CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):733

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-360 - METÁSTASIS SOLITARIA RECTAL DE CARCINOMA LOBULILLAR DE MAMA

Aláez Chillarón, Ana Belén; Mojtar, Mohamed Fadel; García Santos, Esther; Moreno Manso, Iñaki; Martín Vieira, Francisco José; Pérez-Merino, Enrique

Hospital Virgen de Altagracia, Manzanares.

Resumen

Introducción: El carcinoma lobulillar de mama tiene una incidencia del 10%-20% de todos los cánceres de mama y tiende a metastatizar en hueso, órganos ginecológicos, peritoneo o retroperitoneo y menos frecuentemente, en el tracto gastrointestinal. Se han descrito algunas series de casos de metástasis de recto de carcinoma de mama y estos generalmente ocurren entre 6-7 años después del tumor primario con lo que su diagnóstico a veces no es sospechado como primera posibilidad.

Caso clínico: Mujer de 72 años de edad que acude a urgencias por un cuadro clínico y radiológico compatible con obstrucción intestinal. No presenta cirugías abdominales previas aunque sí mastectomía radical izquierda por carcinoma de mama en 2006 realizada en otro centro. A la exploración presenta el abdomen distendido y timpánico. Se realiza tacto rectal donde se palpa a 4-5 cm de margen anal una tumoración dura y friable de gran tamaño y parece adherida a planos profundos. Se realiza rectoscopia con toma de biopsias que son informadas como no concluyentes. Ante la sospecha de adenocarcinoma de recto obstructivo se decide realizar cirugía de urgencias con colostomía derivativa en FII y toma de biopsias rectales. Se realiza TAC abdominal y RMN en el postoperatorio con el objeto de administrar a la paciente quimio y radioterapia preoperatoria siendo informados ambos como tumoración rectal de gran tamaño con adenopatías perirectales patológicas (T3N2) y sin diseminación a distancia. El resultado de la biopsia es de metástasis de carcinoma lobulillar de mama tras el estudio inmunohistoquímico. Se realiza posteriormente estudio más exhaustivo (gammagrafía, PET-TAC, mamografía y ecografía mamaria) sin observar otras metástasis ni patología en la mama. Se decide tratamiento neoadyuvante con quimioterapia (adriamicina y ciclofosfamida seguido de paclitaxel) y se realiza posteriormente amputación abdominoperineal con resección macroscópica de todo el tumor y colostomía terminal en FII. El resultado de anatomía patológica definitiva es de metástasis de carcinoma lobulillar infiltrante de mama con afectación de 7/7 adenopatías pT3pN2.

Discusión: Las metástasis rectales del carcinoma de mama son bastante infrecuentes y se explica su existencia sin otras metástasis en hígado o pulmón debido a su diseminación a través del plexo venoso vertebral que recoge el drenaje venoso de la mama a través de las venas intercostales. Generalmente la sintomatología que producen es idéntica a la de un primario de recto, haciéndolo además años después (media de 6-7 años) del primario de mama. Esto conlleva a la consiguiente dificultad en el diagnóstico y la histopatología se convierte en un paso clave e imprescindible para

distinguirlos. Las metástasis en recto se localizan en primer lugar en las capas subserosa y submucosa, dejando libre la mucosa hasta estados más avanzados, esto conlleva a los múltiples falsos negativos de las biopsias endoscópicas. En general, la cirugía está indicada solo para complicaciones, pero extrapolando los buenos resultados de la cirugía de las metástasis de hepáticas del cáncer de mama se puede valorar la cirugía resectiva completa esperando mejores resultados tanto de intervalo libre de enfermedad como de aumento de la supervivencia a 5 años.

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados