

ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE METÁSTASIS DE CARCINOMA DE MAMA TRIPLE NEGATIVO

ACUTE SURGICAL ABDOMEN AS A CLINICAL PRESENTATION OF TRIPLE NEGATIVE BREAST CARCINOMA METASTASIS

AUTORES: ADRIANA L. ORDOÑEZ PALACIOS***, MATIAS ETCEHEMENDI **, MARCOS ZANDOMENI**,
IRENE S. LONGO**, SANTIAGO BOVALINA TECELAN*.

LUGAR DE TRABAJO: SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL, HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS
CARLOS G. DURAND, AV. DÍAZ VÉLEZ 5044, C1405DCS CABA

*JEFE DE SERVICIO

** MÉDICO DE PLANTA

***MÉDICO RESIDENTE



Abstract

Introduction: Breast cancer is the most common malignant neoplasm in women. Intestinal metastasis is rare, with the colon being its primary site. Acute abdomen represents the most frequent surgical emergency, with acute appendicitis due to fecalith obstruction of the appendix lumen being the most common etiology, and very rarely secondary to distant metastasis from a neoplasm.

Objective: To conduct a literature review, in light of a clinical case, on appendicular metastasis from breast cancer.

Case report: A patient with a history of breast cancer treated with mastectomy + axillary lymph node dissection, along with adjuvant radiotherapy and chemotherapy, presented to the emergency department with symptoms of acute appendicitis. Ultrasound revealed a 10mm tubular structure with thickened walls, aperistaltic, non-compressible, in the right iliac fossa, and moderate free fluid. Laparoscopic appendectomy + lavage was performed. Subsequent histopathological examination confirmed metastasis from mammary adenocarcinoma. The patient was evaluated by the Oncology service and referred to palliative care due to the inability to undergo specific oncological treatment.

Discussion: There are only 6 published cases of acute appendicitis caused by metastasis from breast cancer to date. The pathophysiological mechanism of this condition remains unclear; therefore, differential diagnosis from other causes of acute appendicitis relies on histopathological examination of the surgical specimen.

Conclusion: In this cases, an interdisciplinary approach is necessary to determine the appropriate surgical and oncological management.

Resumen

Introducción: El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en mujeres. La metástasis a nivel intestinal es infrecuente, siendo el colon su principal localización. El abdomen agudo es la patología quirúrgica de urgencia más frecuente, siendo su etiología más frecuente la apendicitis aguda generada por obstrucción de la luz del apéndice por un fecalito, y muy infrecuentemente secundaria a metástasis de

una neoplasia a distancia.

Objetivo: Realizar una revisión bibliográfica, a propósito de un caso clínico, de una metástasis apendicular de un cáncer de mama.

Reporte de caso: Paciente con antecedente de cáncer de mama tratado con mastectomía + vaciamiento axilar asociado a radioterapia y quimioterapia adyuvante. Consulta a guardia por síntomas de apendicitis aguda. Se realiza ecografía: imagen tubular de paredes engrosadas, aperistáltica, no compresible de 10mm en fosa iliaca derecha y moderado líquido libre. Se realiza apendicectomía laparoscópica + lavado de cavidad. Estudio anatomopatológico diferido: Metástasis de adenocarcinoma de origen mamario. La paciente es evaluada por servicio de Oncología quienes indican cuidados paliativos por no encontrarse en condiciones de tratamiento oncospecífico.

Discusión: Existen en la actualidad solo 6 casos publicados de apendicitis aguda producida por metástasis de cáncer de mama. Se desconoce el mecanismo fisiopatológico por el cual se produce este cuadro por lo cual el diagnóstico diferencial con otras causas de apendicitis aguda se basa en el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica.

Conclusión: frente a este diagnóstico tan poco frecuente, debe plantearse un abordaje interdisciplinario para lograr asociar el tratamiento quirúrgico y oncológico adecuado.

Keywords: Breast cancer, appendix cancer, breast cancer metastasis, appendiceal cancer, appendiceal neoplasm

Palabras Clave: Cancer de mama, cancer apendicular, metástasis de cáncer de mama, neoplasia de apéndice.

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda (AA) es la causa más común de intervención quirúrgica de urgencias. Sólo un 3% de los casos se debe a procesos neoplásicos secundarios (metástasis) siendo el origen en orden de frecuencia; ovárico, mamario, gastrointestinal y respiratorio. El cáncer de mama (CM) es el tumor

maligno más frecuente en mujeres y la primera causa de muerte por cáncer en el mundo. Produce metástasis principalmente en ganglios linfáticos, hueso, hígado y pulmón. El secundarismo en el aparato digestivo es infrecuente, representando un 1%; y aún más su presentación en el apéndice cecal. (1,7,8)

OBJETIVO

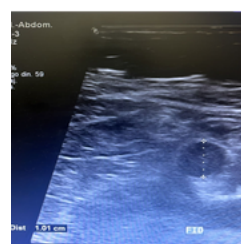
Realizar una revisión bibliográfica, a propósito de un caso clínico, del diagnóstico, tratamiento y evolución de una metástasis apendicular de un CM.

