

Coordinador: Dr. Manuel de la Llata-Romero

Colaboradores: Dr. Juan Urrusti-Sanz

Dr. Jesús Aguirre-García

Mujer de 66 años de edad con ganglio linfático axilar izquierdo grande y firme

Isabel Alvarado-Cabrero*

Caso clínico

Mujer de 66 años de edad. Antecedentes heredo-familiares: Padre muerto por cáncer de colon y hermana muerta por cáncer de pulmón. Antecedentes personales patológicos: Colitis crónica. Antecedentes gineco-obstétricos: Menarca a los 11 años, ciclos de 28 x 4; G:3, P:2, A:1, C:0, menopausia a los 56 años.

Padecimiento actual: En marzo de 2001, una mastografía de pesquisa reveló ganglio axilar izquierdo de 3 x 2 cm, de aspecto maligno. El diagnóstico histopatológico de la biopsia de dicho ganglio fue metástasis de adenocarcinoma poco diferenciado.

En el examen físico de las glándulas mamarias no se detectó lesión. La exploración axilar izquierda no mostró alguna otra adenomegalia y la exploración de la axila derecha, (además así como la del resto del organismo), no reveló alguna otra alteración patológica.

La tomografía axial computada (TAC) de tórax y abdomen, así como la serie ósea metastásica, fueron normales; la TAC pélvica reveló una masa anexial izquierda de 8 x 8 cm. No se encontró ascitis o enfermedad metastásica y el omento tenía apariencia normal.

Para estudiar la naturaleza de la masa anexial izquierda, la paciente fue referida al Servicio de Gineco-oncología. El examen físico mostró vagina atrófica, útero pequeño y una masa anexial de 8 cm, móvil; no se encontró alguna otra lesión en cavidad pélvica o tabique recto-vaginal.

A su ingreso al hospital la biometría hemática y la química sanguínea fueron normales. Los valores de los marcadores serológicos tumorales fueron:

Marcador	Resultado	Normal
CA-125	252 U/mL	hasta 26 U/mL
CA-15-3	34 U/mL	25 U/mL

En abril de 2001 se le efectuó laparatomía exploradora con histerectomía, salpingooforectomía bilateral, omentectomía, biopsias peritoneales múltiples y disección de ganglios linfáticos pélvicos y para-aórticos. Los hallazgos intraoperatorios fueron tumor ovárico izquierdo, sólido y quístico; dos nódulos corticales de 6 y 8 mm en el ovario derecho y un nódulo de 1 cm en el omento; el resto de la exploración fue negativa. El estudio histopatológico de los ovarios y del nódulo del omento reveló un adenocarcinoma poco diferenciado. El patrón de crecimiento de la neoplasia en ambos ovarios era multinodular con fibrosis. El lavado peritoneal, las biopsias peritoneales y los ganglios linfáticos no mostraron neoplasia. El aspecto morfológico de la neoplasia en ambos ovarios fue idéntica a la observada previamente en el ganglio linfático axilar izquierdo.

En una segunda evaluación del caso se concluyó que el carcinoma ovárico era de origen metastásico, a partir de uno primario en la glándula mamaria.

Se planeó tratamiento a base de tamoxifen 20 mg/día. No se efectuó mastectomía ya que no se detectaron alteraciones clínicas o radiológicas en la mama izquierda. Los estudios de seguimiento realizados durante los 5 meses posteriores fueron negativos para neoplasia.

**Departamento de Patología, Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social.*

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dra. Isabel Alvarado-Cabrero, Av. Cuauhtémoc 330, Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

En noviembre de 2001, la paciente se presentó en el Servicio de Urgencias debido a un cuadro caracterizado por dolor abdominal intenso y estreñimiento. La colonoscopia mostró una masa de 9 x 6 cm, anular, a 20 cm del ano. La exploración física reveló una masa localizada en el sigmoides. La biopsia de la neoplasia en colon mostró un adenocarcinoma poco diferenciado, idéntico al observado en los estudios previos.

