



# CARCINOMA BILATERAL DE MAMA EN CRISIS VISCERAL

## BILATERAL BREAST CARCINOMA IN VISCERAL CRISIS

José M. Vela- Ruiz<sup>1,2,a</sup>, Diana I. Ferrer-Ponce<sup>2,b</sup>, Miguel J. Sotelo<sup>2,c</sup>,  
Reina Bustamante-Coronado<sup>3,d</sup>, Nury León-Nué<sup>4,e</sup>

### RESUMEN

El carcinoma bilateral de mama es poco frecuente y raro, es bueno definir si ocurre de forma sincrónica o de forma metacrónica, definir si la lesión en la segunda mama es metástasis o un tumor primario usando criterios patológicos, el estadio y condición clínica. Ya que orienta en el pronóstico y tratamiento especializado a seguir. Presentamos el caso de una paciente con cáncer de mama ECIV por metástasis de mama contralateral en estado de crisis visceral al debut, con anatomía patológica de carcinoma ductal infiltrante de mama, grado 2, componente in situ ausente en ambas mamas, RE (70%) RP (80%) Cerb2-, Ki67 30% en mama derecha y RE (100%) RP (80%) Cerb2-Ki67 20% en mama izquierda. Se realizó tomografía de tórax-abdomen-pelvis, evidenciándose derrame pleural bilateral y ascitis en gran volumen. Se decide iniciar tratamiento con quimioterapia sistémica alcanzándose respuesta completa radiológica y clínica. Tras conseguir buen control de la enfermedad se decidió iniciar primera línea hormonal.

**Palabras clave:** Carcinoma ductal infiltrante de mama; Metástasis contralateral; Crisis visceral (fuente: DeCS BIREME).

### ABSTRACT

Bilateral breast carcinoma is rare and infrequent, it is good to define if it occurs synchronously or metachronously, to define if the lesion in the second breast is metastasis or a primary tumor using pathological criteria, the state and clinical condition. For the prognosis and specialized treatment to follow. We present the case of a patient with ECIV breast cancer due to contralateral breast metastasis in a state of visceral crisis at debut, with pathological anatomy of grade 2 infiltrating ductal carcinoma of the breast, absent in situ component in both breast, RE (70%), RP (80%), Cerb2 negative, Ki67 30% in the right breast and RE (100%) RP (80%) Cerb2-Ki67 20% left breast. A chest-abdomen-pelvis tomography was performed, showing pleural effusion, bilateral and large volume ascites. It was decided to start treatment with systemic chemotherapy, reaching a complete radiological and clinical response. After achieving good control of the disease, the first hormonal line will be sought.

**Key words:** Infiltrating ductal breast carcinoma; Contralateral metastasis; Visceral crisis (source: MeSH NLM).

<sup>1</sup> Instituto de Investigación de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma, Lima- Perú.

<sup>2</sup> Unidad de investigación Oncológica Hospital María Auxiliadora

<sup>3</sup> Dirección de control y prevención de Cáncer – MINSA, Lima – Perú

<sup>4</sup> Institución Liga Contra el Cáncer Lima-Perú.

<sup>a</sup> Médico residente oncología médica, Hospital María Auxiliadora, Lima, Perú, Miembro Comité del Médico Joven Consejo Regional Lima - Perú.

<sup>b</sup> Especialista en Oncología Médica, Coordinadora Servicio Oncología Médica Hospital María Auxiliadora.

<sup>c</sup> Especialista en Oncología Médica y Doctor en Ciencias Biomédicas.

<sup>d</sup> Especialista en Oncología Quirúrgica mamas, piel y tejidos blandos, Maestría Gestión y Servicios en Salud y Doctor en Medicina.

<sup>e</sup> Especialista en Anatomía Patológica.

**Citar como:** José M. Vela- Ruiz, Diana I. Ferrer-Ponce, Miguel J. Sotelo, Reina Bustamante-Coronado, Nury León-Nué. Carcinoma bilateral de mama en crisis visceral. Rev. Fac. Med. Hum. Junio 2021; 21(3):645-652. DOI 10.25176/RFMH.v21i3.3921

Journal home page: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>

Artículo publicado por la Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. Es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons: Creative Commons Attribution 4.0 International, CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso no comercial, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original sea debidamente citada. Para uso comercial, por favor póngase en contacto con [revista.medicina@urp.pe](mailto:revista.medicina@urp.pe)



## INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres y la 5ta causa de muerte en el mundo<sup>(1)</sup>.

El cáncer de mama bilateral (CBC) se tiene una incidencia de aproximadamente 0,7 a 1,8%<sup>(2,3)</sup> e incluso en otras literaturas se menciona que se tiene un riesgo de presentar CBC aproximadamente del 0,5% a 0,75%<sup>(4,5)</sup>.

Ello es bueno definir si ocurre de forma sincrónica < 1 año según Herón, o de forma metacrónica > 1 año, definir si la lesión en la 2da mama es una metástasis o un 2do cáncer primario usando los criterios patológicos de Chaudary<sup>(6,7)</sup>.

