

Imagen del mes

Causa infrecuente de dispepsia

Andrés Rivas B.¹, Paula Rey G.¹, Francisco Ortega G.², César Sánchez R.², Felipe Castillo A.³, Alvaro Huete G.³, Alejandra Villarroel P.⁴, Javiera Torres M.⁴, Sara Maquilón T.¹ y Felipe Silva D.¹

Image of the month

Infrequent cause of dyspepsia

Paciente de 44 años sexo femenino acude, derivada por su médico tratante, para realizarse una endoscopia digestiva alta por dispepsia de 1 mes de evolución de malestar epigástrico, en ausencia de otros síntomas tales como: melena, hematemesis, baja de peso, plenitud

precoz o fiebre. En el procedimiento endoscópico se observa una lesión ulcerada con fondo de fibrina de bordes solevantados de aproximadamente 15 mm que se biopsia en cuadrantes por sospecha de tumor gástrico primario. El resto del estudio es normal (Figura 1).

¹Departamento de Gastroenterología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

²Departamento de Oncología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

³Departamento de Radiología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

⁴Departamento de Anatomía, Patológica Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Recibido: 22 de octubre de 2017
Aceptado: 27 de octubre de 2017

Correspondencia a:

Dr. Andrés Rivas B.
Avda. Diagonal
Paraguay 362,
Santiago, Chile.
Tel.: [+56 2] 2 354
3280
narivas@uc.cl



Figura 1. En endoscopia de luz blanca, imagen de cuerpo gástrico en curvatura mayor se observa una lesión ulcerada con fondo de fibrina de bordes solevantados de aproximadamente 15 mm.

Con esta lesión ¿Qué tipo de histología sospecharía?

Imágenes en Gastroenterología

Se rescata antecedente de cáncer de mama izquierda multifocal, etapificación TNM (AJCC 7a edición): T1c N1 M0 diagnosticado en diciembre de 2013. Se realiza mastectomía total más disección axilar. Biopsia compatible con carcinoma ductal invasor moderadamente diferenciado multifocal en cuadrantes superointerno y unión de cuadrantes superiores, 6 focos de hasta 16 mm. Márgenes negativos. Linfonodos (+) 1 de 9, con extensa metástasis intra y perinodal de carcinoma. Receptores nucleares de estrógenos (positivo, 99% +), Receptores nucleares de progesterona (positivo, 100% +), Proteína del oncogén c-erbB2 (negativo, 0). Recibe quimioterapia con esquema docetaxel + ciclofosfamida (TC) x 6 ciclos, radioterapia entre junio y agosto de 2014. En hormonoterapia con tamoxifeno desde septiembre de 2014.

Posteriormente se realiza RM de abdomen que muestra: múltiples nódulos y masas hepáticas com-

patibles con localizaciones secundarias. Múltiples masas y nódulos peritoneales en patrón consistente con carcinomatosis. Área de engrosamiento focal del cuerpo gástrico. El resto del estudio es normal (Figura 2).

Informe anatomopatológico describe mucosa gástrica de tipo corporal infiltrada por carcinoma. Se realizaron en el carcinoma invasor los siguientes análisis inmunohistoquímicos, según método de detección automatizado con anticuerpos monoclonales, el cual mostró reacción positiva para citoqueratina-7, GATA-3, receptores nucleares de estrógenos (positivo, 90% +++), receptores nucleares de progesterona (positivo, 15% ++) y reacción negativa para la proteína del oncogén c-erbB2 (negativo, 0) y citoqueratina-20. El aspecto histológico y el perfil inmunohistoquímico son compatibles con infiltración gástrica por carcinoma de origen mamario (Figura 3).