La paciente fue sometida a una segunda laparotomía exploradora en la que se observó una neoplasia de 9 cm de diámetro mayor que comprimía el sigmoides. El resto de la exploración intraabdominal y pélvica fue negativa. Finalmente, se le efectuó una resección anterior baja.

Debido a lo atípico del cuadro clínico, se decidió revisar todo el material quirúrgico que se obtuvo de la paciente en las diferentes intervenciones.

La neoplasia tenía el mismo aspecto morfológico de un adenocarcinoma papilar poco diferenciado, hasta este momento se consideró la posibilidad de un carcinoma primario de ovario. Se realizó panel de inmunohistoquímica, la neoplasia fue negativa para la proteína GDPC-15 y positiva para el anticuerpo CD-125. El diagnóstico definitivo derivado de este análisis retrospectivo fue: adenocarcinoma seroso papilar poco diferenciado primario de ovario, con metástasis en ganglio axilar izquierdo.

El tratamiento instituido fue de quimioterapia a base de cisplatino, 8 meses después la paciente está viva y sin evidencia de actividad tumoral.

Discusión

El cáncer ovárico (CO) en estadios iniciales es por lo general asintomático y es la diseminación intraperitoneal

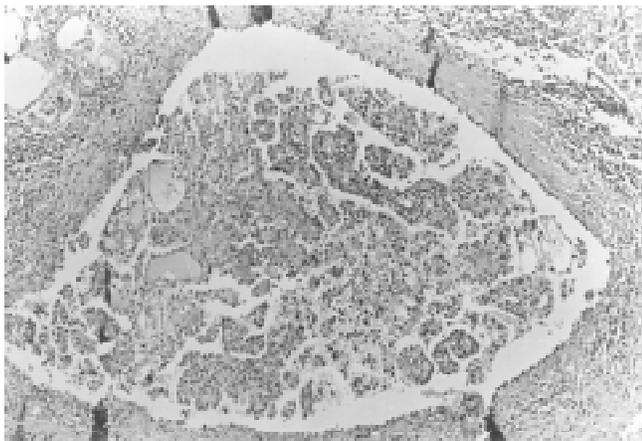


Figura 1. Grupos de células neoplásicas en tejidos blandos de axila

de la enfermedad la que ocasiona los signos y síntomas más comúnmente observados, como son dolor abdominal vago y distensión abdominal.

En el examen físico, la presencia de ascitis o una masa pélvica/abdominal es más consistente con CO.

El CO se disemina inicialmente por exfoliación directa de las células malignas dentro de la cavidad peritoneal. Una vez que los ganglios linfáticos pélvicos y paraaórticos han sido invadidos, los canales linfáticos en el diafragma y retroperitoneo permiten la diseminación de la enfermedad por arriba del diafragma.¹ La diseminación hematológica es menos común. Menos de 5% de las pacientes presentan metástasis parenquimatosas en el momento del diagnóstico inicial.

Los ganglios linfáticos inguinales y supraclaviculares se afectan en 3 y 4% de los casos, respectivamente.²

Sólo en raras ocasiones el CO se manifiesta inicialmente como un proceso metastásico en ganglios linfáticos axilares; aproximadamente se han reportado 6 casos en la literatura.³

La linfadenopatía axilar se observa por lo general en 40% de las pacientes con cáncer de mama, en el momento del diagnóstico inicial. Por otro lado la frecuencia con la que el cáncer de mama metastatiza en los ovarios es de 10% en series de autopsia y de 20 a 50% en casos de cáncer de mama avanzado; asimismo, la mama es el órgano que con mayor frecuencia metastatiza en ovario.⁴

Cuando se hace un diagnóstico de CO y adenopatía axilar en forma simultánea, el dilema clínico que enfrentamos es en relación al sitio primario: mama vs axila.