Sabemos que el tener un CBC es peor pronóstico que un cáncer unilateral de mama<sup>(8,9)</sup> Todo ello es importante tanto en el pronóstico y tratamiento especializado<sup>(9,10)</sup>

## REPORTE DEL CASO

Presentamos el caso de un paciente de 48 años sin antecedente oncológico familiar de importancia, sin antecedente patológico relevante, con tiempo de enfermedad de 2 años caracterizado por astenia y dolor abdominal quien ingresa por emergencia por un cuadro de disnea exacerbada, distensión abdominal marcada, quien al examen físico preferencial se evidencia tumoraciones en ambas mamas tanto en el lado derecho de aproximadamente 5 x 5 cm con un ganglio axilar más o menos 2x2 cm poco móvil duro, y una tumoración en mama izquierda de 5 x 5 cm sin ganglio palpable. Al examen de tórax y pulmón: murmullo vesicular disminuido en bases con vibraciones vocales aumentadas, a nivel abdominal se evidencio signo oleada +, matidez desplazable, en miembros inferiores edemas marcados con fóvea ++/ +++.

Se realiza biopsia de ambas lesiones mamarias, siendo el resultado en la mama derecha, carcinoma ductal infiltrante de mama, grado 2, componente in situ ausente con inmunohistoquímica en la cual el receptor estrogénico (RE) +70%, receptor Progesterona (RP) + 80%, Cerb2 negativo, Ki67 30%; y en la mama izquierda, carcinoma ductal infiltrante de mama, grado 2, componente in situ ausente con inmunohistoquímica RE(100%)RP(80%)Cerb2-Ki67:20%, (Figura 2 y 3).

En la analítica de emergencia se evidenció una hipoxemia por AGA: pO<sub>2</sub> 55 mmHg, estudio liquido ascítico gasa (gradiente albúmina sangre/

ascitis (GASA)) <1,1, PAP liquido ascítico negativo, hemograma leucocitos 5300/mm<sup>3</sup> (neutrófilos 43,2%) con resto del hemograma, perfil coagulación y bioquímica en valores normales, por ello se decide realizar tomografía de tórax-abdomen-pelvis, evidenciándose ascitis en gran volumen y derrame pleural bilateral (Figura 1).

En vista que paciente se encontraba en ese momento en crisis visceral: insuficiencia respiratoria, ascitis y derrame pleural masivo y considerándola un caso de cáncer de Mama lobulillar infiltrante estadio clínico IV por metástasis de mama contralateral según los criterios de Chaudary y colaboradores, en estado de crisis visceral, se decide inicio de quimioterapia sistémica de 1ra línea Adriamicina – Ciclofosfamida (Ciclofosfamida 600 mg / m<sup>2</sup> y doxorubicina 60 mg/ m<sup>2</sup>) 4 cursos + 12 cursos Paclitaxel (80mg /m<sup>2</sup>) semanal con control tomográfico contrastado tórax abdomen y pelvis (01-09-18): evidenciando remisión completa de ascitis, derrame pleural (Figura 4). Gammagrafía ósea (GGO) 17/10/18: no evidencia de enfermedad metastasica. Clínicamente hay una reducción del tamaño tumoral en ambas mamas, remisión de la insuficiencia respiratoria y ascitis.

Al ser una paciente luminal B: inicia tratamiento con tamoxifeno a título paliativo con enfermedad estable al momento.

## DISCUSIÓN

Paciente mujer de 48 años, natural y procedente de Lima, con un tiempo de enfermedad aproximadamente de 2 años caracterizado por astenia y dolor abdominal. Quien ingresa por emergencia por un cuadro de disnea exacerbada, distensión abdominal marcada. Al examen de tórax y pulmón: murmullo vesicular disminuido en bases con vibraciones vocales aumentadas compatible con derrame pleural clínicamente, a nivel abdominal se evidencio signo oleada +, matidez desplazable compatible con ascitis clínicamente, en la analítica de emergencia se evidencio una hipoxemia por AGA y relacionado al cuadro respiratorio ya descrito. Estudio liquido ascítico (GASA) <1,1, PAP liquido ascítico negativo, con ello cabe recordar que el gradiente albumina sérica – ascitis: GASA, nos permite identificar si la ascitis es por hipertensión portal u otras causas. Se obtiene restando el valor de la albumina sérica menos la albumina del líquido ascítico de muestras obtenidas del mismo día. Si es mayor a 1,1g/dl puede ser por cirrosis, ascitis cardiaca, síndrome de Budd-Chiari o metástasis hepática; si es



< 1,1 g/dl se puede dar por carcinomatosis peritoneal, tuberculosis peritoneal, síndrome nefrótico o ascitis pancreática.

Por todo ello se decide realiza una tomografía tórax abdomen y pelvis con contraste evidenciando derrame pleural bilateral y ascitis marcada compatible con la clínica ya mencionada (Figura 1).

Al examen físico preferencial se evidencia tumoraciones en ambas mamas tanto en el lado derecho con ganglio axilar presente poco móvil duro, y una tumoración en mama izquierda sin ganglio palpable, lo cual nos sugiere que la clínica sugestiva podría darse gracias a un proceso neoplásico.

