

BIBLIOGRAFÍA

1. Abcarian H, Alexander-Williams J, Christiansen J, Johanson J, Killingback M, Nelson RL, et al. Bening anorectal disease: Definition, characterization and analysis of treatment. *Am J Gastroenterol*. 1994;89 Suppl 8:S182-93.
2. Nivatvongs S. Hemorrhoids. En: Gordon Philip, editor. *Principles and Practice Of Surgery*. 3ª edición. Nueva York: Informa Healthcare; 2007. p. 143-66.
3. Madoff RD, Fleshman JW, Clinical Practice Committee, American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association technical review on the diagnosis and treatment of hemorrhoids. *Gastroenterology*. 2004;126:1463-73.
4. Lewis RT, Maron DJ. Anorectal Crohn's disease. *Surg Clin North Am*. 2010;90:83-97.
5. Radcliffe AG, Ritchie JK, Hawley PR, Lennard-Jones JE, Northover JM. Anovaginal and rectovaginal fistulas in Crohn's disease. *Dis Colon Rectum*. 1988;31:94-9.
6. Morrison JG, Gathright JB Jr, Ray JE, Ferrari BT, Hicks YC, Timmcke AE. Results of operation for rectovaginal fistula in Crohn's disease. *Dis Colon Rectum*. 1989;32:497-9.
7. Cracco N, Zinicola R. Is haemorrhoidectomy in inflammatory bowel disease harmful? An old dogma re-examined. *Colorectal Dis*. 2014;16:516-9.
8. D'Ugo S, Franceschilli L, Cadreddu F, Leccesi L, Blanco G del V, Calabrese E, et al. Medical and surgical treatment of haemorrhoids and anal fissure in Crohn's disease: A critical appraisal. *BMC Gastroenterol*. 2013;13:47.
9. Vidal V, Sapoval M, Sielezneff Y, de Parades V, Tradi F, Louis G, et al. Emborrhoid: A new concept for the treatment of hemorrhoids with arterial embolization: The first 14 cases. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2015;38:72-8.
10. Vidal V, Louis G, Bartoli JM, Sielezneff I. Embolization of the hemorrhoidal arteries (the emborrhoid technique): A new concept and challenge for interventional radiology. *Diagn Interv Imaging*. 2014;95:307-15.

Vicent Primo Romaguera^{a*}, Abel Gregorio Hernández^b, Luís Andreo Hernández^b y Eduardo de la Morena Valenzuela^a

^aServicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital de Dénia Marina-Salud, Dénia, Alicante, España

^bServicio de Radiología, Hospital de Dénia Marina-Salud, Dénia, Alicante, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sentopr@gmail.com (V. Primo Romaguera).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.08.005>
0009-739X/

© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Tratamiento quirúrgico de la recidiva supraclavicular y a nivel de la mamaria interna por un carcinoma de mama



Surgical Treatment of Supraclavicular and Internal Mammary Recurrence of Breast Cancer

Brito et al.¹ trataron con intención curativa mediante terapia multimodal (quimioterapia [QT], cirugía y radioterapia) a pacientes que presentaban afectación ganglionar supraclavicular. De esta forma, obtuvieron mejores resultados que en las pacientes que presentaban enfermedad a distancia distinta de la supraclavicular. Estos resultados llevaron a revisar y cambiar la clasificación American Joint Committee on Cancer (AJCC-TNM). Desde su sexta edición, las metástasis en los ganglios linfáticos supraclaviculares ipsolaterales dejaron de considerarse metástasis a distancia (M1) y pasaron a clasificarse como enfermedad locorregional (N3c)^{2,3}. A día de hoy, persiste el debate y no existe consenso acerca del tratamiento que deben recibir estas pacientes.

Asimismo, la afectación axilar contralateral debe considerarse como un estadio IV y por ello el tratamiento de estas pacientes debería ser paliativo⁴. Sin embargo, existe la hipótesis de que la diseminación a la axila contralateral se

podría producir por vía linfática, estando entonces justificado el tratamiento curativo locorregional⁵. Por ello, el manejo de esta situación no está estandarizado y debe ser individualizado para cada caso.

