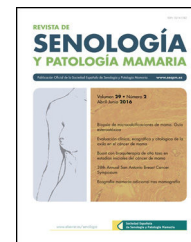




Revista de Senología y Patología Mamaria

www.elsevier.es/senologia



CASO CLÍNICO

Metástasis esplénica secundaria a carcinoma mamario

Ana Alberca-Páramo^{a,*}, María Ángeles Gil-Olarte Marquez^b,
Ricardo Pardo García^c, Mercedes Estaire Gómez^b y Jesús Martín Fernández^d

^a Hospital Infanta Margarita de Cabra, Facultativo Especialista Adjunto de Cirugía General y Aparato Digestivo, España

^b Hospital General Universitario de Ciudad Real. Departamento de Cirugía General en la UCLM. Facultad de Medicina de Ciudad Real, Ciudad Real, España

^c Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz de Madrid, Madrid, España

^d Jefe de Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Ciudad Real. Departamento de Cirugía General en la UCLM. Facultad de Medicina de Ciudad Real, Ciudad Real, España

Recibido el 1 de mayo de 2018; aceptado el 20 de mayo de 2020

PALABRAS CLAVE

Metástasis;
Bazo;
Mama

Resumen

Introducción: Los tumores de bazo primarios o metastásicos suponen menos del 0,96% de todas las metástasis.

Caso clínico: Mujer de 80 años de edad intervenida 3,5 años antes por carcinoma ductal infiltrante con tratamiento neoadyuvante. Durante el seguimiento se encontró en PET-TAC recidiva tumoral en hilio esplénico. Se realizó esplenectomía laparoscópica que fue informada como adenocarcinoma de origen mamario.

Discusión: Las metástasis esplénicas son infrecuentes, suelen manifestarse como esplenomegalia asociadas a molestias abdominales. Los tumores esplénicos malignos presentan fiebre, síndrome constitucional, derrame pleural y caquexia. El diagnóstico de metástasis esplénicas suele realizarse durante el seguimiento oncológico con tomografía computarizada (TC). El tratamiento es la resección quirúrgica, aunque no existen protocolos para el tratamiento de las metástasis esplénicas. La supervivencia tras la esplenectomía por metástasis aumenta.

Conclusiones: La esplenectomía ante metástasis esplénicas es el tratamiento realizado habitualmente ante estos casos.

© 2020 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Metastases;
Spleen;
Breast

Splenic Metastasis Secondary To Breast Cancer

Abstract

Introduction: Both primitive and metastatic splenic tumours represent less than 0.96% of all metastases.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alpaa2500@gmail.com (A. Alberca-Páramo).

Clinical case: We report the case of an 80-year-old woman, who had undergone surgery for invasive ductal carcinoma 3.5 years previously with neoadjuvant treatment. During follow-up, PET-CT revealed tumour recurrence in the splenic hilum. Laparoscopic splenectomy was performed, which was reported as an adenocarcinoma of mammary origin.

Discussion: Splenic metastases are infrequent, and usually present as splenomegaly associated with abdominal discomfort. The symptoms of malignant splenic lesions are fever, constitutional syndrome, pleural effusion, and cachexia. Diagnosis of splenic metastases is usually carried out during oncological follow-up with computed tomography. Treatment is surgical resection, although there are no protocols for the treatment of splenic metastases. Survival increases after splenectomy due to metastasis.

Conclusions: Splenectomy for splenic metastases is the most common treatment in these cases. © 2020 SESPM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Los tumores de bazo, ya sean primarios o metastásicos son infrecuentes^{1,2} y su incidencia es menor al 0,96% de todas las metástasis³.

No se conoce el motivo por el cual este órgano es relativamente resistente a las neoplasias, aunque se ha sugerido que pueda ser debido a las funciones inmunológicas del bazo^{4,5} y a las propiedades histológicas, funcionales y anatómicas⁶.

Debido a su rareza, presentamos un caso de metástasis esplénica secundaria a carcinoma ductal infiltrante de mama.

Caso clínico

Paciente femenino de 80 años de edad intervenida en 2012 por carcinoma ductal infiltrante grado 3 en mama derecha. Se le realizó una cuadrantectomía más linfadenectomía axilar derecha con un estadiaje de pT2 N3 M0. Su inmunohistoquímica expresaba receptores estrogénicos (RE) 90% y progestágenos (RP) 5% junto a Her2 positivo y Ki67 25%. Posteriormente fue tratada con quimio, radio y hormonoterapia.