A ello se decide realizar biopsia core en ambas mamas con la siguiente histología: carcinoma infiltrante, grado histológico intermedio, carcinoma lobulillar infiltrante, RE +. RP +, Cerb b2 -, Ki 67 mama izquierda : 20% , Ki 67 mama derecha : 30% ambos ausencia componente in situ, e cadherina negativo, por lo cual estamos ante un caso de : Cáncer de mama lobulillar infiltrante estadio clínico (EC) IV por metástasis de mama contralateral. Consideramos EC IV por los criterios patológicos de Chaudary y colaboradores.

En un cáncer de mama bilateral se tiene una incidencia aproximadamente 0,7 a 1,8%<sup>(2,4,5)</sup> es bueno definir si ocurre de forma sincrónica < 1 año según Herón, o de forma metacrónica > 1 año, definir si la lesión en la 2da mama es una metástasis o un 2do cáncer primario usando los criterios patológicos de Chaudary<sup>(6,7)</sup>. Sabemos que el tener un CBC es peor pronóstico que un cancer unilateral de mama<sup>(8,9)</sup> Todo ello es importante tanto en el pronóstico y tratamiento especializado<sup>(9,10)</sup>.

Definimos si es realmente una metástasis o un segundo tumor primario mediante los criterios de Chaudary<sup>(7)</sup>, los cuales se resumen en 4 ítems:

1. El cual describe si la lesión en la 2da mama tiene un componente in situ, nos hace sospechar de un segundo cáncer primario.
2. Si tenemos un grado de diferenciación mayor es sugestivo a un segundo cáncer primario.
3. Si tenemos una histología distinta pensemos en un segundo cáncer primario.
4. Por último y no menos importante: si tenemos histologías similares en ambas mamas y con ausencia de metástasis locoregional o a distancia nos podría indicar un segundo cáncer primario.

Reportemos lo q tenemos en nuestra paciente:

1. En ambas mamas componente in situ ausente
2. Grado diferenciación similar en ambas tumoraciones según la anatomopatología
3. La histología en ambas mamas como se evidencia un patrón de fila india y e cadherina negativo donde nos indica un carcinoma lobulillar invasivo
4. Ante el cuarto criterio nuestra paciente presentó una adenopatía axilar poco móvil dura que nos infería una probabilidad de metástasis locoregional sin tener en cuenta incluso a la ascitis y el derrame pleural que se podría considerar como metástasis a distancia

Por todo lo anterior, catalogamos como un Cáncer de mama estadio clínico IV por mama contralateral

Evidenciamos receptores estrogénicos intensidad marcada como se evidencia en mama derecha (MD), mama izquierda (MI), al igual que receptores progesterona + similares en ambas mamas, cerb-b2 negativo en MD y MI, ki67 30 % en MD y 20 % MI: catalogando cáncer de mama Luminal B.

Nuestra paciente se encuentra en estado de crisis visceral debido a que presenta una disfunción orgánica caracterizada por signos, síntomas y exámenes de laboratorio (disnea, ascitis, signo oleada +, insuficiencia respiratoria e hipoxemia demostrada por AGA) que evidencien un deterioro clínico marcada más un compromiso visceral, que nos obliga a actuar rápidamente y eficazmente<sup>(11)</sup>.

El tratamiento depende del estadio clínico al momento del diagnóstico. Considerando un ECIV metastasico, cabe mencionar que en pacientes con cáncer de mama metastásico receptores hormonales (RH) positivos empezar con quimioterapia antes que hormonoterapia no ha demostrado aumentar la supervivencia como se evidencia en el meta análisis de Cochrane con estudios de Dixon, Tashiro y Taylor en sus respectivas investigaciones<sup>(12,13)</sup>.

Tenemos que tener en cuenta que en la actualidad en cáncer de mama metastasico RH positivos el tratamiento estándar de primera línea es hormonoterapia + inhibidores de ciclina CDK 4-6, el cual ha demostrado prolongar supervivencia libre de progresión en este escenario, de manera significativa.

Con grandes ejemplos como el beneficio clínico de palbociclib como terapia inicial para mujeres posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico

receptor de estrógenos positivo , factor de crecimiento epidérmico 2 negativo (ER +, HER2-), el estudio fase 3 PALOMA-2 demostró que la combinación de palbociclib + letrozol vs letrozol mejoró la supervivencia libre de enfermedad de 24,8 meses vs 14.5 meses, evidenciando un beneficio neto de 10 meses HR 0.58 IC (0,46-0,72), además cabe recalcar que la combinación de palbociclib y letrozol excedió los dos años de SLP ( supervivencia libre de progresión), lo que la convierte en la mejor primera línea en esta población de mujeres . También se menciona beneficio en el estudio MONALEESA-7 con hormonoterapia + ribociclib con 23,8 % vs 13,0% SLP HR 0.55 (0,44-0,69)<sup>(14,15)</sup>.

