

ADENOCARCINOMA LOBULILLAR DE MAMA ESTADIO IV FORMA AGRESIVA DE INSUFICIENCIA HEMATOLÓGICA Y NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO

PEDRO J SARMIENTO, FRANKLIN PACHECO, ADALID VILLASMIL, OSMARA GELDER, SILVIA RAMOS, NÉSTOR GUTIÉRREZ, FELIPE SALDIVIA, JOSÉ LÓPEZ, EDUARDO CALEIRA, CARLOS GADEA, JOSÉ PRINCE

INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO", VALENCIA, ESTADO CARABOBO, VENEZUELA

RESUMEN

El carcinoma lobulillar infiltrante de mama tiene un pronóstico intermedio entre el carcinoma ductal infiltrante y el carcinoma tubular que es de muy buen pronóstico. El carcinoma ductal infiltrante tiene mayor tendencia a metástasis a pulmón, mientras que el adenocarcinoma lobulillar tiene mayor tendencia a metástasis óseas, en médula ósea, vías digestivas, en ovario y en cerebro. El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de una paciente de 56 años de edad cuyo diagnóstico de adenocarcinoma lobulillar de mama derecha estadio IV se realizó luego de la presentación de síntomas de anemia severa y pérdida de peso con marcado deterioro hematológico, en vista al cuadro severo de anemia, se realiza biopsia de médula ósea. En este caso es un adenocarcinoma lobulillar estadio IV muy agresivo con deterioro nutricional y neumotórax espontáneo derecho.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, mama, adenocarcinoma, lobulillar, metástasis, médula ósea

SUMMARY

The carcinoma infiltrating lobulillar of the breast has an intermediate presage among the carcinoma infiltrating ductal and the tubular carcinoma that it is of very good predict. The carcinoma infiltrating ductal has bigger tendency to metastasis in lung and the carcinoma lobulillar has bigger tendency to bony metastasis, ovary and brain. The objective of this work is presenting a clinical case of a 56 year-old female patient whose diagnosis of adenocarcinoma lobulillar of the breast stage IV she was carried out after the presentation of signs of severe anemia and loss of weight and in view of the severe square of anemia she is carried out bone marrow biopsy. In this case she shows up an adenocarcinoma lobulillar stage IV in form very aggressive hematologic failure, nutritional, of the general state and right spontaneous pneumothorax.

KEY WORDS: Cancer, breast, adenocarcinoma, lobulillar, metastases, osseous medulla.

INTRODUCCIÓN

En estos casos solo un 10 % de las pacientes se presentan con enfermedad metastásica con una sobrevida a los 5 años de 20 % con una mediana de 2 a 4 años⁽¹⁻⁴⁾. El pronóstico más importante en cáncer de mama está provisto por la estadificación patológica, basado en factores dependientes del tumor, invasión de ganglios linfáticos axilares y la presencia o ausencia de metástasis a distancia. Alrededor del 20 % al

Recibido: 15/12/2013 Revisado:12/01/2014

Aceptado para publicación:13/02/2014

Correspondencia: Dr. Pedro Sarmiento. Residencia Tulipanes. Parcela 4 Torre E. Apartamento 4-2. San Diego. Valencia. Estado Carabobo. Venezuela. Tel: 0416-4546846. E-mail: pedrosarmiento@hotmail.com.

30 % de las pacientes con pronóstico favorable recurren antes de los 5 años, y muchas pacientes con pronóstico desfavorable se mantienen con supervivencia libre de enfermedad hasta los 10 años de seguimiento. Actualmente, se estudian otros factores para explicar este fenómeno, como la determinación de células tumorales en médula ósea, la cual se asocia como factor pronóstico desfavorable en etapas clínicas IA- III. La determinación de micrometástasis mediante biopsia de médula ósea en pacientes con cáncer de mama no metastásico permanece en estudio de acuerdo a las investigaciones de la Sociedad Americana de Oncología Clínica ⁽²⁾.

