

Cartas al director



Recidiva local 40 años después de una mastectomía tipo Halsted

Sr. Director:

La cirugía del cáncer de mama ha evolucionado asombrosamente, desde las traumáticas amputaciones de miembro superior hasta la detección y la exéresis del ganglio centinela. La evolución se debió a la aceptación del cáncer de mama como enfermedad sistémica, con lo que su manejo se centró en la quimioterapia adyuvante y en técnicas quirúrgicas conservadoras.

Presentamos el caso de una paciente de 66 años que consultó por la presencia de una lesión ulcerada de 1,5 cm (fig. 1) en el extremo inferior de la cicatriz de una mastectomía radical modificada que había sido practicada hacía 40 años por un adenocarcinoma de mama de 2 cm y que posteriormente recibió radioterapia adyuvante. La biopsia confirmó la recidiva del adenocarcinoma. El estudio de extensión descartó metástasis a distancia. Se extirpó la lesión alcanzando el plano costal y se procedió a la reconstrucción con un colgajo cutáneo romboidal.

Las recidivas tras una mastectomía radical o radical modificada asientan sobre tejido mamario residual, sustituto de la recidiva local de la enfermedad. El porcentaje de recidivas tras una mastectomía radical varía desde el 2 al 35% y aparecen como media a los 3 años de la intervención; están directamente relacionadas con el tamaño del tumor primario, los ganglios afectados y grado de indiferenciación tumoral¹. Se han descrito recidivas tardías, la mayoría en torno a los 10-15 años, aunque las recidivas a los 40 años o más son extremadamente raras^{2,3}. La localización suele ser paracicatrizal (80%), paraesternal



Fig. 1. Lesión ulcerada en extremo inferior de la cicatriz de una mastectomía previa

(13%) y axilar (7%). La presencia de recidiva local en ausencia de metástasis a distancia no indica una afección sistémica de la enfermedad, y la cirugía radical con reconstrucción miocutánea posterior es el tratamiento de elección⁴, al que puede asociarse radioquimioterapia o ablación hormonal posterior.

M. Socas-Macías, G. Suárez-Artacho, Z. Valera-Sánchez, J.M. Suárez-Grau, J.M. Álamo-Martín, L. Madrid y J. León

Departamento de Cirugía General. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Bibliografía

1. Badellino F, Margarino G, Santoro L, Canavese G, Peradotto F, Bianucci P. Local regional recurrences after radical mastectomy. Studies of 50 cases. Minerva Med. 1977;68:3681-92.
2. Joseph KA, El-Tamer M, Dittkoff BA, Komenaka I, Horowitz L, Schnabel F. A 40-year delayed locoregional recurrence of breast carcinoma following mastectomy. Am Surg. 2003;69:1015-6.
3. Morton JJ, Morton JH. Cancer as a chronic disease. Ann Surg. 1977;185:703-703.
4. Nieminen S, Hietanen T, Norman E. Surgical treatment of local recurrences of breast carcinoma in the skin and subcutaneous tissues. Acta Chir Scand. 1979;145:463-5.



Aneurisma de arteria mesentérica superior

Sr. Director:

Presentamos el caso de una mujer de 59 años con antecedentes de hipertensión arterial y artritis reumatoide. Refería dolor abdominal continuo, de predominio en el hipocóndrio izquierdo, irradiado a espalda, de 15 h de evolución y comienzo brusco, con rectorragia autolimitada. La paciente refería pérdida de 4 kg de peso en los últimos meses.