Sin embargo, hay un escenario en el cual si está indicado la probabilidad de iniciar con quimioterapia:

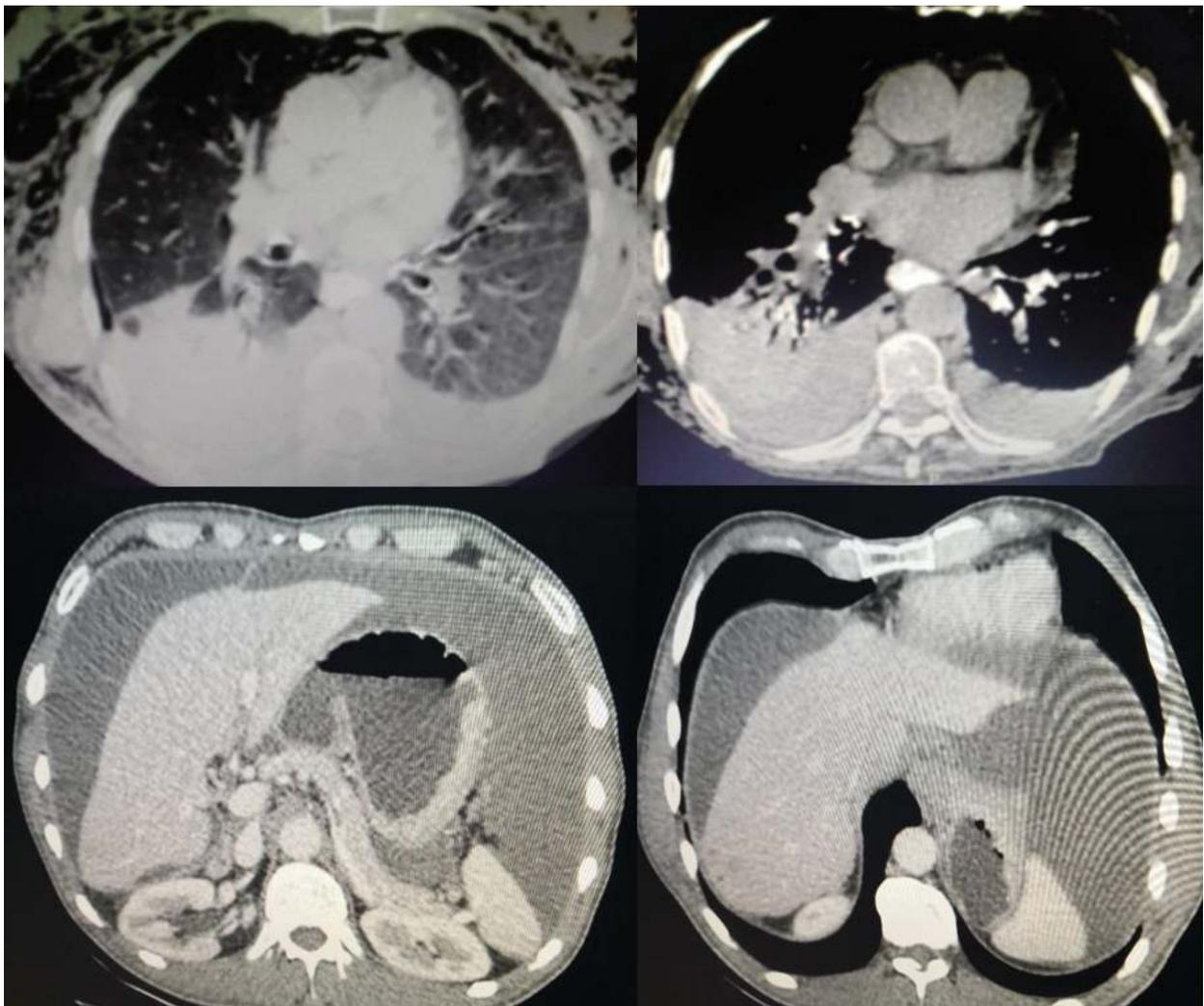
solo en estado Crisis visceral según NCCN guidelines 2020<sup>(12)</sup>.

En nuestro paciente empezamos con 4 ciclos AC y 12 ciclos Paclitaxel semanal, evidenciando desaparición de la ascitis y derrame pleural figura 4 GGO no se evidenciaba metástasis.

