

Metástasis pericárdica precoz en el carcinoma de mama

L. Minguet Mocholí,
A. García Vilanova,
J. M. Ivorra Cano,
E. Fuster Diana,
F. Checa Ayent,
A. García-Vilanova Comas

SUMMARY

The authors report a special case of evolution of the breast carcinoma with the clinical history initial unchain it, for the precocious localization o pericardial metastasis.

Key words:

Breast carcinoma, Precocious pericardial metastasis.

Palabras clave:

Carcinoma de mama. Metástasis pericárdica precoz.

Servicio de Cirugía General.
Hospital General de Valencia.
L. Minguet Mocholí.
Gloria, 24. 46026 Valencia.

INTRODUCCION

La presencia de una metástasis como primera manifestación clínica de una neoplasia de mama parece cada vez más frecuente.¹

En algunos casos tras un estudio de extensión es posible detectar el tumor primario, en otros muchos el tumor no llega a ser conocido.^{2,3}

Las metástasis condicionan una situación grave en cuanto al pronóstico vital y un estado conflictivo en relación con el posible tratamiento efectivo.

Los ganglios linfáticos pueden ser atravesados por células malignas sin que su falta de colonización sea una garantía de corresponder a un proceso localizado.⁴

Presentamos un caso de metástasis pericárdica precoz en el carcinoma de mama.

PACIENTE Y METODO

Paciente de 63 años de edad que como único antecedente presenta una diabetes controlada con dieta. Ingresa por el servicio de urgencias en febrero de 1987 por presentar un cuadro de malestar general de 4 días de evolución acompañado de tos seca y escasa, dolor en hemitórax izquierdo con disnea progresiva y ortopnea.

A la exploración destaca como único hallazgo: auscultación de estertores crepitantes húmedos en bases, con ausencia de roce pericárdico y radiológicamente:

cardiomegalia con escaso derrame pleural derecho (figura 1).

A los 2 días del ingreso, empeoramiento del estado general, comprobándose, por ecocardiografía, un taponamiento cardíaco, con colapso del ventrículo derecho. Se traslada a la UVI previa punción pericárdica, de la que se obtienen 350 cc de líquido seroso y en las 24 horas siguientes una cantidad de 2.200 cc de líquido de las mismas características. Su estudio citológico señala escasez de células mesoteliales junto abundantes hematies y un Papanicolau de grado II.

Es dada de alta tras una evolución favorable con el diagnóstico de pericarditis exudativa y taponamiento cardíaco.



Fig. 1.

En mayo de 1987 reingresa por urgencias, dolor precordial y disnea, acompañado de tonos apagados a la auscultación cardíaca, demostrándose por ecocardiograma un derrame pericárdico severo y signos de taponamiento cardíaco.

Se procede a la intervención quirúrgica, practicándose un drenaje de 1.500 cc de líquido serohemorrágico, y toma de biopsia de pericardio, cuya anatomía patológica indica la existencia de una infiltración en membrana pericárdica (adenocarcinoma) y un Papanicolau de V del líquido pericárdico. Tras este diagnóstico de metástasis pericárdica es remitida la paciente a la Sección de Oncología Médica, donde se le detecta tumoración en mama izquierda a nivel del cuadrante superointerno de 3x1,5 cm, así como adenopatía supraclavicular izquierda. La serie metastásica es completamente negativa. Mamográficamente, mastopatía fibroquística bilateral e imagen de carcinoma intracranalicular infiltrativo en cuadrante superointerno de mama izquierda (fig. 2).

La punción aspiración con aguja fina del nódulo mamario confirma el adenocarcinoma. Con estadiaje clínico T₂N₀M₁ estadio IV se instaura por la Sección de Oncología 5 ciclos de poliquimioterapia (CAF).

