

Grandes simuladoras: Metástasis infrecuentes del carcinoma lobulillar de mama

P. Insaurrealde Barreyro, C. Carrera, E. Martínez, A. Sabatella, E Casali, A. Pissaco, E. Eyheremendy.

Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Alemán,
Buenos Aires, Argentina.

OBJETIVOS

- Descripción de manifestaciones radiológicas de metástasis por **carcinoma lobulillar de mama**.
- Presentación de casos con compromiso a nivel gastrointestinal, peritoneal, urinario y orbitario.
- Evitar el retraso diagnóstico y terapéutico del compromiso secundario por carcinoma lobulillar que puede simular otras entidades.

REVISIÓN DEL TEMA

- El carcinoma de mama es la principal causa oncológica de mortalidad en mujeres a nivel mundial, siendo el lobulillar de tipo infiltrante el segundo en frecuencia [1].
- Presenta mayor probabilidad de metástasis a distancia al ser más silente que el cáncer ductal infiltrante y al existir un intervalo largo desde el diagnóstico inicial primario [2].
- Los sitios de diseminación pueden comprometer el tracto gastrointestinal, genitourinario, peritoneo y retroperitoneo pudiendo simular otras patologías [3].
- La diferenciación de estas entidades es crucial, tanto para la valoración en la obtención de una muestra histológica como la terapéutica, pudiendo modificarlas radicalmente [4].

REVISIÓN DEL TEMA

- Las vías de diseminación tumoral son por vía linfática, hematológica y contigüidad [5].
- El compromiso a distancia sin afección hepatopulmonar puede explicarse por el plexo venoso de Batson, bypass de los sistemas pulmonar, portal y cavo que se extiende a lo largo del raquis, desde el cráneo hasta la pelvis menor y sus órganos [6].



CAVOGRAFIA PLEXO DE
BATSON A NIVEL LUMBAR

REVISIÓN DEL TEMA

- Las metástasis pueden presentarse de manera completamente asintomática o con una sintomatología inespecífica, indistinguible de otras etiologías [7].
- Los síntomas dependerán del órgano afectado y de la progresión de la enfermedad (dolor, distensión abdominal, obstrucción intestinal, disuria y alteraciones visuales) [8].
- Suele existir un intervalo largo desde el diagnóstico inicial primario siendo difícil diferenciarlo tanto clínico como histológicamente [9].
- La indemnidad de la mucosa es responsable de falsos negativos en biopsias vía endoscópica debido a la diseminación hematógena [10].

37 Congreso
Nacional
CENTRO DE
CONVENCIONES
INTERNACIONALES

Barcelona
22/25
MAYO 2024

seram
Sociedad Española de Radiología Médica

ferm
FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE
FISICIAOS DE RADIOLOGÍA

RC | RADIOLOGOS
DE CATALUNYA

REVISIÓN DE CASOS

CASO 1

→ Paciente femenino de 49 años.

→ Antecedentes:

-Carcinoma lobulillar (Estadío IIIA):

→ Mastectomía + linfadenectomía,
adyuvancia con ACdd + paclitaxel, RT y
terapia hormonal.

-Período libre de enfermedad: 2 años y 7
meses.

-Conización de cuello uterino. SIL de alto
grado .

→ Motivo de consulta: trauma lumbosacro por
caída desde caballo. Dolor abdominal,
tenesmo rectal y urinario.

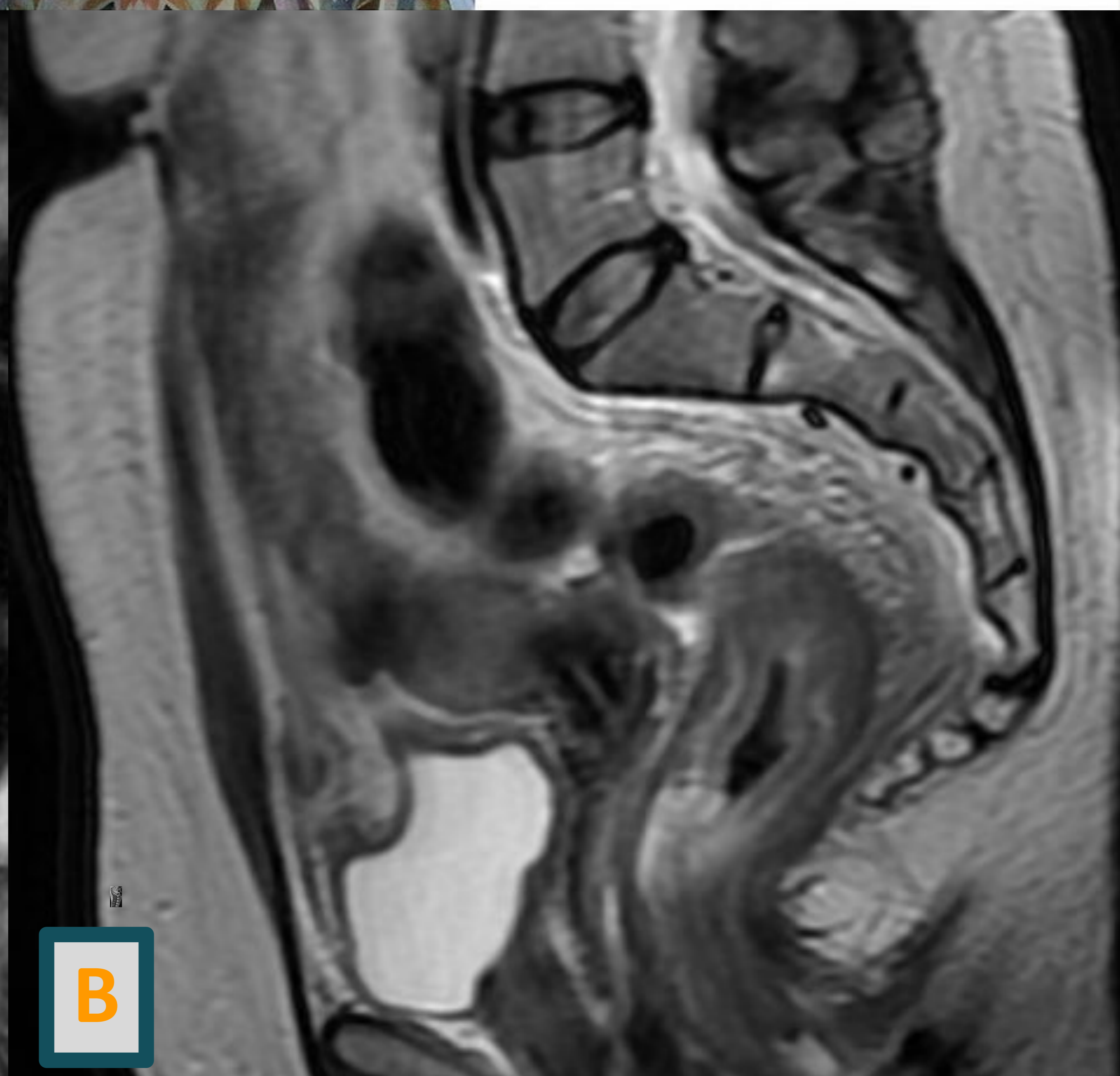


Fig. A: Plano coronal que evidencia ectasia ureteropielocalicial bilateral.
Fig. B: Plano sagital donde se puede observar engrosamiento parietal difuso rectal.

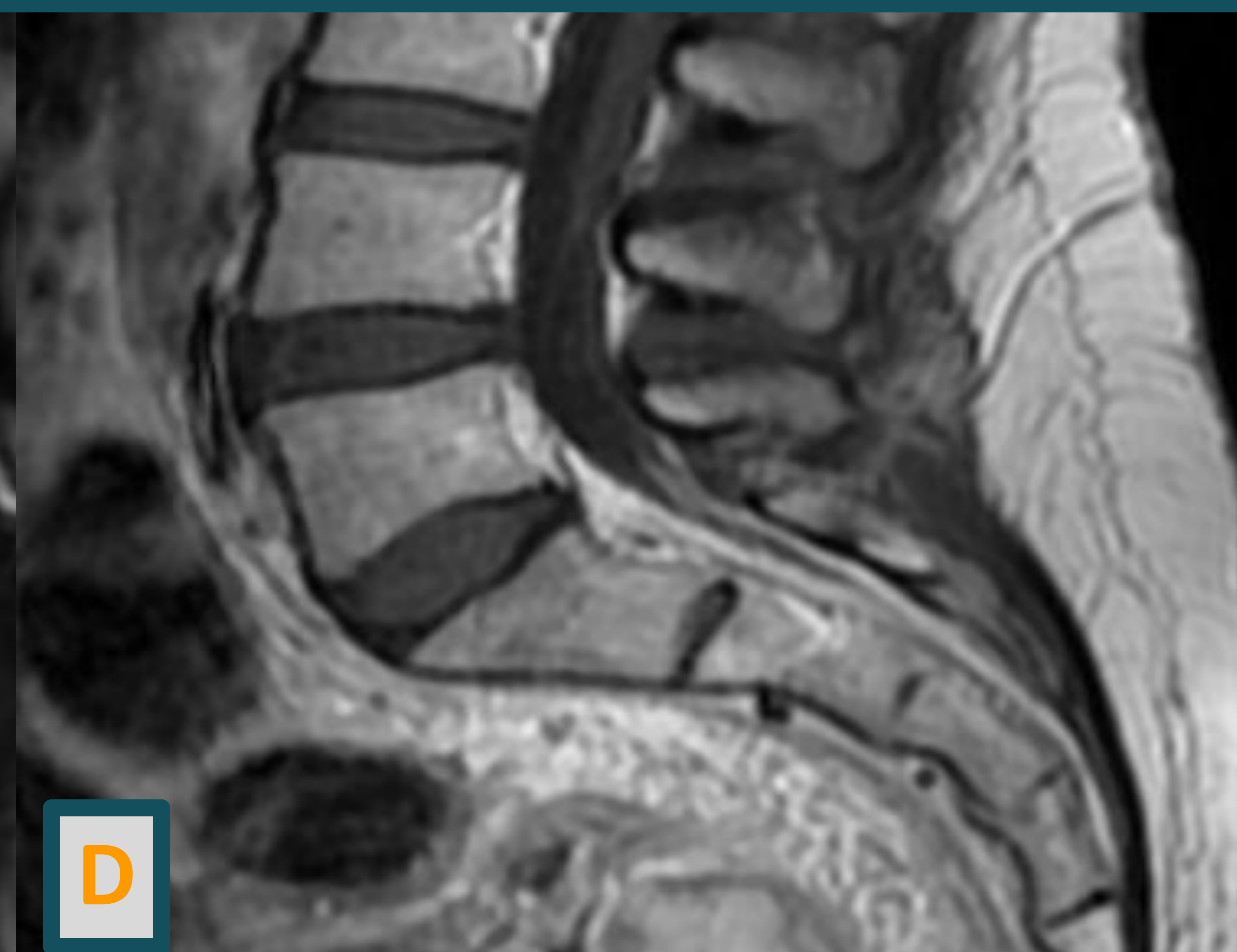


Fig. C: Engrosamiento parietal latero superior izquierdo vesical.
Fig. D: Sin evidencia de alteraciones óseas en zona de traumatismo.

