

CÁNCER DE MAMA MULTICÉNTRICO CON PROBABLES METÁSTASIS OVÁRICAS

Carmona Barnosi, A., García Soria, V., Gazabat Barbado, E., Cánovas López, L., Remezal Solano, M.,
Martínez Mendoza, A., Sánchez Ferrer, M. L., Nieto Díaz, A.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama constituye la segunda causa de cáncer en el mundo y es, con diferencia, la causa más frecuente de cáncer en la mujer (25%), sin haber grandes diferencias topográficas. Es además la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres de países desarrollados y la primera en aquellos países en vías de desarrollo. A pesar de los avances en detección precoz, hasta un 5% de las mujeres con cáncer de mama presentan enfermedad metastásica (estadio IV) en el momento del diagnóstico. Por su parte, el cáncer de ovario, pese a tener una incidencia mucho menor, sigue constituyendo una importante causa de mortalidad por su retraso diagnóstico. La aparición concomitante de estos tumores es poco frecuente, pero no hay que menospreciarla. Estudios hechos a partir de autopsias, revelan que el 36-52% de las mujeres con historia de cáncer de mama lobulillar invasivo presentaban metástasis a nivel ovárico, al igual que el 3-11% de los casos de cáncer de mama ductal infiltrante.

CASO CLÍNICO

Mujer de 60 años remitida a la Unidad de mama por tumoración en mama izquierda. Se realiza ecografía y biopsia con aguja gruesa de la lesión y del ganglio axilar izquierdo. La anatomía patológica informa de un carcinoma ductal infiltrante tipo micropapilar con afectación ganglionar (RE 94% RP 8% Ki67.8% Her 2 negativo). Se inicia estudio de extensión.

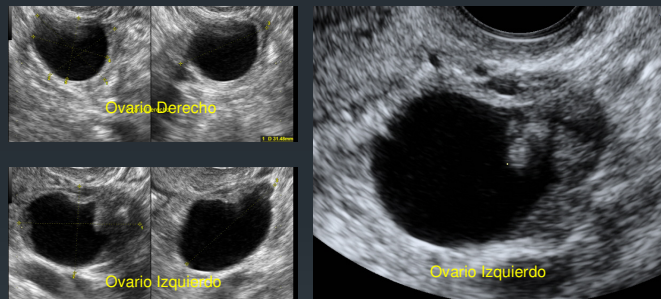
RMN mamaria Varios nódulos en mama izquierda, el de mayor tamaño en CIE (2.4x2.2x2.3 cm), con un pequeño nódulo satélite anterior en LIC inferior y otro en LICE, todos ellos de las mismas características radiológicas (BIRADS 4C), y BAG ecoguiada positiva (BIRADS 6). Nódulo en zona posterior de LICs de mama derecha, de características benignas. Adenopatía axilar izquierda.

Ecografía de mama Corroborar los hallazgos de la RMN mamaria y apoya el diagnóstico.

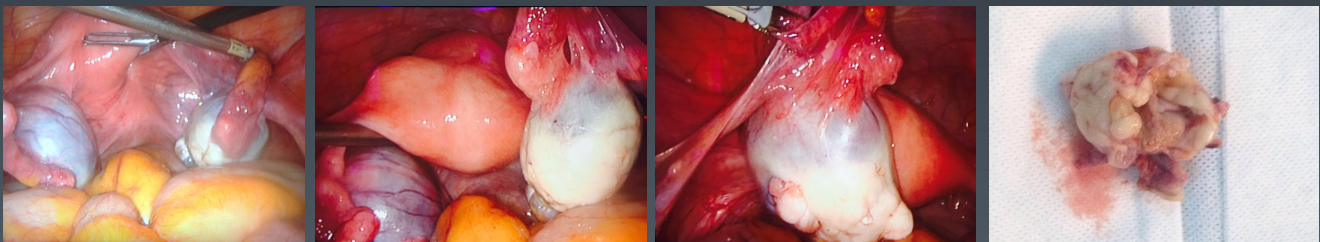
Se interviene a la paciente de mastectomía radical modificada izquierda más linfadenectomía. La anatomía patológica informa de carcinoma ductal infiltrante micropapilar multicéntrico de 3.8 cm y 1 cm de diámetro, que metastatiza en cuatro ganglios linfáticos de los nueve extirpados, dejando márgenes quirúrgicos libres. Se diagnostica de carcinoma ductal infiltrante de mama micropapilar y se cataloga como estadio clínico IIIA (pT2pN2a) tipo Luminal A (RE 94%, RP 8%, Her2 negativo). La paciente es sometida a quimioterapia adyuvante (antraciclinas y taxanos), hormonoterapia y posterior radioterapia. Tras finalizar el tratamiento se solicita TAC de control.

TAC Estructuras nodulares en ambos parametrios, probablemente los ovarios, de aspecto algo aumentado.

Ecografía ginecológica Útero miomatoso con endometrio atrófico y formaciones quísticas de pequeño tamaño en ambos ováricos. Ovario derecho de 31x26 con formación quística, sonoluciente, unilocular, de pared fina y contorno interno liso de 31x26 mm, que no capta color con el Doppler. Ovario izquierdo de 40x28 formación quística, sonoluciente, con un septo fino, bilocular, paredes engrosadas (de hasta 6.7mm) y contorno interno granular, con papilas intraquísticas de 11x8 y 8x7mm y vascularización periférica aumentada (tipo II-III). El diagnóstico ecográfico sugiere una tumoración izquierda de diagnóstico incierto y aspecto maligno, de probable origen metastásico de un cáncer de mama y cuestiona el origen de la formación derecha, planteando el diagnóstico de metástasis bilateral del cáncer de mama.



La paciente es presentada en el Comité de mama para decidir la conducta a seguir. Se decide anexectomía bilateral por laparoscopia con estudio diferido de las piezas quirúrgicas. Durante la cirugía se observan dos tumoraciones, de 4 cm la derecha y 5 cm la izquierda, de aspecto sólido-quístico, bien definidas y con bordes regulares, no adheridas, que fueron extraídas de forma íntegra y enviadas a anatomía patológica.



Actualmente está pendiente del resultado histológico y, por tanto, del diagnóstico definitivo.

CONCLUSIONES

El descubrimiento de una masa anexial durante el diagnóstico o seguimiento de un cáncer de mama hace imprescindible un adecuado diagnóstico diferencial. La distinción entre tumores primarios de ovario y metastásicos es fundamental ya que el tratamiento y el pronóstico difieren de forma significativa. A este respecto, el estudio inmunohistoquímico con factores como el GATA 3 está resultando de gran utilidad. Por tanto, aunque en una paciente con historia de cáncer de mama, los tumores ováricos malignos son más frecuentemente primarios, es importante no perder de vista que estas pacientes siguen siendo más susceptibles a la aparición de metástasis ováricas.

BIBLIOGRAFÍA

- Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M. GLOBOCAN 2012 v1.1, Cancer Incidence and Mortality Worldwide. International Agency for Research on Cancer; 2014
- Harimann, S., Reimer, T., Gerber, B. (2014). Primary metastatic breast cancer: the impact of locoregional therapy. *Breast Care*, 9(1): 23-28
- Yadav, B., Sharma, S., Robin, T. (2015) Synchronous primary carcinoma of breast and ovary versus ovarian metastases. *Seminars in oncology*. 42 (2), 13-24