Tres años y medio después, durante el seguimiento realizado por oncología médica se aprecia en el PET TAC una adenopatía en el hilio esplénico, junto a una lesión hipermetabólica en el polo inferior del bazo que sugiere recidiva tumoral (fig. 1), por lo que ante dichos hallazgos se decidió realizar esplenectomía laparoscópica.

La anatomía patológica definitiva informó la pieza de esplenectomía y las adenopatías del hilio esplénico como adenocarcinoma de origen mamario con CK 7 positivo, Ck 20 negativo, RE 60%, RP negativo, Her2 positivo.

Discusión

Es infrecuente el diagnóstico de metástasis esplénicas¹. Aunque los tumores que con más frecuencia las producen son los cánceres de mama, pulmón y el melanoma⁷.

La localización de metástasis esplénicas es un evento particular, se piensa que ello es debido a factores mecánicos asociados al flujo constante de sangre a través del bazo, la contracción rítmica de la cápsula esplénica, el ángulo agudo de la arteria esplénica tras la ramificación del tronco celiaco y la ausencia de vasos linfáticos aferentes, todo ello podría proteger contra la infiltración tumoral y el desarrollo de metástasis⁸. Además, el bazo presenta un microambiente capaz de inhibir la proliferación de las células tumorales⁹.

La clínica manifestada por los pacientes que presentan tumores esplénicos es muy variable¹⁰. Normalmente son pacientes con esplenomegalia asociada a dolores o molestias en hipocondrio izquierdo y a veces con defensa. Si presentan pancitopenia asociada normalmente indica afectación panesplénica. Si el tumor es maligno el paciente presentará fiebre, síndrome constitucional, derrame pleural y caquexia. Ante esplenomegalia importante podemos encontrar signos de compresión visceral e incluso riesgo de rotura esplénica¹. La esplenomegalia se suele asociar en estos casos a derrame pleural izquierdo¹.

Durante el seguimiento oncológico de un paciente, la localización de un nódulo esplénico junto con la elevación de los marcadores tumorales debe hacernos sospechar un origen metastásico⁶.

No existen criterios para el diagnóstico de metástasis esplénicas, normalmente se trata de un hallazgo accidental durante el seguimiento de estos pacientes. La mejor técnica diagnóstica será la tomografía computarizada, la cual nos aportará información sobre sus relaciones con respecto a la cavidad abdominal, la afectación ganglionar y de otras vísceras y el tipo de lesión. La resonancia magnética (RM) y el FDG-PET también son útiles en el diagnóstico¹¹.

En la ecografía las metástasis esplénicas aparecen hipoeoicas y en ocasiones hiperecoicas o mixtas, cuando presentan necrosis o son de etiología mucinosa (cáncer de ovario) aparecen como cambios quísticos. En la TC aparecen bien delineadas, quísticas o como masas sólidas. La calcificación es inusual a menos que el tumor primario sea un adenocarcinoma mucinoso. En la RM se aprecian con hiperintensidad en T2 e isointensidad en T1 con respecto al parénquima esplénico¹². El hallazgo suele ser simultáneo a

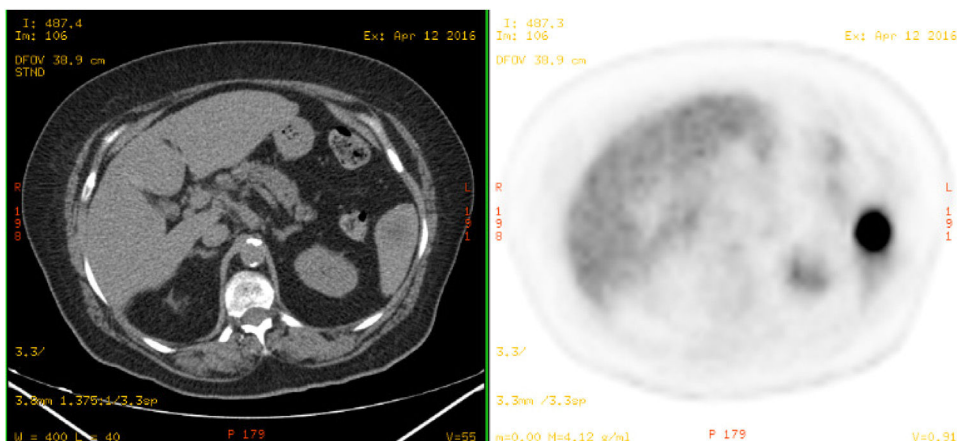


Figura 1 Se aprecia adenopatía en hilio esplénico y lesión hipermetabólica en el polo inferior del bazo que se asocia a una recidiva.

metástasis multiorgánicas. El diagnóstico de forma asilada suele ser raro⁶.