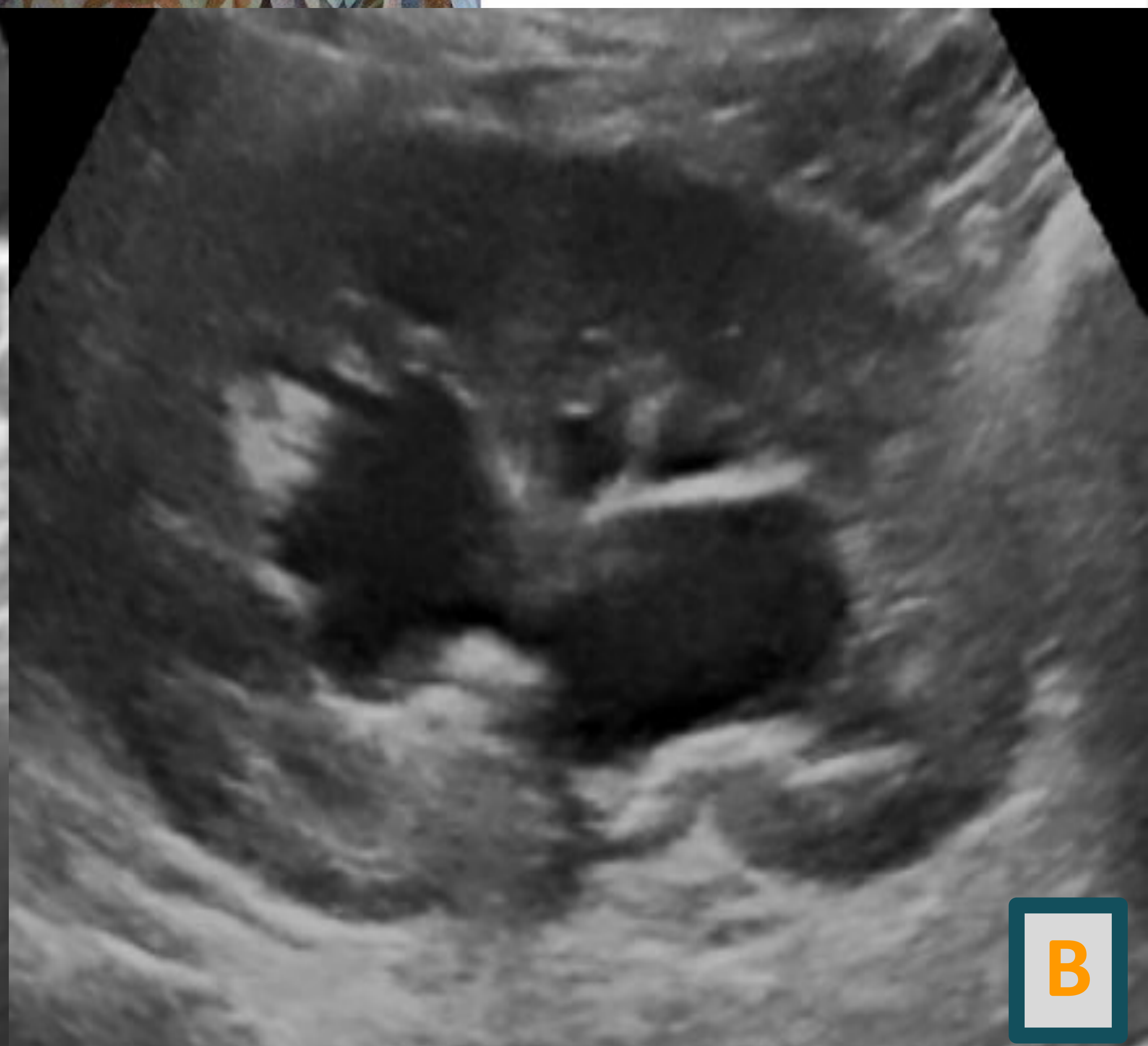
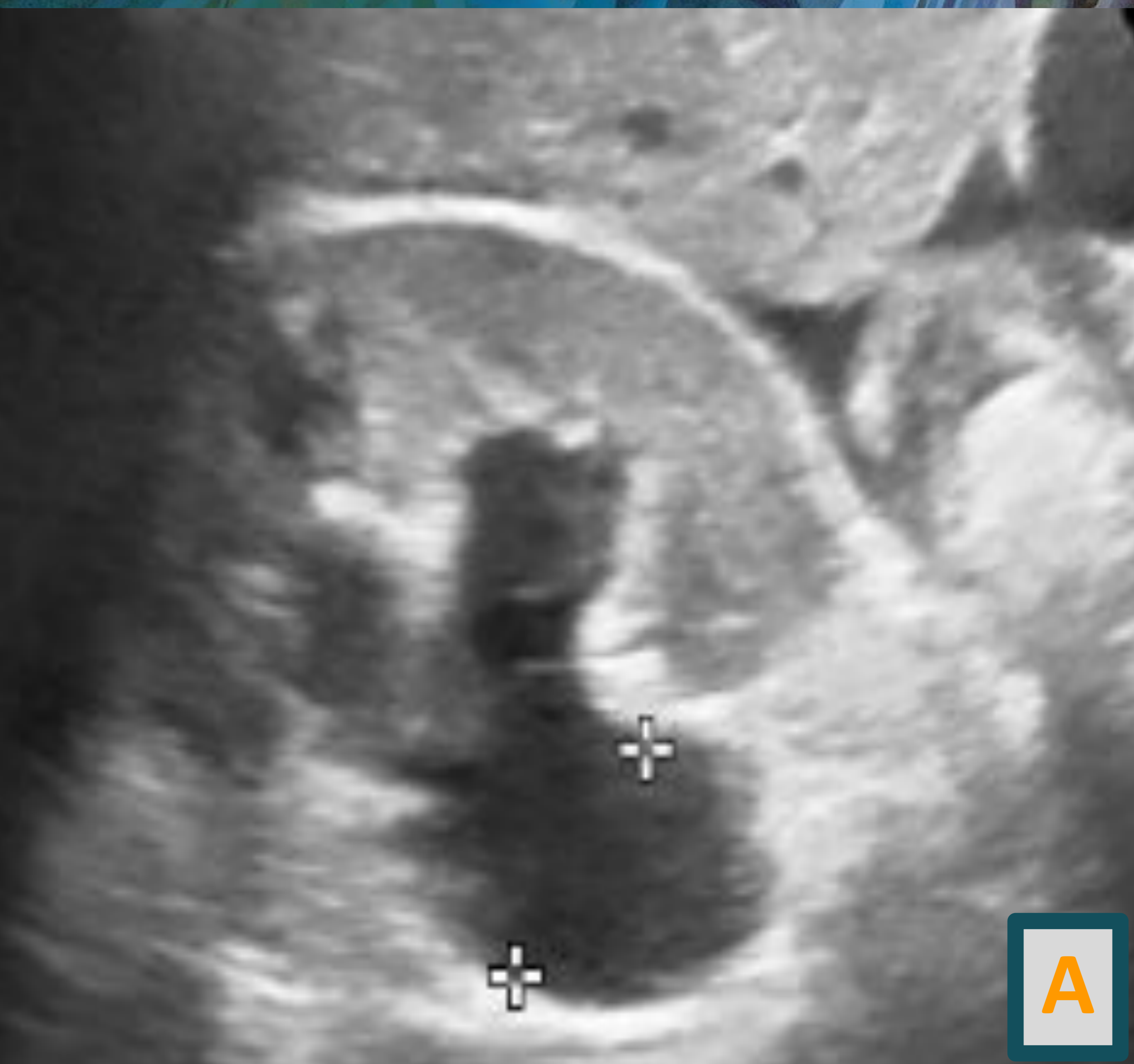


Fig. A y B: Ecografía que evidencia ectasia ureteropielocalicial bilateral y mínima cantidad de líquido libre perihepático.



Fig. C: Ecografía donde se evidencia en plano axial del colon ascendente engrosamiento parietal circunferencial simétrico.

Fig. D: Ecografía que muestra líquido libre en espacio de Morrison.



Fig. A, B y C: Plano coronal y sagital que muestran ectasia ureteropielocalicial bilateral (**A y C**); engrosamiento parietal difuso del colon ascendente (**B y C**) y latero superior izquierdo de pared vesical (**A y B**)

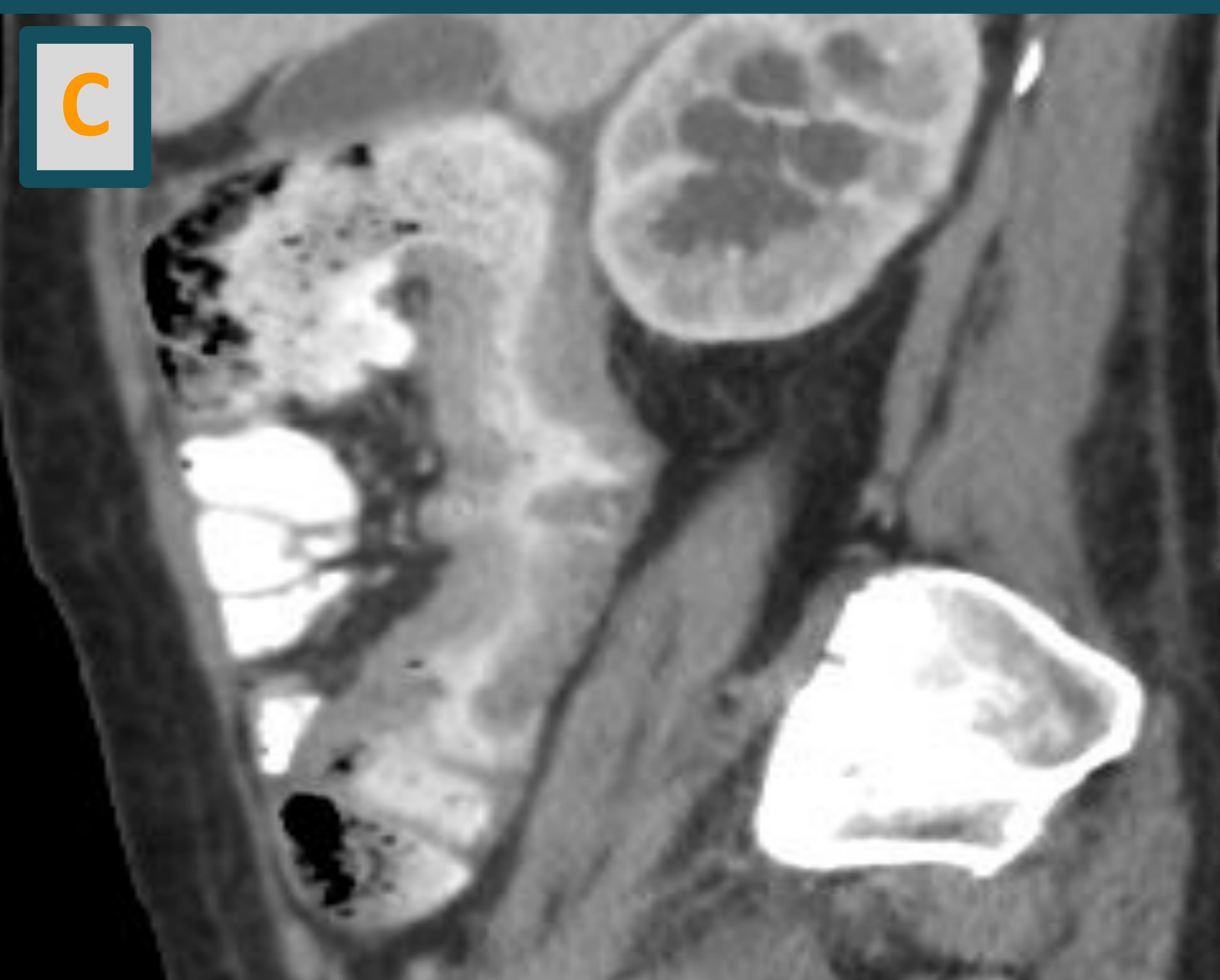


Fig. D: Videocolonoscopia que evidencia inflamación discontinua de la mucosa rectosigmoidea de aspecto inespecifico al igual que resultados anatomopatológicos

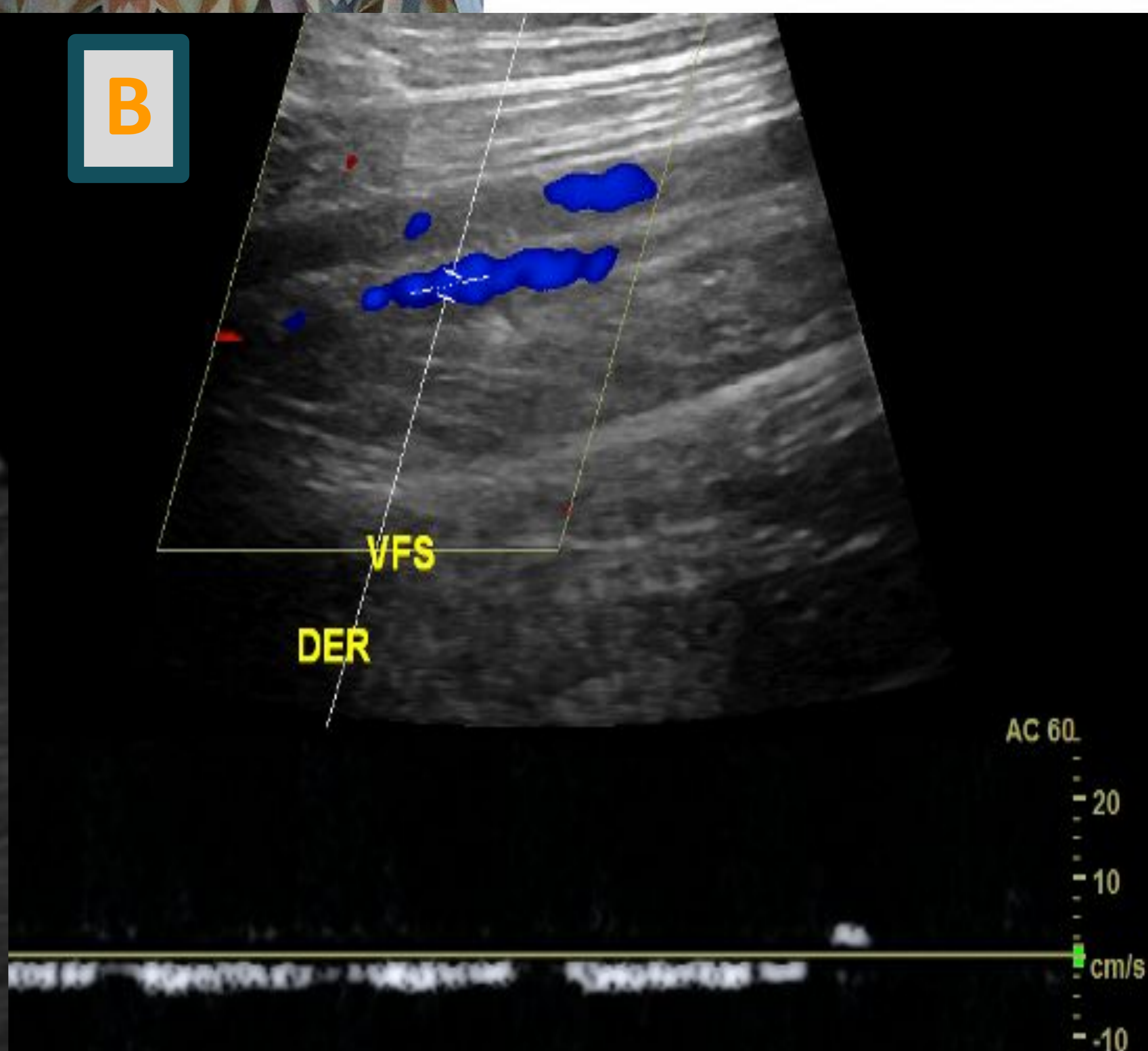


Fig. A y B: Ecografía que muestra engrosamiento mural en tercio proximal de vena cava inferior (A) donde se evidenció reducción en la amplitud y velocidad circulatoria bilateral en Doppler venoso. Ej: Vena femoral superficial derecha (B).



Fig. C y D: Cortes sagital y axial de tomografía donde se evidencia disminución de calibre de vena cava inferior y pasaje filiforme de contraste endovenoso.