La causa de muerte de la mayoría de pacientes con cáncer es el desarrollo de metástasis ^(5,6). La metástasis se describe como el proceso por el cual se difunden las células malignas y se desarrolla el cáncer secundario en sitios diferentes al original. Mendoza y Khanna ⁽⁷⁾ describen como las células cancerígenas atraviesan la membrana basal del tumor y alcanzan la circulación sanguínea que sirve de transporte a otras partes del organismo en donde se lleva a cabo el desarrollo del cáncer secundario. En aquel sitio distante, estas células deben salir del torrente sanguíneo para sobrevivir al nuevo microambiente, proliferar, inducir angiogénesis y crecer satisfactoriamente en una lesión metastásica. Es precisamente a nivel óseo donde ocurre el proceso de metástasis.

El hueso es el segundo sitio anatómico donde se desarrolla la metástasis, gracias a la metástasis en la médula ósea. Principalmente el cáncer de próstata y de mama produce el 70 % de metástasis esqueléticas. Cecchini ⁽⁸⁾, argumenta, como el crecimiento de células de cáncer se da de manera activa durante la reabsorción ósea. Este proceso desencadena efectos moleculares y genéticos que pueden producir complicaciones óseas severas como son: las fracturas, compresión de la médula espinal y aplasia medular, reemplazo de médula ósea roja por amarilla. En modelos experimentales, en animales, se reporta que existe un elevado número de células malignas

que pueden alcanzar el torrente sanguíneo, pero una pequeña fracción de estas son capaces de desarrollar metástasis. Una que vez las células se encuentran en su tejido objetivo, estas sobreviven al microambiente óseo gracias a que se establece una afinidad única que le permite crecer. Dos mecanismos de metástasis se presentan en el hueso, el primero es la osteolítica, en donde las células malignas tienen la capacidad de reabsorber el hueso, de tal manera que los osteoclastos son requeridos para la osteolisis y para el crecimiento del tumor. Este mecanismo puede llevar al hueso a la fractura gracias a su continua disminución de masa ósea por la reabsorción. El otro gran mecanismo es la osteoclerosis, que es la exagerada respuesta osteoblástica, por lo que se presenta un incremento desmedido de la matriz mineralizada generando huesos de gran masa y posibilidades de fractura y falta de irrigación sanguínea por compresión ⁽³⁾.

El estudio de la médula ósea es de gran utilidad en pacientes con diversas enfermedades benignas o malignas, primarias o secundarias. En la mayor parte de los casos, principalmente en aquellos con procesos hematológicos, el diagnóstico se establece con la revisión e integración de los aspirados de médula ósea, frotis de sangre periférica y manifestaciones clínicas. La biopsia de médula ósea es importante para estadificar a los pacientes con carcinomas, sarcomas y otros tumores malignos; específicamente en aquellos con anemia, fiebre, leucopenia o leuco-eritroblastosis de muestras obtenidas de sangre periférica y aspiraciones de médula ósea negativas o insuficientes (*drytaps*). La metástasis por carcinoma predomina en pacientes adultos, cuya frecuencia varía por género: glándula mamaria, pulmones y sistema gastrointestinal en mujeres; y próstata, pulmones y sistema gastrointestinal en hombres ⁽⁴⁾.

El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de una paciente cuyo diagnóstico de adenocarcinoma lobulillar de mama derecha estadio IV se realizó luego de la presentación de

síntomas de insuficiencia hematológica.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenina de 56 años de edad quien se palpa un tumor en mama derecha de 5 años de evolución hasta hace 5 meses presenta cansancio y fatiga asociado a pérdida de peso, 30 kilos por lo cual acudió a especialista en centro privado quien diagnostica estado de anemia severa y tumor de mama derecha por lo cual indica estudio de médula ósea y estudios de mamografía y biopsia del tumor de la mama derecha siendo referida a este centro.

