

## Pseudocirrosis por cáncer de mama con metástasis hepáticas

Ferrán Seguí-Fernández, Lorena de la Mora, Josep Maria Grau  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España

Recibido: 10/06/2018  
Aceptado: 30/07/2018  
En línea: 31/08/2018

Citar como: Seguí-Fernández F, De la Mora L, Grau JM. Pseudocirrosis por cáncer de mama con metástasis hepáticas. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2018 (Ago); 3(2): 76-78.

Autor para correspondencia: Ferrán Seguí-Fernández. [fseguí@clinic.cat](mailto:fseguí@clinic.cat)

### Palabras clave

- ▷ Pseudocirrosis
- ▷ Cáncer de mama
- ▷ Metástasis hepáticas
- ▷ Hipertensión portal

### Keywords

- ▷ Pseudocirrhosis
- ▷ Breast cancer
- ▷ Hepatic metastases
- ▷ Portal hypertension

### Resumen

La pseudocirrosis hepática se define como los cambios morfológicos hepáticos que asemejan una cirrosis hepática sin serlo. La causa más frecuente es el carcinoma de mama metastásico. Se trata de un diagnóstico infrecuente y de mal pronóstico, si bien la incidencia de este fenómeno podría estar actualmente en aumento. Como ocurre en la cirrosis, pueden aparecer complicaciones derivadas de la hipertensión portal, por lo que será importante identificar y tratar estos pacientes. Describimos aquí un caso de recidiva de carcinoma de mama en forma de pseudocirrosis hepática a los 9 años del diagnóstico inicial.

### Abstract

*Pseudocirrhosis describes morphological changes of the liver resembling cirrhosis, without the typical histopathological changes. It most commonly occurs in patients with metastatic breast cancer. It is an infrequent complication usually associated to a poor prognosis. The incidence of pseudocirrhosis seems to be increasing and complications from portal hypertension are often seen in these patients, like in true cirrhosis. Therefore, it is important to identify and treat patients at risk. We report the case of a woman with pseudocirrhosis as the clinical presentation of breast cancer relapse 9 years after diagnosis.*

### Puntos destacados

- ▷ Describimos el caso de una mujer de 69 años con recidiva metastásica de un carcinoma mamario en forma de pseudocirrosis hepática con hipertensión portal.
- ▷ Se trata de una complicación infrecuente y de mal pronóstico.
- ▷ Sospecharlo precozmente podría permitir un tratamiento oncoespecífico, a la par que de las complicaciones de la hipertensión portal.

### Introducción

Se define la pseudocirrosis como aquella condición que genera cambios clínicos y radiológicos similares a la cirrosis hepática (hígado de bordes mal definidos, hipertensión portal, ascitis, varices esofágicas) en ausencia de hallazgos anatomopatológicos compatibles<sup>1</sup>. Si bien se ha descrito en la evolución de varios carcinomas metastásicos, la causa más frecuente es el cáncer de mama, tanto en su evolución natural como bajo tratamiento quimioterápico. A pesar de que el pronóstico en dichas pacientes suele ser ominoso<sup>2</sup>, algunas de ellas podrían beneficiarse del control de las complicaciones de la hipertensión portal. En este contexto, es prioritario reconocerla y abordarla de manera precoz. Presentamos aquí el caso de una paciente con recidiva de neoplasia intraductal de mama en forma de pseudocirrosis hepática a los 9 años del diagnóstico inicial.

### Historia clínica y exploración

Mujer de 69 años que ingresó en el hospital por ascitis y edemas en miembros inferiores de unas semanas de evolución. Como antecedentes relevantes, presentaba un carcinoma ductal infiltrante de mama pT1N1M0 tipo Luminal (receptor de estrógenos 90%, progesterona 50%, HER2 negativo y ki67 de 9%) diagnosticado 9 años antes. Se practicó mastectomía radical y biopsia de ganglio centinela que tras observarse afectado (pN1), la paciente se trató tres ciclos de taxol y resección ganglionar axilar (pN 0/11 ganglios). Desde entonces hasta la actualidad se consideró libre de enfermedad en controles bianuales mientras seguía tratamiento con tamoxifeno por 5 años y letrozol 5 años más. La paciente presentaba sobrepeso moderado, no sufría diabetes, no refería consumo de otros fármacos y su consumo de alcohol era de 2 UBE al día.

En el momento de su ingreso, refería 4 meses de hiporexia, plenitud posprandial y saciedad precoz, sin dolor abdominal, náuseas ni vómitos. Asociaba pérdida de 7 kg de peso. En las últimas 3 semanas, se añadieron de forma progresiva edemas en extremidades inferiores y distensión abdominal.

En la exploración física destacaba leve tinte icterico conjuntival, semiología de ascitis franca, sin hepatoesplenomegalia, y edemas en miembros inferiores hasta rodillas. La exploración cardiopulmonar era normal.

