



Ascitis por carcinoma lobulillar infiltrante bilateral de mama

Ascites due to bilateral invasive lobular carcinoma of the breast.

Carlos Daniel Sánchez-Cárdenas,¹ Paulo Adrián Rodríguez-López,¹ Patricia Ortega-González,^{1,2} Paulina Montaña-Asencio^{1,2}

Resumen

El cáncer de mama representa sólo 3% de la proporción de cánceres que causan ascitis maligna. Suele relacionarse con el carcinoma lobulillar infiltrante, pues se manifiesta como enfermedad multicéntrica y es propenso a metastatizar a las regiones del peritoneo (en 10% de las admisiones), meninges, serosas, retroperitoneo y órganos ginecológicos; además, es el que con mayor frecuencia metastatiza al tubo gastrointestinal (64%). Por tanto, debe considerarse el diagnóstico de cáncer lobulillar infiltrante en mujeres con ascitis, hidronefrosis o masas pélvicas.

PALABRAS CLAVE: Cáncer de mama; ascitis; metástasis.

Abstract

Breast cancer occupies accounts for 3% of the proportion of cancers that develop malignant ascites. It is usually associated with infiltrating lobular carcinoma. It presents as a multicentric disease. It metastasizes to peritoneal (in 10% of admissions), meninges, serous, retroperitoneum and gynecological organs. In addition, frequently metastasizes to the gastrointestinal tract (64%). Therefore, in women with ascites, hydronephrosis or pelvic masses, the diagnosis of infiltrating lobular cancer should be considered.

KEYWORDS: Breast cancer; Ascites; Neoplasm Metastasis.

¹ Departamento de Medicina y Nutrición, Universidad de Guanajuato.

² Hospital General Regional de León, León, Guanajuato.

Recibido: 22 de enero 2018

Aceptado: 26 de marzo 2018

Correspondencia

Carlos Daniel Sánchez Cárdenas
jefegrillo@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Sánchez-Cárdenas CD, Rodríguez-López PA, Ortega-González P, Montaña-Asencio P. Ascitis por carcinoma lobulillar infiltrante bilateral de mama. Med Int Méx. 2018 septiembre-octubre;34(5):804-809.

DOI: <https://doi.org/10.24245/mim.v34i5.1935>

ANTECEDENTES

La ascitis es el signo que resulta de la acumulación de exudado o trasudado en la cavidad peritoneal. Las causas más frecuentes de ascitis son cirrosis y otras hepatopatías que cursan con hipertensión portal (80%), cáncer (10%), insuficiencia cardíaca crónica, síndrome nefrótico, pancreatitis y tuberculosis (10%).¹ Sobreviene en aproximadamente 15 a 50% de los pacientes con cáncer, principalmente en los siguientes tipos: de ovario, endometrio, colon, gástrico y pancreático. En una proporción menor están el cáncer de mama, linfoma no Hodgkin, cáncer de próstata, mesotelioma y melanoma.¹⁻³ La ascitis en el carcinoma lobulillar de mama es secundaria a carcinomatosis peritoneal; tiene frecuencia de 5.4%.⁴

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 33 años de edad. Acudió al servicio de urgencias por padecer dolor abdominal en el hipogastrio con irradiación en cinturón y disnea de medianos esfuerzos, astenia, adinamia y pérdida de peso de 10 kg en tres meses. A la exploración física tenía abdomen globoso a expensas de líquido de ascitis. Como antecedentes de importancia refirió tener una tía con cáncer de mama y nuliparidad. El ultrasonido de hígado y vías biliares reportó: abundante líquido de ascitis y el ultrasonido pélvico y abdominal evidenció una masa tumoral en el ovario izquierdo y abundante líquido de ascitis. Se solicitaron marcadores tumorales CA125 y CA15-3 (40 y 45 U/mL, respectivamente), ambos fueron positivos y la tomografía computada de abdomen simple y contrastada mostró tumoración de ovario izquierdo que reforzaba con contraste. Se realizó ooforectomía izquierda con biopsia de peritoneo y citología de líquido de ascitis. El reporte histopatológico fue de carcinoma moderadamente diferenciado sugere de

metástasis por tumor primario de mama y mesotelio reactivo.