El tratamiento es la resección quirúrgica completa evitando la rotura esplénica durante la intervención. Las lesiones metastásicas esplénicas pueden ser la manifestación clínica inicial de las metástasis sistémicas en múltiples sitios¹³. Por ello, es importante tener presente que el estrés quirúrgico producido durante la esplenectomía puede causar efectos adversos graves⁶.

Es importante hacer hincapié en las complicaciones postquirúrgicas, pues son pacientes susceptibles a padecer infecciones producidas por *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* y por ello deberán ser vacunados de forma profiláctica contra estas bacterias alrededor de dos semanas después de la cirugía¹⁴. Otra complicación importante a tener en cuenta será la hemorragia intraperitoneal postquirúrgica, aunque esto también puede verse favorecido por el uso de anticoagulantes postquirúrgicos para la prevención de trombosis y lesiones pancreáticas¹².

La evolución tras el diagnóstico de metástasis esplénicas es difícil de predecir, la resección quirúrgica podría ser un tratamiento factible. Aunque también estaría indicada la quimioterapia para recidivas postquirúrgicas. No se ha establecido aún un protocolo para la terapéutica de metástasis esplénicas⁶.

La supervivencia de los pacientes sometidos a esplenectomía por metástasis aumenta a 19,5 meses frente a los no intervenidos².

Conclusiones

El diagnóstico de metástasis esplénica es infrecuente. El tratamiento de elección para el aumento de la supervivencia en pacientes con dicho diagnóstico será la esplenectomía.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. De la Cerda J, Rodríguez-Montes JA, Burgos E, Suárez JM, García-Sancho L. Splenic metastases from colon carcinoma. *Cir Esp*. 2001;70.
2. Sauer J, Sobolewski K, Dommisch K. Splenic metastases—a frequent problem, but an underestimate location of metastases: epidemiology and course. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2009;135:667.
3. Sauer J, Sobolewski K, Dommisch K. Splenic metastases—a frequent problem, but an underestimate location of metastases: epidemiology and course. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2009;135:667–71.
4. Morgenstern L, Rosenberg J, Geller SAA. Tumors of the spleen. *World J Surg*. 1985;9:468–76.
5. Berge T. Splenic metastases: frecuencies and patterns. *Acta Pathol Microbiol Scand A*. 1974;82:449–54.
6. Utsumi M, Aoki H, Kunitomo T, Mushiaki Y, Kanaya N, Yasuhara I, et al. Surgical resection of splenic metastasis from the adenocarcinoma gallbladder carcinoma: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2016;20:109–13.
7. Marymount JH, Cross S. Patterns of metastatic carcinoma in the spleen. *Am J Clin Pathol*. 1963;40:58–62.
8. Kim JC, Jeong CS, Kim HC, Yu CS, Kang GH, Lee MG. Isolated splenic metastasis from colorectal carcinoma: a case report. *J Korean Med Sci*. 2000;15:355–8.
9. Miller JN, Milton GW. An experimental comparison between tumour growth in the spleen and liver. *J Pathol Bacteriol*. 1965;90:515–21.
10. Lam KY, Tang V. Metastatic tumours to the spleen: a 25-year clinicopathologic study. *Arch Pathol Lab Med*. 2000;124:526–30.
11. Hamy A, Letessier E, Gaschnard N, Guillard Y, Paneau J, Visset J. Splenic metastases. A propos of 4 cases. *J Chir*. 1993;130:467–9.
12. Kojouri K, Vesely SK, Terrell DR, George JN. Splenectomy for adult patients with idiopathic thrombocytopenic purpura: a systematic review to assess long-term platelet count responses, prediction of response, and surgical complications. *Blood*. 2004;104:2623–34.
13. Zhu YP, Mou YP, Ni JJ, Zhou YC, Jiang JW, Jiang ZN. Isolated splenic metastases from gastric carcinoma: a case report and literature review. *World J Gastroenterol*. 2013;19:5199–203.
14. Cadili A, de Gara C. Complications of splenectomy. *Am J Med*. 2008;121:371–5.