Se presenta un caso clínico controvertido en cuanto al tratamiento multimodal, asociando cirugía en un carcinoma metastásico de mama con ganglios contralaterales y supraclaviculares ipsolaterales.

Mujer de 57 años con un tumor ulcerado de 10 cm que infiltra piel y pared torácica en mama derecha. Mediante mamografía, resonancia magnética con gadolinio y biopsia con aguja gruesa se diagnostica de carcinoma ductal infiltrante (CDI) de mama derecha con afectación ganglionar axilar ipsilateral y contralateral (cT4c cN1c M1). La inmunohistoquímica describía: receptores estrógenos (RE) +++, receptores progesterona (RP) +, *cerbB2* ++ (FISH positivo), *Ki 67* 20%.

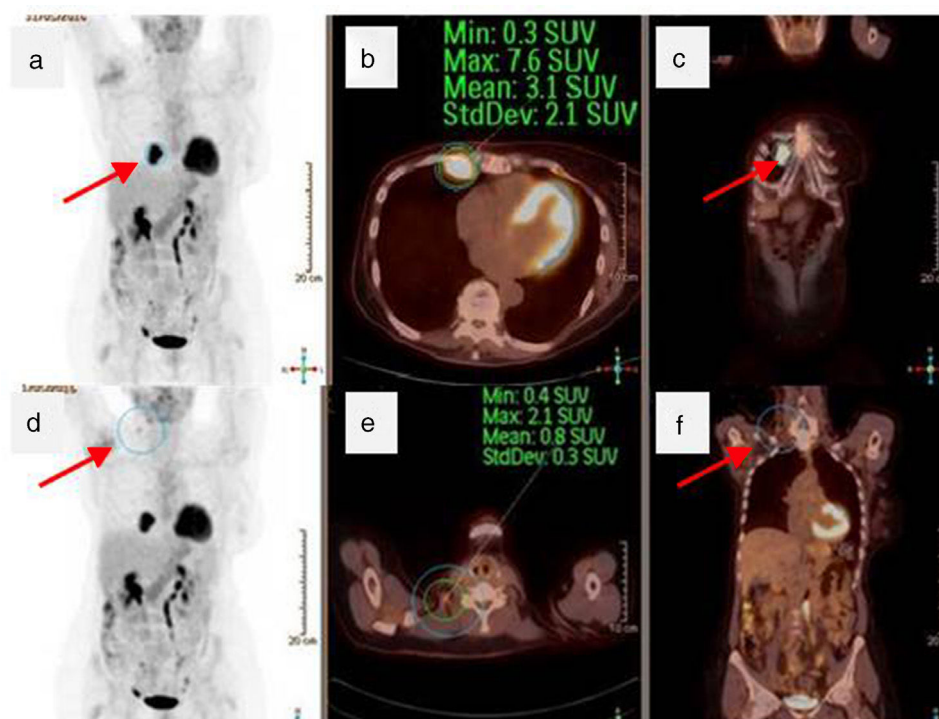


Figura 1 – PET-TAC corporal total. a) Corte coronal de PET donde se observa hipercaptación a nivel de la mamaria interna (flecha). b) Corte axial de PET-TAC en el que se objetiva la misma lesión (círculo). c) Corte coronal de PET-TAC en el que se aprecia la lesión en blanco (flecha). d) Corte coronal de PET donde se aprecia hipercaptación en región supraclavicular derecha. e) Corte axial de PET-TAC donde se aprecia esta misma afectación (círculo). f) Corte coronal de PET-TAC donde se aprecia la hipercaptación cervical derecha en color blanco (flecha).

Tras 8 ciclos de QT con docetaxel, trastuzumab y pertuzumab con buena respuesta radiológica, se realizó mastectomía radical con vaciamiento axilar derecho e izquierdo. El estudio anatomopatológico de la pieza evidenció un CDI de $3,5 \times 3$ cm (RE –, RP –, cerb B2 +++ y Ki 67 del 30%), grado 1, N + (1/14) y un carcinoma lobulillar infiltrante de $2 \times 1,5$ cm (RE –, RP –, cerbB2 –, Ki 67 5-10%). El vaciamiento axilar detectó afectación ganglionar bilateral: 1/14 en axila derecha y 4/24 en axila izquierda.