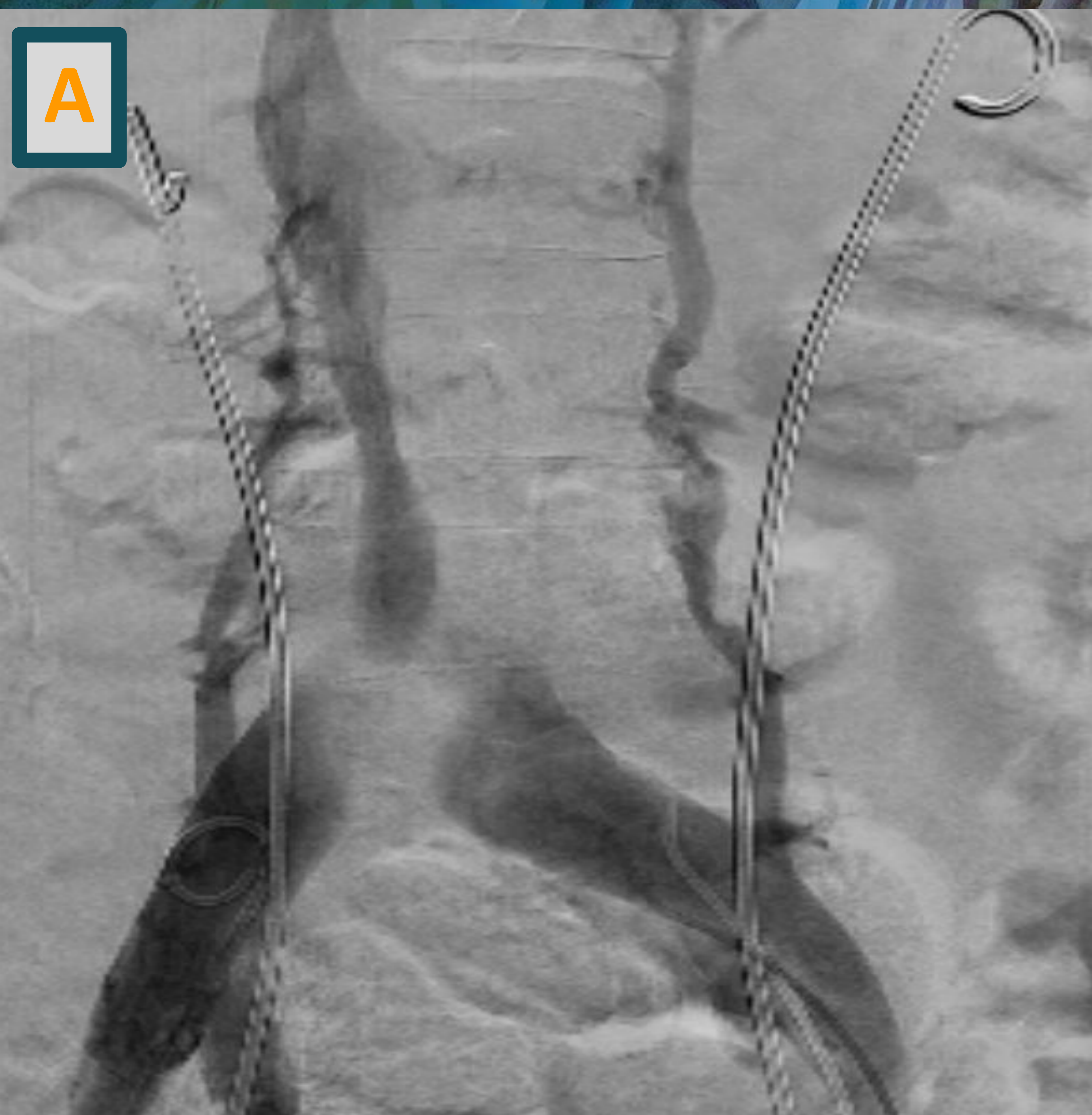


Fig. A y B: Cavografía que evidencia disminución del calibre de vena cava inferior y origen de vena ilíaca izquierda con signos de colateralidad lumbar.

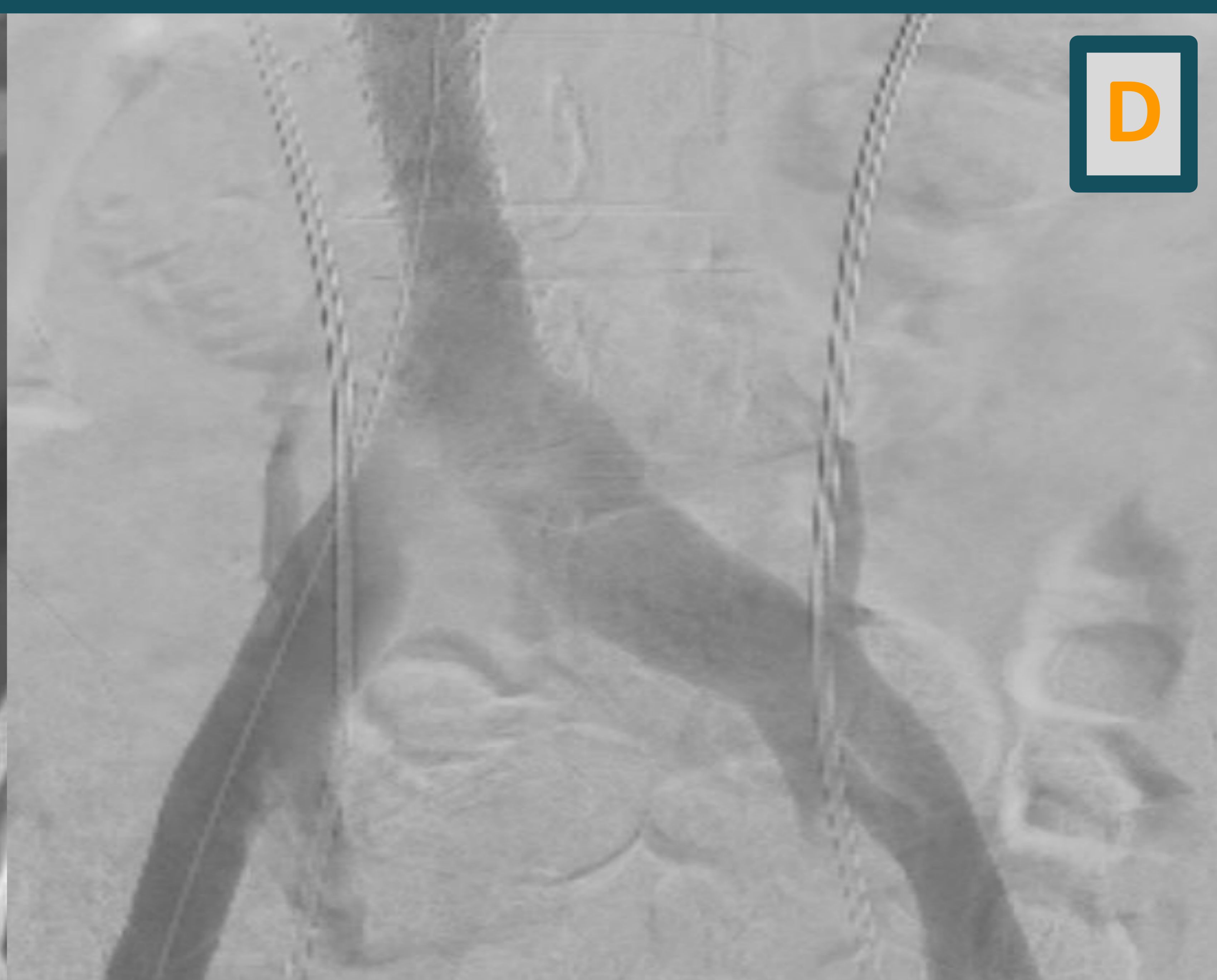


Fig. C y D: Colocación de Stent en vena cava inferior y vena ilíaca izquierda proximal con adecuada opacificación y resolución de colateralidad lumbar.

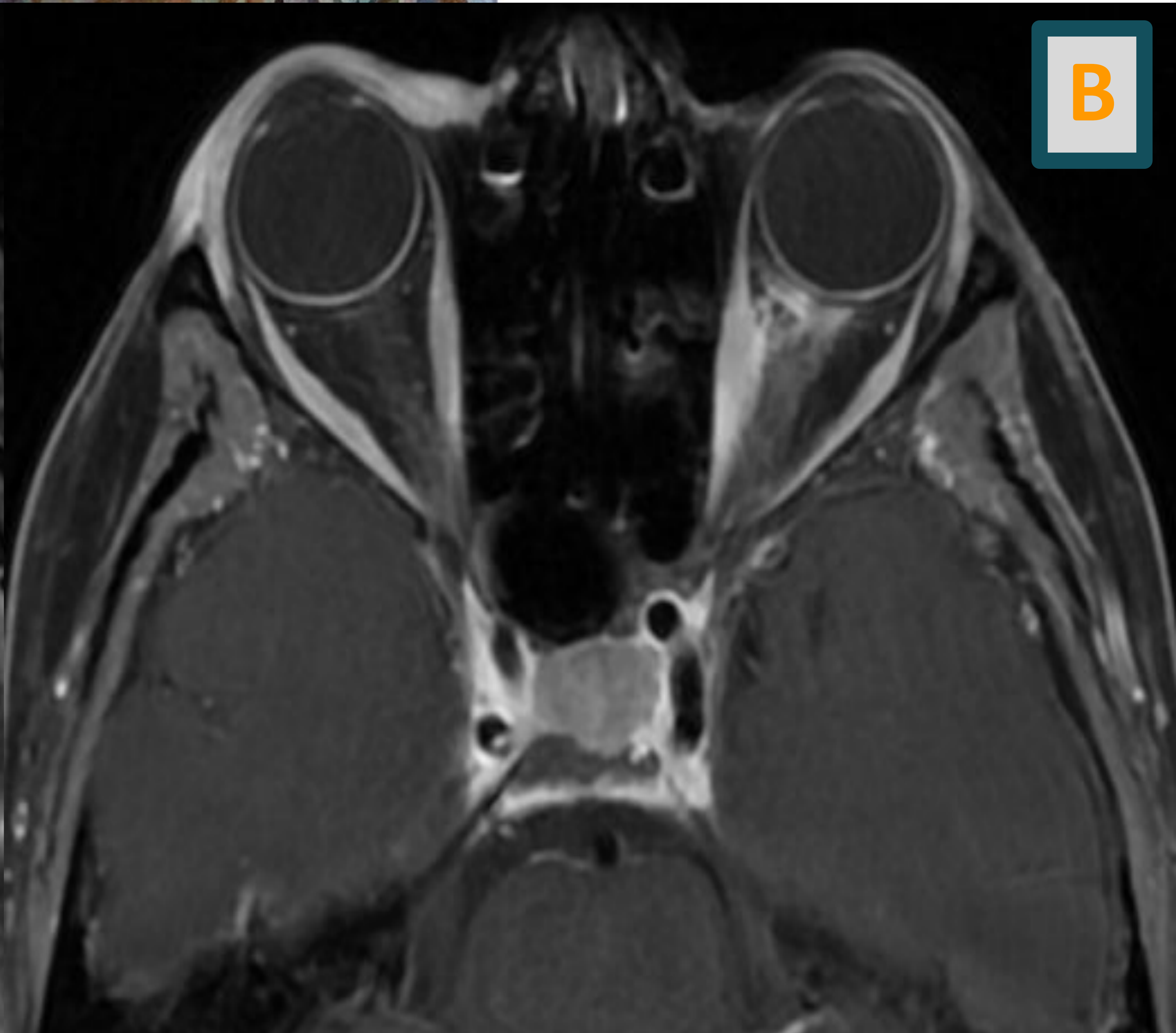
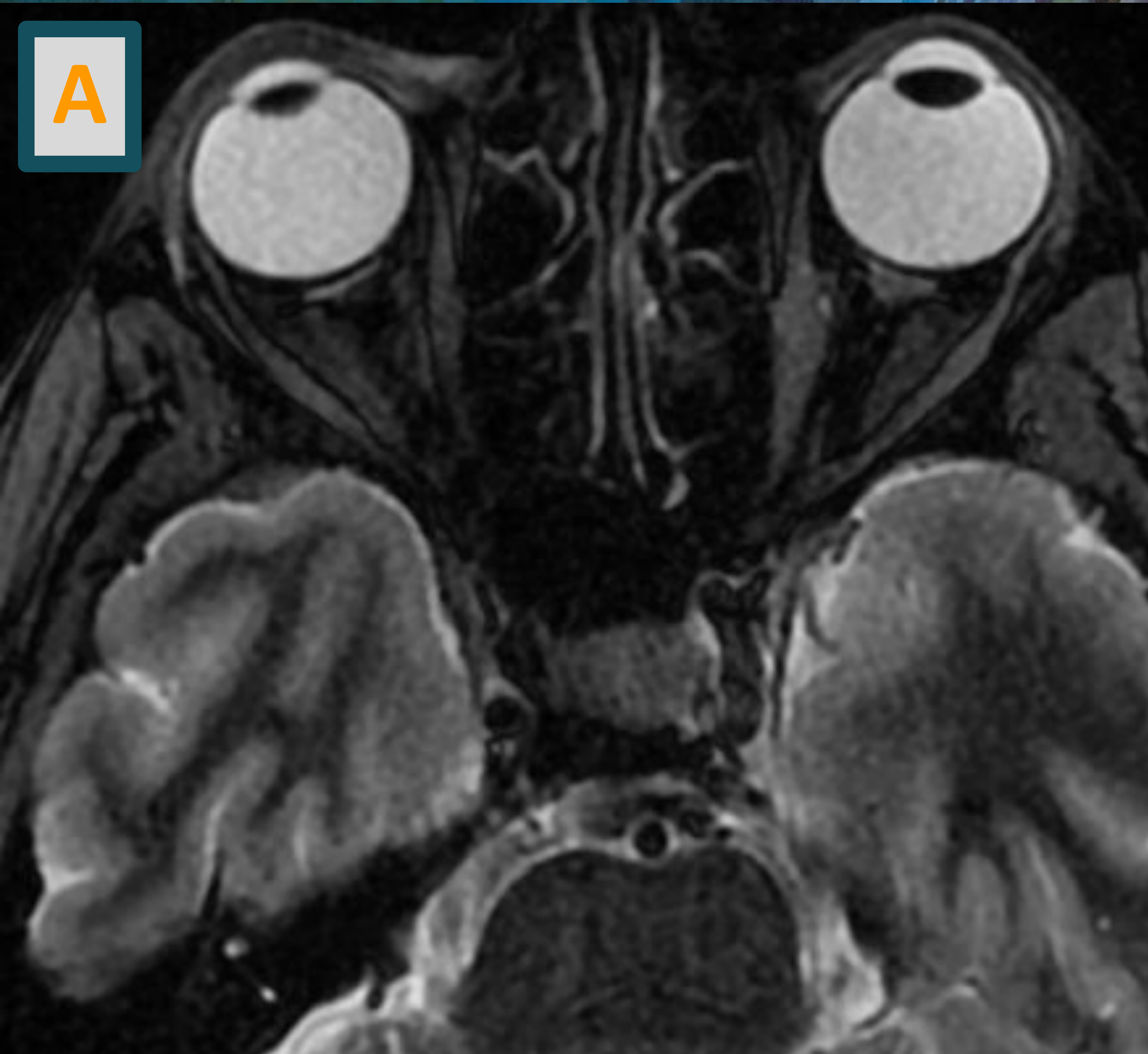


Fig. A y B: RM por ptosis palpebral. Cortes axiales que muestran aumento del espesor y de la señal del tejido celular subcutáneo preseptal derecho, del músculo recto interno izquierdo y de la grasa intraconal adyacente

