

CARCINOMA MAMARIO Y METASTASIS A MIOMA UTERINO

Trabajo presentado al II Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología - Perú

Prof. Dr. Mariano Bedoya H. y Dr. Francisco Talledo S.

A PARENTEMENTE es rara la metástasis de un carcinoma de la mama a un mioma del útero. Willis detalla un caso de necrosis con múltiples lesiones metastásicas en mioma uterino y cita un caso similar reportado por Schmorl.

Weingold y Boltruch en reciente revisión aceptan casos también de Frankel y Motyloff, reportan un caso adicional de ellos mismos.

En la más larga serie de úteros comprometidos de cáncer extragenital, Stemmermann encontró que la causa primaria era el carcinoma del estómago. Los tumores en su serie comprometían el endometrio o miometrio o ambos. Ninguno fue encontrado como causa de un Fibromioma. El siguiente caso es presentado, a causa de la rara metástasis de un leiomioma y ser el primero descrito en nuestro medio.

REPORTE DEL CASO

Se trata de una paciente de nuestra clientela particular de raza blanca, de 56 años de edad, Viuda, natural de Francia, procede de Miraflores (Lima).

Antecedentes personales patológicos.— Sin importancia.

Antecedentes personales fisiológicos.— Menarquia a los 14 años. Catamenia tipo 4/30; regulares en cantidad y presentación, sin dolor. R.S. a los 20 años sin modificar el ritmo catamenial. U.R. hace 10 años. Gestaciones: 3 con partos eutócicos. No abortos.

En abril de 1962, consulta por la presencia de un tumor en la mama derecha, que al comienzo era del tamaño de una ciruela y que en el transcurso de 3 meses ha crecido al doble. No presenta ninguna molestia a los demás órganos.

Estado general bueno, mucosas rosadas, mamas medianas.

Examen mama derecha.— A la inspección a nivel del cuadrante súpero-interno, deformación por la tumoración, aumento de la circulación superficial, hay retracción del pezón.

A la palpación: en el cuadrante súpero-interno se aprecia una tumoración de 8×6 cms. de consistencia firme, superficie irregular, de bordes netos, indolora. Signo quístico negativo. No hay flogosis local. Adherencia inducida posterior, positiva, no hay esbozo de piel de naranja, sí hay retracción inducida del pezón. Signo de fijación a la pared costal negativo.

Axila derecha.— Se palpa dos ganglios de 1 cm., blandos, indoloros, sin características de ser metastásicos.

Región supraclavicular derecha negativa.

Mama izquierda.— A la inspección y palpación nada anormal. Percusión de columna y pelvis negativa. Hígado y Bazo: normales clínicamente.

Diagnóstico clínico.— Cáncer de mama derecha sin metástasis axilar ni supraclavicular derecha en el límite de la operabilidad por el tamaño del tumor.

Exámenes auxiliares de laboratorio.— Normales: Radiografía tórax (pulmones) normal.

Papanicolaou: Citología grupo II (dos).

Biopsia: Endometrio: atrófico; cuello uterino: cervicitis crónica.

Riesgo quirúrgico: Grado II Pr. Art. 130 MX

80 MN

Tratamiento.— Mastectomía radical, previa biopsia por congelación.

OPERACION DEL 18 DE ABRIL DE 1962

Examen histopatológico: Mama derecha

- 1) Carcinoma infiltrante de los conductos.
- 2) Ganglios del grupo I, libres de neoplasia (0/2).
- 3) Ganglios del grupo II, libres de neoplasia (0/5).

Descripción macroscópica.— Fijado en formol se recibe pieza de mastectomía radical del lado derecho cuyas dimensiones son $22 \times 17 \times 17$ cms. de diámetros mayores y un peso de 1,200 grs. La piel es blanca y a nivel del cuadrante superior e interno presenta área en que la piel se muestra rugosa y de mayor consistencia que el resto de la piel; el mismo que hace cierta tracción al pezón. A nivel del cuadrante súpero-interno partiendo del margen de sección quirúrgica se observa incisión lineal de 8 cms. de longitud y que se interrumpe a $\frac{1}{2}$ cm. del pezón.

