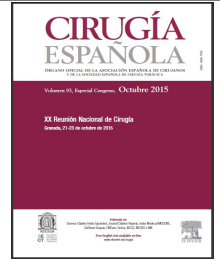




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-533 - Metástasis pélvica de cáncer de mama

Artiles Armas, Manuel; Fernández Quesada, Carlos; Acosta Mérida, Asunción; Medina Velázquez, Raúl; Jiménez Díaz, Laura; Callejón Cara, María del Mar; Silvestre Rodríguez, José; Marchena Gómez, Joaquín

Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en mujeres, suponiendo la primera causa de muerte de este grupo en nuestro medio. Se estima que el 7,14% de las mujeres españolas padecerán un cáncer de mama a lo largo de su vida. Las metástasis de este tipo de tumores pueden ocurrir varios años después del diagnóstico del cáncer de mama, siendo su manejo difícil. Las localizaciones más comunes de estas metástasis son el pulmón, hueso, hígado y piel; y de forma más infrecuente el tracto gastrointestinal, cerebro, meninges, glándulas suprarrenales, ovarios, bazo, páncreas, riñones, tiroides, retina y corazón. La afectación metastásica del tejido retroperitoneal y la grasa mesorrectal es considerada rara, con apenas algunos casos aislados publicados en la literatura. Presentamos un caso de metástasis mesorrectal de adenocarcinoma de mama bilateral, con importante compromiso de estructuras pélvicas.

Caso clínico: Mujer de 60 años, intervenida en dos ocasiones por adenocarcinoma de mama mediante mastectomía izquierda, tumorectomía derecha y BSGC bilateral. Recibió quimioterapia y radioterapia adyuvante. La paciente acudió a consulta por cuadro de dolor en flanco izquierdo irradiado a zona lumbar, de 5 semanas de evolución, asociando estreñimiento pertinaz y pérdida de peso mayor al 10% de su peso habitual. En el tacto rectal destacaba una masa indurada en espacio de Douglas, no dolorosa a la palpación, sugestiva de naturaleza neoplásica. La TC tórax-abdomen y la RMN pélvica informaban una estenosis rectal de 7 cm de longitud, a 8,5 cm de margen anal, por compresión extrínseca, de origen neoplásico y sin adenopatías locorregionales. La colonoscopia objetivó también dicha estenosis extrínseca al recto, sin afectación mucosa. Ninguna de las biopsias obtenidas demostró celularidad específica para alcanzar un diagnóstico. Ante la clínica de oclusión intestinal y sospecha de neoplasia pélvica, se decidió el ingreso y cirugía electiva de la paciente. Se accedió a la cavidad abdominal mediante una laparotomía media, apreciándose una masa pélvica dependiente del mesorrecto, de 16 × 8 cm, indurada, que infiltraba la pared rectal, estenosándola, así como al útero y tercio superior de la vagina. Se realizó la exéresis de la masa incluyendo resección anterior de recto, histerectomía y doble anexectomía, anastomosis colorrectal mecánica a 6 cm de margen anal, linfadenectomía interaortocava e ileostomía de protección. No se objetivó afectación peritoneal carcinomatosa. Al 6º día postoperatorio, la paciente presentó dehiscencia de anastomosis, realizándose exéresis de la misma y colostomía terminal. Fue dada de alta 45º día posquirúrgico. La histología de la pieza fue diagnóstica para carcinoma pobremente diferenciado, compatible con metástasis de carcinoma de mama, dependiente del tejido adiposo mesorrectal. Receptores de estrógeno y progesterona +8 y +3 puntos de Allred, respectivamente. Her2: +2 puntos. Las metástasis retroperitoneales en tumores malignos de mama son una entidad infrecuente, de aparición tardía y con pronóstico desfavorable. La cirugía puede paliar los síntomas por compresión extrínseca tales como la oclusión intestinal o el sangrado. Es preciso mantener un nivel de seguimiento a largo plazo por el riesgo de recidivas y metástasis en

localizaciones dispares y tras muchos años de la aparición del tumor primario.