

peritoneo parietal durante la intervención aumentan el riesgo de implantes⁹.

El intervalo de tiempo entre la intervención y la recidiva puede oscilar entre 2 semanas y 4 años y, en la mayoría de los casos, en el momento del diagnóstico, presenta también carcinomatosis o metástasis a distancia. En general, el pronóstico es malo, con una supervivencia media de 10 meses y supervivencia a los 5 años de un 10%.

En el caso clínico que describimos, la colecistectomía fue dificultosa por inflamación crónica e intensas adherencias, extrayéndose de forma fragmentada y sin bolsa. El estudio patológico, al no detectar macroscópicamente tumoración, se realizó de forma rutinaria describiendo una vesícula con signos de colecistitis crónica, sin identificar carcinoma oculto.

A partir de las posibles complicaciones, los autores recomiendan extraer todos los cálculos libres y realizar la extracción vesicular completa siempre con bolsa endocavitaria.

Conflicto de interés

No se ha recibido financiación ni becas. No hay conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zehetner J, Shamiyeh A, Wayand W. Lost gallstones in laparoscopic cholecystectomy: All possible complications. *Am J Surg.* 2007;193:73-8.
2. Raznatovic ZJ, Zaric ND, Galun DA, Leric NS, Micev M, Djordejevic VR, et al. Multiple port-site metastasis of incidental gallbladder carcinoma after laparoscopic cholecystectomy. *Acta Chir Lugosl.* 2012;59:105-9.
3. Hussain MI, al-Akeely MH, Alam MK, al-Abood FM. Abdominal wall abscess following laparoscopic

cholecystectomy: an unusual late complication of lost gallstones. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2010;20:763-5.

4. Gooneratne DL. A rare late complication of spilled gallstones. *N Z Med J.* 2010;123:62-6.
5. Bouasker I, Zoghalmi A, el Quaer MA, Khalfallah M, Samaali I, Dziri C. Parietal abscess revealing a lost gallstone 8 years after laparoscopic cholecystectomy. *Tunis Med.* 2010;88:277-9.
6. Papadopoulos IN, Christodoulou A, Economopoulos N. Asymptomatic omental granuloma following spillage of gallstones during laparoscopic cholecystectomy protects patients and influences surgeons decision: A review. *BMJ Case Rep.* 2012.
7. Paolucci V. Port site recurrences after laparoscopic cholecystectomy. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2001;8: 535-43.
8. Z'graggen K, Birrer S, Maurer CA, Wehrli H, Klaiber C, Baer HU. Incidence of port site recurrence after laparoscopic cholecystectomy for preoperatively unsuspected gallbladder carcinoma. *Surgery.* 1998;124:831-8.
9. Reber PU, Baer HU, Patel AG, Schimied B, Büchler MW. Port site metastasis following laparoscopic cholecystectomy for unsuspected carcinoma of the gallbladder. *Z Gastroenterol.* 1998;36:901-7.

M. José Cases-Baldo*, Francisco José Menarguez Pina, Mario Moltó Aguado, José Manuel Navarro Rodríguez y Miguel Ángel Morcillo Rodenas

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Vega Baja de Orihuela, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mjcases@yahoo.es (M.J. Cases-Baldo).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.11.006>

Angiosarcoma secundario de mama: recidiva multifocal en colgajo autólogo utilizado en la reconstrucción



Secondary breast angiosarcoma: Multifocal recurrence in a postmastectomy breast reconstruction flap

Debido al incremento de la cirugía conservadora de la mama con radioterapia adyuvante para el tratamiento de los estadios precoces del cáncer de mama, ha aparecido un aumento en la incidencia de sarcomas radioinducidos¹. El angiosarcoma es un tumor maligno derivado del endotelio vascular y que puede presentarse en la mama de manera primaria, o secundario a radioterapia. El angiosarcoma mamario secundario a radioterapia (AMSR) es aquel que se desarrolla en pacientes con cáncer de mama y tratados con cirugía conservadora y

radioterapia. Por definición, difiere histológicamente del tumor inicial por el que se recibe la radiación. Se ha registrado una prevalencia del 0,05% y una incidencia de 0,16%². El riesgo de desarrollar AMSR es mayor en los 5-10 primeros años tras la radioterapia³, mientras que el resto de los sarcomas radioinducidos suelen presentarse después de los 10 años.