## Pruebas complementarias

Los valores de AST eran 198 U/l, ALT 109 U/l, GGT 1.045 U/l, FA 553 U/l, Br 2,2 mg/dl, con ionograma y función renal normales. El hemograma fue normal excepto por aumento del VCM a 102 fl. El tiempo de protrombina fue del 73% con resto de hemostasia inalterada. Los valores de LDH en plasma fueron de 2.358 U/l. Las proteínas totales fueron de 59 g/l con albúmina de 30 g/l. Se solicitaron serologías víricas que resultaron negativas (HBsAg y Ac. anti-VHC).

La paracentesis diagnóstica (repetida hasta en tres ocasiones) presentaba glucosa normal (160 mg/dl), proteínas bajas (11 g/dl) y LDH de 504 U/l; siendo así el gradiente seroascítico de proteínas mayor de 11g/l, altamente sugestivo de hipertensión portal.

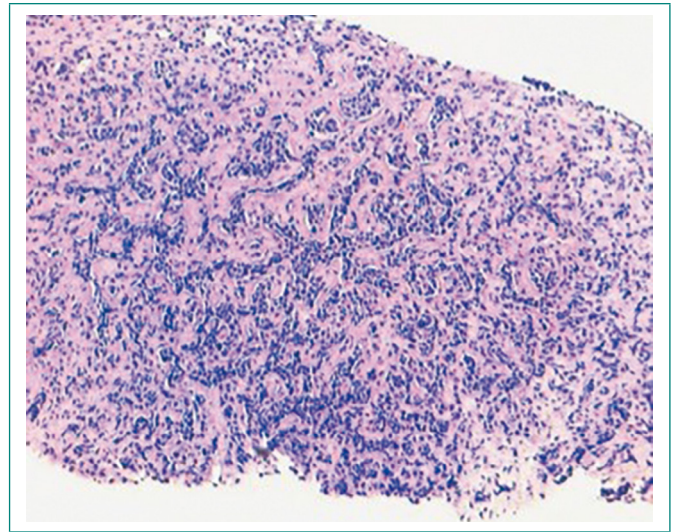
En la ecografía abdominal se objetivó un hígado de estructura muy heterogénea con bordes marcadamente irregulares, sugestivo de hepatopatía crónica; así como varias imágenes nodulares dentro del parénquima hepático, en ambos lóbulos, algunas con ribete hiperecoico, siendo la mayor de 25 mm. Presentaba asimismo ascitis perihepática y en flancos.

Los autoanticuerpos resultaron negativos para ANA y AMA, los anti-músculos lisos fueron de 1/320, con anti-actina 1/40. Con respecto a los marcadores tumorales destacaba: CA-125 de 405 U/ml (VSN 40 U/ml), CA-153 de 2.776 U/ml y oncoproteína HER2/NEU sérica de 77 ng/ml (normales < 40 U/ml y < 15 ng/ml, respectivamente). El resto de los habituales fueron normales.

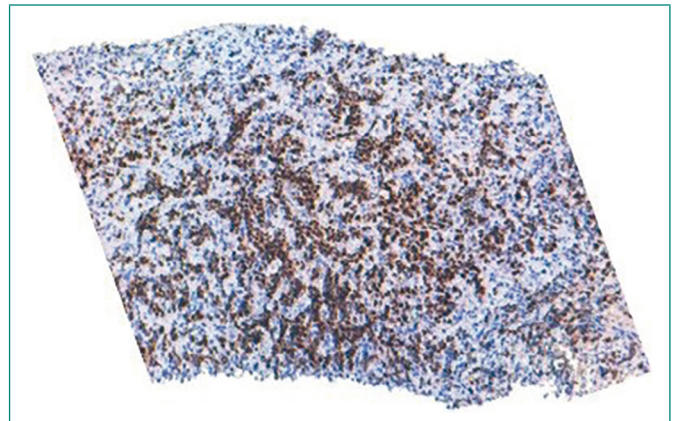
La tomografía computarizada (TC) con contraste reveló la existencia de un hígado de tamaño normal con alteración difusa del hepatograma, con innumerables pequeñas imágenes hipodensas y mal definidas. Mostraba bordes irregulares y nodulares y presentaba moderada cantidad de ascitis abdominal difusa. La conclusión de los radiólogos fue que se trataba de una pseudocirrosis hepática por infiltración tumoral metastásica difusa. Se practicó una biopsia transparietohepática sobre el lóbulo hepático izquierdo, confirmando el estudio histológico que se trataba de una recidiva metastásica de carcinoma de mama infiltrante tipo Luminal (RE 100%, RP 0%, HER2 negativo, ki67 12%).



