



## P-655 - TUMORECTOMÍA DE MAMA, UNA INDICACIÓN ATÍPICA

Gracia Román, Raquel; Medarde Ferrer, Meritxell; Flores Clotet, Roser; Aparicio Rodríguez, Óscar; Guirao, Xavier; Barcons, Santiago; Escoda, M<sup>a</sup> Rosa; Navarro Soto, Salvador

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

### Resumen

**Introducción:** Presentación del primer caso descrito de metástasis tiroidea y mamaria sincrónicas como primera manifestación de un carcinoma renal. Se realiza una revisión de la literatura al respecto.

**Caso clínico:** Paciente mujer de 41 años que consulta por palpación de nódulo tiroideo. Se realiza ecografía tiroidea que evidencia nódulo sólido de 39 × 17 mm en lóbulo izquierdo, se realiza PAAF que informa de carcinoma papilar; por lo que se realiza tiroidectomía total con vaciamiento central. El informe definitivo de anatomía patológica informa de carcinoma papilar multifocal pT3(m) pN0 y proliferación intratumoral de células claras, compatible con metástasis de carcinoma de células renales pTX M1; por lo que se solicita PET-TC y se deriva a urología. El PET-TC evidencia una voluminosa masa renal izquierda hipermetabólica de 11 cm con infiltración de la glándula suprarrenal por lo que se decide nefrectomía radical con suprarenalectomía izquierda. La anatomía patológica informa de carcinoma de células claras con metástasis en glándula suprarrenal, pT2M1. Posteriormente se realiza tratamiento ablativo con yodo 131. Tras unos meses se realiza tomografía toraco-abdominal para descartar recidiva, el TC destaca una imagen nodular hiperdensa de 10 mm en cuadrante supero-externo de región mamaria izquierda inespecífica, pero de mayor tamaño que en exploraciones previas. Se solicita mamografía que identifica nódulo en unión de cuadrantes superiores con cuadrante superior externo de características inespecíficas pero con una marcada hiperintensidad; se toma muestra mediante aguja gruesa, con resultado compatible con metástasis de carcinoma de células claras. Se realiza tumorectomía guiados por marcaje con ROLL, la pieza se envía a radiología para comprobar peroperatoriamente, pero no visualiza la lesión, ni por mamografía ni por ecografía. Llamó la atención la marcada hiperintensidad del tumor en la mamografía previa y que tras la cirugía no se evidencia en mamografía, por lo que se realiza ecografía intraoperatoria evidenciando la lesión a nivel antero-inferior de la tumorectomía realizada previamente, se realiza nueva tumorectomía incluyendo la lesión. El postoperatorio es correcto, siendo alta a las 24h. En controles posteriores con oncología se inicia quimioterapia con pazopanib y nueva tomografía toraco-abdominal sin signos de extensión ni recidiva tumoral.

**Discusión:** La afectación mamaria en forma de metástasis es muy infrecuente, hay descritos unos 300 casos en la literatura; siendo excepcional la presentación de nódulo mamario como primera manifestación de la enfermedad. Los tumores que más frecuentemente metastatizan a la mama son el melanoma, el linfoma y el cáncer de pulmón. Las metástasis en la mama del carcinoma renal son

extraordinariamente raras (3% de los casos). Es por eso que no se puede generalizar un tratamiento adecuado para todos los casos. Suele recomendarse quimioterapia paliativa o radioterapia en casos de metástasis múltiples; en cambio, si la metástasis de la mama es una lesión única la tumorectomía es el tratamiento de elección. En el caso de nuestra paciente se consideró la metástasis de la mama como lesión única ya que la metástasis tiroidea ya había sido reseca previamente siendo el carcinoma renal un hallazgo casual; y disponíamos de un TC toraco-abdominal sin signos de diseminación ni recidiva.