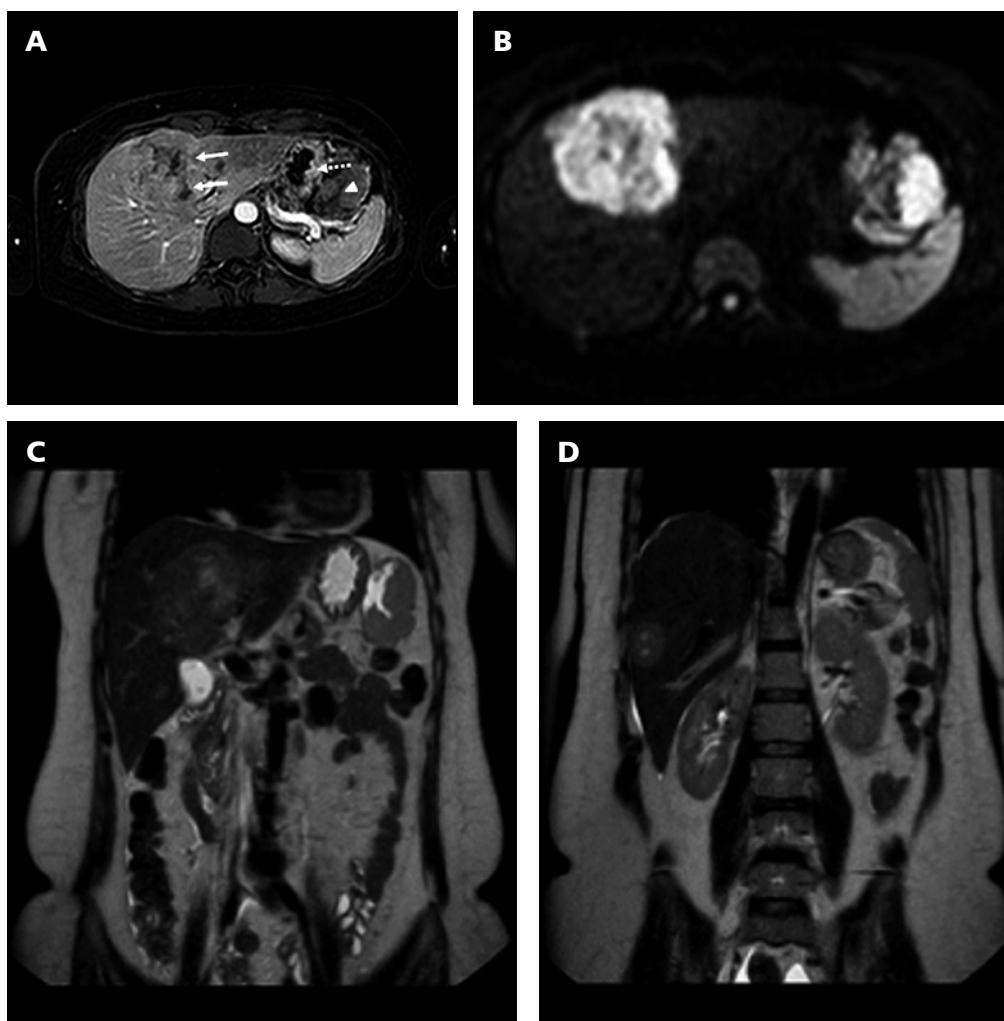


Figura 2. Resonancia magnética de abdomen. Imágenes axiales de secuencias ponderadas en T1 con uso de gadolinio **(A)**, ponderada en difusión (valor $b = 800$) **(B)**, e imágenes coronales de secuencias ponderadas en T2 **(C-D)**. Se observan dos masas hepáticas (flechas continuas) en la interfaz de los segmentos anterior y medial, y en el segmento anterior del lóbulo derecho, además de un área focal de engrosamiento parietal en la curvatura mayor del estómago (flecha punteada), ambas lesiones de carácter neoplásico. Asociado a estas, se reconoce un gran implante peritoneal ubicado en el ligamento gastroesplénico (punta de flecha), consistente con carcinomatosis peritoneal.