No recibió radioterapia por limitación de la movilidad de la articulación glenohumeral derecha y siguió tratamiento adyuvante con trastuzumab-pertuzumab cada 21 días.

La tomografía por emisión de positrones-tomografía computarizada (PET-TC) al año de la intervención (fig. 1) detectó afectación ganglionar supraclavicular derecha y de mamaria interna, confirmadas mediante punción por aspiración con aguja fina. La ecografía de mamaria interna detectó afectación ganglionar con una lesión hipoeoica de $4 \times 3 \times 4$ cm.

Se administraron 3 ciclos de QT con TDM1 (trastuzumab-emtansina) y la PET-TC posterior evidenció disminución del tamaño y del metabolismo ganglionar supraclavicular derecho (SUV de 2,1, previo de 3,3), pero aumento del metabolismo de mamaria interna (SUV 7,6, previo de 7) respecto al estudio previo. Se realizó una intervención quirúrgica al mes de finalizar la QT, mediante vaciamiento lateral funcional

cervical derecho, exéresis de la lesión de cadena mamaria interna y arcos costales anteriores 5.°, 6.° y 7.° por afectación macroscópica de musculatura intercostal. El defecto de pared se cubrió con una malla de doble cara (fig. 2). La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta al 5.° día postoperatorio.

La anatomía patológica de la lesión en cadena mamaria interna revelaba metástasis de $5 \times 1,6$ cm, con afectación de partes blandas (músculo estriado y tejido fibrograso) por carcinoma lobulillar sin afectación ósea, con límites de resección libres e inmunohistoquímica: RE –, RP –, cerbB2 –, Ki 67 5-10%. Del vaciamiento cervical se aislaron 52 adenopatías sin afectación tumoral. La paciente actualmente sigue con QT adyuvante con TDM1 y se encuentra libre de enfermedad transcurridos 9 meses tras la intervención.

Existen numerosas publicaciones que evalúan los resultados de la radioterapia en la afectación de la mamaria interna y supraclavicular^{6,7}; sin embargo, el papel de la cirugía todavía no ha sido investigado⁸. Si se revisa la literatura, existe un estudio en el que se incluyó a pacientes con recurrencia de la enfermedad a nivel supraclavicular donde la cirugía formaba parte del tratamiento y concluye que la exéresis quirúrgica de estos ganglios supraclaviculares sería un factor pronóstico para la supervivencia global⁹.

La negatividad anatomopatológica de los ganglios extirpados en la linfadenectomía cervical podría explicarse por una