Se realizó exploración dirigida a ambas mamas por oncología médica; se encontró ganglio palpable en la región axilar derecha, piel de naranja con edema en el cuadrante superior externo y central de ambas mamas. Se realizó mastografía con resultado BIRADS 5 (**Figura 1**) y ultrasonido mamario con doppler color (**Figura 2**). Se realizó biopsia tipo tru-cut dirigida por ultrasonido (**Figura 3**), con posterior estudio histopatológico e inmunohistoquímica de ambas lesiones, que reportó: carcinoma lobulillar infiltrante moderadamente diferenciado con focos de carcinoma ductal infiltrante en la mama derecha y carcinoma lobulillar infiltrante moderadamente diferenciado en la mama izquierda (**Figura 4A-C**), estadio clínico 4 y T3N1M1 (con metástasis al peritoneo) y reacción positiva a estrógenos y progesterona positivos con HER2-neu negativo (**Figura 4D-F**). La paciente recibió quimioterapia neoadyuvante, pero falleció un mes posterior al diagnóstico.

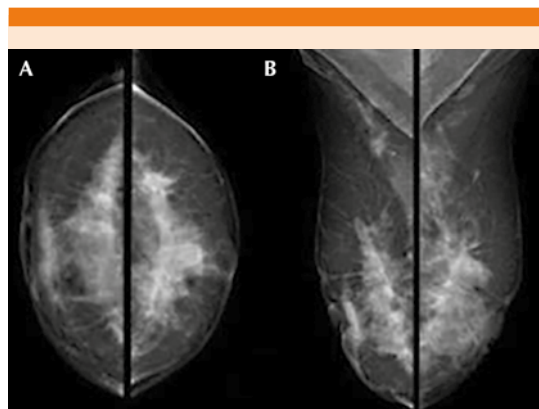


Figura 1. A. Proyecciones mastográficas de ambas mamas CC (cráneo-caudal). B. OML (oblicuo-medio-lateral) donde se observa una zona de asimetría focal asociada con distorsión de la arquitectura en ambas regiones retroareolares con engrosamiento cutáneo y retracción de ambos pezones.

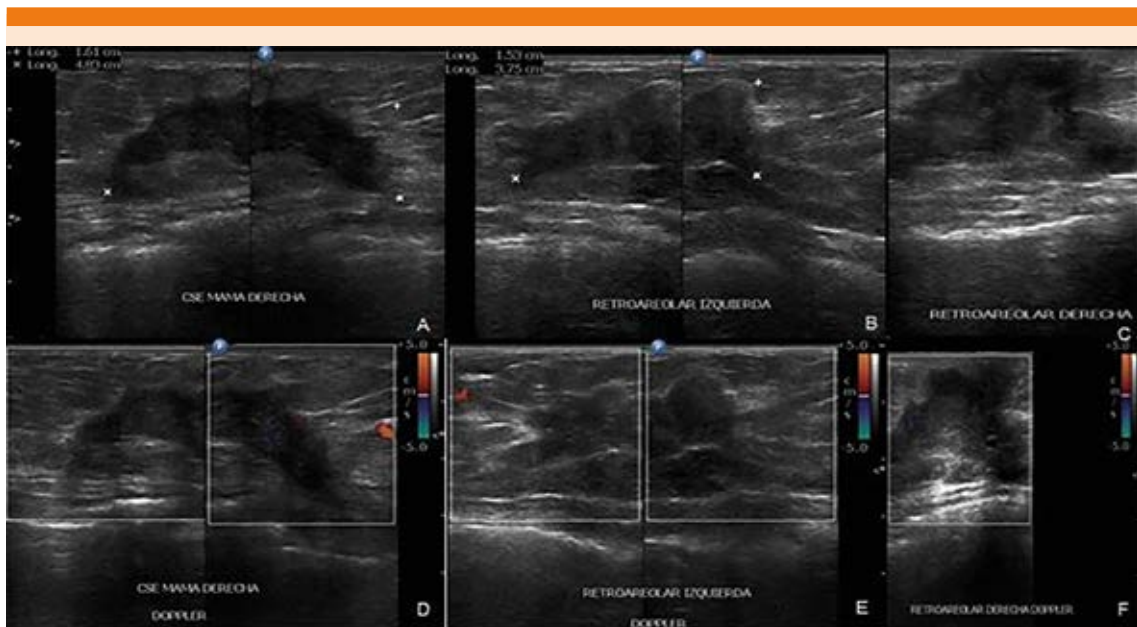


Figura 2. Ultrasonido mamario bilateral con nódulo hipoecoico, irregular, márgenes espiculados, paralelo al plano cutáneo localizado en el cuadrante superior externo de la mama derecha (A) y en ambas regiones retroareolares izquierda (B) y derecha (C). Doppler color con captación central-periférica de la señal en ambas mamas (D, E y F).

