



V-082 - APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON ASCITIS POR ADENOCARCINOMA MAMA ESTADIO IV

Pérez Reyes, María¹; Cabrera Serna, Isaac¹; González Cano, Javier²; Montiel Casado, María Custodia¹; González Sánchez, Antonio Jesús¹; Romacho López, Laura¹; Aranda Narváez, José Manuel¹; Santoyo Santoyo, Julio¹

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: La carcinomatosis peritoneal en cáncer de mama es rara, siendo más frecuente en el tipo lobulillar infiltrante. Su aparición oscila entre 3 meses y 30 años tras el diagnóstico.

Caso clínico: Paciente de 43 años diagnosticada de carcinoma infiltrante de células en anillo de sella con receptores IHQ propios de la mama (RH2+, GATA3+, mamaglobulina+, HER2-) sin lesión primaria de mama con metástasis óseas múltiples y carcinomatosis peritoneal con necesidad de paracentesis evacuadoras intermitentes. Último PET con estabilización de la enfermedad, en tratamiento actual con análogos y exemestano. Ingreso en Oncología por fiebre y dolor abdominal generalizado. La analítica destacaba reactantes de fase aguda elevada (PCR 128). Se realizó TAC abdominal urgente objetivando engrosamiento parietal de ciego y apéndice cecal de 2 cm de diámetro a valorar proceso inflamatorio o implante tumoral, aumento de densidad en mesenterio de delgado y realce peritoneal compatible con carcinomatosis. Ascitis a tensión. Se decidió realizar paracentesis evacuadora y diagnóstica, mandando a microbiología el líquido claro. Se repitió el TAC abdominal persistiendo la imagen del apéndice cecal con aumento de calibre, pared engrosada y con imagen nodular hiperdensa en origen del mismo a descartar implante o proceso apendicular agudo y líquido ascítico con realce del peritoneo en relación con carcinomatosis. Se reevaluó y ante presencia de abdomen agudo se decidió cirugía urgente. El abordaje fue laparoscópico, objetivamos peritonitis evolucionada generalizada secundaria a apendicitis aguda perforada con líquido ascítico, moco, abundante fibrina y el paquete intestinal emplastronado. Mandamos muestra del líquido a cultivo, citología y para estudio anatomopatológico. Desmontamos el plastrón e identificamos el apéndice cecal engrosado, perforado en su tercio medio, con salida de pus inicialmente y posteriormente material fecaloideo. Se realizó disección dificultosa por el plastrón que englobaba el ciego. Seccionamos el mesoapéndice con electrocautero y la base con endopath. El postoperatorio evolucionó favorablemente sin complicaciones. La anatomía patológica fue informada como apendicitis aguda gangrenosa.



Discusión: En algunos pacientes, un nódulo de implante peritoneal obstruye parte del tracto intestinal y puede acompañarse por dolor abdominal tipo cólico. Si dicho implante se encuentra adherido al apéndice puede causar una obstrucción de la luz del apéndice y derivar en apendicitis. La clínica será de dolor abdominal, fiebre, hiporexia... Para el diagnóstico se realizará TAC abdominal, y puede presentar reactantes de fase aguda elevados. En pacientes con ascitis podremos realizar paracentesis diagnóstico terapéutica, pero no podemos olvidar que una muestra estéril puede ser porque el líquido esté loculado. Para decidir el tratamiento, tenemos que saber que la carcinomatosis peritoneal es indicativa de un estadio oncológico avanzado, si bien en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama presentan una supervivencia entre 24-36 meses y observándose casos de remisión de la enfermedad durante períodos prolongados de tiempo, por ello, en nuestra paciente dada la estabilidad de la enfermedad se decidió intervención quirúrgica mediante laparoscopia, objetivando apendicitis aguda, sin implante. En pacientes con carcinomatosis peritoneal con ascitis, el diagnóstico de apendicitis aguda secundario a implante peritoneal versus por proceso infeccioso es difícil, si bien el diagnóstico definitivo será anatomo-patológico.