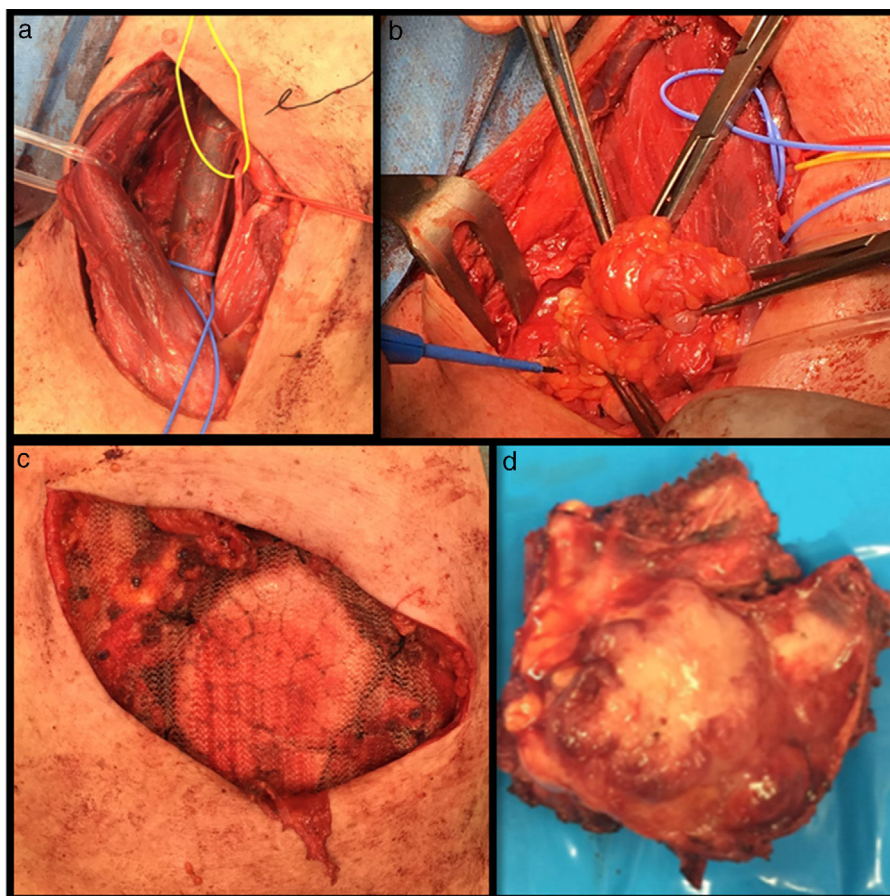


Figura 2 – Imagen quirúrgica. a) Imagen tras linfadenectomía cervical lateral. b) Adenopatía supraclavicular derecha. c) Malla en pared costal. d) Metástasis a nivel de mamaria interna.

respuesta completa a la QT que ya se evidenció en la PET de reevaluación tras finalización del último ciclo, donde existía una disminución de la actividad metabólica.

Aunque la terapia locorregional no es el estándar en el tratamiento de los cánceres de novo en estadio IV, sí que es usualmente empleada como tratamiento paliativo¹⁰. Dentro de este grupo de pacientes estaría este caso, al incluir la cirugía en el tratamiento multimodal para un mejor control de la enfermedad. Hay autores que defienden que a las pacientes con enfermedad tumoral avanzada y con determinados subtipos de cáncer, como el luminal like o Her2, se les puede ofrecer un tratamiento local con cirugía o radioterapia cuando esto supone un mejor control del tumor primario o de las afectaciones regionales con el fin mejorar la supervivencia global¹⁰. En los casos en los que la radioterapia no pueda ser aplicada, como sucedía en la paciente, la cirugía sería la opción para un mejor control locorregional de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brito RA, Valero V, Buzdar AU, Booser DJ, Ames F, Strom E, et al. Long-term results of combined-modality therapy for locally advanced breast cancer with ipsilateral supraclavicular metastases: The University of Texas M.D. Anderson Cancer Center experience. *J Clin Oncol*. 2001;19:628–33.
2. Greene FLPD, Fleming ID, Fritz AG, Balch CM, Haller DG, Morrow M. *AJCC cancer staging manual*, 6th ed. New York: Springer Verlag. 2002.
3. Singletary SE, Allred C, Ashley P, Bassett LW, Berry D, Bland KI, et al. Revision of the American Joint Committee on Cancer Staging System for Breast Cancer. *JCO*. 2002;20:3628–36.
4. Sakurai K, Enomoto K, Kitajima A, Tani M, Amano S. [A case of advanced breast cancer successfully treated with multi-disciplinary therapy and S-1 administration]. *Gan To Kagaku Ryoho*. 2007;34:2065–7.
5. Castillo G, Sabadell D, Carreras R, Vernet MM. Metástasis ganglionares axilares contalaterales en cáncer de mama: controversia sobre su vía de diseminación, manejo y pronóstico. *Rev Senol Patol Mamar*. 2016;29:86–9.
6. Poortmans PM, Collette S, Kirkove C, Van Limbergen E, Budach V, Struikmans H, et al., EORTC Radiation Oncology and Breast Cancer Groups. Internal Mammary and Medial Supraclavicular Irradiation in Breast Cancer. *N Engl J Med*. 2015;373:317–27.
7. Poortmans PM, Collette S, Kirkove C, van Limbergen E, Budach V, Struikmans H, et al., EORTC Radiation Oncology and Breast Cancer Groups. Internal Mammary and Medial Supraclavicular Irradiation in Breast Cancer. *N Engl J Med*. 2015;373:317–27.

1. Brito RA, Valero V, Buzdar AU, Booser DJ, Ames F, Strom E, et al. Long-term results of combined-modality therapy for locally advanced breast cancer with ipsilateral supraclavicular metastases: The University of Texas M.D. Anderson Cancer Center experience. *J Clin Oncol*. 2001;19:628–33.