Antecedentes: niega diabetes mellitus, HTA, asma, alergia a medicamentos. Niega hábitos alcohólicos y tabáquicos. Antecedentes

familiares: padre fallecido por infarto miocardio. Antecedentes gineco-obstétricos: menarquía 15 años. Menopausia 45 años. ACO x 3 años. PRS 17 años. VI Gestas. VI Paras.

Examen físico: luce caquéctica con palidez cutáneo mucosa moderada. Hidratada. Vigil y consciente. Orientada en tiempo, persona y espacio. Presenta múltiples adenopatías en fosa supraclavicular derecha y axila derecha. La mama derecha es de menor tamaño que la mama izquierda y presenta tumor retro-areolar que mide 7 cm x 8 cm de diámetro, pétéreo, fijo a planos profundos (Figura 1). Se evidencia retracción del pezón. Tórax hipoventilación y marcada disminución de ruidos respiratorios de hemitórax derecho. Abdomen plano, blando, deprimible sin visceromegalias palpables.



Figura 1. Paciente.

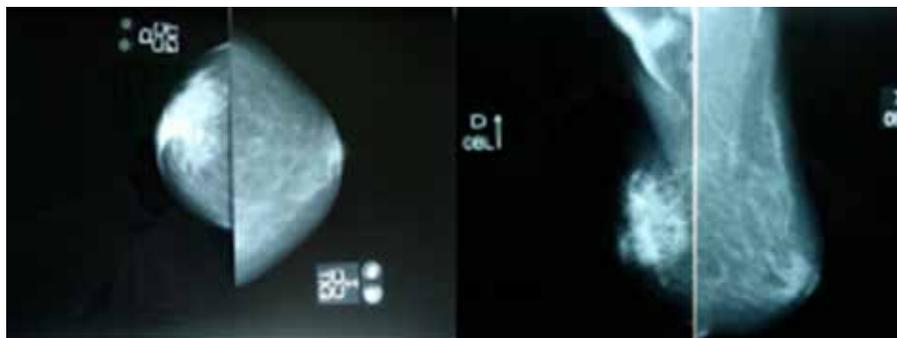


Figura 2. Mamografía.



Figura 3. Rayos X de tórax (05 de mayo 2011).

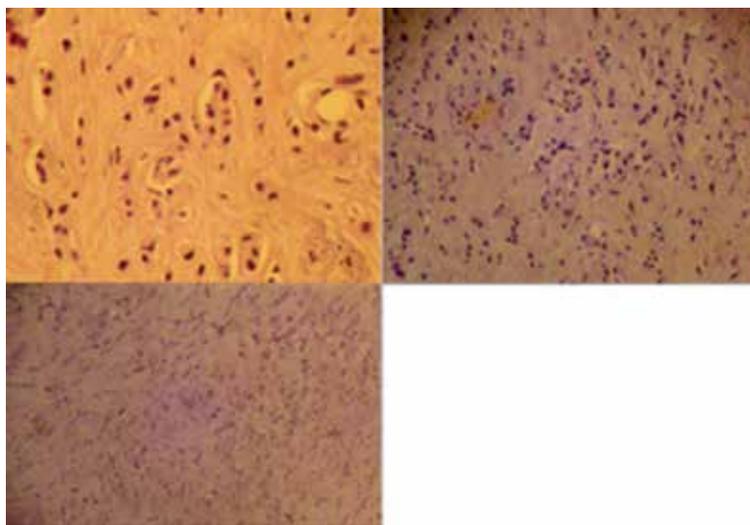


Figura 4. Biopsia por aguja gruesa de mama derecha 0604-11 (carcinoma lobulillar de mama derecha).