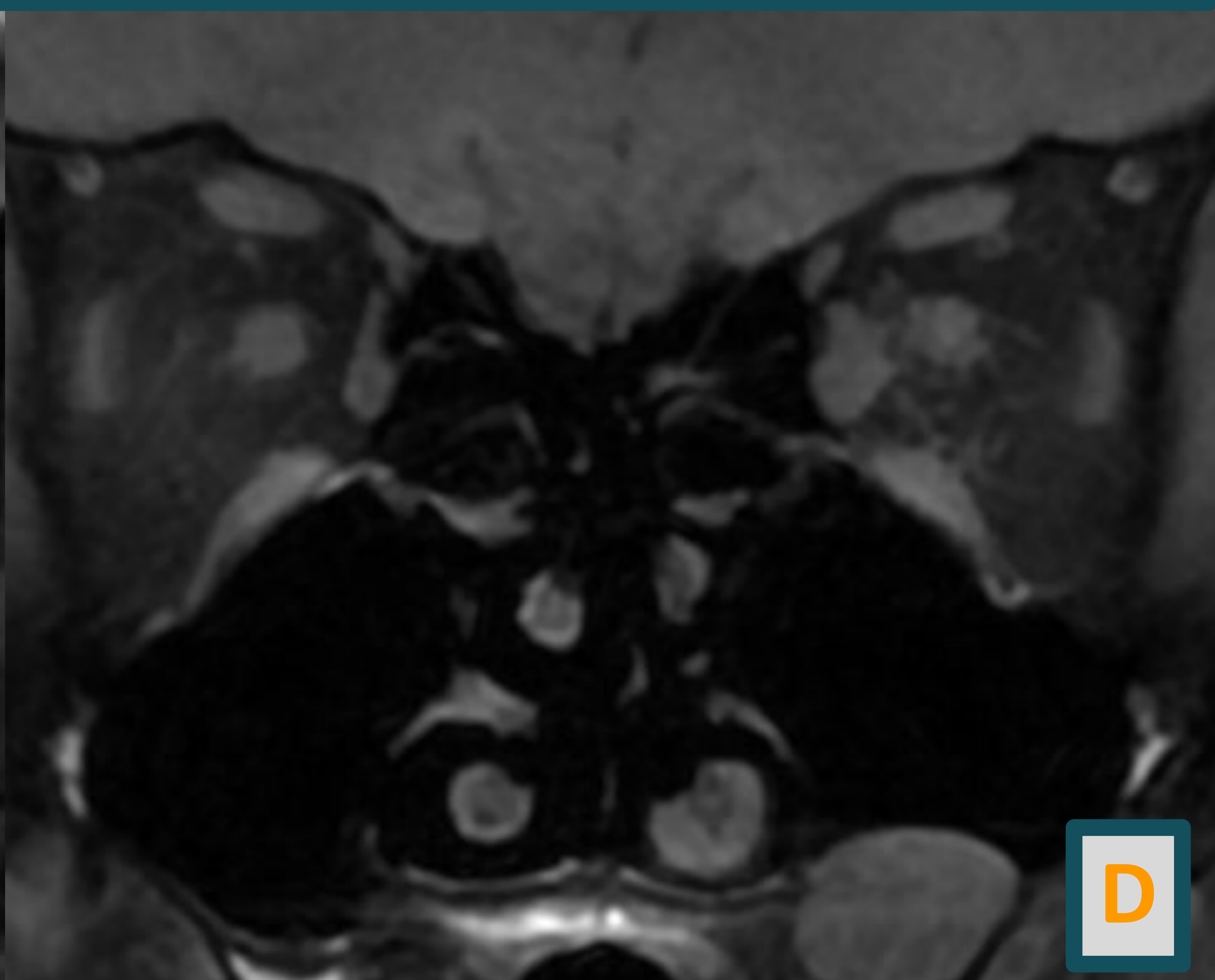
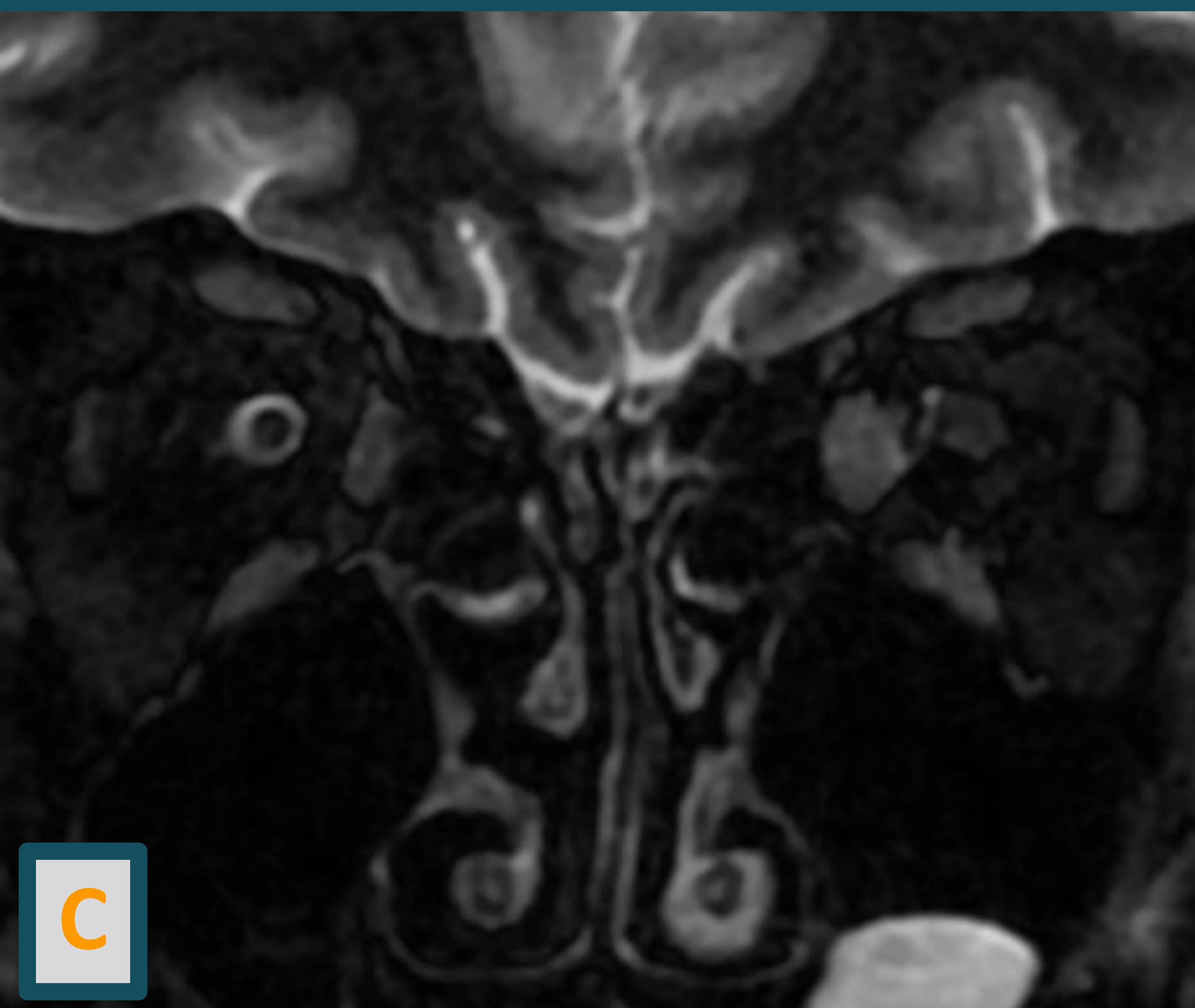


Fig. C y D: Planos coronales que muestran aumento del espesor del músculo recto interno izquierdo con alteración de la grasa intraconal adyacente. Hallazgos que se interpretaron en relación patología de base.

CASO 2

→ Paciente femenino de 74 años.

→ Antecedentes:

-HTA

-Colecistectomía

-Apendicectomía

→ Motivo de consulta:

Incontinencia urinaria y nocturia en contexto de infección urinaria de 10 días de evolución.

A



B

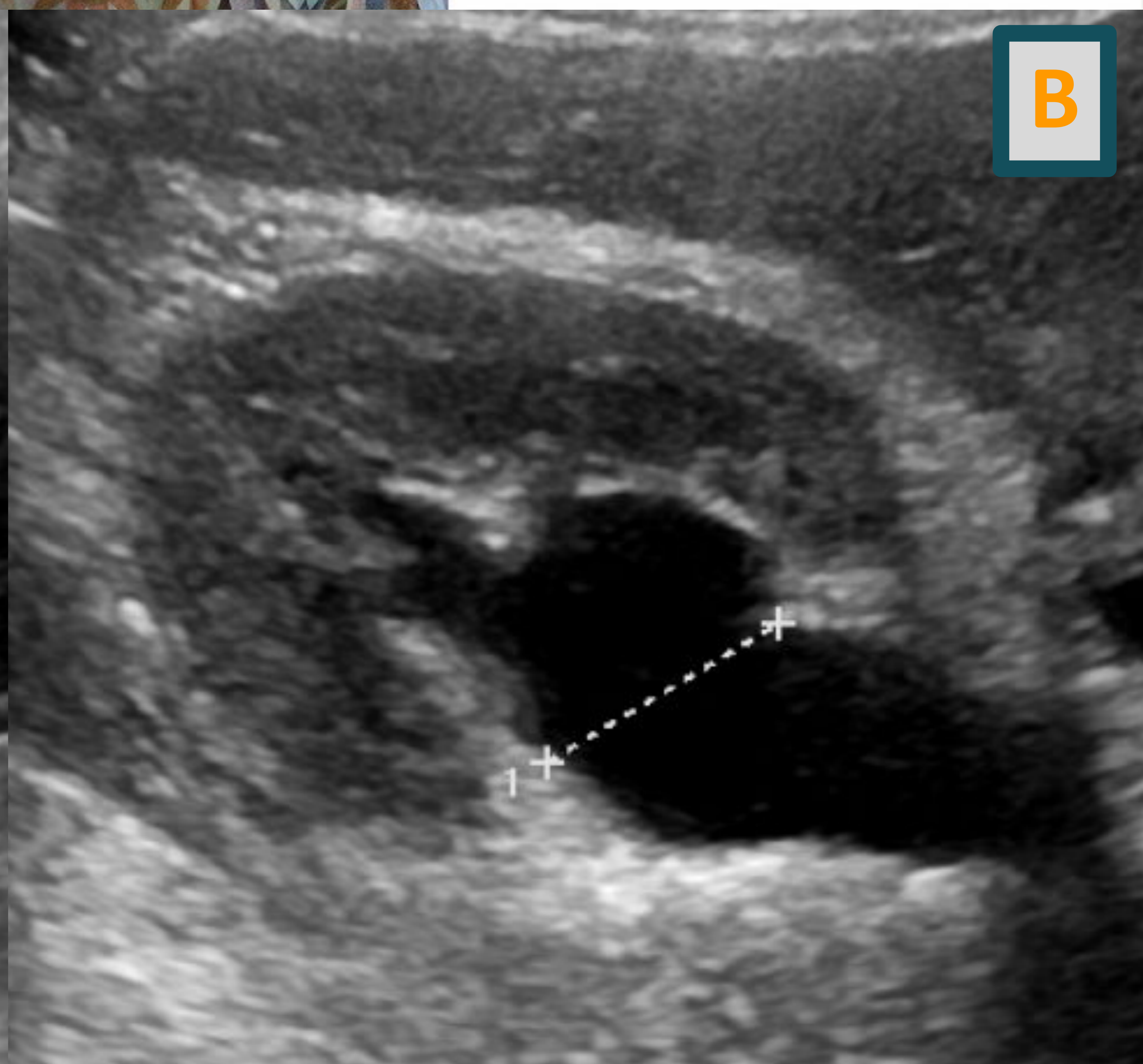
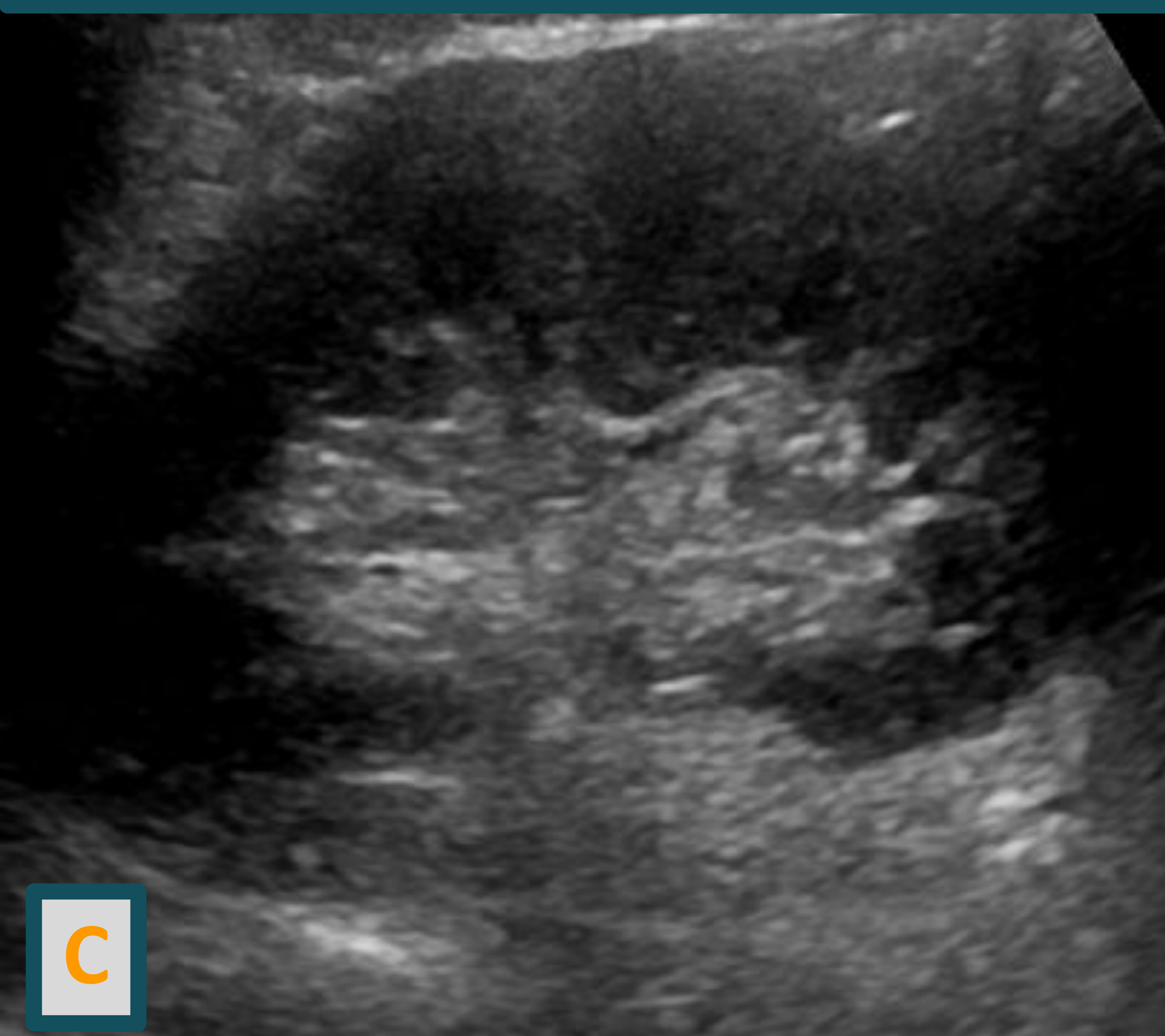