8. Rotenhuis BA, Klem TM, Vrijland WW. Treatment outcome in breast cancer patients with ipsilateral supraclavicular lymph node metastasis at time of diagnosis: A review of the literature. *Eur J Surg Oncol*. 2013;39:207-12.
9. Chatterjee S, Lee D, Kent N, Wintle T, Mott JH, Kelly CG, et al. Managing supraclavicular disease from breast cancer with brachial plexus-sparing techniques using helical tomotherapy. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2011;23:101-7.
10. Chen P, Cheng S, Hung C, Yu B, Chen C. Locoregional therapy in luminal-like and HER2-enriched patients with de novo stage IV breast cancer. *Springer Plus*. 2013;2:1-6.

Alejandra de Andrés Gómez^{a*}, Francisco Villalba Ferrer^a, Carla Navarro Moratalla^a, Ricardo Guijarro Jorge^b y Carlos Fuster Diana^a

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

^bServicio de Cirugía Torácica, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: adeangomez@gmail.com
(A. de Andrés Gómez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.08.002>
0009-739X/

© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Intususcepción ileocólica por mucocoele apendicular

Ileocolic intussusception by appendicular mucocoele



La intususcepción apendicular es una entidad poco frecuente. Representa únicamente el 0,01% de las indicaciones de apendicectomía¹, siendo un reto diagnóstico².

Presentamos el caso de una paciente mujer de 20 años de edad que acudió al servicio de urgencias por dolor abdominal en fosa ilíaca derecha de tipo cólico de varios días de evolución sin otra clínica acompañante. En la analítica de sangre no se evidenciaron alteraciones. Por persistencia del dolor se indicó prueba de imagen. En la ecografía se evidenció una imagen en diana en fosa ilíaca derecha. Se completó estudio mediante TAC, el cual evidenció a nivel del ángulo hepático una estructura tubular con contenido hipodenso que terminaba en un fondo de saco ciego (fig. 1), así como la invaginación del íleon terminal y la válvula ileocecal en el colon derecho (fig. 2). Los hallazgos eran compatibles con el diagnóstico de mucocoele apendicular invaginado, motivo por el cual se realizó ileocequ Coastomía laparoscópica urgente. La evolución postoperatoria fue favorable. La paciente fue dada de alta

hospitalaria al tercer día del postoperatorio. La anatomía patológica fue de mucocoele apendicular sin rasgos histológicos de malignidad cuya base protruí en la luz del ciego produciendo invaginación del mismo.

La intususcepción apendicular se define como la invaginación de una porción del apéndice dentro su propia luz o de la del ciego. Es secundaria a movimientos peristálticos anormales causados por la inflamación del apéndice y favorecida por mesoapéndices laxos con la luz apendicular ancha o por apéndices muy móviles y finos³. Aparece más frecuentemente en adultos (76%) que en niños, y en mujeres que en varones con un ratio 2 a 1². La edad más frecuente de aparición es en la cuarta década de la vida². En la edad pediátrica la causa más frecuente es la inflamación del apéndice mientras que en los adultos la etiología más habitual es la endometriosis (33%) seguida de los mucocoeles apendiculares (19%) y la inflamación apendicular (19%). En el resto de los casos la etiología es tumoral, habiéndose descrito

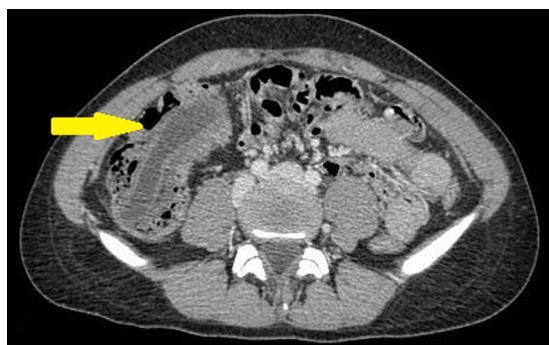


Figura 1 – Apéndice cecal con abundante contenido hipodenso en la luz del colon a nivel del ángulo hepático.



Figura 2 – Válvula ileocecal e íleon invaginados en la luz del ciego y colon derecho.