



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-637 - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL DE CAUSA IMPREVISIBLE

Lujan, Delia; Jiménez, Isabel; Peña, Emilio; Ruiz, Miguel; Giménez, Clara; López, Pedro; Albarracín, Antonio; Candel, Mari Fe

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Resumen

Introducción: La obstrucción intestinal por cáncer colorrectal es la segunda causa más frecuente tras las hernias internas. Sin embargo, algunas etiologías menos usuales, como las metástasis de otros tumores primarios, pueden producir dicha patología. La presencia de metástasis gastrointestinales de cáncer de mama es rara, con escasa literatura publicada al respecto, sin embargo, existe mayor asociación con el carcinoma lobulillar infiltrante de mama. Lamentablemente, dado la inespecificidad clínica, se produce un retraso en el diagnóstico que conlleva un pronóstico peor en estos pacientes

Caso clínico: Mujer de 68 años, alérgica a azitromicina, dislipémica e intervenida de cáncer de mama izquierda en 2016, realizándose mastectomía radical, con histología de carcinoma lobulillar luminal B pT3pN3cM0, recibió radioterapia y adyuvancia con cisplatino y paclitaxel, y hormonoterapia con letrozol, con buena respuesta. Además, como antecedente, había presentado tres episodios de diverticulitis aguda no complicada, en el último año, tratada de forma ambulatoria en otro hospital. Se realizó colonoscopia de control evidenciando múltiples divertículos en sigma-colon descendente no complicados y estenosis inflamatoria en ángulo esplénico infranqueable, se tomaron biopsias, informando de cambios inflamatorios inespecíficos. Tras ello, consultó en nuestro hospital, por dolor abdominal en hemiabdomen izquierdo asociado a náuseas, vómitos y distensión abdominal. Se realizó una radiografía de abdomen y TC abdominal evidenciando cuadro compatible con obstrucción intestinal de colon, por lo que se decidió cirugía urgente. Se halló una gran dilatación de todo el colon hasta una zona indurada y estenótica en ángulo esplénico con infiltración del mesocolon, realizándose colectomía subtotal. En el posoperatorio la paciente desarrolló un íleo paralítico que se resolvió de forma conservadora, siendo alta al 10º día. El informe histológico del espécimen quirúrgico reveló infiltración del colon extrínseca por carcinoma, compatible con metástasis de carcinoma lobulillar (CK19+, CK7+, CK20-, RE+, RP-, EMA+, HER2-), coincidiendo inmunohistoquímicamente con los marcadores del tumor primario previamente extirpado. Se realizó PET-TC que informó de incremento metabólico focal en fosa iliaca izquierda y ascitis abdominopélvica, sin evidencia de más enfermedad maligna, iniciándose tratamiento con fulvestrant (inhibidor de estrógenos). En la reevaluación con TAC, evidenció progresión de la ascitis loculada sugestiva de carcinomatosis peritoneal por lo que se decidió iniciar tratamiento con paclitaxel. Tras la primera dosis de quimioterapia la paciente comenzó con cefalea brusca y deterioro del nivel de consciencia, con Glasgow 3 y pupilas midriáticas areactivas. El TC cerebral informó de extensa hemorragia intraparenquimatosa cerebral. La paciente fue *exitus* horas más tarde.

Discusión: La incidencia de metástasis extrahepáticas del cáncer de mama es rara, siendo el estómago el órgano más afectado, seguido por el colon y recto. Generalmente, estas metástasis se manifiestan varios años después del diagnóstico del tumor primario, al igual que ocurre en nuestro caso. Además, la clínica por

obstrucción intestinal, suelen darse en estadios avanzados, siendo el diagnóstico precoz un desafío. El tratamiento quirúrgico debe reservarse para lesiones aisladas que causen patología urgente, aunque está descrito un aumento de supervivencia tras la cirugía en metástasis de colon aisladas. En metástasis sincrónicas se debe optar por tratamiento inicial con quimioterapia y hormonoterapia.