Fig. A y B: Ecografía que muestra plano longitudinal (A) y medición de apertura pielica anteroposterior del riñon derecho axial (B) con ectasia ureteropielocalicial

C



D

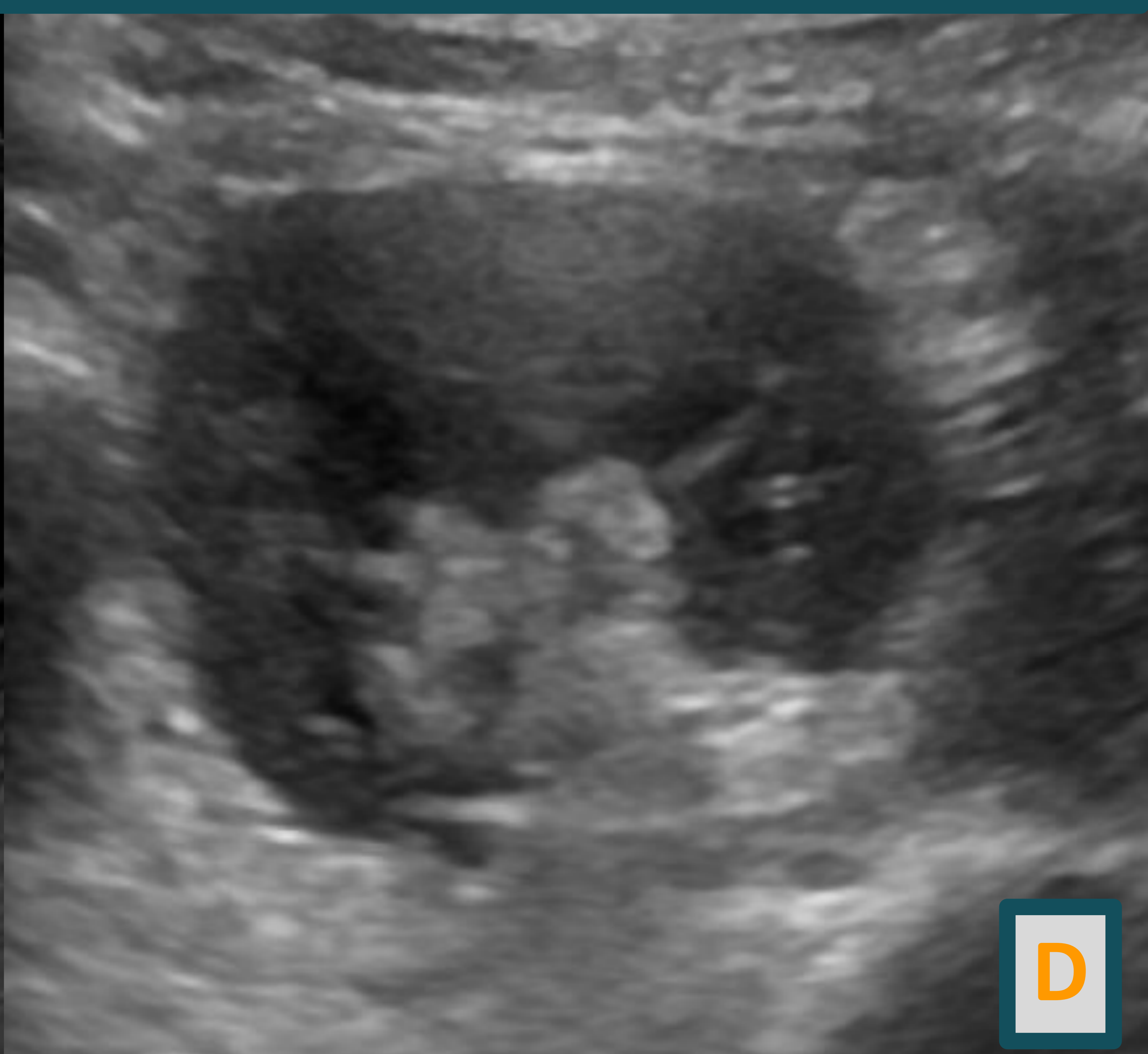


Fig. C y D: Ecografía del riñon izquierdo en plano longitudinal (C) y anteroposterior (D) sin alteraciones.

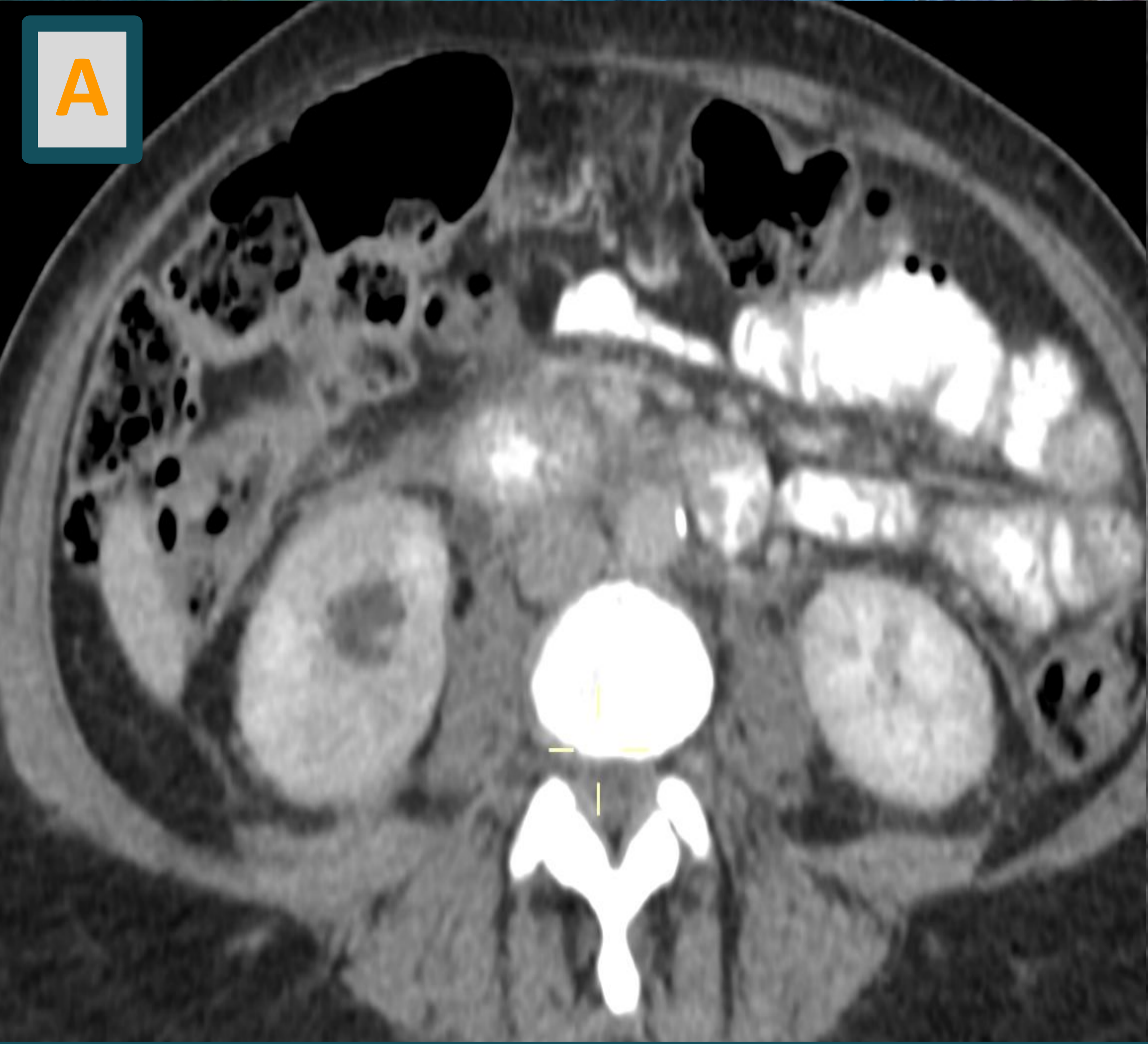


Fig. A, B y C: Tomografía en planos axial (A) y coronal (B y C) que muestran engrosamiento de fascia pararenal anterior derecha con ectasia ureteropielocalicial homolateral asociado a realce parietal ureteral

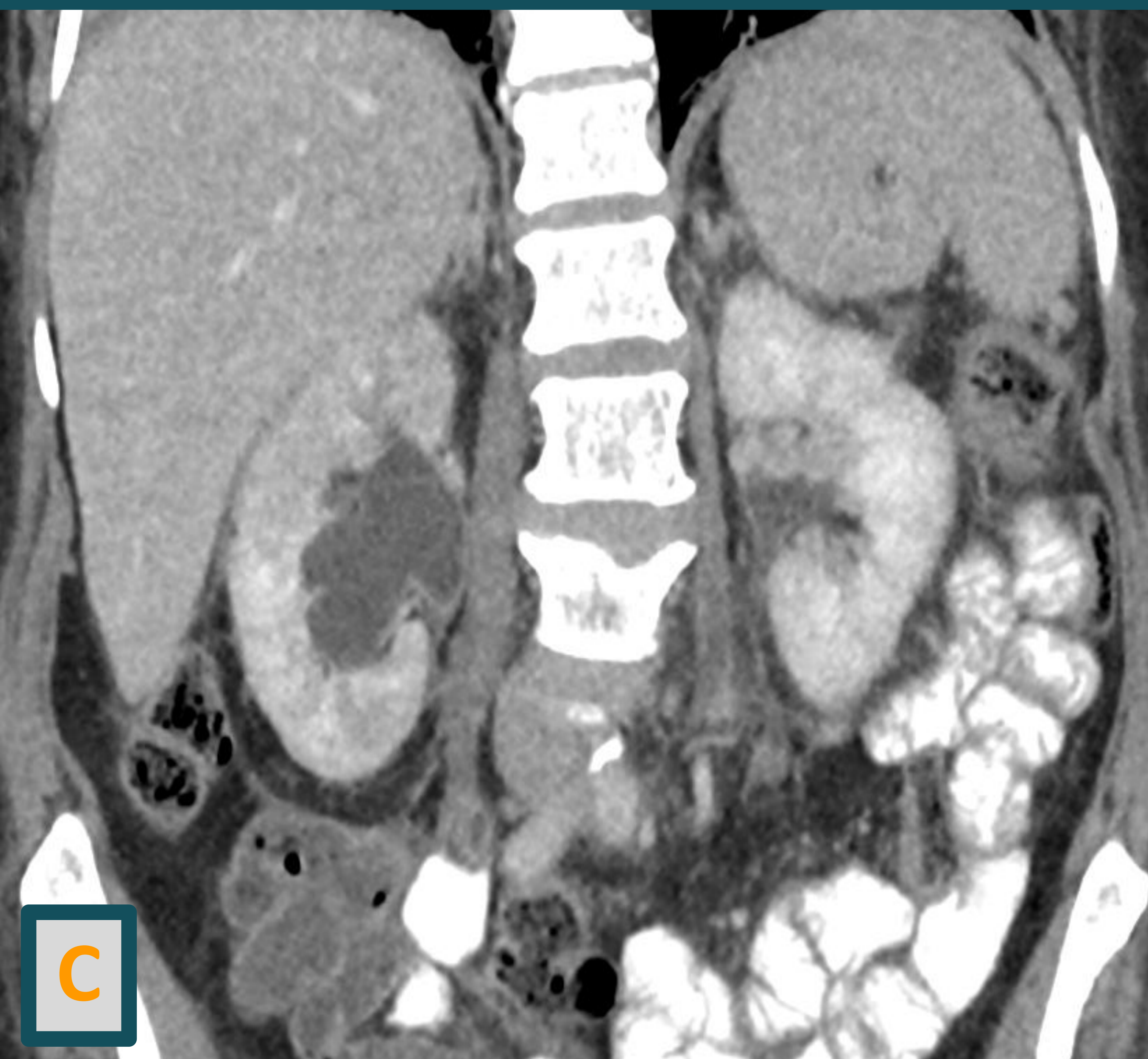


Fig. D: Tomografía en planos axial con ventana ósea que muestra alteración estructural del raquis visible.



A

Fig. A: PET TC en planos sagitales que evidencian compromiso difuso mixto en las estructuras óseas de aspecto secundario con sectores de tenue acentuación metabólica.