Esta incisión deja ver tejido de color rosado con múltiples áreas blanco-nacarados de límites irregulares, no bien revestidos y que se extiende en el tejido adiposo hasta 1 cm. por debajo de la piel. Este tejido es de consistencia dura.

Las dimensiones del tejido anteriormente mencionado es de 7×6 cms. de diámetro mayores y al practicar los diferentes cortes se encontraron además dos cavidades de 0.6 y 0.2 cms. de diámetro mayores, con contenido denso de color grisáceo.

En el nivel 1 se disecan dos ganglios de 0.7 y 1 cm. de diámetro mayor respectivamente, de consistencia aumentada de color blanquecino rosado y que al corte muestra superficie de sección de color rosado con pequeñas áreas blanquecinas y algunos vasos congestionados.

En el nivel 2 se disecan cinco ganglios y cuyas dimensiones oscilan entre 2.5 y 1.2 cms. de diámetro mayores, son de superficie externa de color rosado-blanquecino y que al corte muestran parénquima rosada con vasos congestionados y áreas blanco-nacarados, preferentemente hacia la periferia. Se incluyen 10 cortes en total.

Post-operatorio.— Sin incidencias.

Posteriormente recibió tratamiento radioterápico a nivel de la mama interna 12 sesiones de 200 r. exámenes periódicos no revelaron evidencia de recurrencia del carcinoma de la mama, la paciente se reintegra a sus labores hogareñas en forma normal.

Durante la temporada de verano del presente año, sufre una caída y consulta a su médico familiar por dolor en el bajo vientre tipo pesadez, lumbalgia, trastornos urinarios, polaquiuria y disuria. Es derivada a nuestra consulta pero la paciente tardó dos meses en llegar por temor a que se le encontrase un tumor.

El 4 de junio del presente año se le examina por las molestias anteriormente descritas. Su estado general es bueno, facies angustiosa. Peso 70 kilos. Presión arterial 128 MX, 76 pulsaciones al minuto, respiraciones 20 al

75 MN

minuto, no hubo evidencia de recurrencia del tumor del pecho. Asimetría del abdomen a predominio del hemiabdomen inferior. Piel húmeda con regular pániculo adiposo. Se palpa un tumor abdómino-pelviano; útero se encuentra aumentado de volumen correspondiendo a $2\frac{1}{2}$ meses de gestación, fijo, duro, de superficie regular, medio. Anexos no se palpan.

Espéculo: orificio transversal, cerrado.

Tacto rectal: Parametrios libres.

Papanicolaou, tipo II.

Test de Schiller: negativo.

Diagnóstico clínico: Fibroma uterino. Metástasis ??

Operación 8 de junio de 1964

Abierto el vientre se encontró líquido en pequeña cantidad, en el fondo de saco Douglas. El útero medía $2\frac{1}{2}$ veces su tamaño normal, y en la cara anterior había una tumoración que medía 7 cms. de diámetro.

Se hace una exploración abdominal, hígado, estómago, bazo, intestinos, todos estaban normales a la palpación. Se le realiza una histerectomía total con Ooforo-Salpingectomía bilateral, ésta fue bastante laboriosa ya que el tumor guardaba fuertes adherencias con los órganos vecinos, en particular con la vejiga y colon sigmoides. Después de extirpada la pieza operatoria se explora los ganglios linfáticos ilíacos internos, externos y obturadores, **no encontrándose** por la inspección y palpación compromiso alguno. Se cierra el vientre como de costumbre. Estuvo hospitalizada durante 16 días. Tardó su hospitalización por haber hecho un cuadro de Tifoidea, que fue confirmado por los análisis de laboratorio correspondiente. Está bajo control y ha recibido tratamiento, el radioterápico, que se aplican en estos casos. El examen de control de 28 de agosto no revela ninguna molestia y se encuentra en sus actividades normales.