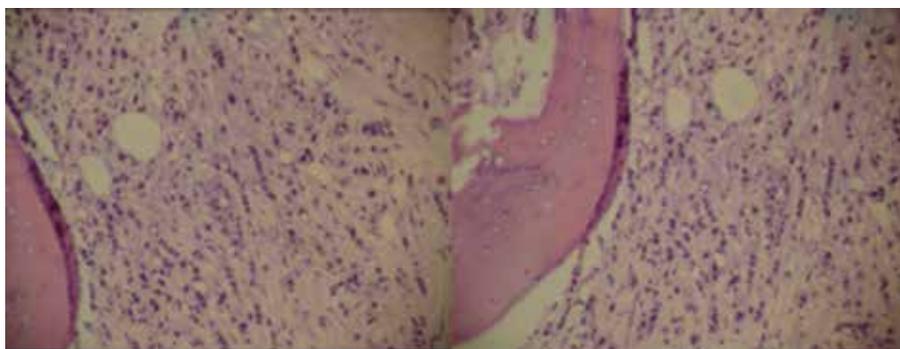


Figura 5. Biopsia de médula ósea 0603-11 carcinoma lobulillar metastásico.

Eco mamario (04-5-11): mama derecha con ecopatrón alterado en parénquima y ligamento de Cooper. No se evidencia nódulo dominante. Adenopatías axilares derecha.

Mamografía 04-05-11: se evidencia mama derecha de menor tamaño con lesión espiculada extensa y con microcalcificaciones en su interior a nivel retro-areolar que provoca engrosamiento difuso de la piel (Figura 2). Adenopatías axilares derechas.

Radiografía de tórax: (5-11) neumotórax derecho (Figura 3).

TAC tórax con contraste (25-5-11) se evidencia neumotórax derecho. Área de condensación inflamatoria vs., atelectasia basal derecha asociado a derrame pleural laminar ipsilateral. Pequeñas adenopatías de tamaño no significativo a nivel de mediastino (Figura 6).

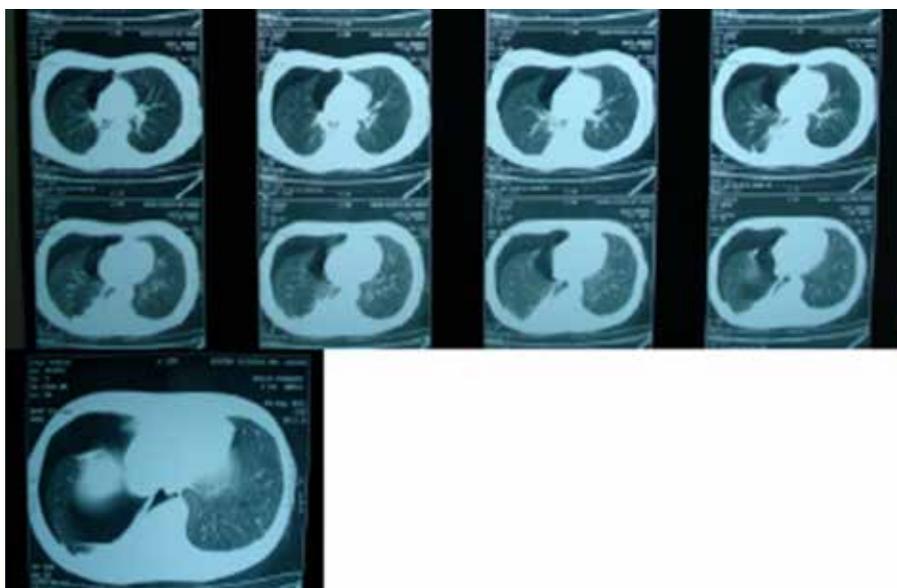


Figura 6.