El curso clínico del angiosarcoma depende del grado tumoral. Un bajo grado tumoral exhibe un comportamiento indolente, insidioso, similar al de las lesiones vasculares

atípicas⁴, mientras que un angiosarcoma de alto grado es un tumor altamente agresivo con un crecimiento explosivo y recurrencias locales pocos meses después de resecciones radicales. Una pobre diferenciación histológica es un factor pronóstico negativo para los pacientes afectados de angiosarcoma, y tumores de bajo grado pueden transformarse en angiosarcomas de alto grado. La multifocalidad (aparición de 2 o más tumores posradiación, no contiguos, sincrónicos o metacrónicos, con idéntica histología o no, en el campo de un cáncer tratado con radioterapia) suele presentarse hasta en un 30% en AMSR, más frecuente cuanto más tiempo pasa entre la radioterapia y el desarrollo del cáncer secundario⁵.

Presentamos el caso de una paciente que fue intervenida en el año 2005, a los 44 años de edad, de carcinoma de mama en cuadrante superoexterno de mama izquierda mediante cirugía conservadora y linfadenectomía axilar. El estudio anatomopatológico informó de carcinoma ductal infiltrante, pT1 pN0, receptores estrogénicos 90% (+++), receptores de progesterona 30% (++) y HER2 negativa (luminal A). Tras la intervención, recibió radioterapia (50 Gy en toda la mama con sobreimpresión en lecho tumoral de 10 Gy) y posterior tratamiento con tamoxifeno. En las revisiones posteriores no se detectaron lesiones metastásicas ni linfedema.

En abril de 2012 se realizó, en el Servicio de Dermatología, extirpación quirúrgica de un nódulo cutáneo de color rojo vinoso en cuadrante inferointerno de la mama izquierda. El diagnóstico anatomopatológico fue angiosarcoma epiteliode, grado III. En la exploración realizada en nuestra Unidad se apreciaron lesiones cutáneas de aspecto eritematoso/violáceo que afectaban a ambos cuadrantes inferiores de la mama izquierda, junto a la cicatriz de exéresis de la lesión descrita. La palpación no detectó nódulos ni otros signos de recidiva locorregional. En la mamografía realizada no se identificaron signos de malignidad. Se indicó tratamiento quirúrgico que consistió en mastectomía simple con amplia exéresis cutánea y reconstrucción inmediata con colgajo músculo-cutáneo de dorsal ancho. El estudio histopatológico reveló múltiples focos de tamaño variable, algunos microscópicos, de angiosarcoma bien diferenciado (grado I) en un área aproximada de 4 cm de diámetro, con afectación de piel y tejido subcutáneo. Los márgenes quirúrgicos estaban libres de tumor (fig. 1).

Tras un mes, aparecieron unas máculas de color rojo vinoso circunscritas en la isla cutánea del colgajo reconstructivo, sin invadir la piel remanente radiada del polo inferior (fig. 2). Por su antecedente, se extirparon las lesiones con un margen amplio y dieron como resultado angiosarcoma bien

