



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-524 - METÁSTASIS OVÁRICA DE CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE MAMA

S. Roldán Ortiz, D. Pérez Gomar, M. Sánchez Ramírez, A. Bengoechea Trujillo, M. Fornell Ariza, M.J. Castro Santiago, J.M. Pacheco García y J.L. Fernández Serrano

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Resumen

Introducción: El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en la mujer. El tipo ductal corresponde al 85-90% de los carcinomas mamarios infiltrantes y el lobulillar al 10% restante. De estos tumores, el 9-14% presentan extensión metastásica al diagnóstico.

Caso clínico: Paciente de 39 años intervenida por Carcinoma ductal infiltrante de mama derecha (pT2pN1Mx) con realización de mastectomía radical modificada y reconstrucción mamaria inmediata en 2007 más tratamiento hormonal adyuvante. Acude a Servicio de urgencias por dolor abdominal progresivo de 12 horas de evolución, de inicio brusco en hipogastrio y FID, afebril, sin náuseas, vómitos ni diarrea. En exploración física muestra estabilidad hemodinámica, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en FID, sin signos de irritación peritoneal. Analítica: Hb 11,3 g/dl, Leucocitos 5150 (73%N). PCR 143,0 mg/l. Ecografía abdominal: Apéndice aumentada de tamaño con abundante líquido libre. Ante estos hallazgos y duda diagnóstica se realiza laparoscopia exploradora, encontrándose el apéndice cecal sin signos macroscópicos de afectación, hemoperitoneo moderado en pelvis, útero y anejo izquierdo normales, y anejo derecho con masa de 60 mm irregular y friable con sangrado activo. Se realiza anexectomía derecha, hemostasia, lavado y drenaje de cavidad. El estudio anatómo-patológico informa de infiltración masiva del ovario por carcinoma compatible con origen mamario. Actualmente la paciente está en tratamiento y seguimiento por Oncología.

Discusión: Diversos estudios muestran que el patrón de metástasis entre ambos tipos de neoplasias es diferente según su tipo histológico. El tipo ductal infiltrante metastatiza con más frecuencia a ganglios linfáticos, pulmón y hueso, y los carcinomas lobulillares al tracto gastrointestinal (colon-recto, estómago, intestino delgado y esófago), a órganos ginecológicos, peritoneo y retroperitoneo. La frecuencia de metástasis ováricas es de 21-37% para carcinoma lobulillar y el 2,6-11% en carcinoma ductal. El riesgo de metástasis se asocia con varios factores pronósticos como tamaño tumoral, tipo histológico y grado nuclear, edad, extensión ganglionar, receptores hormonales, factor Ki-67, protooncogén c-erb-2, etc. El intervalo entre el diagnóstico de cáncer de mama y la aparición de metástasis presenta mayor incidencia entre los 4 y 5 años. Por lo cual, ante el hallazgo de una masa anexial o pélvica en paciente con antecedentes de cáncer de mama, se debe sospechar metástasis, ya que presenta frecuencia hasta 6-13%. La presentación clínica de estas metástasis es inespecífica pudiendo ser diagnosticada como hallazgo incidental en estudio de extensión o como cuadro de abdomen agudo inespecífico como en el caso de nuestra paciente. Así como, el periodo libre de enfermedad oscila entre 12 meses y 11 años, en nuestro caso el periodo libre de enfermedad fue 4 años. Las metástasis ováricas del carcinoma ductal infiltrante suponen una rara entidad, de hallazgo incidental

durante el seguimiento o causa de abdomen agudo, como es nuestro caso. El abordaje laparoscópico resultó óptimo para diagnóstico y tratamiento de esta paciente.