

ASPECTOS MACROSCOPICOS DE LAS METASTASIS PLEURALES DE ORIGEN MAMARIO OBSERVADAS MEDIANTE LA TORACOSCOPIA DIAGNOSTICA

A. Cantó, A. González, J. Moya, R. Pujol, A. Arnau, G. Ferrer, R. Morera, J. Saumench y M. Hussein

Servicio de Cirugía Torácica. Hospital de Bellvitge Princeps d'Espanya. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Se revisan 85 pacientes afectos de cáncer de mama que se acompañaba de derrame pleural. La toracoscopia se indicó en todos ellos, tanto para buscar la etiología de la pleuresía, como para realizar una pleurodesis simple por haberse diagnosticado previamente.

En todos los casos se relacionan los aspectos generales de los derrames, haciéndose especial mención a las citologías, así como a las formas de presentación y situación de las metástasis en la pleura.

Hemos encontrado diferencias en la apatencia de las metástasis por determinadas regiones pleurales, según que el tumor sea homolateral o contralateral. En general, los primeros tienen preferencia por la pleura costal, mientras que los segundos por la mediastínica.

Se ha registrado que la edad de mayor incidencia de metástasis pleurales por cáncer de mama es entre los 31-60 años con un 57,6 %, le sigue con un 29,4 % en los mayores de 61 años y con un 13 % cuando son menores de 30 años.

Arch Bronconeumol 1989; 25: 211-214

Introducción

El cáncer primario de mama es de detección precoz por su accesibilidad exploratoria, de tal forma que cuando cursa con derrame pleural ya está perfectamente diagnosticado, a diferencia de otros cánceres de distinta localización.

Cuando aparece el derrame pleural en una paciente con cáncer de mama, significa que estamos delante de una nueva problemática, cuyo tratamiento dependerá de la existencia o no de metástasis. Así pues, ante un derrame pleural estamos obligados a realizar un estudio citológico del mismo e incluso de una biopsia pleural o de ambos. Podría ocurrir que el derrame

Macroscopic features of pleural metastases of breast cancer in diagnostic thoracoscopy

Eighty-five patients with breast cancer associated with pleural effusion were reviewed. In all of them thoracoscopy was indicated, either to investigate the etiology of effusion or to carry out simple pleurodesis when the etiology was already known.

An analysis of the general features of the effusion was carried out in all cases, with special emphasis on the cytological findings and the presentation types and localization of the pleural metastases.

We found differences in the predilection of metastases for some pleural areas, depending on whether the tumor was homolateral or contralateral. As a rule, the former had a predilection for the costal and the latter for the mediastinal pleura.

The age of highest incidence of pleural metastases of breast carcinoma was found to be 31-60 years, with 57,6 %, followed by 29,4 % in patients older than 60 years and by 13 % in patients younger than 30 years.

fuese secundario a una neumonía o bien a la radioterapia y que los resultados histológicos obtenidos no fuesen concluyentes; por todo ello entendemos que está indicada una pleuroscopia.

Revisando la literatura hemos encontrado pocos autores que hayan relacionado las localizaciones pleurales de las metástasis con el tumor primario. Meyer¹, en relación a nueve casos, observó que cuatro tenían invadida las pleuras parietal y visceral; los otros cinco tenían afectada la pleura visceral, por lo que concluye que el derrame pleural de estos pacientes sería secundario a un bloqueo linfático pulmonar. Estos resultados de Meyer hay que considerarlos de forma distinta a nuestra serie, ya que Meyer estudió material procedente de necropsias y en nuestro estudio presentamos pacientes a los que se les practicó

Recibido el 29-11-88 y aceptado el 19-4-89.

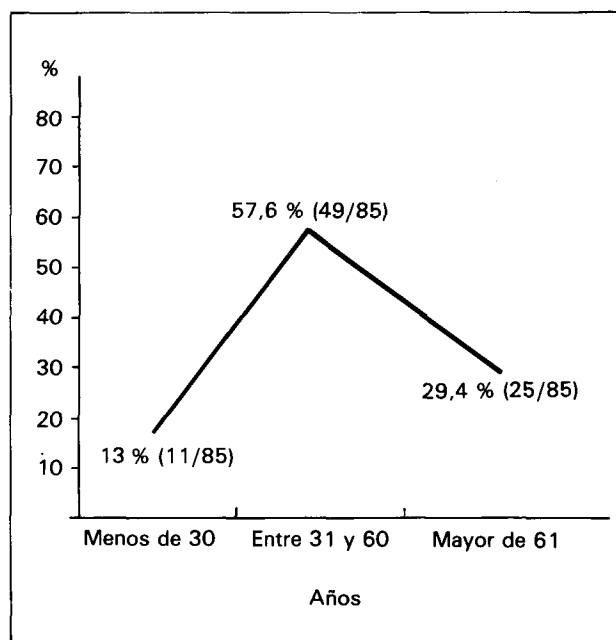


Fig. 1. Frecuencia de los carcinomas pleurales de origen mamario en nuestra serie, según la edad de los pacientes.

