía de abdomen se apreciaban restos fecales en marco cólico hasta ampolla rectal. La paciente fue ingresada para estudio. En análisis posteriores destacaba la elevación de los enzimas canaliculares (fosfatasa alcalina 337 U/L, GGT 74 U/L), así como la elevación del antígeno carcinoembrionario (39,2 ng/mL) y del Ca 15,3 (157 U/mL), con valores normales del Ca 19.9 y de la alfa- fetoproteína. El TC abdominal mostró un engrosamiento de la pared gástrica a nivel del

cuerpo, carcinomatosis peritoneal, y múltiples metástasis mixtas óseas diseminadas. Éste último hallazgo se confirmó en la serie ósea metastásica, donde se observó un patrón óseo generalizado con áreas escleróticas y áreas radiolúcidas, sugestivo de proceso metastásico.



Figura 1

Corte transversal del TAC abdominal de la paciente donde se observa engrosamiento de la pared gástrica a nivel del cuerpo.



Figura 2

Estudio esofagogastroduodenal donde se muestra engrosamiento y rigidez difusa de la pared gástrica a nivel de la porción vertical del cuerpo y la curvatura mayor del antro gástrico.

Ante la negatividad de la biopsia obtenida por gastroscopia, se decidió tomar una muestra de los implantes peritoneales por medio de una aguja gruesa guiada por TC. Microscópicamente, el tejido fibroconectivo se encontraba infiltrado por una tumoración que crecía en forma de células sueltas, que a su vez se encontraban formando hileras. Las células eran pequeño y mediano tamaño con citoplasmas eosinófilos y núcleos vesiculosos. Presentaban un moderado pleomorfismo y algunas vacuolización del citoplasma. El estudio inmunohistoquímico fue positivo para CK7, CK19, GATA3 y receptores de estrógeno, así como para HER2 (+2), siendo positivo

focalmente para los Receptores de Progesterona. Sin embargo, fue negativo para E-cadherina. Posteriormente, se realizó amplificación del HER2 siendo el resultado negativo. La conclusión de la biopsia fue de metástasis de carcinoma lobulillar de mama en epiplón. La paciente fue remitida al servicio de Oncología que la controlaba y reinició tratamiento hormonal.

Discusión

En la actualidad se observa que a medida que aumenta el número de supervivientes del cáncer de mama, van apareciendo segundas neoplasias malignas y patrones metastásicos inusuales⁵. Las metástasis gastrointestinales son raras, pero cuando ocurren, el estómago es una de las dianas más frecuentes³. En el caso del cáncer de mama, es el de tipo lobular el que con más frecuencia provoca metástasis gástricas, en ocasiones en forma de linitis plástica. La linitis plástica gástrica, es un patrón de crecimiento tumoral en la que se produce un engrosamiento y rigidez difusa de la pared gástrica como consecuencia de una proliferación maligna de células independientes en el estroma fibroso. La causa más frecuente es la afectación de la submucosa y de la muscularis propia por un adenocarcinoma gástrico difuso⁴. El diagnóstico de metástasis gástricas del cáncer de mama es complicado debido a la inespecificidad de la sintomatología con la que se presenta como la pérdida de peso, el dolor epigástrico, las náuseas y vómitos, que pueden simular otros procesos digestivos⁶. Además, el periodo relativamente largo entre la aparición del tumor primario y su diseminación, así como la dificultad para distinguir entre tumor gástrico primario y metástasis del cáncer de mama, amplía la dificultad para el diagnóstico⁵. Para el diagnóstico de metástasis gástricas secundarias a un cáncer de mama diseminado en forma de linitis plástica gástrica, como es el caso que nos ocupa, se requiere realizar una historia clínica y una exploración física completa así como diferentes pruebas complementarias. Las pruebas de imagen nos pueden sugerir la presencia de linitis plástica. En dicho caso, se observa un engrosamiento y una rigidez difusa de la pared gástrica en los estudios con bario y un engrosamiento difuso de la misma en el TC⁴. La endoscopia puede revelar una mucosa normal ya que en el caso de la linitis plástica, las células tumorales invaden la capa submucosa. Por eso se debe tener en cuenta que las biopsias superficiales obtenidas por endoscopia pueden dar falsos negativos². Si las muestras de biopsia llegan a alcanzar la invasión tumoral y se trata de un carcinoma de un mama lobular que ha metastatizado a estómago, la Anatomía Patológica mostrará células tumorales de pequeño tamaño que presentan una vacuola citoplasmática e inclusiones eosinófilas características con una morfología en anillo de sello y con un patrón de "fila india". El adenocarcinoma gástrico invasivo de tipo intestinal, tiene un aspecto muy similar pero se pueden diferenciar porque en este último son características las formaciones glandulares que surgen en el contexto de una metaplasia intestinal y por la expresión de la E-cadherina. Además, los marcadores inmunohistoquímicos son esenciales para diferenciar entre un carcinoma gástrico invasivo difuso primario de una metástasis de un carcinoma de mama lobular en el estómago³. La presencia de linitis plástica supone un mal pronóstico. La supervivencia tras detectar metástasis gástricas de un carcinoma de mama es del 23% a los 2 años⁴. El tratamiento del cáncer de mama en esta fase es paliativo. En general, se suelen