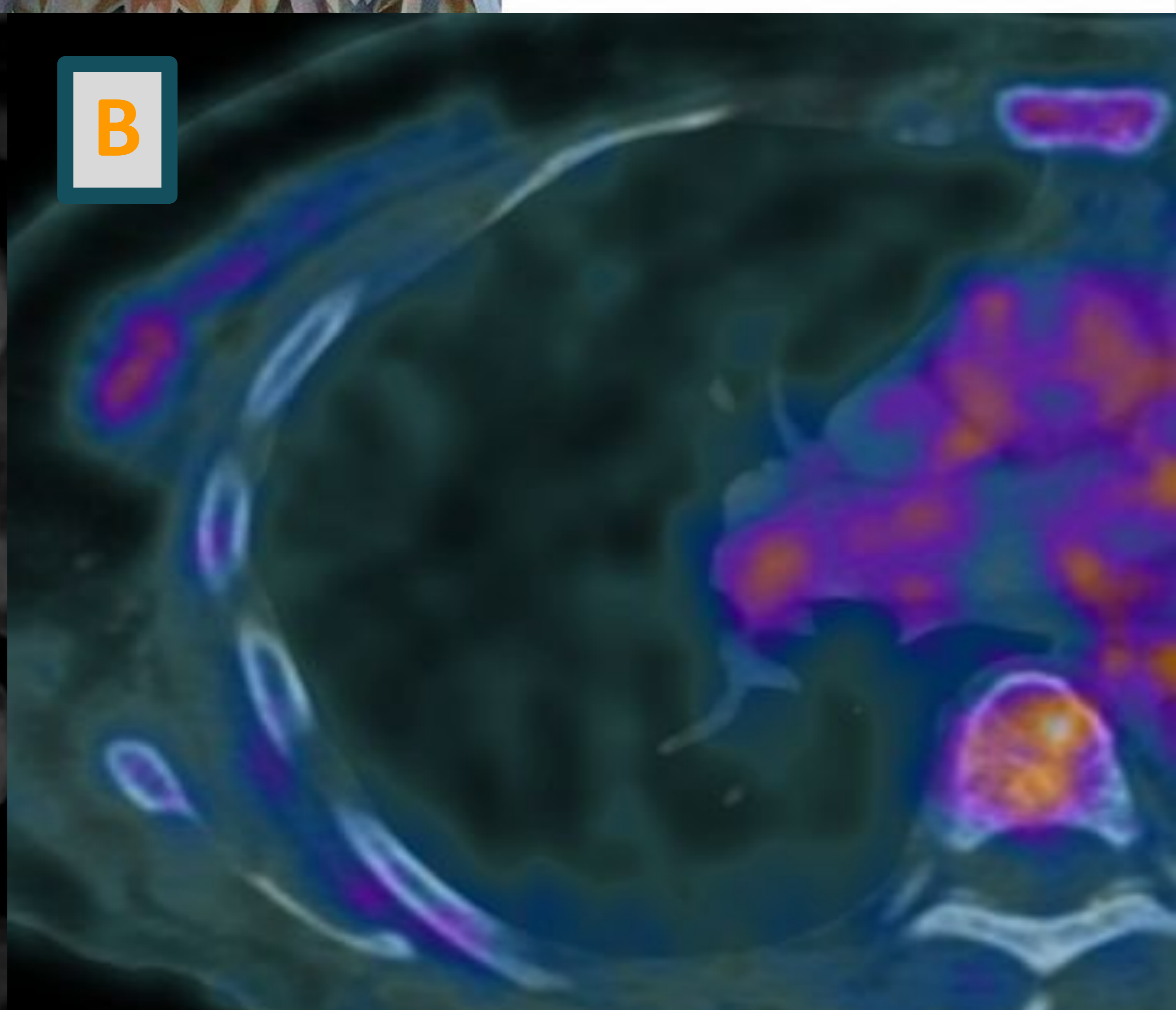
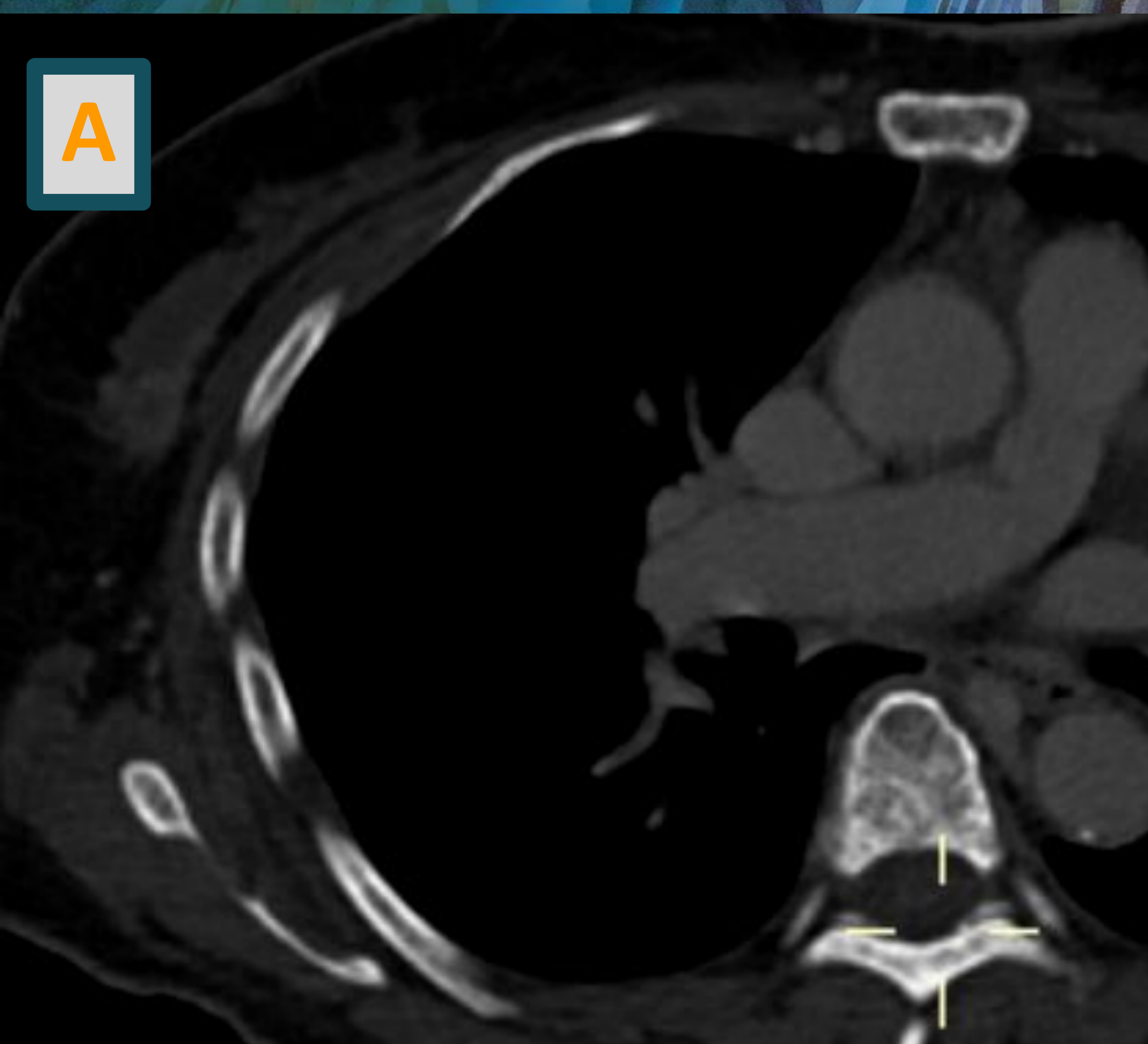


Fig. A y B : PET TC que evidencia de compromiso focal hipervascularizado **(A)** de aspecto neofornativo primario en CSE de mama derecha que muestra actividad metabólica **(B)**.

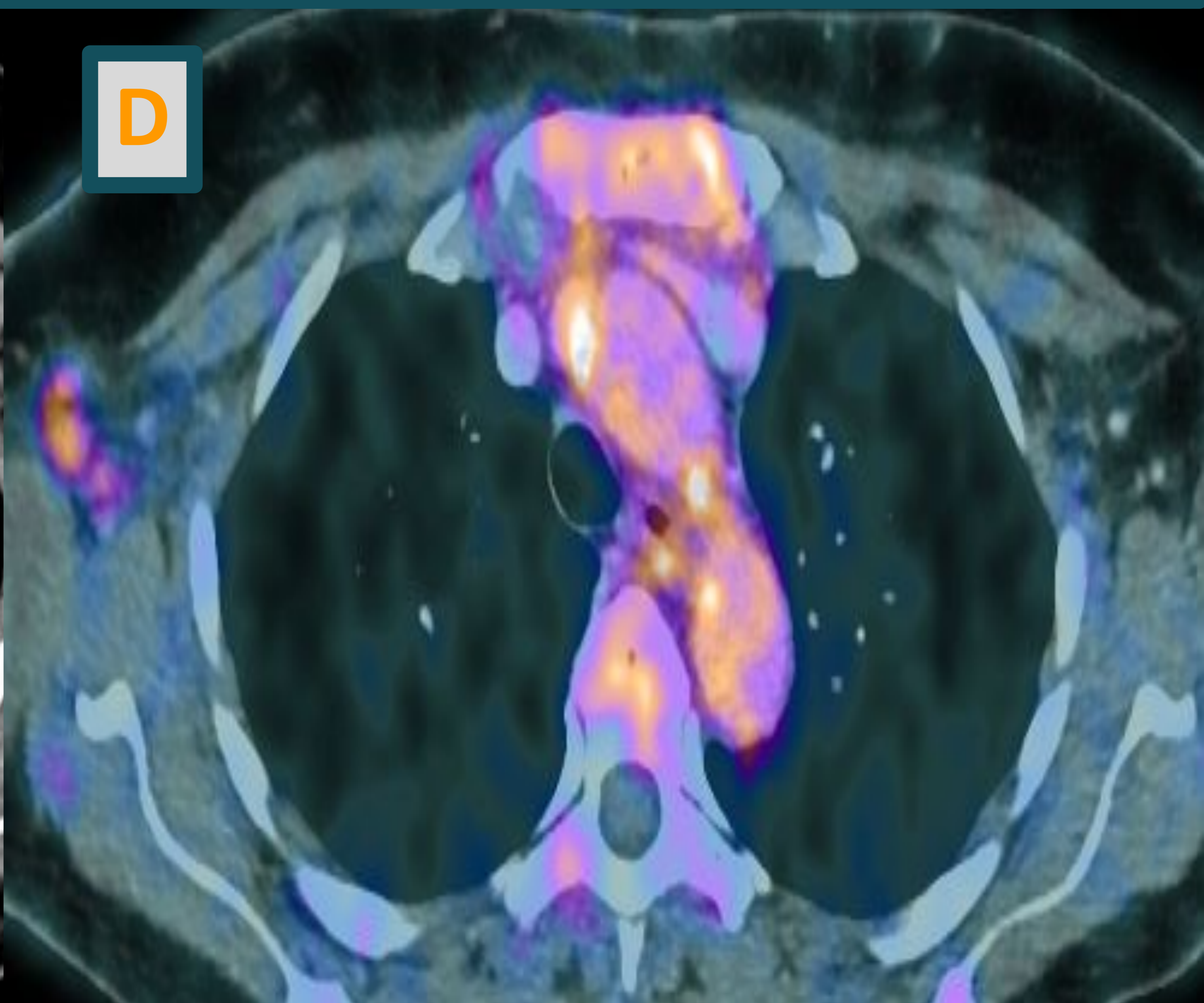
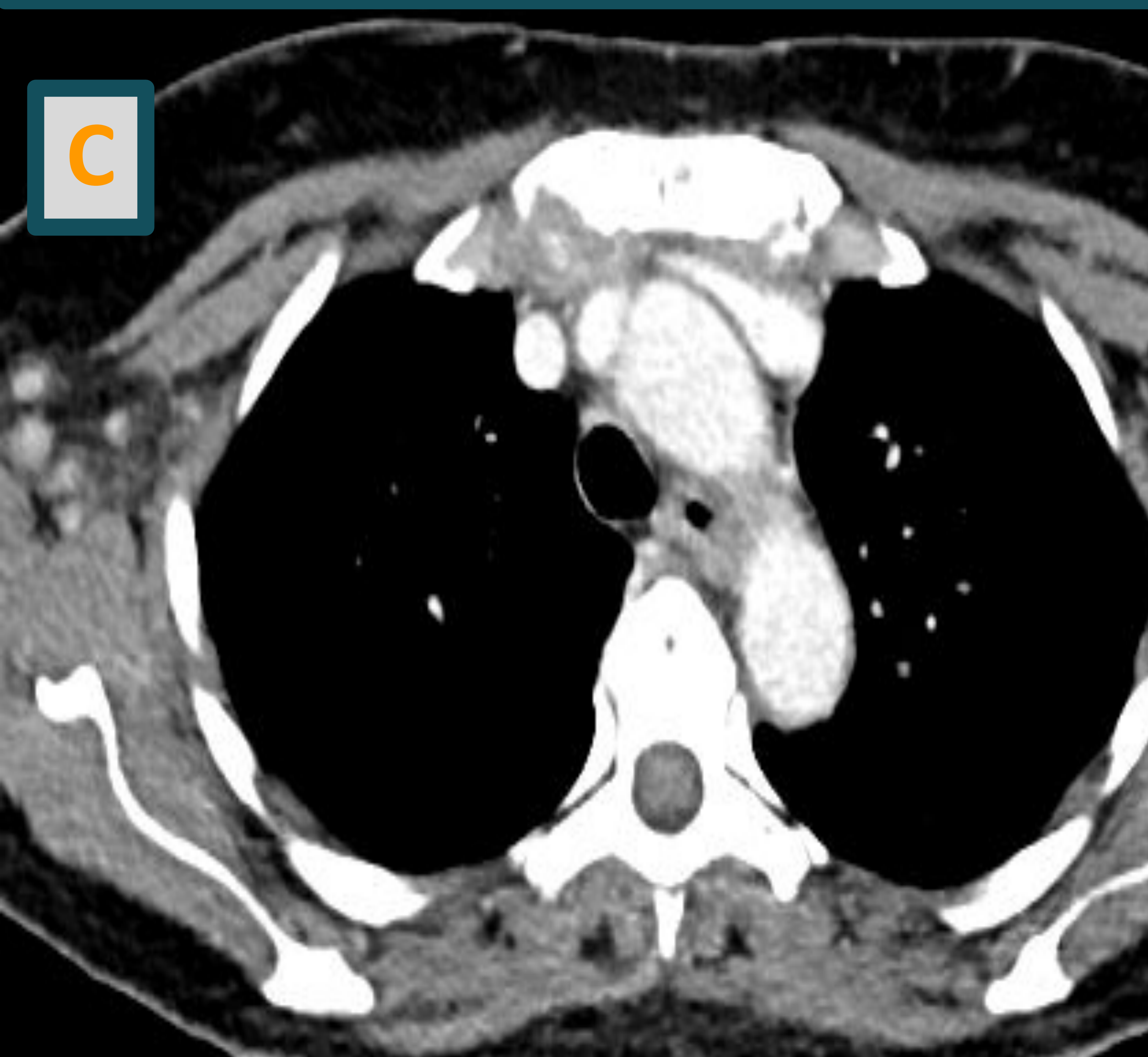
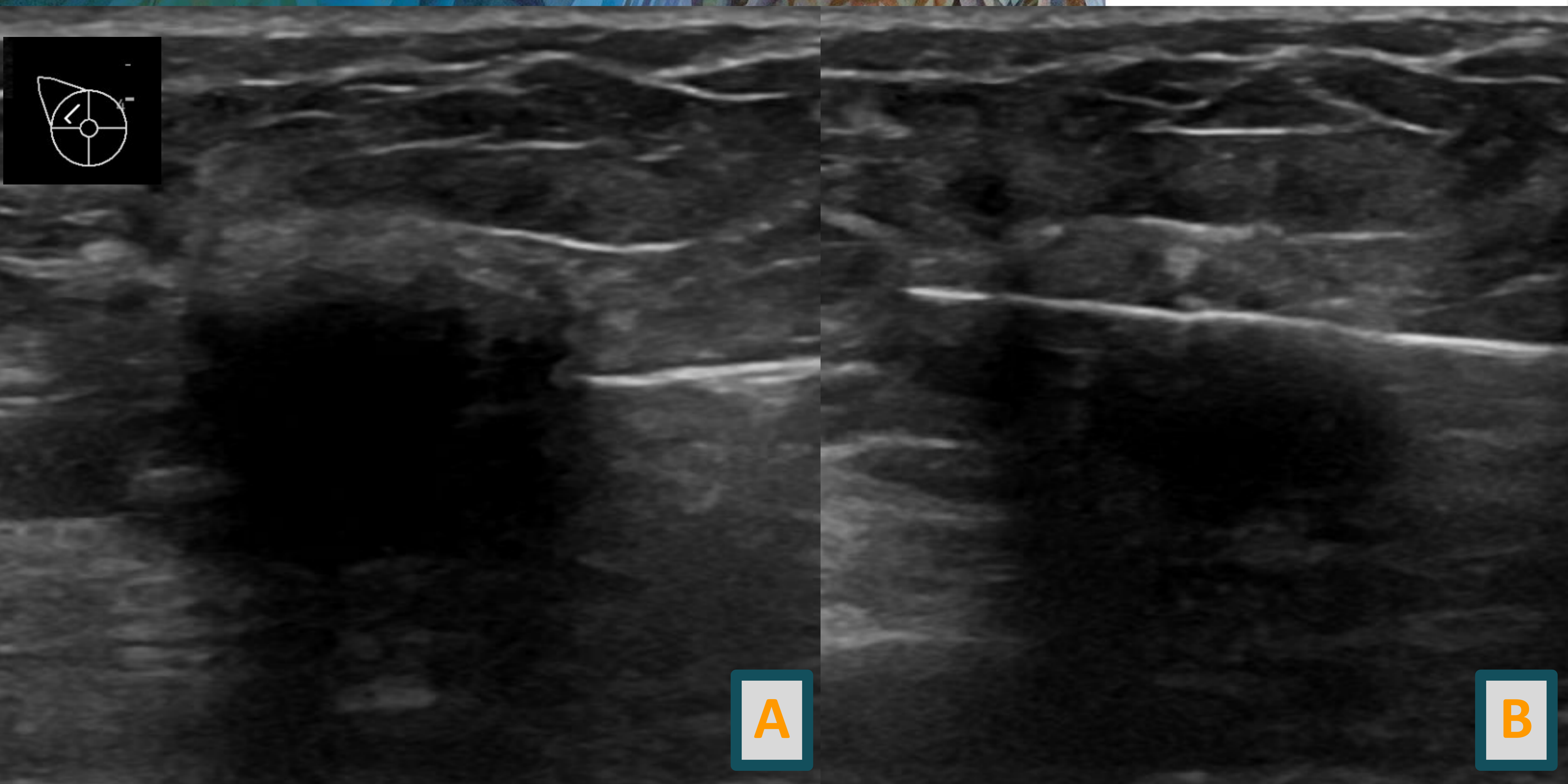


