

## Cartas al Director

### Obstrucción intestinal por metástasis en íleon terminal de carcinoma mamario lobulillar

*Palabras clave:* Obstrucción intestinal. Metástasis. Cáncer de mama.

*Key words:* Intestinal obstruction. Metastases. Breast cancer.

*Sr. Director:*

Los lugares más frecuentes de metástasis del cáncer de mama son el hueso, el pulmón, la pleura, el hígado, las glándulas suprarrenales y el cerebro aunque también pueden resultar afectados otros órganos como el intestino delgado (1).

La afectación metastásica gastrointestinal extrahepática del cáncer de mama alcanza cifras en la literatura de entre el 6 y el 18%; el estómago es el órgano más afectado, seguido del colon y recto, siendo más raras las metástasis en intestino delgado (2,3). Estudios como el realizado por Lamovec y cols. (4) en 261 autopsias de pacientes fallecidas por cáncer de mama han encontrado que el carcinoma lobulillar metastatiza con mayor frecuencia en el sistema gastrointestinal que el ductal.

Presentamos el caso de una paciente con metástasis de adenocarcinoma lobulillar infiltrante en íleon terminal que debutó como un cuadro de obstrucción intestinal.

Se trata de una mujer de 72 años, sin antecedentes de interés, que ingresa en el Servicio de Digestivo por un cuadro subagudo de dolor abdominal y distensión así como dificultad para la emisión de heces y gases.

Se realiza enema opaco en el que no aparece ninguna causa de obstrucción; la analítica es anodina. Se solicita TAC abdominal en el que se aprecia obstrucción a nivel de íleon terminal con dilatación proximal de asas. Se contacta con el Servicio de Cirugía y se interviene con carácter urgente.



Fig. 1. Zona correspondiente a la lesión obstructiva en íleon terminal en la pieza quirúrgica.



Fig. 2. En la zona más distal del íleon se aprecia lesión blanquecina correspondiente a la estenosis causante de la clínica.

En la intervención quirúrgica se realiza una resección de ileon terminal y ciego con anastomosis ileo-colon ascendente. Tras 10 días de estancia hospitalaria la paciente es dada de alta.

El estudio de la pieza nos da el diagnóstico de metástasis semiobstructiva de carcinoma lobulillar infiltrante de mama que no afecta a los márgenes de resección con ausencia de metástasis en los 12 ganglios estudiados.

Las metástasis intestinales se pueden manifestar clínicamente con dolor abdominal, secundario a perforación u obstrucción intestinal y con una hemorragia digestiva (5).

El diagnóstico de sospecha de estos tumores, además de por la clínica, se puede realizar mediante tránsito intestinal baritado (que pondrá de manifiesto defectos de repleción), TAC abdominal (que mostrará engrosamiento de la pared intestinal) y endoscopia, aunque la biopsia suele ser negativa si no es profunda (3,5,6).

El diagnóstico definitivo nos lo dará el estudio histológico de la pieza, que mostrará células ordenadas en "fila india" (3) con citoplasmas poligonales débilmente basófilos y núcleos vacuolados. La utilización de técnicas de inmunohistoquímica es útil cuando hay dudas para determinar el origen del tumor (como en nuestro caso).

El tratamiento de estas metástasis es fundamentalmente médico (2), una vez diagnosticadas ya que se han descrito tasas de remisión de hasta el 53% (3); el tratamiento quirúrgico sólo se considera en caso de perforación, hemorragia u obstrucción, como en nuestro caso.

R. M. Jiménez Rodríguez, A. Galindo Galindo,  
A. Bermejo Navas, C. Bernardos García, J. M. Sousa Vaquero,  
C. Palacios González y E. Prendes Sillero,

*Unidad de Cirugía de Urgencias.  
Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.  
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

## Bibliografía

1. Gegúndez C, Paz JM, Mata I, Cao J, Conde J, Couselo JM, et al. Obstrucción de intestino delgado por metástasis de carcinoma mamario lobulillar. *Cir Esp* 2005; 77: 102-4.
2. Pla V, Safont MJ, Buch E, Pallas A, Roig JV. Metástasis de un carcinoma intraductal infiltrante de mama diseminado con cáncer de colon obstructivo. *Cir Esp* 2002; 71: 257-8.
3. Cervi G, Vettoreto N, Vinco A, Cervi E, Villanacci V, Grigolato P, et al. Rectal localization of metastatic lobular breast cancer. *Dis Colon Rectum*. 2001; 44: 453-5.
4. Lamovec J, Bracko M. Metastatic pattern of infiltrating lobular carcinoma of the breast: an autopsy study. *J Surg Oncol* 1991; 48: 28-33.
5. Hernández V, Flor-Lorente B, Burgués O, Flor-Civera B, Oliver V. Anasarca as presentation of lobular breast carcinoma. *Gastroenterol Hepatol* 2000; 23: 338-40.
6. Winston CB, Hadar O, Teitcher JB, Caravelli JF, Sklarin NT, Panicek DM, et al. Metastatic lobular carcinoma of the breast: pattern of spread in the chest, abdomen and pelvis on CT. *Am J Roentgenol* 2000; 175: 795-800.