contemplar tratamientos sistémicos como la quimioterapia o la hormonoterapia. La elección del tratamiento depende de la extensión y la situación clínica de la paciente. La cirugía se plantearía como una opción paliativa en caso de complicaciones.

Conclusión

El caso que se expone es una forma rara de presentación de un cáncer de mama diseminado. El diagnóstico de metástasis gástricas de un cáncer de mama requiere un alto índice de sospecha, debido por un lado a que suelen ocurrir años después del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama primario y por otro a la inespecificidad de la sintomatología con la que se presentan. El manejo de la linitis plástica secundaria a un cáncer de mama difiere de aquella provocada por un adenocarcinoma gástrico primario, de ahí la importancia de diferenciar entre ambas formas. Ante una sintomatología digestiva en un paciente con antecedentes de cáncer de mama, es importante completar el estudio con técnicas de imagen como el TC, la endoscopia o los estudios con bario, teniendo en cuenta que en el caso de la metástasis gástrica en forma de linitis plástica el estudio esofagogastroduodenal puede ser superior a la gastroscopia⁷. El diagnóstico definitivo viene dado por el estudio histológico e inmunohistoquímico teniendo en cuenta que la linitis plástica es un patrón de crecimiento tumoral que afecta a submucosa y a la muscularis propia y que por lo tanto, es necesario obtener varias muestras ante la posibilidad de falsos negativos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto de Salud Carlos III. Mortalidad por cancer y otras causas en España: año 2011.
2. Hara F, Kiyoto S, Takabatake D, Takahima S, Aogi K, Ohsumi S, et al. Metastatic Breast Cancer to the Stomach Resembling Early Gastric Cancer. *Case Rep Oncol*. 2010 Apr-Aug; 3 (2): 142-147.
3. Almubarak MM, Laé M, Cacheux W, de Cremoux P, Pierga JY, Reyat F, et al. Gastric metastasis of breast cancer: a single centre retrospective study. *Dig Liver Dis*. 2011 Oct; 43 (10): 823-7.
4. Kanne JP, Mankoff DA, Baird GS, Minoshima S, Livingston RB. Gastric linitis plastica from metastatic breast carcinoma: FDG and FES PET appearances. *AJR Am J Roentgenol*. 2007 Jun; 188(6): 503-5.
5. Nazareno J, Taves D, Preiksaitis HG. Metastatic breast cancer to the gastrointestinal tract: a case series and review of the literature. *World J Gastroenterol*. 2006 Oct 14; 12 (38): 6219-24.
6. Taal BG, Peterse H, Boot H. Clinical presentation, endoscopic features, and treatment of gastric metastases from breast carcinoma. *Cancer*. 2000 Dec 1; 89 (11): 2214-21.
7. Mansfield PF, Tanabe KK, Savarese DM, Grover S. Clinical features, diagnosis, and staging of gastric cancer. In *UpToDate*; 2013.