El diagnóstico diferencial puede realizarse con base a la información obtenida de los hallazgos intraoperatorios, características macro y microscópicas de la neoplasia, panel de inmunohistoquímica y marcadores serológicos, CA-125 y CA15-3.

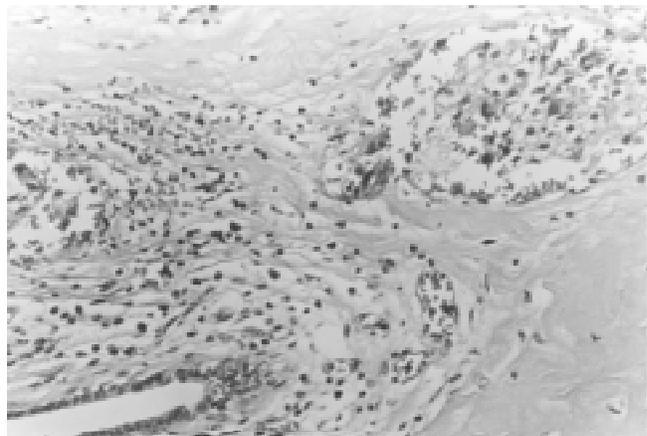


Figura 2. Émbolos neoplásicos en luces de vasos linfáticos.

Las metástasis ováricas se presentan como múltiples nódulos corticales, con poca afección del parénquima. En el estudio histológico, observamos desmoplasia y nidos tumorales permeando vasos sanguíneos y linfáticos.

Los marcadores de inmunohistoquímica útiles en este dilema diagnóstico son: la proteína GCDFP-15 que se ha aislado del líquido de los quistes mamarios y es un marcador de células apocrinas y células cancerosas mamarias con diferenciación apocrina; por lo tanto, este marcador es sensible y específico para carcinoma de mama.⁵ Por otro lado el marcador denominado CA-125 tiene una sensibilidad de 93% y una especificidad de 77% en el diagnóstico de los carcinomas ováricos no mucinosos.⁶ Sin embargo, hasta 53% de los carcinomas mamarios pueden expresar dicho marcador.

Los niveles serológicos del CA-125 se elevan en más de 80% de las pacientes postmenopáusicas con CO de tipo no mucinoso y rara vez se eleva en pacientes con cáncer de mama.⁷

En resumen, este caso ilustra un caso de CO con una manifestación inicial muy rara. A pesar de que en esta condición las metástasis a distancia son raras en asociación con enfermedad intra-abdominal mínima, no debe-

mos olvidar esta posibilidad diagnóstica ya que el tratamiento adyuvante es muy diferente entre carcinoma de mama y carcinoma de ovario.

Referencias

1. **Altaras MM, Aviram R, Cohen I.** Primary peritoneal serous carcinoma: clinical and management aspects. *Gynecol Oncol* 1991;40:230-236.
2. **Chen SS, Lee L.** Incidence of para-aortic and pelvic lymph node metastasis in epithelial carcinoma of the ovary. *Gynecol Oncol* 1983;16:95-100.
3. **Hockstein S, Keh P, Lurain J, Fishman D.** Ovarian carcinoma initially presenting as metastatic axillary lymphadenopathy. *Gynecol Oncol* 1997;65:543-547.
4. **Gagnon Y, Tétu B.** Ovarian metastases of breast carcinoma: a clinicopathologic study of 59 cases. *Cancer* 1989;64:892-898.
5. **Wick MR, Lillemoe TJ, Copland GT, Swenson PE, Manivel C.** Gross cystic disease fluid protein-15 as a marker for breast cancer. *Hum Pathol* 1989;20:281-287.
6. **Koelma IA, Nap M, Rodenburg CJ, Fleuren GJ.** The value of tumor marker CA 125 in surgical pathology. *Histopathology* 1987;11:287-294.
7. **Högberg T, Kagedal B.** Long-term follow-up of ovarian cancer with monthly determinations of serum CA 125. *Gynecol Oncol* 1992;46:191-198.