una toracoscopia diagnóstica y/o terapéutica. Con este método exploratorio se tiene la posibilidad de escoger pacientes con invasiones precoces, permitiendo contemplar la evolución de las metástasis.

Material y métodos

Se revisan 820 toracoscopias diagnósticas desde enero de 1970 hasta mayo de 1988. El 80 % (657/820) se realizaron en derrames pleurales, de los cuales el 67 % (439/657) fueron por etiología maligna. Los producidos por metástasis de cáncer primario de mama son el 21 % (93/439), siguiendo al carcinoma broncopulmonar que ocupa el primer lugar en orden de incidencia con un 23 % (101/439). Se descartaron del estudio 8 casos por ser bilaterales. Se han revisado los 85 casos restantes.

La edad media de los pacientes fue de 52 años, con un mínimo de 29 y un máximo de 82 años. Antes de los 30 años se encuentra el 13 % (11/85) de la serie. Entre los 31-60 años está el 57,6 % (49/85), quedando después de los 61 años el 29,4 % (25/85) (fig. 1). En cuanto al sexo resulta que el 97,6 % (83/85) de los pacientes son del sexo femenino y el resto del sexo masculino.

La toracoscopia se realizó como primera exploración a todos aquellos pacientes diagnosticados de carcinoma mamario, que hubiesen presentado derrame pleural, independientemente que estuviesen operados o no. Sólo el 2,4 % (2/85) fue diagnosticado de cáncer mamario después de la exploración.

TABLA I
Afectación de las distintas pleuras en los casos incipientes (una sola pleura) y en general, según lateralidad.

		(en %)	Costal	Visceral	Mediastínica	Diafragmática
Homol.	1 pleura	71,4	7,1	14,3	7,1	
	Total	83	47,2	50,9	47,2	
Contr.	1 pleura	20	0	60	20	
	Total	33,3	33,3	77,8	61,1	

De los 85 pacientes con metástasis demostradas se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, hemitórax afecto, contralateralidad, aspecto del líquido pleural y situación del mismo, aspecto y tamaño de las metástasis en las cuatro pleuras (costal, visceral, mediastínica y diafragmática). Todos estos datos se procesaron en un ordenador Hewlett-Packard 2624 A.

Resultados

El 59 % de los derrames pleurales se localizaron en el hemitórax derecho y el 41 % (35/85) en el izquierdo.

El 76,5 % (65/85) de los pacientes metastatizaron en el mismo hemitórax y el 23,5 % (20/85) en el contralateral. El 80 % (16/20) metastatizaron de mama izquierda a hemitórax derecho y el 20 % (4/20) de mama derecha a hemitórax izquierdo. El 61 % (52/85) presentaron derrames de aspecto seroso y el 39 % (33/85) de aspecto serohemático.

Las citologías obtenidas en los líquidos pleurales fueron, en general, positivas en cuanto a diagnóstico en el 42,66 % (32/75) de los pacientes en los que encontramos recogido dicho dato.

En los líquidos de aspecto seroso, las citologías del líquido pleural fueron positivas en un 32 % (16/50) y los de aspecto serohemático en un 64 % (16/25). El aspecto macroscópico de las metástasis pleurales se resume en un 86 % (73/85) de formas nodulares, un 5,9 % (5/85) de placas y otro tanto de imágenes inflamatorias y un 2,2 % (2/85) de linfangitis carcinomatosas.

En general, las lesiones metastásicas estaban situadas en un 70,5 % (60/85) en la pleura costal, y el 25 % (15/60) de éstas en la pleura submamaria, el 43,5 % (37/85) en la pleura visceral, el 57,6 % (49/85) afectaba a la pleura mediastínica y el 50,6 % (43/85) a la diafragmática.

El 70,6 % (60/85) presentaba las lesiones en el hemitórax inferior a la región hiliar y el 29,4 % (25/85) las lesiones ocupaban todo el hemitórax.

