



CASO CLÍNICO

Fallo hepático fulminante por carcinoma ductal mamario de tipo inflamatorio



Alba Correa Bonito*, José Luis Muñoz de Nova, Ángela de la Hoz Rodríguez, Cristina Marín Campos, Rocío Maqueda González, Beatriz Doblado Cardellach y Elena Martín Pérez

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

Recibido el 14 de marzo de 2018; aceptado el 28 de julio de 2018

Disponible en Internet el 28 de septiembre de 2018

PALABRAS CLAVE

Fallo hepático fulminante;
Carcinoma ductal mamario;
Metástasis hepáticas;
Situs inversus

KEYWORDS

Acute liver failure;
Ductal breast carcinoma;
Hepatic metastases;
Situs inversus

Resumen Presentamos el caso de una paciente intervenida de mastectomía radical modificada por carcinoma ductal infiltrante de tipo inflamatorio, que durante el postoperatorio inmediato presenta un empeoramiento clínico generalizado secundario a un fallo hepático fulminante desencadenado por la aparición de múltiples metástasis. La paciente fallece a las horas del comienzo del cuadro por fallo multiorgánico.

© 2018 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Acute liver failure due to inflammatory ductal carcinoma of the breast

Abstract We present the case of a woman who underwent a modified radical mastectomy due to an infiltrating inflammatory ductal carcinoma and who, during the immediate postoperative period showed clinical deterioration due to acute liver failure caused by the presence of multiple metastases. The patient died a few hours after the onset of multiorgan failure.

© 2018 SESPM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El hígado es uno de los órganos más afectados por las metástasis del cáncer de mama (40-50%)¹, seguido por el pulmón y el hueso. El patrón habitual es la aparición de múltiples

nódulos metastásicos, siendo la afectación miliar excepcional, aunque más frecuente en los tumores de estirpe ductal^{1,2}. Su presentación es poco habitual y hasta la fecha se han publicado contados casos de fallo hepático fulminante secundario a cáncer de mama, la mayoría de ellos de estirpe ductal, con una edad media de aparición de 48 años³.

Se conoce como fallo hepático fulminante a la aparición de coagulopatía y encefalopatía hepáticas asociadas a alteraciones analíticas del perfil hepático que ocurren en pacientes sin cirrosis ni hepatopatía previamente conocidas.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alba.bonito90@gmail.com
(A. Correa Bonito).

Se estima que en torno al 80-90% del parénquima hepático debe estar afectado por la enfermedad en el momento de su presentación clínica^{3,4}. La insuficiencia hepática severa secundaria a la afectación metastásica es una complicación extremadamente infrecuente (0,44%)⁴.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 84 años con antecedentes de situs inversus totalis, hipotiroidismo, bloqueo auriculoventricular completo tratado con marcapasos, síndrome de Wolf-Parkinson-White, hipertensión arterial y fibrilación auricular. En el contexto de diagnóstico del bloqueo auriculoventricular, la paciente presenta un cuadro de colecistitis aguda que, debido a su comorbilidad, es tratado mediante colecistostomía percutánea⁵, sin que la ecografía realizada en este momento identifique lesión hepática alguna.

Seis meses después, la paciente es diagnosticada, tras autopalpación de un nódulo mamario en mama derecha, de un carcinoma ductal infiltrante con signos de carcinoma inflamatorio. Se realiza BAG de la lesión, que presenta receptores estrogénicos y de progesterona positivos, c-erb/B2 negativo, Ki 67 positivo en el 50% de las células y receptores de E-cadherina positivos. Se decide en el comité multidisciplinar de cáncer de mama la indicación de cirugía sin tratamiento neoadyuvante. Es intervenida de forma programada de mastectomía radical y en el estudio anatómopatológico posterior se objetiva afectación ganglionar axilar con extensión extracapsular (pT4dN2a).

En el postoperatorio inmediato la paciente presenta infección y dehiscencia de herida quirúrgica que precisa curas mediante terapia de vacío, lo que prolonga el ingreso. En analíticas rutinarias se objetiva el aumento progresivo de las enzimas hepáticas (bilirrubina 2,46 mg/dl, GOT 513 UI/l, GPT 130 UI/l, gamma-glutaril transferasa 1.064 UI/l, fosfatasa alcalina 342 UI/l), con aparición de dolor abdominal focalizado en hipocondrio izquierdo. Ante la sospecha clínica de una nueva colecistitis se solicita una ecografía abdominal en la que se aprecia la aparición de incontables lesiones hepáticas compatibles con diseminación metastásica, hallazgo que se confirma con una tomografía computarizada (fig. 1). Tras revisar nuevamente la ecografía realizada durante el episodio de la colecistitis, se confirma que dichas lesiones no estaban presentes en ella.



Figura 1 TC abdominal con contraste.

En los siguientes días se produce un empeoramiento progresivo de la paciente, que presenta un cuadro de fracaso multiorgánico refractario al tratamiento pese a ingreso en unidad de reanimación, siendo la insuficiencia hepática el síntoma cardinal. La paciente fallece 5 días tras el inicio del cuadro.

Discusión

El fallo hepático fulminante secundario a metástasis hepáticas por carcinoma ductal infiltrante de mama es un cuadro muy raro, pero con una alta tasa de mortalidad, que debemos sospechar ante la aparición de datos clínicos de hepatopatía o elevación de las enzimas hepáticas² en pacientes diagnosticados de neoplasias de alto grado como el linfoma no Hodgkin, el cáncer microcítico de pulmón o, como en este caso, el carcinoma ductal infiltrante mamario.

La mayoría de los casos publicados hasta la fecha fueron diagnosticados *post mortem*, y en algunos de ellos la presentación del fallo hepático fulminante fue previa al diagnóstico de cáncer de mama³. En este caso la presentación es posterior al diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la enfermedad, que pudo precipitar el desarrollo de la extensión tumoral a distancia. Nuestra paciente presenta al diagnóstico una edad bastante superior a la media, lo que, unido a su comorbilidad previa, probablemente acelerara la evolución fulminante del proceso. La inespecificidad del cuadro clínico, con el consiguiente retraso diagnóstico, contribuye al pronóstico infausto de estos pacientes, con una tasa de mortalidad superior al 85%².

La mayoría de los casos publicados hasta la fecha fueron confirmados mediante autopsia. En nuestro caso, dado el diagnóstico previo de cáncer de mama y la aparición de múltiples LOE hepáticas de aparición reciente, no se consideró necesaria su realización.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Diamond JR, Finlayson CA, Borges VF. Hepatic complications of breast cancer. *Lancet Oncol.* 2009;10:615-21.
2. Rowbotham D, Wendon J, Williams R. Acute liver failure secondary to hepatic infiltration: A single centre experience of 18 cases. *Gut.* 1998;42:576-80.
3. Mogrovejo E, Manickam P, Amin M, Cappell MS. Characterization of the syndrome of acute liver failure caused by metastases from breast carcinoma. *Dig Dis Sci.* 2014;59:724-36.
4. Nazario HE, Lepe R, Trotter JF. Metastatic breast cancer presenting as acute liver failure. *Gastroenterol Hepatol.* 2011;7:65-6.
5. Mora-Guzmán I, Muñoz de Nova JL, Vivancos Kostaleite K, Martín-Pérez E. Acute cholecystitis in a situs inversus totalis patient. *Cir Esp.* 2016;94:181.