Remitida a nuestro servicio tras este tratamiento, no se observa patología clínica. Mamográficamente sólo se observan algunas calcificaciones, no tumor. Se practica mastectomía a lo Auchincloss, procediéndose al alta hospitalaria a los 11 días sin complicaciones. El informe de anatomía patológica posoperatorio señala que de los 16 bloques tomados de las zonas sospechosas, se localizan únicamente en uno de ellos tres vasos permeabilizados por células malignas. El resto de

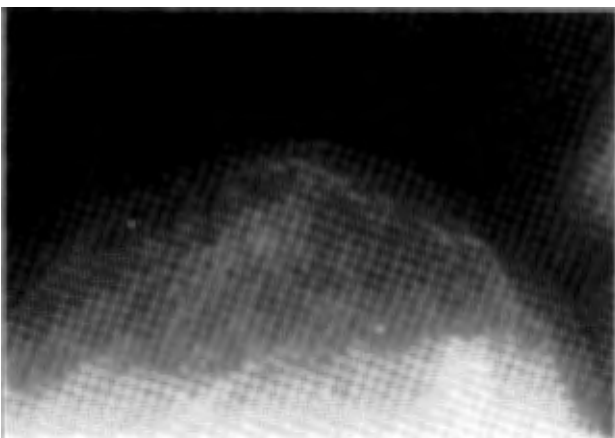


Fig. 2.



Fig. 3.

la mama es normal, así como todos los ganglios axilares.

Actualmente tras 7 meses del posoperatorio está asintomática, con buen estado general. Está siendo controlada por la Sección de Oncología de nuestro centro, donde recibe ciclos de poliquimioterapia. La última serie metastásica practicada es completamente negativa.

DISCUSION

El carcinoma de mama tiene como fuente principal de propagación la axila, pudiendo ser ésta la primera y única forma de manifestarse, siendo la palpación mamaria y las mamografías rigurosamente normales.¹

En la práctica clínica las metástasis por carcinoma mamario se presentan con mayor frecuencia en pulmón, pleura y esqueleto, siendo el resto de las localizaciones más tardías.

En la literatura revisada es habitual observar la relativa frecuencia de metástasis pericárdicas como hallazgo en las necropsias practicadas a las pacientes fallecidas por neoplasia de mama y que en ningún mo-

mento presentaron sintomatología clínica referida a esta localización, así Deloach y col. (1953) presentan un 14% de metástasis pericárdicas en una serie de necropsias de pacientes fallecidas por neoplasia de mama. Esta proporción aumenta en series mayores al 33% (Bisel y col.).⁴ No es éste el caso que presentamos, donde la paciente comenzó con un cuadro clínico desencadenado por esta localización pericárdica de la metástasis, considerando que es un caso muy particular de evolución del carcinoma de mama, ya que la mayoría de autores, en las escasas metástasis pericárdicas de sus series, las asocian a la evolución final de

una afectación pleuropulmonar. Es de destacar el buen resultado de la poliquioterapia, desapareciendo clínica y radiológicamente las manifestaciones de la enfermedad (fig. 3).

RESUMEN

Los autores presentan un caso particular de evolución del carcinoma de mama. Se inicia un cuadro clínico desencadenado por la localización precoz de una metástasis pericárdica.

BIBLIOGRAFIA

1. García Villanueva A, Salvador Sanchis J et al. Metástasis axilar como indicador de un carcinoma oculto de mama. *Cir Esp* 1985; vol. XXXIX, núm. 5, 801-805.
2. Didolkar M, Fanous N, Elias EG, Faos D, Moore R. Metastatic carcinoma from occult primary tumor. A study of 254 patients. *Ann Surg* 1977; 186(5): 625-630.
3. Martínez Martínez B, Ordóñez Gallego A, Juárez Alonso S, Montero García JM. Estudio de 64 pacientes con metástasis de origen desconocido. *Oncología* 1983; 8, 5:23-30.
4. Tejerina González F, Tejerina Gómez A. Tratamiento de cáncer de mama. Salvat Editores, S. A. Barcelona (Esp.) 1986.
5. Pérez Manga G. Cáncer de mama. Ed. Pirámide, S. A. Madrid (Esp.) 1983.