Las lesiones de mayor tamaño fueron de situación inferior a las más pequeñas, en los casos de neoforaciones nodulares.

La pleura costal estuvo invadida en el hemitórax derecho en un 82 % (41/50) de ocasiones y en el izquierdo en un 60 % (21/35). En el resto de las pleuras no se aprecia diferencia significativa entre los dos hemitórax.

Como se aprecia en la tabla I, existe una franca diferencia de afectación pleural según que las metástasis aparezcan en el mismo hemitórax o en el contralateral. En el primero de los casos está la pleura costal con un 71,4 %, es la más afectada; en cambio, cuando las lesiones son contralaterales, la mediastínica inferior, con un 60 % ha sido la que presentó metástasis en más ocasiones.

Se separaron los casos en que sólo tenían una pleura afectada por las metástasis, que serían los casos incipientes y comparamos sus resultados con el general, encontrando que se repetían las incidencias (tabla I).

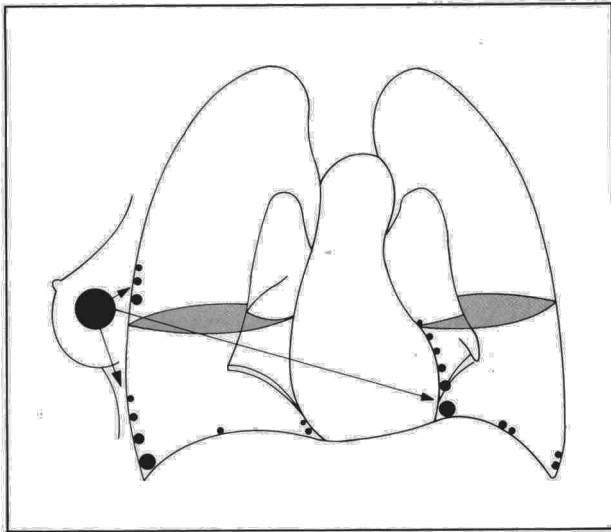
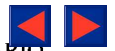


Fig. 2. Localizaciones más frecuentes de las metástasis pleurales de origen mamario.

Discusión

Al igual que en su día estudiamos las metástasis pleurales de origen broncopulmonar², siguiendo un método exhaustivo de examen de las cuatro pleuras³, en el presente trabajo se revisa una serie de carcinomatosis pleurales de origen mamario.

Si Galy⁴ y Anderson⁵ sitúan, por orden de frecuencia a la mama en primer lugar, seguida del cáncer de pulmón, como causa y origen de pleuresías de origen metastásico, otros autores la sitúan a la inversa, en segundo lugar⁶⁻¹⁰, encontrando la explicación en el aumento de la incidencia del cáncer pulmonar, sobre todo en la mujer, y en las mejores respuestas terapéuticas oncológicas que tiene en la actualidad el cáncer mamario.

Son muchos los pacientes afectos de un cáncer mamario que desarrollan metástasis pleurales. En la serie de Goldsmith¹¹ un 46 %.

En la casi totalidad de las series se aprecia una incidencia mínima en el hombre. En la mujer aumenta a lo largo de su vida entre los 31 y 60 años. La aparición de un derrame pleural en una paciente con carcinoma mamario, será un signo de mal pronóstico, pero habrá que demostrar que estamos ante metástasis pleurales siempre, ya que pueden existir pleuresías de etiología benigna, sobre todo si estas pacientes han llevado tratamiento de cobalto.

Son más frecuentes en el hemitórax derecho¹², ya que en nuestra serie fueron más frecuentes los carcinomas mamarios derechos. Existen pacientes que desarrollan metástasis contralaterales, sobre todo de mama izquierda a hemitórax derecho.

Coincidimos con otros autores en encontrar más pacientes con derrames de aspecto seroso.

Las citologías del líquido pleural alcanzan positivities parecidas a las citadas por otros autores, pero señalamos que en los líquidos de aspecto serohemá-

tico se recogieron citologías positivas en doble cantidad que cuando el líquido era de aspecto seroso. Macroscópicamente, las imágenes que ofrecían las metástasis pleurales eran, en la mayoría de las ocasiones de formas nodulares, de crecimiento ascendente y de situación en hemitórax inferior en los casos incipientes. Encontramos zonas de metastatización, como la pleura subyacente a la mama, que son características en este tipo de carcinomatosis.

