

Tumor metastásico en la mama

Primitivo: cáncer gástrico

Dres. Roberto L. Estrugo, María L. Iraola,
Juan C. Beriaio y Luis Perrone*

Se presenta una observación de cáncer mamario metastásico, secundario a un adenocarcinoma gástrico, coincidiendo con un carcinoma esquizoide de la mama contralateral (primer caso de la literatura nacional).

La concordancia histopatológica entre el tumor primario (estudiado en la autopsia) y la metástasis mamaria (producto de exéresis quirúrgica) confirmó el origen gástrico de ésta. Se señalan los hechos clinicopatológicos más salientes de estos tumores secundarios y se insiste en la necesidad de su reconocimiento más temprano, que evite exéresis quirúrgicas radicales innecesarias.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Breast neoplasms, Stomach neoplasms, Neoplasms, Multiple primary, Neoplasm, metastasis.

Los tumores metastásicos de la mama, si se dejan de lado los originados —por colonización linfática transtorácica— de neoplasias de la mama contralateral, son absolutamente excepcionales.

Muy frecuentes como lesiones primarias, la posibilidad de un tumor metastásico raramente se plantea en la clínica como diagnóstico diferencial (3).

Este hecho se sostiene desde que Virchow enunciara en el siglo pasado, que la mayoría de los órganos con fuerte tendencia a desarrollar tumores malignos primitivos, raramente eran asiento de tumores secundarios.

Es por ello que textos modernos apenas los citan o no lo hacen. Esta excepcionalidad, justifica la presentación de nuestro caso.

OBSERVACION

F. A. de D. 52 años. Brasileña. Instituto de Cirugía para Postgraduados. Nº Reg.: 2075.

M. I. Vómitos y diarreas.

E. A. Comienza aproximadamente un año antes del ingreso con episodios de diarreas líquidas con lientería, no fétidas sin sangre ni gleras que se sucedían de episodios de constipación. No síndrome rectal.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 27 de marzo de 1974.

* Residente de Cirugía, Asistente de Anatomía Patológica, Anatomopatólogo del M.S.P., Residente de Cirugía.

Dirección: Rivera 5716, Montevideo. (Dr. Estrugo).

Instituto de Cirugía para Postgraduados (Prof. Dr. Luis M. Bosch del Marco). Hospital Pasteur. Montevideo.

Desde la misma fecha vómitos inmediatos a la ingesta de alimentos que en oportunidades eran desencadenados por ingestas de excitables.

Dos meses antes del ingreso presentó dolor en hemicintura superior, ictericia, coluria e hipocolia sin prurito ni síndrome febril.

Dos días antes del ingreso comienza con diarreas y vómitos similares a los relatados.

Adelgazamiento marcado, anorexia y adinamia.

A. P. Desde hace aproximadamente 10 años nota modificaciones de la mama izquierda, nódulo de crecimiento progresivo, lento con retracción del resto de la mama. No dolor ni corrimiento por el pezón.

Desde hace un año modificaciones de la mama derecha que la enferma no sabe precisar.

A.G.O. No gestas, menopausia desde hace 3 años.

Examen: muy adelgazada; ojos hundidos en las órbitas; pliegue cutáneo hipodérmico; signo de mioedema. Piel y mucosas muy pálidas.

Bucofaringe y cuello normales.

Pleuropulmonar y cardiovascular: normales.

Abdomen sin particularidades; no hay visceromegalias.

Mama izquierda: aplanada sobre la pared costal presentando en cuadrante súper ext. cerca del pezón lesión exofítica, costrosa sin ulceraciones de 1 por 1 cm. Mama fija a la parrilla costal ocupada por la tumoración antes mencionada. En la axila homolateral sobre el vértice se palpan adenomegalias duras y límbres, pequeñas.

Mama derecha: groseramente deformada, de aproximadamente 10 por 12 cms. en sus diámetros, mayores y 6 a 8 cms. de la parrilla al pezón con piel alterada, fina y lustrosa, tensa en partes con aspecto eczematoso y en otras con flictenas de color rojo vinoso sobre todo en región periareolar (Fig. 1).

No circulación venosa superficial. A la palpación tensa dura con zonas de consistencia diferente, sobre la prolongación axilar se palpan cordones duros alternando con nódulos de igual consistencia que llegan hasta la axila. Piel fija a la glándula. La mama tumoral se moviliza en bloque sobre los planos profundos. Axila homolateral: adenopatías fijas duras en continuidad con la prolongación axilar de la mama.

Cuello y región supraclavicular: no adenopatías.

Hematocrito 14 %; Hb 24 %; G.B. 4.600.

Azoemia 1,90 gr %; Glicemia normal.

Funcional hepático dentro de límites normales.

Fosfatasa ácida 0,9 U.B.