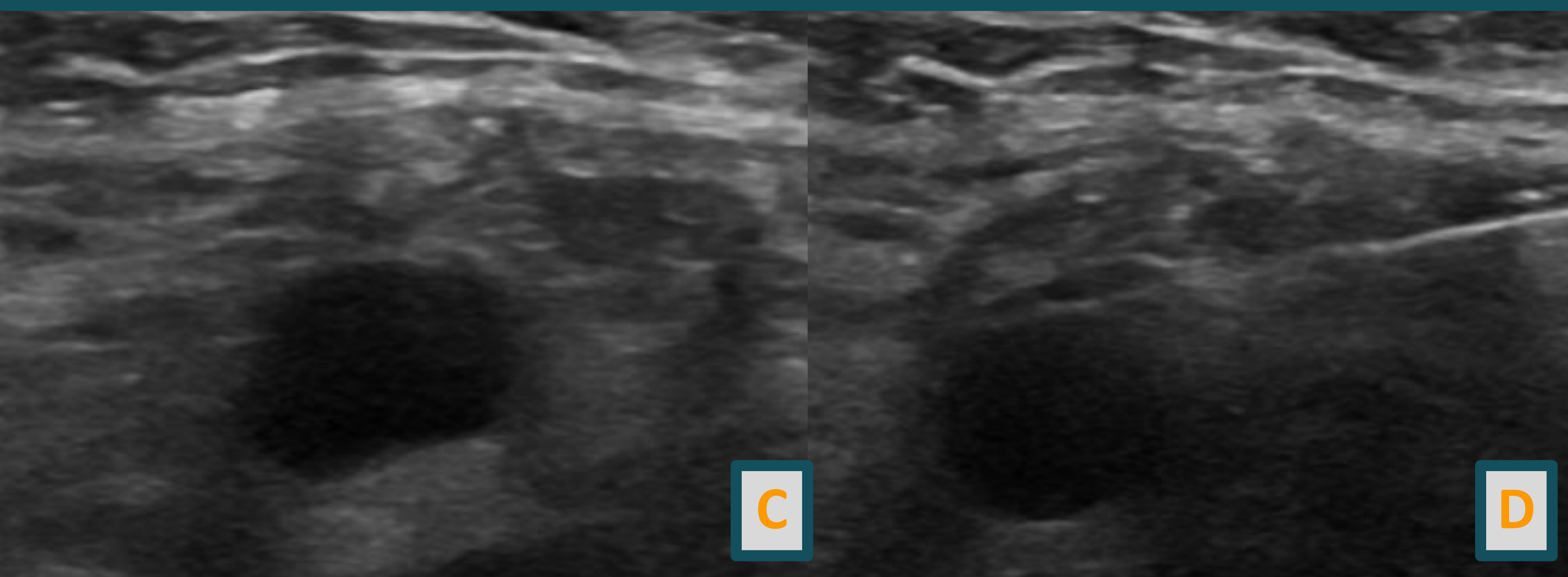
Fig. C y D: Presencia de múltiples estructuras ganglionares menores a 15 mm en axila derecha **(C)**, algunas de ellas con acentuación metabólica **(D)** de aspecto secundario.



A

B

Fig. A y B: Punción histológica con aguja gruesa bajo guía ecográfica de la imagen nodular irregular localizada en hora 10 de mama derecha



C

D

Fig. C y D: Punción histológica con aguja 18 G bajo guía ecográfica de una de las múltiples adenopatías axilares derechas. (*Anatomía patológica: confirma proceso neofornativo lobulillar con compromiso axilar*).

CASO 3

- Paciente femenino de 73 años.

- Antecedentes:
 - Carcinoma de células cromóforas pT1a (5 años libre de enfermedad)
 - Oncocitoma renal (nefrectomía 4 años previos)
 - Carcinoma de mama → Mastectomía + linfadenectomía, adyuvancia con AC + paclitaxel, RT y terapia hormonal (5 años Libre de enfermedad)

- Motivo de consulta: Dolor abdominal inespecífico.

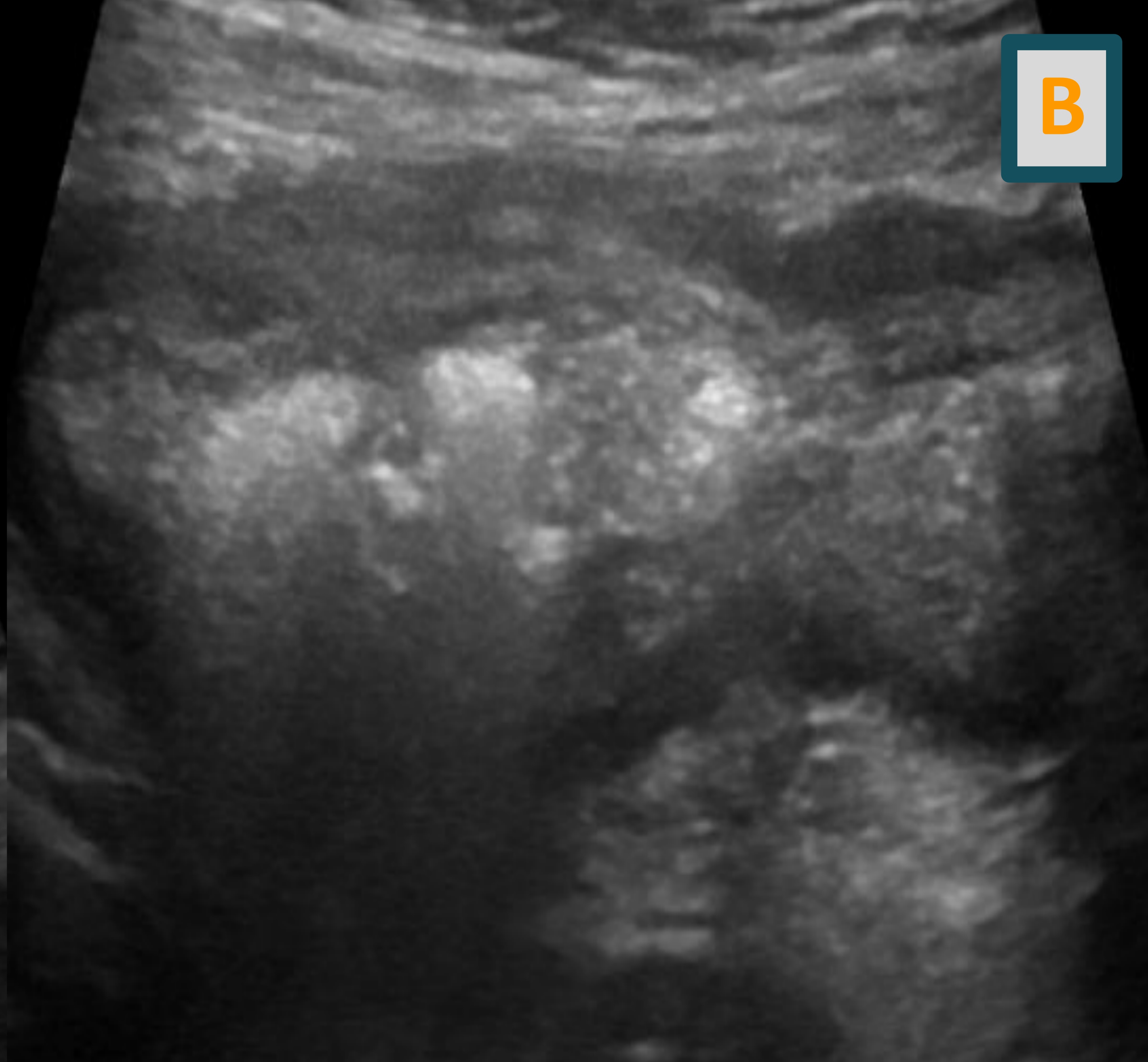
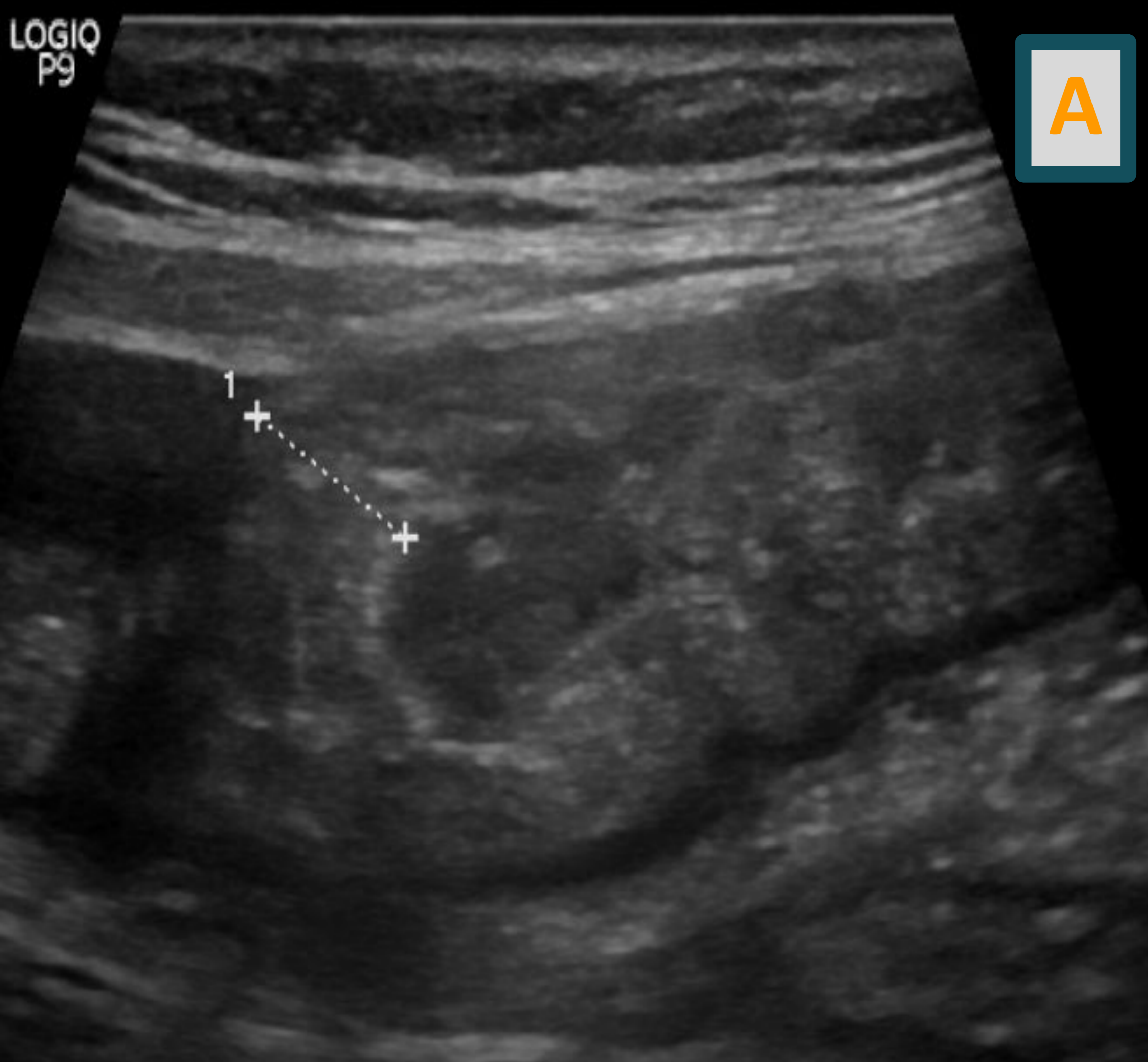


Fig. A y B: Ecografía que evidencia engrosamiento parietal del colon transverso y ascendente asociado a un aumento difuso de la ecogenicidad de los planos grasos pericólicos y mínima cantidad de líquido regional.