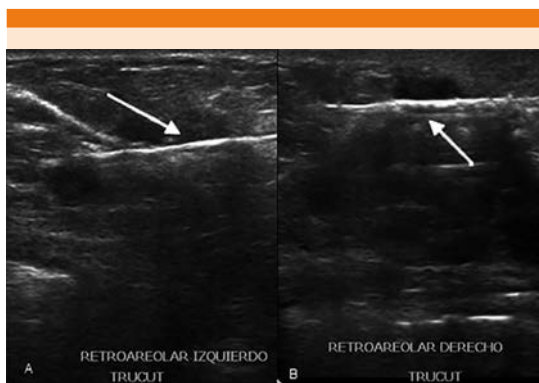


Figura 3. Biopsia por tru-cut por ultrasonido en ambas mamas (flechas).

DISCUSIÓN

El carcinoma lobulillar invasivo es el segundo tipo histológico de carcinoma de mama, surge

desde el epitelio del conducto lobular y terminal y representa 5 a 15% de todos los cánceres de mama invasivos.⁵ Destaca por sus dificultades diagnósticas, clínicas y radiológicas.⁶ En el caso comunicado, la falta de sospecha diagnóstica provocó peor evolución de nuestra paciente. Por lo general, es un área indurada, difusa, sin tumor, con crecimiento insidioso.⁵ La paciente tuvo datos clínicos similares posteriores a la aparición de ascitis y metástasis a ovario y peritoneo.

El 2 a 11% de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama lo padecerá de manera contralateral en alguna etapa de su vida. Algunos estudios han demostrado que los antecedentes familiares de cáncer de mama, edad temprana al inicio del diagnóstico e histología lobular primaria de cáncer de mama contralateral, independientemente de si éste es invasivo o *in situ*, aumenta el riesgo de cáncer de mama. El