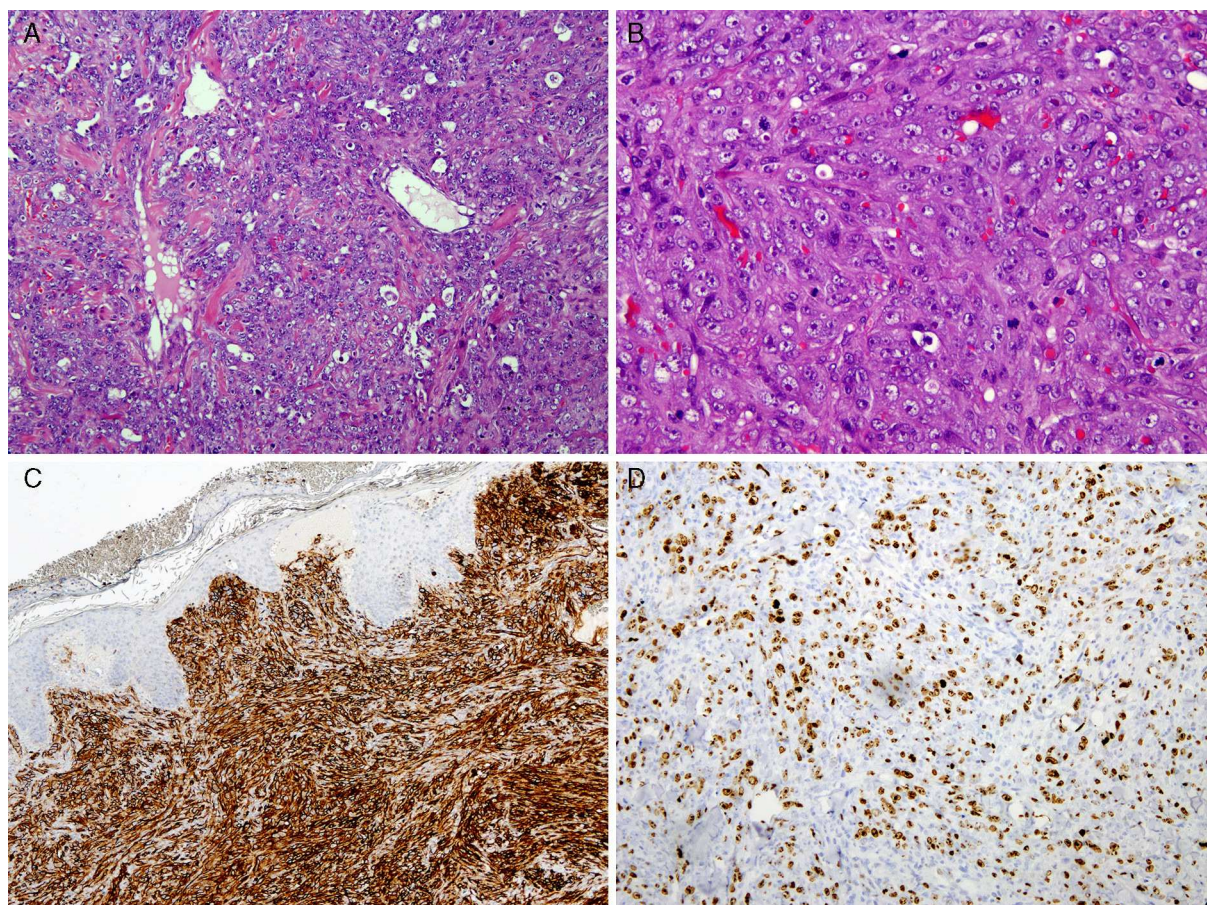


Figura 1 – Estudio anatomopatológico de la pieza de mastectomía. A) Patrón epiteliode de la neoplasia (H&E x4). B) Se aprecian hematíes en el interior de algunas células, y un elevado número de mitosis por campo (H&E x10). C) Inmunohistoquímica. CD-31+, que pone de manifiesto su origen vascular. D) Ki-67. Alta tasa proliferativa, propia de la naturaleza de alto grado histológico.



Figura 2 – Recidiva en isla cutánea del colgajo de dorsal ancho.

diferenciado (grado I), con 2 focos sin continuidad, uno de 12 mm en dermis y otro subcutáneo de 3 mm. Inmunohistoquímica: CD31+, Ag factor VIII+, CD34+ y Ki67:45%.

Dado la agresividad local, se procedió a una ampliación de 15 × 7 cm de la zona, con extirpación de parte del colgajo (piel, tejido celular subcutáneo y músculo), cápsula periprotésica y gran parte de la piel radiada restante. El resultado fue negativo para infiltración neoplásica. En la actualidad, después de 6 meses de seguimiento, no presenta recidiva local ni enfermedad sistémica.