**Figura 1.** TC con contraste. Obsérvese hígado de bordes irregulares y nodulares con múltiples imágenes hipodensas y mal definidas en su interior, sugestivo de pseudocirrosis. Presenta además ascitis perihepática



**Figura 2.** Infiltración hepática por metástasis de carcinoma



**Figura 3.** Inmunohistoquímica muestra positividad del 100% para receptor de estrógenos. Se confirma metástasis de carcinoma mamario tipo Luminal

## Evolución

Se inició quimioterapia intensiva basada en taxol por recidiva metastásica agresiva. Tras dos sesiones de quimioterapia la paciente presentó complicaciones derivadas de citotóxicos (bicitopenia grave), de la hipertensión portal secundaria a pseudocirrosis (disnea por derrame pleural trasudativo), así como un deterioro de su estado general por progresión de la enfermedad que se trató con corticoides como medida paliativa. Pocas semanas después, la paciente falleció por un cuadro intercurrente de sepsis.

## Discusión y conclusiones

La pseudocirrosis por carcinoma metastásico, habitualmente por cáncer de mama, es un diagnóstico infrecuente y raro. La incidencia real de la enfermedad es desconocida si bien todos los casos descritos y publicados coinciden en que se trata de un diagnóstico infrecuente y raro. Concretamente, desde 1975 hasta 2014 existen un total de 139 casos publicados en PubMed, 20 casos clínicos aislados y tres series de casos radiológicos (con 22, 29 y 68 pacientes, respectivamente). Qayyum *et al.*<sup>3</sup> describen una incidencia radiológica en el seguimiento de metástasis hepáticas de cáncer de mama por

TC del 75% (68/91 pacientes) de cambios en contorno hepático y en 8 de ellas signos de hipertensión portal (esplenomegalia, ascitis o venas colaterales). Fennessy *et al.*<sup>4</sup>, en un estudio similar, describen cambios sugestivos de pseudocirrosis en el 50% de sus pacientes (29 de 58 con metástasis hepáticas). Recientemente, la identificación de este fenómeno está aumentando, y es posible que ello se deba no sólo a un aumento de la capacidad para sospecharlo, sino a un aumento real de los casos. Tal vez los nuevos fármacos quimioterápicos y el aumento de la esperanza de vida en la mayoría de carcinomas tengan un papel relevante en este sentido<sup>5</sup>. Está por aclarar si la fisiopatología de la pseudocirrosis se debe únicamente a una reacción desmoplástica del estroma hepático en respuesta a infiltración metastásica o si podría deberse a una respuesta a la inflamación inducida por la quimioterapia en el tejido tumoral y/o hepatocitos sanos<sup>5-7</sup>.

En cualquier caso, se deberá sospechar la posibilidad de que una situación de hipertensión portal de *novo* con o sin insuficiencia hepática pueda deberse a una pseudocirrosis por metástasis de un carcinoma en aquellos pacientes con antecedentes de neoplasia (máxime, si es de mama) y presencia de ascitis por hipertensión portal<sup>7</sup> en contra de ascitis por carcinomatosis. Generalmente, la mejor herramienta para su diagnóstico previa al estudio histológico será la realización de TC con contraste<sup>1,3,4</sup>. Por otra parte, deberían prevenirse las complicaciones derivadas de la hipertensión portal ya que algunos pacientes podrían presentar una respuesta aunque fuera parcial a la quimioterapia, y presentar complicaciones graves secundarias a la hipertensión portal.

## Bibliografía

1. Lee SL, Chang ED, Na SJ, Won HS. Pseudocirrhosis of breast cancer metastases to the liver treated by chemotherapy. *Cancer Res Treat.* 2014; 46(1): 98-103.
2. Elosua González A, Rullan Iriarte M, Úriz Otano JI. Hipertensión portal intrahepática por metástasis sinusoidales de carcinoma urotelial. *Med Clin (Barc).* 2017 Sept 8; 149(5): 232-233. [Doi: 10.1016/j.medcli.2017.03.023](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.03.023).
3. Qayyum A, Lee GK, Yeh BM, Allen JN, Venook AP, Coakley FV. Frequency of hepatic contour abnormalities and signs of portal hypertension at CT in patients receiving chemotherapy for breast cancer metastatic to the liver. *Clin Imaging.* 2007; 31: 6-10.
4. Fennessy FM, Morteale KJ, Kluckert T, Gogate A, Ondategui-Parra S, Ros P, et al. Hepatic capsular retraction in metastatic carcinoma of the breast occurring with increase or decrease in size of subjacent metastasis. *AJR Am J Roentgenol.* 2004; 182: 651-655.
5. Aoyagi T, Takabe K, Tamanuki T, Matsubara H, Matsuzaki H. Pseudocirrhosis after chemotherapy in breast cancer, case reports. *Breast Cancer.* 2018 Apr 25. [Doi: 10.1007/s12282-018-0865-5](https://doi.org/10.1007/s12282-018-0865-5).
6. Mitani S, Kadowaki S, Taniguchi H, Muto H, Muro K. Pseudocirrhosis in gastric cancer with diffuse liver metastases after a dramatic response to chemotherapy. *Case Rep Oncol.* 2016; 9: 106-111.
7. Adike A, Karlin N, Carey EJ. Pseudocirrhosis: a case series and literature review. *Case Rep Gastroenterol.* 2016; 10: 381-391.