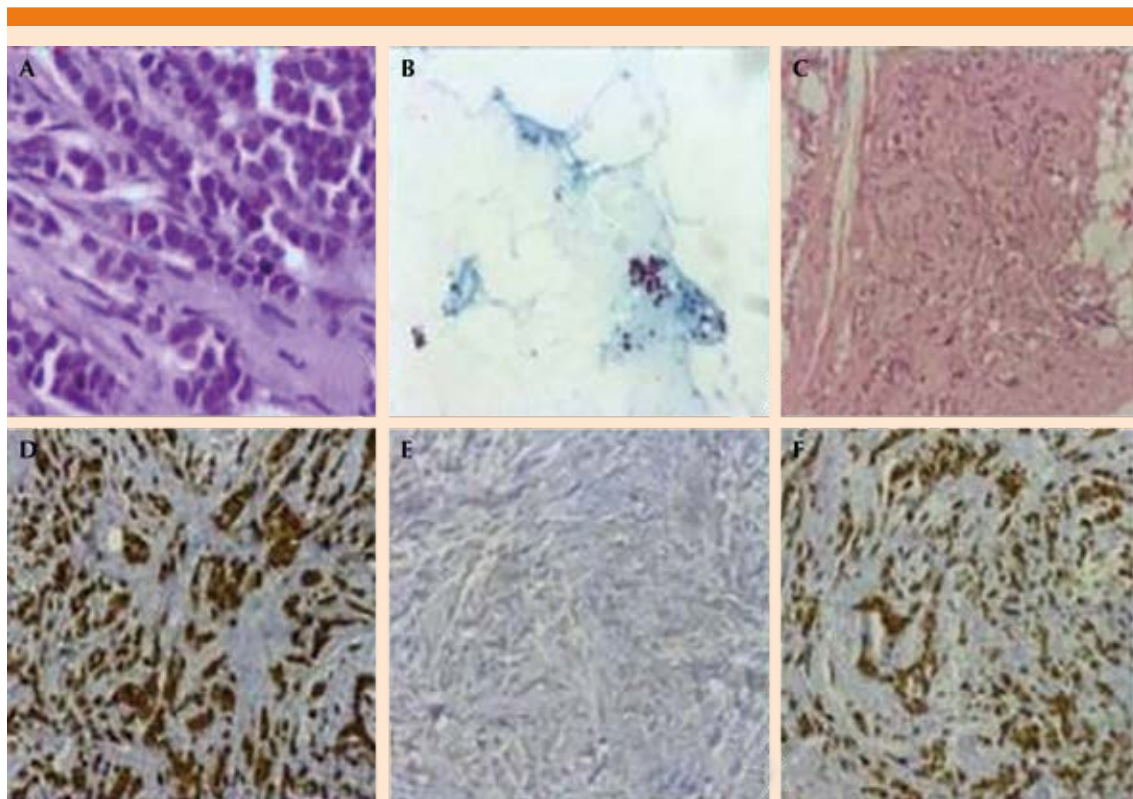


Figura 4. D y F. Reacción positiva a estrógeno y progesterona. E. HER2/neu negativo. B. Células neoplásicas pequeñas (40x). A y C. Células neoplásicas infiltradas en cordón y en pequeños grupos cohesivos, respectivamente (40x).

efecto de los antecedentes familiares se observa especialmente entre las mujeres con un familiar de primer grado afectado.⁷ Tener una hermana con cáncer de mama implica mayor riesgo de cáncer de mama contralateral que cuando el familiar afectado es la madre.⁶ Los factores de riesgo de padecer carcinoma lobulillar son edad entre 45 y 56 años (mayor que en el cáncer ductal), nulíparas o primer embarazo después de los 30 años de edad y menarquia temprana. La edad de nuestra paciente fue menor (33 años) y sólo tenía el antecedente de un familiar con cáncer de mama.

Entre las pruebas diagnósticas, se ha encontrado que la sensibilidad reportada en algunos estu-

dios para el diagnóstico de carcinoma lobulillar infiltrante es la siguiente: mastografía: 90.5%; ultrasonido: 87.5%; examen clínico: 76.2%; BAAF o tru-cut: 85.7% y resonancia magnética dinámica contrastada: 95.2%, con especificidad de 90%.⁵

En la mastografía se observan imágenes espiculadas, con densidad asimétrica y, en ocasiones, la distorsión del parénquima no muestra una masa obvia, son lesiones de menor o igual densidad que el tejido fibroglandular. La distorsión de la arquitectura es la segunda manifestación más común (10-34% de los casos). Las asimetrías se observan en 1 a 14%; los nódulos redondos y bien limitados se observan en 1 a 3% y una

mastografía normal o con hallazgos benignos se encuentran entre 8 y 16% de los casos. Las microcalcificaciones se observan en tan sólo 0 a 24% de los casos;^{3,8} debido a la baja densidad que tiene este tipo de lesiones, son difíciles de detectar a tiempo y algunas de ellas se observan mejor en la toma craneocaudal.⁵ Las características mastográficas de nuestra paciente correspondieron a lo documentado en la bibliografía.

En el ultrasonido de mama se observan imágenes hipoeoicas irregulares, con márgenes escasamente definidos o espiculados y con sombra acústica posterior; estos hallazgos representan 54 a 61% de los casos.⁹ Nuestra paciente mostró la misma imagen ultrasonográfica.

En la histopatología, por definición, es un tumor de grado bajo con poca o ninguna atipia nuclear e índice mitótico bajo; se caracteriza por células uniformes citológicamente con nucléolos poco visibles, así como por arquitectura no cohesiva, arreglos lineales de células que infiltran el estroma entre fascículos de colágeno que forman las llamadas “filas indias” y de baja actividad mitótica.^{6,10} Los hallazgos histopatológicos de nuestro caso correspondieron a los reportados en la bibliografía.

El carcinoma lobulillar, tanto *in situ* como la infiltración, es un tumor que secreta mucosustancias ácidas, de localización intracelular. Cuando la secreción es prominente, las células tienen configuración de anillo de sello. Las variantes incluyen: sólida, alveolar, pleomórfica, túbulo-lobular, anillo de sello y los tipos mixtos.¹¹ Por lo general, no expresan Her2/neu, p53, Ki67 ni Bcl2.^{5,12} En este tipo de cáncer se encuentran con más frecuencia receptores hormonales positivos (60-90%).^{11,13} La paciente tuvo receptores hormonales positivos y Her2-neu negativo, tal como se describe en la bibliografía.