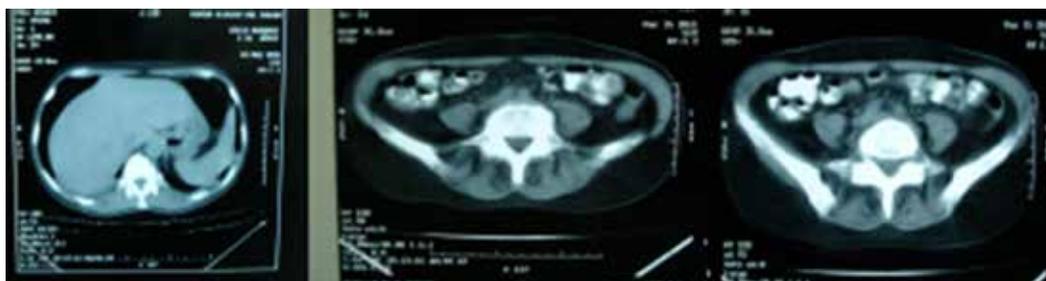


Figura 7. TAC abdomino-pélvica con contraste oral y endovenoso (12-4-11) llama la atención aumento de la densidad de la grasa intra-pélvica.

Gammagrama óseo 20-06-11: aumento de reacción osteoblástica dorsolumbar.

DISCUSIÓN

Los adenocarcinomas lobulillares se presentan en aproximadamente un 10 % a 14 % de los tumores infiltrantes de la mama. Se han encontrado asociados a carcinoma lobulillar en un 60 % de los casos. Su presentación clínica y mamográfica no es precisa, pudiéndose presentarse como un sutil engrosamiento localizado. Las microcalcificaciones pueden existir incidentalmente tienen alta incidencia de

bilateralidad. El pronóstico es intermedio entre el carcinoma ductal infiltrante y el carcinoma tubular que es de muy buen pronóstico. El carcinoma ductal infiltrante tiene mayor tendencia a metástasis a pulmón, mientras que el adenocarcinoma lobulillar tiene mayor tendencia a metástasis óseas, en médula ósea, en ovario en cerebro⁽⁹⁾. En este caso estamos mostrando a una paciente de 56 años vista en nuestro instituto cuyo adenocarcinoma lobulillar de mama derecha se presenta en estadio IV, en forma muy agresiva con marcado deterioro hematológico y de su estado general y neumotórax derecho espontáneo la paciente cursa con pobre pronóstico.

REFERENCIAS

1. Nervi B, Carvallo C, Müller B, León M, Melgoza G, Sánchez C, et al. Revisión de la literatura sobre tratamiento del cáncer de mama metastásica. Sociedad Chilena de Mastología. *Medwave*. 2010;10(01):e43592009.
2. B, Valderrama J, La Cruz J, Sanabria E, Acosta R. Utilidad de la biopsia de médula ósea en estadificación de pacientes con cáncer de mama. *Rev Venez Oncol*. 2010;22(3):154-162.
3. Garzón-Alvarado DA. A mathematical model for describing the metastasis of cancer in bone tissue. *Comput Methods Biomech Biomed Engin*. 2012;15(4):333-346.
4. Pineda DK, Rosas GG, Rosas GMI, Rosa Uribe A. Biopsia de médula ósea: Utilidad y limitaciones. *Patología*. 2008;46(3):237-247.
5. Steeg PS, Theodorescu D. Metastasis: A therapeutic target to cancer. *Nat Clin Pract Oncol*. 2008;5(4):206-219.
6. Fattaneh A, Tavassoli F, Peter Devilee, editores. *Pathology and genetics tumors of the breast and female genital organs*. Lyon: IAR Press; 2003.
7. Hernández G, Bernardello E, Pinotti J, Barros C, editores. *Cáncer de mama*. 2ª edición. Caracas: Mac Graw-Hill; 2007.
8. Cecchini M. Neo-aposition and bone re-absorption in skeletal metastases of carcinoma (histologic, micro-radiographic and polarized light study). *Arch Putti Chir Organi Mov*. 1964;19:96-125.
9. Bland KI, Copeland EM III. *La mama. Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas de la mama*. 3ª edición. Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2007.