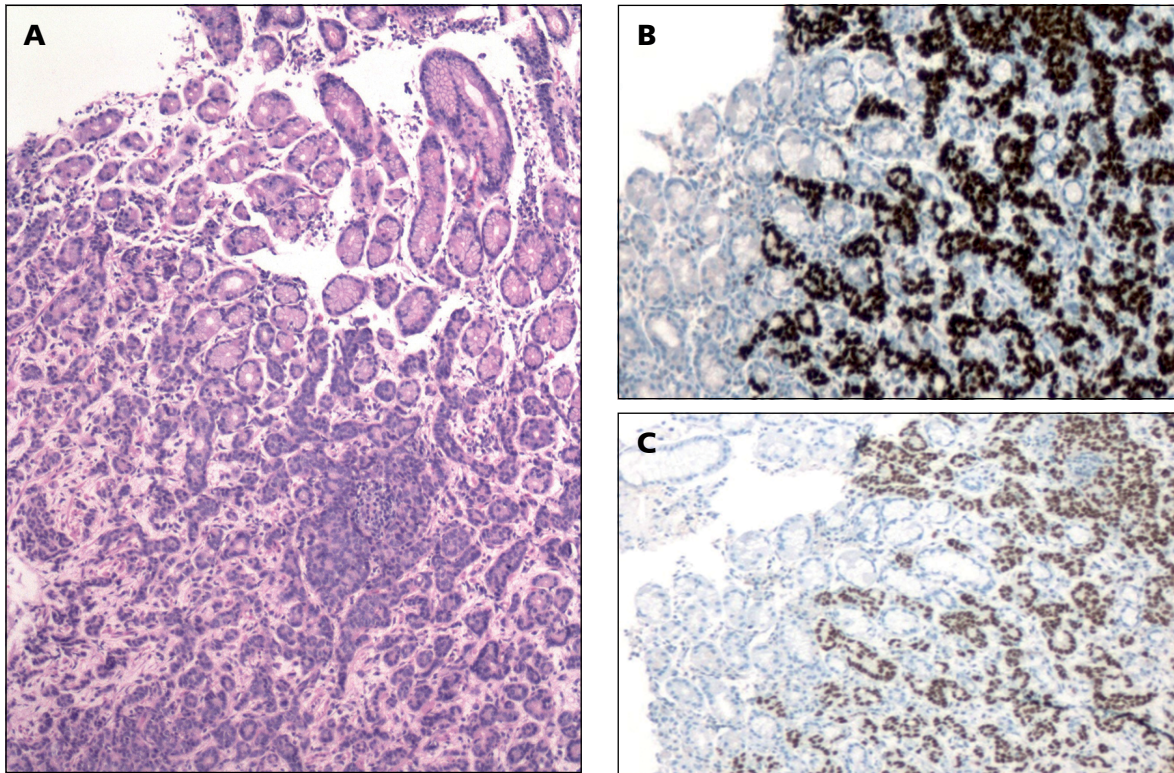


Figura 3. A) Microfotografía con tinción hematoxilina-eosina, 10x. Mucosa gástrica de tipo corporal (arriba), infiltrada por neoplasia compuesta por nidos y algunas estructuras tubuliformes de contornos angulosos (abajo). **B)** Microfotografía de tinción inmunohistoquímica para GATA-3, 10x. Reactividad nuclear en foco de carcinoma invasor. **C)** Microfotografía de tinción inmunohistoquímica para receptores nucleares de estrógenos, 10x. Reactividad nuclear en foco de carcinoma invasor.

Discusión

La presencia de metástasis de cáncer de mama se ha encontrado en prácticamente a lo largo de todo el tracto gastrointestinal, desde la boca hasta el ano. Con presentaciones clínicas tan variadas como estenosis esofágica, hemorragias digestivas hasta obstrucción intestinal con perforación¹.

La presencia de metástasis en el estómago es rara, con una incidencia reportada de 0,2 a 1,7% basándose en estudios clínicos y de autopsias², sin embargo, el cáncer de mama es una de las principales causas de metástasis gástricas. En un estudio observacional en un centro de referencia de cáncer gástrico se determinó que 13,5% de las metástasis en estómago fueron de origen mamario³.

No hay síntomas específicos de metástasis gástricas. Los síntomas más frecuentes son náuseas, vómitos y dolor epigástrico. Se han reportado anorexia, pérdida de peso, disfagia, melena, hematemesis y anemia por déficit de hierro⁴.

La visualización del estómago en pacientes con

metástasis gástricas por cáncer de mama puede revelar cualquiera de las diversas morfologías tumorales. El más común es una apariencia de “linitis plástica” debido a la infiltración intramural difusa del estómago por el tumor. Esto se caracteriza por un estrechamiento de la luz del estómago, rigidez y disminución del peristaltismo. Otras apariciones de metástasis gástricas incluyen lesiones nodulares o polipoideas y lesiones ulceradas, esto último similar a lo observado en este caso⁵.

A pesar de que el carcinoma ductal es, con mucho, el tumor de mama primario más común, el carcinoma lobulillar es la histología predominante en las metástasis gástricas. En la serie publicada por Taal y cols.¹, 83% de 51 pacientes con metástasis gástricas tiene el subtipo lobulillar.