Examen histopatológico:

Examen macroscópico.— Se recibe útero de histerectomía total que mide $10 \times 9 \times 7$ cms. El cuerpo uterino está deformado por la presencia de un nódulo, con apariencia de leiomioma, de situación intramural en la pared anterior, que mide 7 cms. de diámetro, de forma circular, bien circunscrita. La superficie de sección del nódulo muestran que la mucosa endometrial está distendida. La superficie de sección muestra un nódulo con la estructura fascicular característica y que además tiene áreas amarillentas de aspecto adiposo, de forma ovoide y bien circunscritas. Se toman varios cortes

Examen microscópico:

Carcinoma metastásico.

Leiomioma intramural.

Endometrio atrófico.

Ovarios sin alteraciones significativas.

Cervicitis glandular hipertrófica.

La superficie de sección del fibroma llamó especialmente la atención por la presencia de **zonas semilunares delimitadas** por los fascículos del mioma, con aspecto de tejido adiposo de color amarillento y que crecían en zonas desiguales, que eran más friables que las zonas que lo rodeaban.

Los cortes histológicos hechos a través de todas estas zonas semilunares amarillentas fueron todas positivas para **adenocarcinoma metastásico**.

DISCUSION

- 1.— Las cifras varían grandemente en la frecuencia con la que el carcinoma del seno da metástasis al útero y los ovarios. Willis encontró 3 casos de metástasis en los ovarios y uno en un foco secundario del endometrio, en 45 necropsias de carcinoma de la mama.
- 2.— Kasilag y Rutledge reportearon compromiso ovárico en 25% de 91 casos de ooforectomía para paliación del carcinoma metastásico del seno. La incidencia de compromiso uterino no fue dada.
- 3.— En la clínica Mayo, Rochester, Minn., cerca de 1/3 de pacientes sometidos a ooforectomía de carcinoma avanzado de la mama **muestran compromiso ovárico** ya sea macro o microscópicamente. Ellos sólo refieren una paciente que mostró metástasis a un mioma uterino.
- 4.— No se puede dar explicación adecuada para esta selectividad de metástasis, sin embargo, se ha sugerido que la diferencia del aporte primario sanguíneo del útero y los ovarios, puedan jugar un gran rol en tan amplia discrepancia de compromiso metastásico.
- 5.— También persiste la posibilidad de que el miometrio y los miomas tienen menor receptividad para la enfermedad metastásica que el tejido ovárico.
- 6.— En nuestro caso, se trata de un carcinoma de mama metastásico en un leiomioma. Ha inducido un cambio del estroma hacia tejido adiposo, se puede especular que el tejido mamario, aún el atípico, induce en el mesenquima la formación de células adiposas.

REFERENCIAS

1. FRANCKEL, F. Quoted by WEINGOLD, A. B., and BOLTUCH, S.M., q.v.
2. KASILAG, F. B., Jr., and RUTLEDGE, F. N. Metastatic breast carcinoma in the ovary. *Am. J. Obst. Gynec.* 74:989, 1957.
3. MOTYLOFF, L. Personal Communication.
4. SCHMORL. Cited by WILLIS, R. R., q. v.
5. STEMMERMANN, G. N. Extrapelvic carcinoma metastatic to the uterus. *Am. J. Obst. Gynec.* 82:1261, 1961.
6. WEINGOLD, A. B., and BOLTUCH, S. M. Extragenital metastases to the uterus. *Am. J. Obst. Gynec.* 82:1267, 1961.
7. WILLIS, R. A. *Pathology of Tumours*. Butterworth, London, England, 1948.
8. WILLIS, R. A. *The Spread of Tumours in the Human Body*. Butterworth, London, England, 1952.
9. The AMERICAN College, February, 1964.