El cáncer de mama representa sólo 3% de la proporción de cánceres que causan ascitis maligna; cuando la ascitis aparece suele relacionarse con el carcinoma lobulillar infiltrante, pues se manifiesta como enfermedad multicéntrica y es propenso a metastatizar a las regiones del peritoneo (en 10% de las admisiones), meninges, serosas, retroperitoneo y órganos ginecológicos.^{13,14} Caskey y colaboradores⁴ reportaron frecuencia de 5.4% de ascitis en pacientes con carcinoma lobulillar; además, metastatiza con mayor frecuencia al tubo gastrointestinal (64%). Las metástasis peritoneal y rectal son muy raras y generalmente ocurren como un evento tardío en el curso clínico del cáncer de mama metastásico.^{8,13} En el caso comunicado, la paciente tuvo datos clínicos de enfermedad avanzada, además, tuvo metástasis al peritoneo y daño de los ovarios.

En las pacientes con este tipo de cáncer de mama y con diagnóstico tardío la mortalidad es alta.^{10,15} Esto se observó en nuestra paciente, quien falleció un mes después del tratamiento.

CONCLUSIÓN

Este caso es de importancia clínica porque la manifestación de ascitis en el cáncer de mama es poco frecuente; se relaciona con más frecuencia con carcinoma lobulillar. La falta de sospecha clínica provoca peor pronóstico en las pacientes.

REFERENCIAS

1. Sanghamitra J, et al. Malignant. Ascites as the first sign of breast cancer – two case reports and review of literature. *JMSCR* 2014;2(9):2448-2456.
2. Tuthill M, et al. Peritoneal disease in breast cancer: A specific entity with an extremely poor prognosis. *Eur J Cancer* 2009;45(12):2146-2149.
3. Priego J, et al. Carcinomatosis peritoneal secundaria a carcinoma lobulillar de mama. *Rev Chil Cir* 2007;59(3):223-228.
4. Caskey CI, et al. Distribution of metastases in breast cancer: CT evaluation of the abdomen. *Clin Imaging* 1991;15(3):166-171.



5. López-Valle M, et al. Carcinoma lobulillar infiltrante de mama: etapa clínica, características radiológicas e histológicas. *Ginecol Obstet Mex* 2005;73:629-636.
6. Del Val-Gil J, et al. Ca de mama bilateral. *Cir Esp* 2003;73(6):347-350.
7. Chen Y, et al. Epidemiology of contralateral breast cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1999 Oct;8(10):855-61.
8. McLemore EC, et al. Breast cancer: Presentation and intervention in women with gastrointestinal metastasis and carcinomatosis. *Ann Surg Oncol* 2005;12:886-894.
9. Saranovic D, et al. Invasive lobular breast cancer presenting an unusual metastatic pattern in the form of peritoneal and rectal metastases: A case report. *J Breast Cancer* 2011;14(3):247-250.
10. Pérez V, et al. Diagnóstico histopatológico y factores pronóstico en cáncer infiltrante de glándula mamaria. *Cancerología* 2008;3:7-17.
11. Lopez JK, et al. Invasive lobular carcinoma of the breast: spectrum of mammographic, US, and MR imaging findings. *RadioGraphics* 2009;29:165-176.
12. Haltas H, et al. Invasive lobular carcinoma with extracellular mucin as a distinct variant of lobular carcinoma: a case report. *Diagn Pathol* 2012;7:91.
13. Harvey JA. Unusual breast cancers: useful clues to expanding the differential diagnosis. *Radiology* 2007 Mar;242(3):683-94.
14. Brouckaerta O, et al. Prognostic implication of lobular breast cancer histology: New insights from a single hospital cross-sectional study and SEER data. *Breast* 2014;23(4):371-377.
15. Evans WP, et al. Invasive lobular carcinoma of the breast: mammographic characteristics and computer-aided detection. *Radiology* 2002;225(1):182-189.

AVISO PARA LOS AUTORES

Medicina Interna de México tiene una nueva plataforma de gestión para envío de artículos. En: **www.revisionporpares.com/index.php/MIM/login** podrá inscribirse en nuestra base de datos administrada por el sistema *Open Journal Systems* (OJS) que ofrece las siguientes ventajas para los autores:

- Subir sus artículos directamente al sistema.
- Conocer, en cualquier momento, el estado de los artículos enviados, es decir, si ya fueron asignados a un revisor, aceptados con o sin cambios, o rechazados.
- Participar en el proceso editorial corrigiendo y modificando sus artículos hasta su aceptación final.