La patología de las metástasis gástricas del cáncer de mama sugiere una vía de propagación hematogena⁶. Un estudio comparó muestras obtenidas de pacientes con primarios gástricos, cáncer de mama no metastásico y metástasis gástricas de cáncer de mama, para identificar los marcadores más relevantes en el

Imágenes en Gastroenterología

diagnóstico anatomopatológico de metástasis gástricas de origen mamario. Las proporciones más significativas de carcinomas de mama metastásicos fueron positivas para “*Estrogen Receptor*” (ER) (72%), “*Progesteron Receptor*” (PR) (33%), “*Gross cystic disease fluid protein*” (GCDFP) (78%) y CK5/6 (61%) en comparación con carcinomas gástricos primarios (ER, 0%; PR, 0%; GCDFP, 0%; y CK5/6, 14%) ($p < 0,001$, $p = 0,002$, $p < 0,001$ y $p = 0,004$, respectivamente). De estos análisis inmunohistoquímicos, ER, PR y GCDFP fueron 100% específicos. Los tumores de mama primarios y sus metástasis mostraron un perfil fenotípico similar⁷.

Existen pocos datos sobre el tratamiento de estos casos. Las metástasis de cáncer de mama en el estómago evidencian la presencia de una enfermedad sistémica. Por lo tanto, se plantea el uso de terapia sistémica, como quimioterapia y / o terapia hormonal. La confirmación diagnóstica es crucial antes de embarcarse en un tratamiento de estas características. El manejo quirúrgico debe reservarse solo para pacientes que desarrollan complicaciones como obstrucción o sangrado. En la mayoría de los casos, la resección quirúrgica no es posible debido a la invasión local⁸.

Conclusión

Las metástasis gástricas son una complicación infrecuente, sin embargo cuando ocurre el cáncer de mama es uno de los principales primarios descritos. Las metástasis gastrointestinales generalmente se deben al carcinoma lobulillar y a menudo se producen en el contexto de una enfermedad ampliamente diseminada. La presentación clínica es inespecífica y es probable que a menudo se diagnostique erróneamente como parte de los síntomas asociados al cáncer, toxicidad terapéutica o alteraciones metabólicas. La visualización del tracto gastrointestinal con endoscopia y biopsias puede establecer el diagnóstico. El cáncer gástrico primario se puede distinguir de la metástasis de un carcinoma de mama mediante el análisis inmunohistoquímico. El análisis histopatológico e inmunohistoquímico completo de las biopsias gástricas en comparación con la histología original del cáncer de mama es esencial para respaldar el diagnóstico de cáncer de mama metastásico. La intervención quirúrgica debe reservarse para paliación o medida de salvataje. El tratamiento sistémico adecuado para el carcinoma de mama metastásico debe ser el tratamiento de elección.

Referencias

- 1.- Taal BG, den Hartog Jager FCA, Steinmetz R, Peterse H. The spectrum of gastrointestinal metastases from breast carcinoma: I. Stomach. *Gastrointest Endosc* 1992; 38: 130-5.
- 2.- Kadakia SC, Parker A, Canales L. Metastatic tumors to the upper gastrointestinal tract: endoscopic experience. *Am J Gastroenterol* 1992; 87: 1418-23.
- 3.- Kim GH, Ahn JY, Jung HY, Park YS, Kim MJ, Choi KD, et al. Clinical and endoscopic features of metastatic tumors in the stomach. *Gut Liver* 2015; 9: 615-22.
- 4.- Marshall ME. Gastrointestinal metastases from carcinoma of the breast. *J Ky Med Assoc* 1983; 81: 154-7.
- 5.- Ricciuti B, Leonardi GC, Ravaioli N, De Giglio A, Brambilla M, Prosperi E, et al. Ductal breast carcinoma metastatic to the stomach resembling primary linitis plastica in a male patient. *J Breast Cancer* 2016; 19: 324-9.
- 6.- Fisher B, Osborne CK, Margolese RG, Bloomer WD. Neoplasms of the breast. In: Holland JF, Blast RC Jr, eds. *Cancer Medicine*, 4th edn. New York: Williams and Wilkins, 1997.
- 7.- O'Connell FP, Wang HH, Odze RD. Utility of immunohistochemistry in distinguishing primary adenocarcinomas from metastatic breast carcinomas in the gastrointestinal tract. *Arch Pathol Lab Med* 2005; 129: 338-47.
- 8.- McLemore EC, Pockaj BA, Reynolds C, Gray RJ, Hernandez JL: Breast cancer: presentation and intervention in women with gastrointestinal metastasis and carcinomatosis. *Ann Surg Oncol* 2005; 12: 886-94.