El caso que presentamos tiene interés por su desarrollo atípico, con la evolución de angiosarcoma secundario de alto grado a bajo grado y su recurrencia precoz multifocal que fue de bajo grado, circunscrita en el colgajo de reconstrucción posmastectomía pero sin afectar a la zona radiada ni a la cicatriz de la mastectomía.

Como conclusión, el AMSR aparece de media aproximadamente 7 años después de la radioterapia tras cirugía conservadora de un tumor de diferente histología, típicamente de alto grado con un rash cutáneo como principal signo clínico⁶, aunque puede tener otras presentaciones⁷ (placas, pápulas o nódulos eritematovioláceos de superficie irregular, no dolorosos y frecuentemente rodeados de lesiones satélites, con presencia variable de cambios cutáneos como decoloración, eritema o edema). Suelen desarrollarse en el centro del campo de radiación, correspondiente al área que recibe la máxima radiación de los 50 Gy. La cirugía radical (mastectomía simple, radical modificada o amplia escisión local) es el tratamiento de elección, a veces asociado a esquemas de quimioterapia basados en antraciclinas y, más recientemente, en taxanos, para obtener un margen de seguridad de al menos 3 cm. La recurrencia local y las metástasis a distancia son comunes, incluso si es de bajo grado⁸.

La detección precoz es muy importante para la supervivencia, por lo que ante todo paciente que ha recibido radiación previa con lesiones cutáneas vasculares sospechosas, se deben biopsiar para descartar esta entidad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Hodgson NC, Bowen-Wells C, Moffat F, Franceschi D, Avisar E. Angiosarcomas of the breast: A review of 70 cases. *Am J Clin Oncol*. 2007;30:570-3.
- Strobbe LJ, Peterse HL, van Tinteren H, Wijnmaalen A, Rutgers EJ. Angiosarcoma of the breast after conservation therapy for invasive cancer, the incidence and outcome: An unforeseen sequela. *Breast Cancer Res Treat*. 1998;47:101-9.
- Huang J, Mackillop WJ. Increased risk of soft tissue sarcoma after radiotherapy in women with breast carcinoma. *Cancer*. 2001;92:172-80.
- Bolin D, Lukas G. Low-grade dermal angiosarcoma of the breast following radiotherapy. *Am Surg*. 1996;62:668-72.
- Monroe AT, Feigenberg SJ, Mendenhall NP. Angiosarcoma after breast-conserving therapy. *Cancer*. 2003;97:1832-40.
- Scow JS, Reynolds CA, Degnim AC, Petersen IA, Jakub JW, Boughey JC. Primary and secondary angiosarcoma of the breast: The Mayo Clinic experience. *J Surg Oncol*. 2010;101:401-7.
- Sener SF, Milos S, Feldman JL, Martz CH, Winchester DJ, Dieterich M, et al. The spectrum of vascular lesions in mammary skin, including angiosarcoma, after breast conservation treatment for breast cancer. *J Am Coll Surg*. 2001;193:22-8.
- Lagrange JL, Ramaioli A, Chateau MC, Marchal C, Resbeut M, Richaud P, et al. Sarcoma after radiation therapy: Retrospective multiinstitutional study of 80 histologically confirmed cases. *Radiation Therapist and Pathologist Groups of the Federation Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer. Radiology*. 2000;216:197-205.

Joaquín Navarro Cecilia^{ad*}, Juan Jiménez Anula^{ad}, Carolina Luque López^b, M. Dolores Martín Salvago^{cd} y Basilio Dueñas Rodríguez^{ad}

^aUnidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España

^bUnidad de Gestión Clínica de Ginecología y Obstetricia, Hospital Reina Sofía, Córdoba, España

^cUnidad de Gestión Clínica de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España

^dUnidad de Patología Mamaria, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dr.jnavarro@hotmail.com

(J. Navarro Cecilia).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.06.021>