La analítica puso de manifiesto una leucocitosis (24,7 $10^3/\mu\text{l}$) y una anemia (hemoglobina 8,9 g/dl y hematocrito del 29%). Se le realizó un tomografía computarizada abdominopélvica en la que se describió una doble lesión quística pediculada dependiente de curvatura mayor gástrica, de 4,8 2,9 7,8 cm la lesión superior y 3,2 2 4,5 cm la lesión inferior, sugestiva de lesión neoplásica mesentérica (probable linfoma) o hematoma organizado (fig. 1). Se realizó una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) de la lesión obteniéndose material sanguinolento. Se realizó una colonoscopia, y se observó una colitis isquémica segmentaria de colon. La resonancia magnética de abdomen y pelvis mostró una tumoración en la región epigástrica que ocupaba la transcurvatura de los epiploones. Se realizó una arteriografía visceral selectiva, observándose una dilatación aneurismática de una rama de la



Fig. 1. TC abdominal. Hematoma organizado.



Fig. 2. Angiografía. Aneurisma de rama de arteria mesentérica superior.

arteria mesentérica superior que presentaba distalmente un calibre irregular con segmentos también dilatados (fig. 2).

La gastroscopia fue normal. Ante la impresión de esta lesión benigna y el diagnóstico de aneurisma de rama de arteria mesentérica superior se decidió realizar una intervención quirúrgica, en la que se practicó la ligadura y la sección del aneurisma sin resección intestinal debido a la colateralidad presente, así como la resección del quiste de duplicación gástrica. La anatomía patológica mostró un aneurisma de etiología desconocida y la tumoración

gástrica un hematoma organizado. El postoperatorio cursó sin complicaciones y actualmente la paciente se encuentra asintomática.

Los aneurismas de la arteria mesentérica superior son raros y representan el 5,5% de los aneurismas de arterias viscerales y < 0,5% de los aneurismas intraabdominales¹. La mayoría de los casos son diagnosticados después de la aparición de complicaciones, dada la escasez de síntomas producidos; sin embargo, su diagnóstico es cada vez más frecuente debido a la multitud de pruebas diagnósticas realizadas en nuestro medio². En cuanto al origen, la principal etiología es debida a la arteriosclerosis, influyendo a veces factores hemodinámicos, según demuestran algunos casos asociados a estenosis de otras ramas viscerales.

El sexo masculino y los aneurismas no calcificados parecen asociarse con un mayor riesgo de rotura, mientras que la terapia con bloqueadores beta podría proteger frente a su rotura.

La intervención es razonable en todos los pacientes con riesgo operatorio bajo, considerando las altas tasas de roturas publicadas³, minimizando las tasas de mortalidad en torno al 50%² y la prevalencia de infarto intestinal⁴. Hay variedades técnicas para el tratamiento, desde intravasculares hasta el tradicional *bypass* autólogo o con prótesis.

Ana M. Sánchez-Romero^a, José Gayá^b, David Martínez-Marín^b, Santiago Gimena^b, Fernando Bernabeu^b, Eva Girona^c, Francisco Pérez-Vicente^a, Antonio Arroyo^a, Pilar Serrano^a, Ana M. Fernández-Frías^a, José Manuel Navarro-Rodríguez^a, Fernando Candela^a y Rafael Calpena-Rico^a

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital General Universitario de Elche. Alicante.

^bServicio de Angiología y Cirugía Vascular.

^cSección de Medicina Digestiva. Hospital General Universitario de Elche. Alicante. España.

Bibliografía

1. Zimmerman-Klima PM, Wixon CL, Bogey WM Jr, Lalikos JF, Powell CS. Considerations in the management of aneurysms of the superior mesenteric artery. *Ann Vasc Surg.* 2000;14:410-4.
2. Maissonette F, Thognon P, Durand-Fontanier S, Valleix D, Lachachi F, Descottes B. Rupture of mesenteric artery branch aneurysm. *Ann Vasc Surg.* 2001;15:684-6.
3. Stone WM, Abbas M, Cherry KJ, Fowl RJ, Gloviczki P. Superior mesenteric artery aneurysms: is presence an indication for intervention? *J Vasc Surg.* 2002;36:234-7.
4. Lorelli DR, Cambria RA, Seabrook GR, Towne JB. Diagnosis and management of aneurysms involving the superior mesenteric artery and its branches: a report of four cases. *Vasc Endovascular Surg.* 2003;37:59-66.