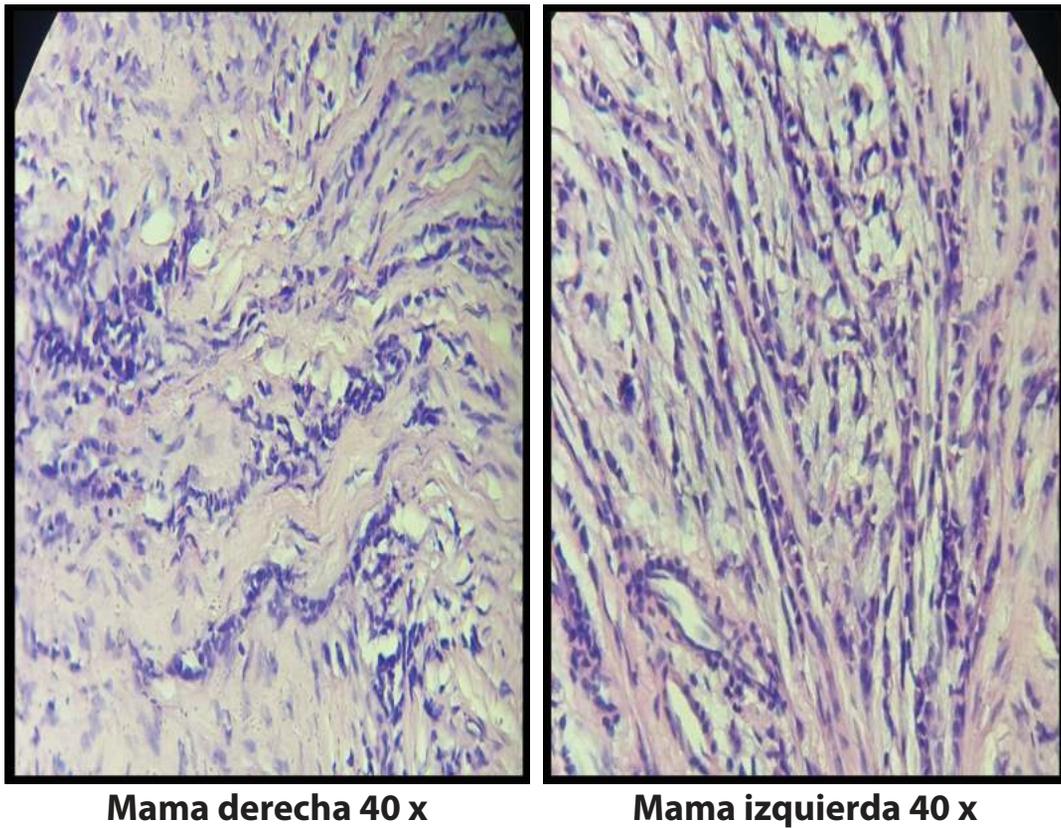
En setiembre del 2018 empezamos con tamoxifeno hasta la actualidad con buen control de enfermedad.

Existe poca evidencia y casos reportados sobre cáncer de mama metastásico contralateral al momento del diagnóstico como debut, empleando los criterios de Chaudary y colaboradores, y que hayan respondido a quimioterapia como primera línea en estado de crisis visceral prolongando su supervivencia libre de enfermedad , lo cual nuestro trabajo aporta a la literatura científica y académica.

