



CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE MAMA CON METÁSTASIS EN COLON.

Betoret-Benavente L, Aguilar-Jiménez J, Baeza-Murcia M, Flores-Funes D, Pérez-Guarinos CV, Carrasco-González L, Muelas Martínez MS, Aguayo-Albasini JL

INTRODUCCIÓN

Las metástasis en colon a partir del carcinoma ductal infiltrante de mama son raras. En la mayoría de los casos el responsable de las metástasis en el tracto gastrointestinal (GI) es el carcinoma lobulillar. Presentamos un caso clínico de carcinoma ductal infiltrante con recaída metastásica en colon tras tres años de elevación progresiva del antígeno carcinoembrionario (CEA).

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 61 años intervenida de carcinoma ductal infiltrante multifocal de mama mediante mastectomía radical modificada con linfadenectomía hasta nivel III en Mayo de 2005. Receptores hormonales positivos por lo que recibe tratamiento QMT, RT y hormonal adyuvante durante 5 años. En el seguimiento posterior presenta elevación asintomática de los marcadores tumorales CEA y Ca 153, con estudio de extensión sin hallazgos. En 2017 comienza con alteraciones del tránsito intestinal ocasionales, por lo que se solicita colonoscopia; se extirpan dos pólipos sésiles de 2mm en colon ascendente que presentan infiltración submucosa por adenocarcinoma difuso pobremente diferenciado con inmunofenotipo compatible con metástasis colónicas por carcinoma de mama. Se diagnostica así de recaída metastásica en colon, tras 12 años del diagnóstico y 3 años de elevación progresiva asintomática del marcador CEA.

RESULTADOS

Las metástasis gastrointestinales extra-hepáticas del cáncer de mama no son frecuentes. Predominan en los subtipos lobulillares. En los ductales las metástasis suelen hallarse a nivel hepático, pulmonar y del sistema nervioso central. Presentan síntomas inespecíficos que puede pasar desapercibidos o atribuirse a efectos secundarios del tratamiento quimioterápico. Los marcadores séricos Ca 153 y CEA suelen estar elevados en relación con la carga tumoral. Para su diagnóstico el PET-TAC (Imagen 1A-D) puede ser útil en la estadificación y detección de la enfermedad metastásica. Es necesario la realización de colonoscopia junto a biopsias debido a que las lesiones pueden aparentar características benignas o simular un cáncer gastrointestinal primario. Diferenciar las metástasis mamarias del cáncer gastrointestinal primario puede ser difícil de establecer únicamente con el estudio histopatológico, siendo en estos casos imprescindible la inmunohistoquímica.

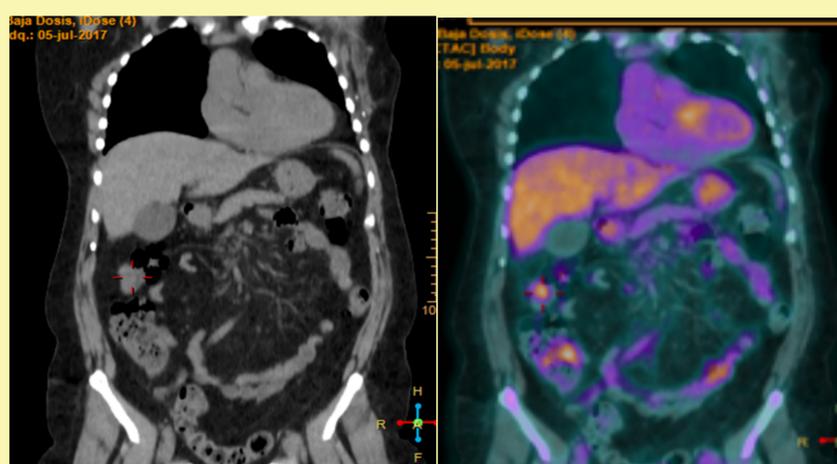
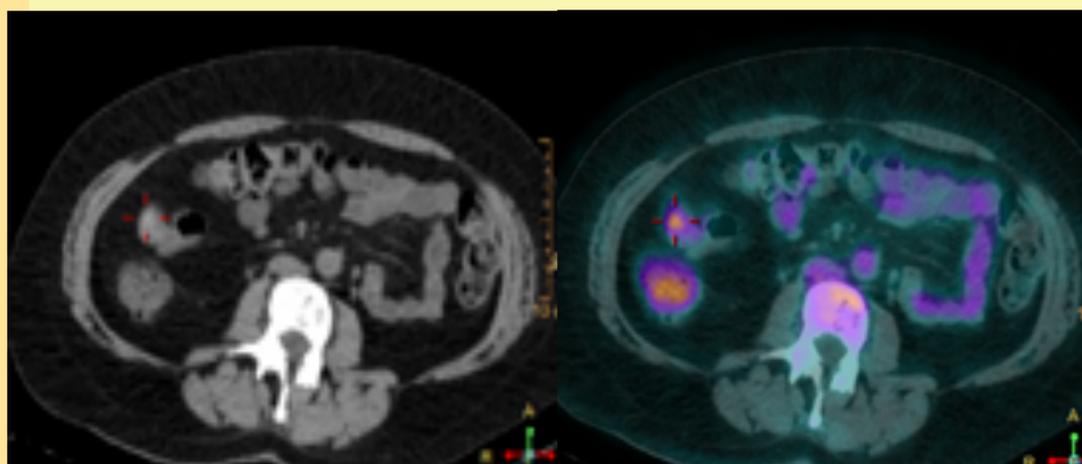


Imagen 1A-D: Lesiones hipermetabólicas focales a nivel de colon derecho próximo a ángulo hepático SUVmax de 5.4, en región ileocólica SUVmax de 6.7 así como en sigma con SUVmax sugerentes de malignidad.

CONCLUSIONES

Las metástasis en colon a partir del carcinoma ductal infiltrante de mama son raras. En la mayoría de los casos el responsable de las metástasis en el tracto gastrointestinal es el carcinoma lobulillar. El tratamiento se basa en quimioterapia asociada o no a cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Villa Guzmán JC, Espinosa J, Cervera R, Delgado M, Patón R, Cordero García J. Gastric and colon metastasis from breast cancer: case report, review of the literature, and possible underlying mechanisms. *Breast Cancer (Dove Med Press)*. 2017; 9: 1-7.
2. Tsujimura K, Teruya T, Kiyuna M, Higa K, Higa J, Iha K et al. Colonic metastasis from breast carcinoma: a case report. *World J Surg Oncol*. 2017; 15: 124.
3. Marino N, Woditschka S, Reed LT, et al. Breast Cancer Metastasis: Issues for the Personalization of Its Prevention and Treatment *Am J Pathol*. 2013 Oct; 183(4): 1084-1095.
4. McGuire A, Brown JAL, Kerin MJ. Metastatic breast cancer: the potential of miRNA for diagnosis and treatment monitoring. *Cancer Metastasis Rev*. 2015; 34: 145-155.