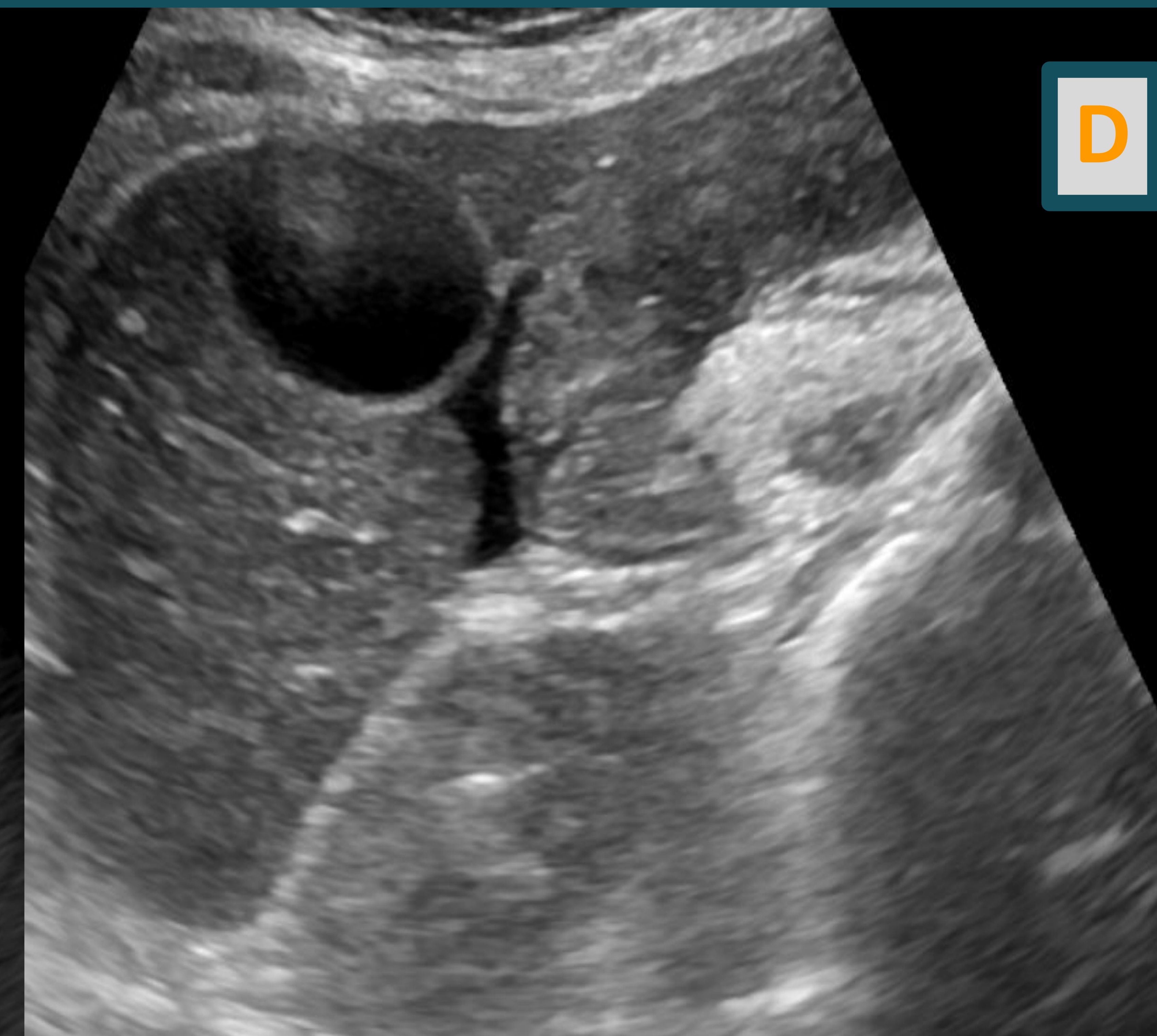
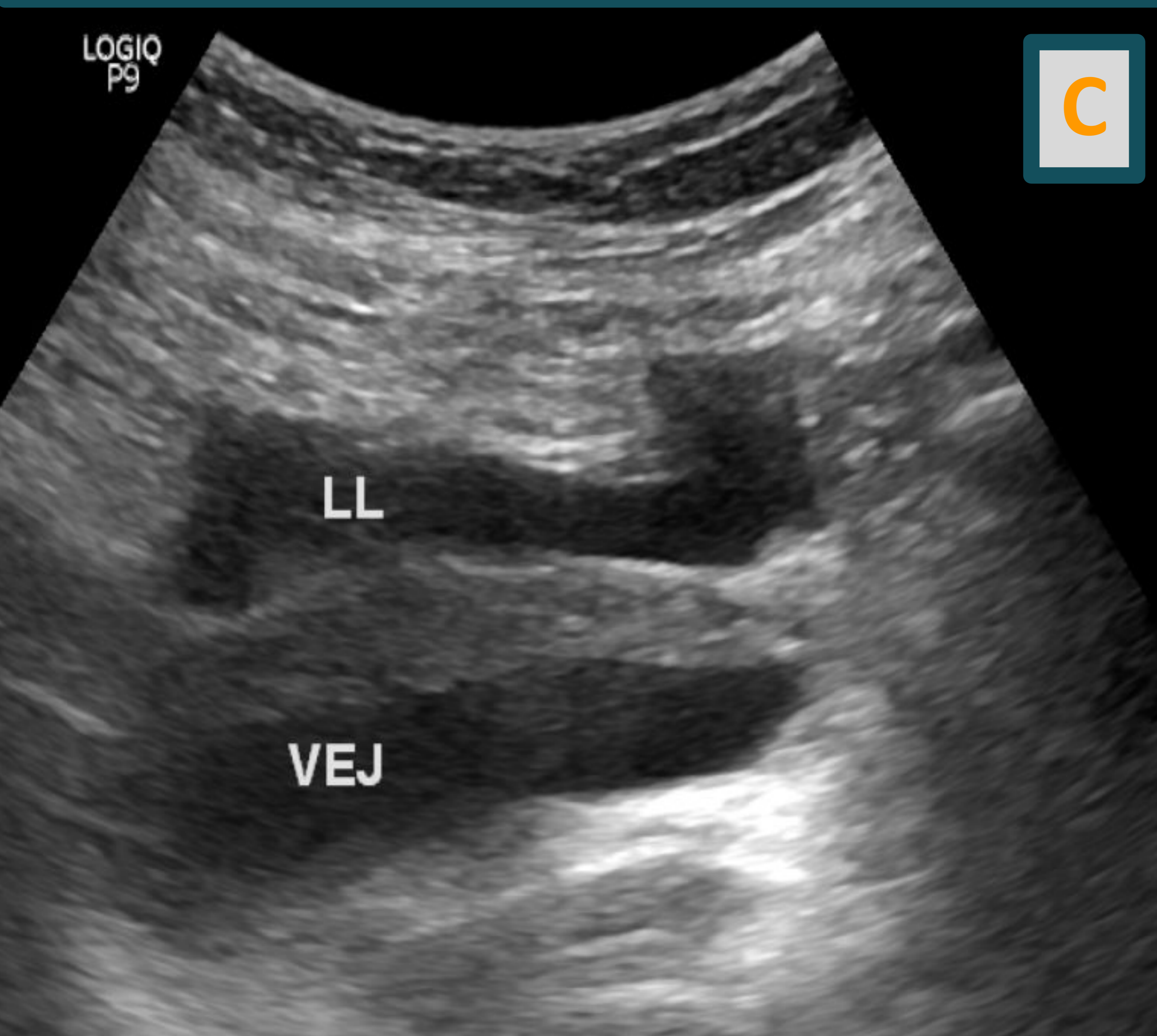


Fig. C y D: Ecografía que muestra líquido libre en pelvis menor (C) y laminar en espacio de Morrison (D).



Fig. A y B: Planos coronales de tomografía que muestran engrosamiento parietal difuso del colon transverso (A) y ascendente (B).

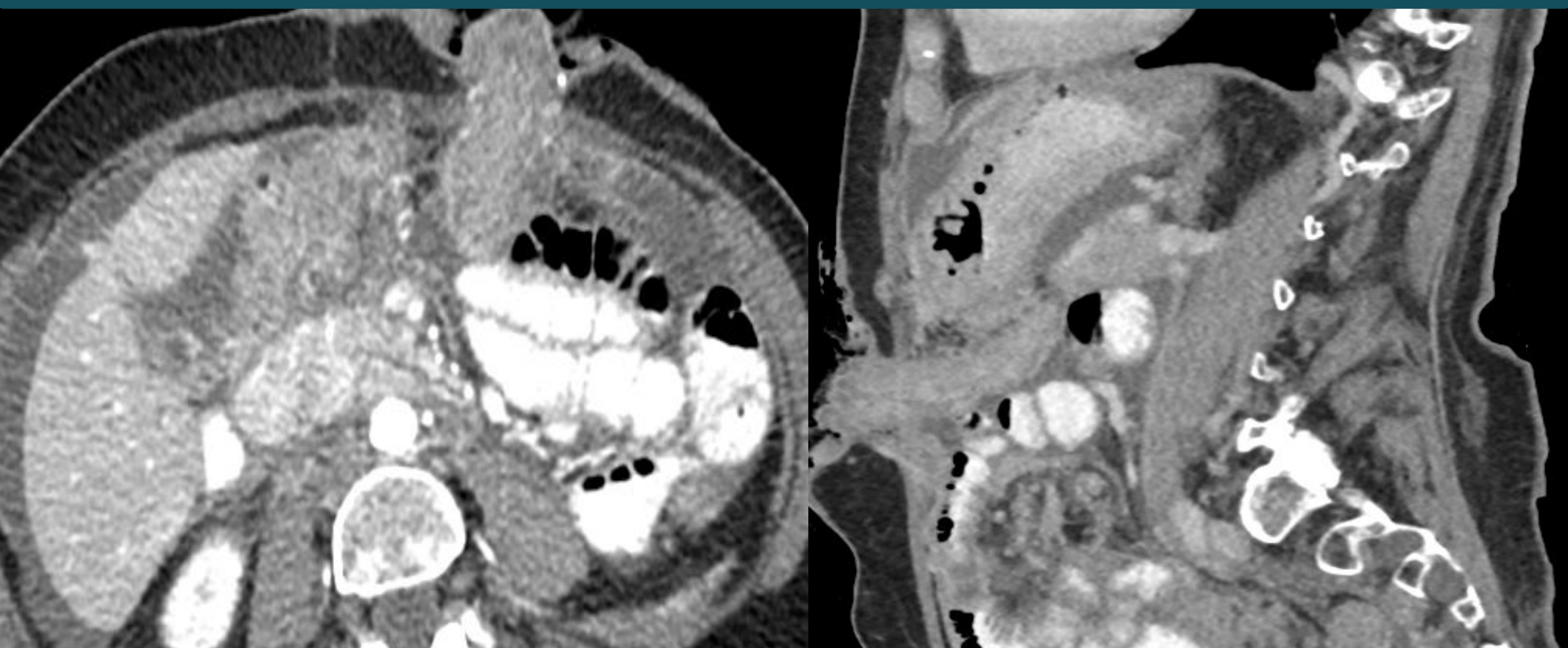


Fig. C y D: Tomografía postoperatoria de hemicolectomía derecha y colostomía por perforación colónica cinco días posteriores a su internación. (Anatomía patológica: Metástasis perforativa parietal colónica difusa por carcinoma subtipo lobulillar.)

CONCLUSIONES

- El carcinoma lobulillar invasor de mama representa un verdadero desafío diagnóstico.
- El largo período de latencia entre el diagnóstico inicial y recurrencia, como así también la inespecificidad de los síntomas y localizaciones variables condicionan un verdadero reto diagnóstico.
- Considerar los hallazgos imagenológicos en los diferentes métodos nos ayudará a realizar un diagnóstico precoz y evitar el retraso terapéutico.

Bibliografía

1. Albasha H, Khoshpouri P, Hosseiny M, Nikpanah M. Metastatic Invasive Lobular Carcinoma of the Breast. *Radiographics*. 2023;43(10):e230206. [1,2]
2. Bernal Garnés N, Pérez-Milá Montalbán R, Giménez De Haro IB, Azuara JA. Carcinoma lobulillar infiltrante: el gran temido. Seram [Internet]. 2021 [citado 25 de marzo de 2024];1(1). Disponible en: <https://piper.espacioseram.com/index.php/seram/article/view/4255>. [2]
3. Balakrishnan B, Shaik S, Burman-Solovyeva I. An Unusual Clinical Presentation of Gastrointestinal Metastasis From Invasive Lobular Carcinoma of Breast. *J Investig Med High Impact Case Rep*. 2016;4(2):2324709616639723. [3,4]
4. Manning P, Fazeli S, Lim V, Ladd WA, Eghtedari M, Chong A, et al. Invasive Lobular Carcinoma: A Multimodality Imaging Primer. *Radiographics*. 2022;42(4):E115-E116 [3,4].
5. Martínez Lesquereux L, Paredes Cotoré JP, Ladra González MJ, Beiras Torrado A. Metástasis colónica de carcinoma lobulillar de mama [Colon metastasis of lobular breast cancer]. *Cir Esp*. 2010;88(2):122-124. [3,4]
6. Cano-Maldonado AJ, Díaz-Tie M, Vives-Rodríguez E, Lux KM, Basanta-Calderón Y, Alcázar-Montero JA, et al. Metástasis rectal de carcinoma lobulillar mamario. *REV ESP ENFERM DIG (Madrid)* 2008;Vol. 100, N.º 7, pp. 438-445. [6,9]
7. Ibáñez Moya MM, Rodríguez Requena H, Salmeron Belice I, Leal Garcia N, Andreu Rodriguez M, Caraballo Sarrión MM. Metástasis infrecuentes en el cáncer de mama. Seram [Internet]. 2018 [citado 25 de marzo de 2024];2(1). [5,8,9]
Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/8009>
8. Montagna E, Pirola S, Maisonneuve P, et al. Lobular Metastatic Breast Cancer Patients With Gastrointestinal Involvement: Features and Outcomes. *Clin Breast Cancer*. 2018;18(3):e401-e405.[6]
9. Monte González JC, Ciudad Fernández MJ, Montes Fernández M, Lerma Gallardo JL, Pascual Martín A, Arrazola García J. Hallazgos radiológicos del carcinoma lobulillar infiltrante de mama y otros tipos específicos. Seram [Internet]. 2018 [citado 25 de marzo de 2024];. Disponible en: <https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/1027> [1,3].
10. Motos-Micó J, Ferrer-Márquez M, Belda-Lozano R, Reina-Duarte Á, Rosado-Cobián R. Metastasis of lobular breast carcinoma in the sigmoid colon. *Rev Esp Enferm Dig*. 2014;106(5):366-367 [9,10].