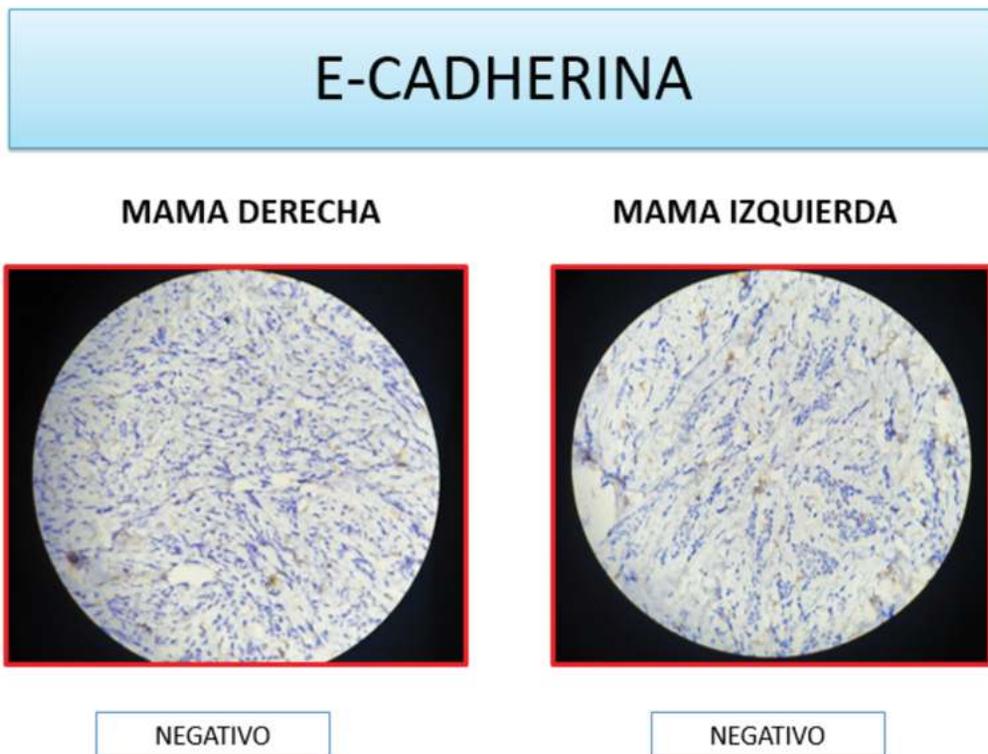
CASO CLÍNICO



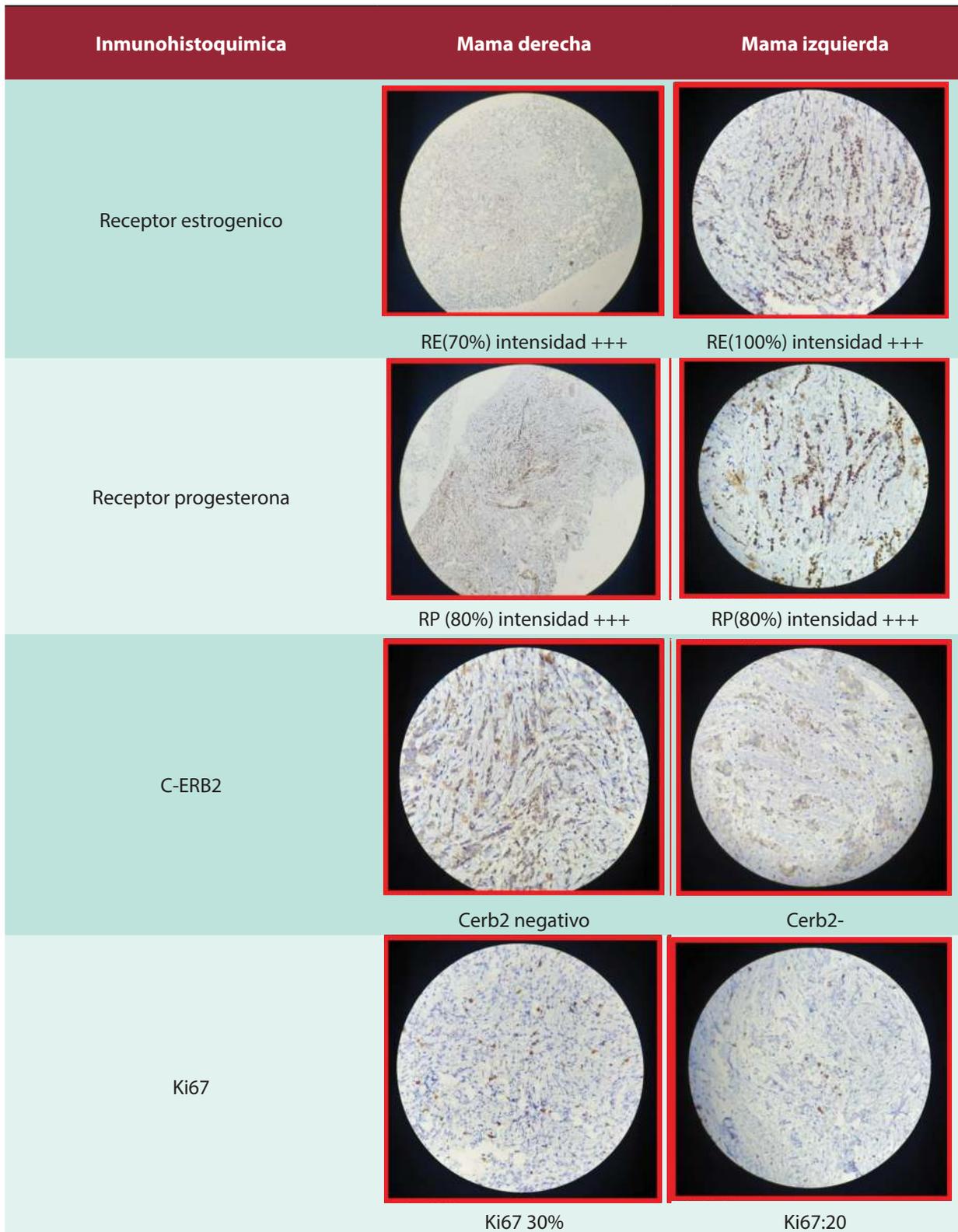
**Figura 1.** Estudio tomográfico tórax , abdomen y pelvis 07-11-17 contrastado donde se evidencia derrame pleural bilateral, no lesiones nodulares pulmonares, líquido libre en grado extenso en cavidad intraperitoneal, hígado sin lesiones nodulares focales sólidas ni quísticas, retroperitoneo no muestra adenopatías ni tumoraciones.