REPORTE DE CASO

Paciente de 39 años con antecedente de CM izquierdo triple negativo tratado con mastectomía + vaciamiento axilar asociado a radioterapia y quimioterapia adyuvante. Consulta a guardia por epigastralgia, inapetencia, vómitos biliosos, astenia y adinamia de 4 días de evolución. Al examen físico signos vitales conservados, afebril con abdomen globuloso, doloroso de forma difusa a predominio en epigastrio y fosa iliaca derecha. Signo de McBurney +, con defensa sin reacción peritoneal. Diuresis y catarsis conservadas. Se realiza ecografía que informa: imagen tubular de paredes engrosadas, aperistáltica, no compresible de 10mm en fosa iliaca derecha (Imagen 1). Se asocia alteración de planos grasos adyacentes y moderada cantidad de líquido libre en corredera parietocólica homolateral y cavidad pélvica (Imagen 2). Se procede a realizar apendicectomía laparoscópica + lavado de cavidad. Intraoperatorio se constata peritonitis purulenta en fondo de saco de Douglas y espacio subfrénico derecho y apendicitis aguda flegmonosa. Se envía pieza para estudio anatomopatológico diferido que informa: Metástasis de adenocarcinoma de origen mamario GATA3 +. La paciente evoluciona favorablemente por lo que se otorga el alta quirúrgica. Se realiza TAC de control que informa: Engrosamiento parietal del íleon terminal, ciego y sector medio y proximal del colon ascendente. Múltiples adenopatías en FID, raíz del mesenterio, retroperitoneo, región inguinal derecha y cadena ilíaca externa. La paciente es evaluada por servicio de Oncología quienes indican cuidados paliativos por no encontrarse en condiciones de tratamiento oncoespecífico

DISCUSIÓN

Se realizó la revisión de la literatura de la base PubMed, solo se logró recopilar 6 casos de pacientes que ingresaron con diagnóstico de abdomen agudo por apendicitis aguda y que posteriormente al análisis diferido de la pieza quirúrgica el resultado de anatomía patológica fue metástasis de cancer de mama.(1,2,3) En la literatura consultada no se encontró fisiopatología que explique la metástasis a nivel apendicular, (4,5) y los casos antes mencionados fueron descripciones de casos en los que la evolución del cuadro no variaba de la presentación común de un caso de apendicitis aguda. El secundarismo a nivel del aparato digestivo de primarios a distancia se encuentra principalmente en el colon, siendo el apéndice una localización infrecuente. La AA es la causa más frecuente de cirugía de urgencia, y a causa de secundarismo con un primario en otra ubicación es muy poco frecuente. (7,8,9)



(1)



(2)

CONCLUSIONES

La importancia del estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica permitió determinar el origen de la apendicitis aguda, y en el caso de la paciente presentada anteriormente, determinar una recaída de CM, pudiendo así plantear y orientar futuros tratamientos a su patología primaria.

Conflictos de Interés: Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito en la Revista.

Recibido: 15/07/2024

Aceptado: 10/08/2024

BIBLIOGRAFIA

1. Connor S, Hanna G, Frizelle F. Appendiceal tumors: retrospective clinicopathologic analysis of appendiceal tumors from 7970 appendectomies. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 75-80.
2. Corell Planelles R, Gibert Gerez J, Boix Rajadell V, Andrés Gozalbo C. Algunas consideraciones sobre tumoraciones del apéndice ileocecal. Presentación de 38 casos. *Cir Esp*, 41 (1987), pp. 919-927
3. Deans GT. Neoplastic lesions of the appendix. *Br J Surg*, 82 (1995), pp. 299-306
4. Dieter RA. Carcinoma metastatic to the vermiform appendix: Report of three cases. *Dis Colon Rectum*, 13 (1970), pp. 336-340
5. Eulufi A, Figueroa M, Larraín D, Lavín M. Hallazgos histopatológicos en 1181 apendicectomías. *Rev Chil Cir* 2005; 57: 138-142.
6. McCusker M, Cote T, Clegg L, Sobin L. Primary malignant neoplasms of the appendix: a population-based study from the surveillance, epidemiology and end-results program, 1973-1998. *Cancer* 2002; 94: 3307-3312.
7. McGory M, Maggard M, Kang H, O'Connell J, Ko C. Malignancies of the appendix: beyond case series reports. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 2264-2271.
8. Pastor FA, Gómez S, Ortuño G. Neoplasias del apéndice cecal: Estudio clínico patológico de 30 casos. *Cir Esp*, 45 (1989), pp. 871-875
9. Pierres M, Cugat E, Marco C. Actitud terapéutica frente a los tumores apendiculares: revisión de una serie de 25 casos. *Cir Esp*, 57 (1995), pp. 553-556