35° CONGRESO SESPM 11ª Reunión SETS
comunicaciones

METÁSTASIS ESPLÉNICA SECUNDARIA A CARCINOMA MAMARIO

Alberca Páramo, A.; Gil-Olarte Marquez, M.A; Pardo García, R; Núñez Guerrero, P.; Sánchez Forero, J.; Picón Rodríguez, R.; Estaire Gómez, M.; Martín Fernández, J.
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO CIUDAD REAL (HGUCR)

INTRODUCCIÓN

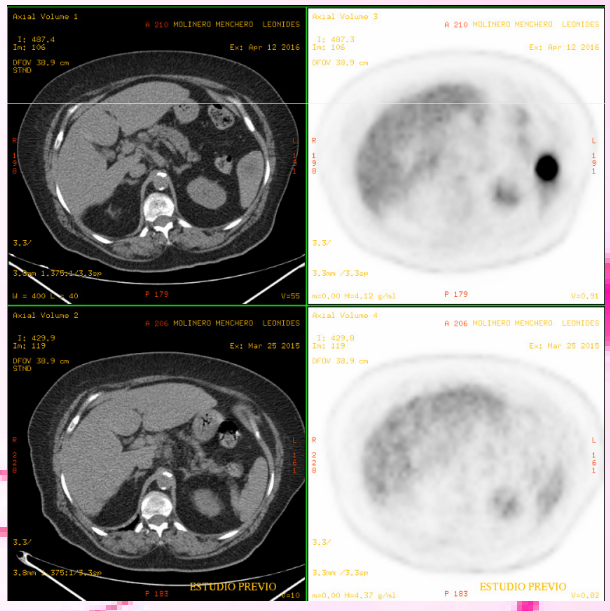
Las metástasis esplénicas presentan una incidencia <0.96% de todas las metástasis. Presentamos un caso de metástasis esplénica secundaria a carcinoma ductal infiltrante de mama.

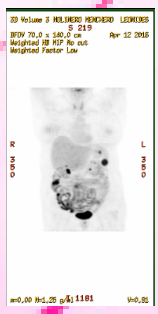
CASO CLÍNICO

♀ 80 años intervenida en 2012 por carcinoma ductal infiltrante grado 3 en mama derecha. Se le realizó una cuadrantectomía más linfadenectomía. Su inmunohistoquímica expresaba Receptores Estrogénicos (RE) 90% y Progestágenos (RP) 5% junto a Her2 positivo. Posteriormente fue tratada con quimio, radio y hormonoterapia.
Tres años y medio después, durante el seguimiento, en el PET-TAC se aprecia una adenopatía en el hilio esplénico junto a una lesión hipermetabólica en el polo inferior del bazo sugerente a recidiva tumoral, por lo que se realizó esplenectomía laparoscópica.
La anatomía patológica definitiva informó como adenocarcinoma de origen mamario con CK7 positivo, Ck20 negativo, RE60%, RPnegativo, HER2 positivo.

DISCUSIÓN

Se piensa que las metástasis en esta localización son inusuales debido a factores mecánicos y a un microambiente capaz de inhibir la proliferación tumoral.
La clínica presentada es muy variable: esplenomegalia asociada a dolores, pancitopenia, fiebre, síndrome constitucional, incluso compresión con riesgo de rotura esplénica.
Normalmente son hallazgos accidentales durante el seguimiento. La mejor técnica diagnóstica será la tomografía computerizada (TC), que aportará información de afectación ganglionar y visceral. También son útiles la Resonancia Magnética(RM) y FDG-PET.
Algunos autores indican que la realización de Punción-Aspiración con Aguja fina sería adecuado para un diagnóstico prequirúrgico.
El hallazgo suele ser simultáneo a metástasis multiorgánicas. El diagnóstico de forma aislado como en nuestra paciente, suele ser raro.
El tratamiento es la resección quirúrgica completa evitando la rotura esplénica durante la cirugía. El estrés quirúrgico durante la esplenectomía puede causar diseminación tumoral.
La evolución es difícil de predecir, también estaría indicada la quimioterapia para recidivas postquirúrgicas. No existe protocolo para la terapéutica de metástasis esplénicas.
La supervivencia de los pacientes sometidos a esplenectomía por metástasis aumenta a 19.5 meses frente a los no intervenidos.







CONCLUSIONES

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