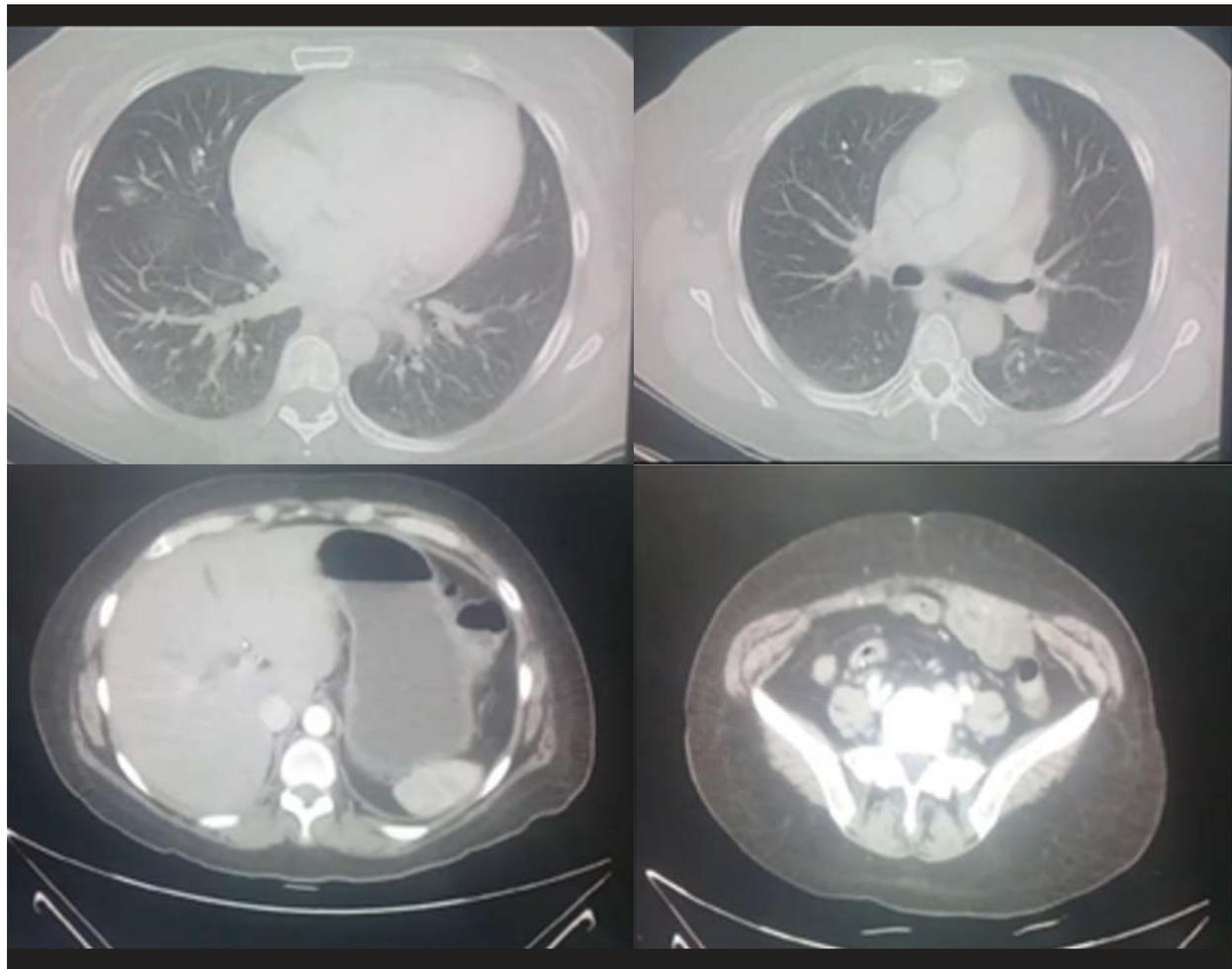
**Figura 2A.** Se observa a la microscopía celular del tejido mamario : poblaciones celulares en patrón de fila india tanto en mama derecha como mama izquierda correspondiente a un carcinoma lobulillar invasivo (Coloración H-E, 40 X).



**Figura 2B.** Se observa E-cadherina negativo en ambas mamas , glucoproteína mediada por calcio relacionada con la adhesión de células epiteliales , cuya ausencia es compatible en un carcinoma lobulillar .



**Figura 3.** Prueba de inmunohistoquímica para cáncer de mama, dividida en las categorías siguientes: receptor estrógeno (RE)/receptor progesterona (RP) positivo como luminal A, RE/RP/Her-2 positivo como luminal B, Her-2 positivo (Her-2 array) y triple negativo (basal-like). También se considera a aquellos tumores que solo expresan los receptores hormonales, pero la expresión del marcador de proliferación celular o Ki-67 es mayor que 14 %, se clasifican como luminal B. Todo ello es importante tanto para el pronóstico y tratamiento respectivo.



**Figura 4.** Estudio tomográfico tórax abdomen y pelvis 01-09-18 contrastado donde se evidencia campos pulmonares con densidad y configuración conservada, no evidenciándose engrosamiento de intersticio, proceso consolidativo, ni nódulos pulmonares y sin evidencia de derrame pleural, no se observa líquido en la cavidad peritoneal, restos de órganos y pelvis dentro de los límites normales.

## CONCLUSIÓN

Es importante diferenciar entre un segundo cáncer de mama primario vs metastásico por las implicancias pronósticas y terapéuticas respectivas.

En pacientes con cáncer de mama metastásico RH+, el tratamiento estándar es terapia hormonal +

inhibidores de CDK 4/6 según la bibliografía y guías.

Las pacientes con crisis visceral son candidatas a tratamiento de primera línea con QT.

Existen pocos casos reportados, se necesita profundizar en más estudios en cáncer de mama con metástasis contralateral.