La pleura costal es la que más veces ha estado metastatizada, coincidiendo con Custardoy¹² y al contrario de los hallazgos descritos por Meyer¹. Esta circunstancia no la encontramos en las metástasis propias del cáncer broncopulmonar², de ahí que podamos explicar los resultados señalados por Karlisch¹³, Boutin¹⁴ y Mígueres⁷ en biopsias pleurales obtenidas con aguja en pacientes con metástasis por cáncer de pulmón y de mama en los que refirieron resultados positivos del orden del 52,3 %, 19 % y 32 % para el pulmón y el 75 %, 57 % y 55 % para la mama, respectivamente.

En cambio, cuando las metástasis son contralaterales los resultados serán muy inferiores, pues ya vimos que éstas aparecen sobre todo en mediastino inferior donde sólo podemos llegar a biopsiar por medio de la toracoscopia. La toracoscopia dará resultados óptimos, sobre todo en las localizaciones de pleuras costales bajas y las pleuras submamarias (en las homolaterales) y el mediastino inferior (en las contralaterales) (fig. 2).

Conclusiones

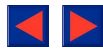
El cáncer de mama metastatiza frecuentemente en la cavidad pleural. Un derrame pleural, cuando aparece en una paciente diagnosticada de cáncer de mama, operado o no, será siempre de mal pronóstico, pero el que existan casos en el que la etiología del derrame pleural sea de origen benigno obliga a estudiar tanto el líquido pleural como la propia pleura.

La aparición de un derrame contralateral obliga a revisar la otra mama y si no se encuentra patología, pensaremos que estamos asistiendo a una metástasis contralateral.

Cuando el cáncer mamario metastatiza en el mismo hemitórax, lo hace sobre todo en la pleura costal y cuando lo hace en el hemitórax contralateral, ocurre en general, sobre la pleura mediastínica.

La rentabilidad de las biopsias pleurales con agujas aumentará si se tiene la precaución de practicarse éstas en la pleura costal subpectoral y la costal inferior. En cambio, si el derrame es contralateral, la rentabilidad será siempre baja, al no poder biopsiar la pleura mediastínica con este proceder.

Somos partidarios de la toracoscopia para poder revisar toda la cavidad pleural, realizar biopsias bajo control visual directo y para poder completar la exploración con una pleurodesis.



BIBLIOGRAFIA

1. Meyer PC. Metastatic carcinoma of the pleura. *Thorax* 1966; 21:437-443.
2. Cantó A, Ferrer G, Romagosa V, Moya J, Bernat R. Lung cancer and pleural effusion. Clinical significance and study of pleural metastatic locations. *Chest* 1985; 87:649-652.
3. Cantó A, Rivas J, Saumench J, Morera R, Moya J. Points to consider when choosing a biopsy method in cases of pleurisy of unknown origin. *Chest* 1983; 84:176-179.
4. Galy P, Brune J, Dorsit G, Delagrangé B, Bernheim J, Lacroze M. Étude statistique de 710 épanchements pleuraux observés dans un service de pneumologie. *Lyon Med* 1971; 4:226-229.
5. Anderson CB, Philpott GW, Ferguson TB. The treatment of malignant pleural effusions. *Cancer* 1974; 33:916-922.
6. Chernow B, Sahn SA. Carcinomatous involvement of the pleura. An analysis of 96 patients. *Am J Med* 1977; 63:695-702.
7. Miguères J, Jover A. Pleurésies sérofibrineuses. *Encycl Med Chir. Poumon. Paris*. 1987-2, 6041 A³⁰.
8. Hampson F, Karlsh AJ. Needle biopsy of the pleura in diagnosis of pleural effusions. Report of 110 cases. *Quart J Med* 1961; 30:249-255.
9. Bodington MM. The cytology of effusions. 2nd Ed, New York. Grune & Stratton 1968.
10. Chretien J, Hirsch A, Danel C, Aeloni J. Diagnostic aspects. *Diseases of the Pleura*. Masson 1983; 152-64.
11. Goldsmith HS, Bailey HD, Callahan EL, Beattie EJ. Pulmonary lymphangitic metastases from breast carcinoma. *Arch Surg* 1967; 94:483-488.
12. Custardoy J, Chiner E, Marin J. Toracoscopia diagnóstica y terapéutica en el derrame pleural neoplásico de origen mamario. *Enf Torax* 1987; 36:185-188.
13. Karlsh AJ, Hampson F, Hemsted EH. Etiological factors in pleural effusion. *Les Bronches* 1970; 20:28-40.
14. Boutin C. Pleurésies tumorales. *Rev Prat* 1978; 28:2117-2127.