**Contribuciones de autoría:** Los autores participaron en la génesis de la idea, diseño de proyecto, recolección e interpretación de datos, análisis de resultados y preparación del manuscrito del presente trabajo de investigación.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

**Conflicto de interés:** Los autores declaran no tener conflicto de interés en la publicación de este artículo.

**Recibido:** 10 de enero de 2021

**Aprobado:** 19 de mayo de 2021

**Correspondencia:** José M. Vela- Ruiz

**Dirección:** Av. Benavides 5440, Surco – Instituto De Investigaciones En Ciencias Biomédicas, Universidad Ricardo Palma

**Teléfono:** 945322888

**Correo:** semaxxvr@gmail.com

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. International Agency of Research on Cancer . GLOBOCAN 2018:Estimated Cancer Incidence , Mortality and Prevalence worldwide in 2018 .Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/cancer/en/>
2. Begg CB, Ostrovnya I, Geyer FC, Papanastasiou AD, Ng CKY, Sakr RA, et al. Contralateral breast cancers: Independent cancers or metastases? International Journal of Cancer. 2018;142(2):347-56.. doi:10.1002/ijc.31051
3. Alkner, S., Tang, M.E., Brueffer, C. et al. Contralateral breast cancer can represent a metastatic spread of the first primary tumor: determination of clonal relationship between contralateral breast cancers using next-generation whole genome sequencing. Breast Cancer Res 17, 102 (2015). Doi: <https://doi.org/10.1186/s13058-015-0608-x>
4. Takahashi H, Watanabe K, Takahashi M, Taguchi K, Sasaki F, Todo S. The impact of bilateral breast cancer on the prognosis of breast cancer: a comparative study with unilateral breast cancer. Breast Cancer 2005;12:196–202. DOI:10.2325/jbcs.12.196
5. Kurian AW, McClure LA, John EM, Horn-Ross PL, Ford JM, Clarke CA. Second primary breast cancer occurrence according to hormone receptor status. J Natl Cancer Inst. 2009 Aug 5;101(15):1058-65. doi: 10.1093/jnci/djp181. PMID: 19590058; PMCID: PMC2720990.
6. Liu Y, Dong C, Chen L. The clinicopathological features of second primary cancer in patients with prior breast cancer: Medicine. abril de 2017;96(16):e6675. doi:10.1097/MD.00000000000006675
7. Chaudary MA, Millis RR, Hoskins EOL, Halder M, Bulbrook RD. Bilateral breast cancer: A prospective study of disease incidence. Br J Surg 1984;71:711–4
8. Carmichael AR, Bendall S, Lockerbie L, Prescott R, Bates T. The long-term outcome of synchronous bilateral breast cancer is worse than metachronous or unilateral tumours. Eur J Surg Oncol 2002;28:388–91. doi:10.1053/ejso.2002.1266
9. Chuba PJ, Hamre MR, Yap J, Severson RK, Lucas D, Shamsa F, et al. Bilateral risk for subsequent breast cancer after lobular carcinoma in-situ: analysis of surveillance, epidemiology, and end results data. J Clin Oncol 2005;23:5534 –41 DOI: 10.1200/JCO.2005.04.038
10. Heron DE, Komarnicky LT, Hyslop T, Shwartz GF, Mansfield CM. Bilateral breast carcinoma: risk factor and outcomes for patients with synchronous and metachronous disease. Cancer 2000 Jun; 88(12): 2739-50
11. Sbitti Y, Slimani K, Debbagh A, Mokhlis A, Kadiri H, Laraqui A, Errihani H, Ichou M. Visceral Crisis Means Short Survival Among Patients With Luminal A Metastatic Breast Cancer: A Retrospective Cohort Study. World J Oncol. 2017 Aug;8(4):105-109. doi: 10.14740/wjon1043w.. PMID: 29147444; PMCID: PMC5650006.
12. National Comprehensive Cancer Network, NCCN Practice Guidelines in Oncology—v.3.2020. Disponible en: [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/PDF/breast.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/breast.pdf) (9 May 2020, date last accessed)
13. Systemic treatment of metastatic breast cancer in women: Chemotherapy - UpToDate [Internet]. [citado 10 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/systemic-treatment-of-metastatic-breast-cancer-in-women-chemotherapy>
14. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. Lancet 2005; 365:1687. doi: 10.1016/S0140-6736(05)66544-0.
15. Finn RS, Martin M, Rugo HS, Jones S, Im S-A, Gelmon K, et al. Palbociclib and Letrozole in Advanced Breast Cancer. N Engl J Med. 17 de noviembre de 2016;375(20):1925-36. DOI: 10.1056/NEJMoa1607303

Indexado en:



Scientific Electronic Library Online

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=2308-0531&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_serial&pid=2308-0531&lng=es&nrm=iso)



DIGITAL COMMONS

<https://network.bepress.com/>



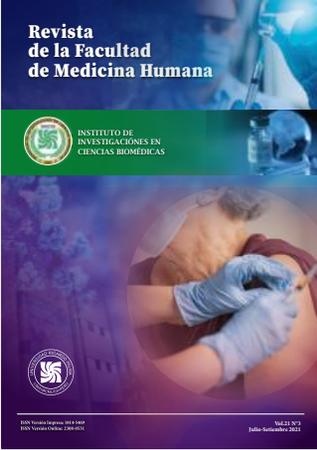
DIRECTORY OF OPEN ACCESS JOURNALS

<https://doaj.org/>



bvs biblioteca virtual em saúde

<http://lilacs.bvsalud.org/es/2017/07/10/revistas-indizadas-en-lilacs/>



Revista de la Facultad de Medicina Humana

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES EN CIENCIAS BIOMÉDICAS

2021 Volumen 21(3) 645-652

Julio-Septiembre 2021