

# Metástasis esplénica por adenocarcinoma de ovario. A propósito de un caso

## *Splenic metastasis from adenocarcinoma of the ovary. About a case*

Miguel Ferreira\*, Marcos Delgado\*\*, Rossana Ávila\*\*\*, Soel Feltes\*\*\*\*, Dayhana Duarte\*\*\*\*\*

Hospital Nacional de Itaugua, Servicio de Cirugía General. Paraguay

### RESUMEN

Las metástasis al bazo por cáncer de ovario son infrecuentes. Se presenta el caso de una paciente de 62 años, consulta por dolor abdominal tipo puntada en hipocondrio izquierdo, la misma operada de anexo histerectomía total 1 año atrás con reporte histopatológico definitivo de adenocarcinoma infiltrante moderada a pobremente diferenciado grado II a III de Ovario derecho. Ecografía: bazo aumentado de tamaño con imagen nodular en su interior; TAC: aumento de tamaño del bazo a expensas de lesión parenquimatosa. Se realiza esplenectomía video-laparoscópica. Anatomía patológica: tumores epitelioides pobremente diferenciado. Conclusión: en el tratamiento de las metástasis al bazo, como único sitio de metástasis, la cirugía laparoscópica está indicada para evitar complicaciones.

**Palabras clave:** adenocarcinoma de ovario, metástasis esplénica, esplenectomía.

### ABSTRACT

Ovarian cancer spleen metastases are uncommon. The case of a 62-year-old patient is presented, consultation for stitch-like abdominal pain in the left hypochondrium, the same operation as an annex total hysterectomy 1 year ago with definitive histopathological report of moderate to poorly differentiated infiltrating adenocarcinoma grade II to III of right ovary. Ultrasound: enlarged spleen with nodular image inside; CT scan: enlargement of the spleen at the expense of parenchymal lesion. Videolaparoscopic splenectomy is performed. Pathological anatomy: poorly differentiated epithelioid tumors. Conclusion: in the treatment of spleen metastases, as the only site of metastases, laparoscopic surgery is indicated to avoid complications.

**Keywords:** ovarian adenocarcinoma, splenic metastasis, splenectomy.

### INTRODUCCIÓN

Las metástasis esplénicas de enfermedades malignas no hematológicas son infrecuentes, con una incidencia del 0,6% a 1,1% con carcinoma de acuerdo a grandes estudios clinicopatológicos<sup>1</sup>. En un estudio reciente, de 6137 pacientes con tumores

malignos metastasicos, solo 59 (0,6 %) involucraban al bazo<sup>(1)</sup>.

Comúnmente, las metástasis son de cáncer de mama, pulmón, ovario, colorrectal y melanomas. Los depósitos están usualmente localizados en la capsula esplénica y traducen diseminación de la enfermedad con un oscuro pronóstico<sup>(2)</sup>.

Cuando los depósitos en el bazo son solitarios, invaden solo el parénquima, la metástasis es por vía hematológica con un mejor pronóstico<sup>(3)</sup>. Usualmente se presentan después de un periodo de latencia característico; de meses a años después de la cirugía curativa del tumor inicial. Se pueden presentar con esplenomegalia dolorosa o pueden ser completamente asintomáticas, solo descubiertas por medio de seguimiento imagenológico. La cura mundialmente aceptada es una clásica esplenectomía seguido de quimioterapia posoperatoria<sup>(4)</sup>. La esplenectomía laparoscópica es ahora considerada el Gold Standard para el tratamiento de enfermedades hematológicas benignas<sup>(5)</sup>.

### CASO CLÍNICO

Presentamos a una paciente de 62 años quien acude a consulta por dolor abdominal tipo puntada en hipocondrio izquierdo, persistente, con incremento al esfuerzo y que disminuye con el decúbito y reposo, sin otros síntomas acompañantes.

Antecedente quirúrgico: operada de anexohisterectomía total 1 año atrás con reporte histopatológico definitivo de adenocarcinoma infiltrante moderada a pobremente diferenciado grado II a III de Ovario derecho. No recibió tratamiento complementario de radioterapia ni quimioterapia.

Ecografía abdominal: bazo de contornos regulares, 116 x 60 cm, parénquima heterogéneo con imagen nodular irregular, hipocogénica, señal central y periférica al Doppler.

TAC Contrastada: aumento del volumen del bazo a expen-

\* Jefe de Sala, Servicio de Cirugía General, Hospital Nacional de Itaugua

\*\* Residente de 3er año del Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional de Itaugua

\*\*\* Residente de 2do año del Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional de Itaugua

\*\*\*\* Residente de 3er año del Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional de Itaugua

\*\*\*\*\* Residente de 2do año del Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional de Itaugua

Autor correspondiente: Marcos Delgado, marquitos.339@gmail.com

Recibido 11 octubre 2019 - Aceptado: 07 noviembre 2019

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons

sas de lesión parenquimatosa, que refuerza tras la administración de contraste (**Figura 1**).

Laboratorio refleja incremento de la concentración sérica de CA 125 de 100 U/ml sin alteraciones en otros marcadores ni parámetros laboratoriales.

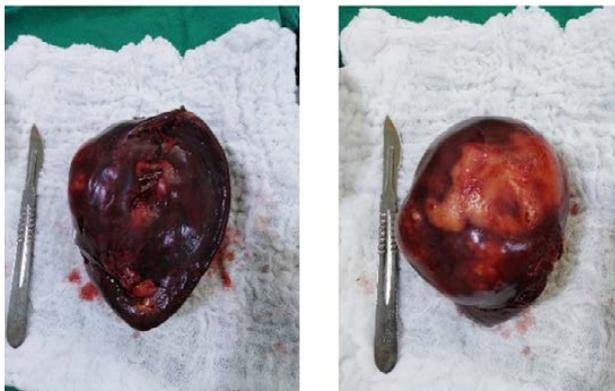
Se concluye la posibilidad de metástasis esplénica aislada de adenocarcinoma de ovario y se decide esplenectomía.

Se realiza esplenectomía videolaparoscópica en donde se constató bazo aumentado de tamaño (15x10cm), con tumoralización blanquecina que abarca el 80% del parénquima, no se constata metástasis en otros órganos.

Anatomía patológica: Bazo con peso de 357 gramos 15 x 8 x 6 cm, deformación nodular en gran parte del bazo, extenso compromiso esplénico por tumor de célula epitelioide pobremente diferenciado con extensas áreas de necrosis, mayor al 50 % (**Figura 2**).



**Figura 1:** TAC C/C de abdomen. Lesión focal en bazo, mal definido, hipodenso.



**Figura 2:** Metastasis esplénica macroscópica.

## DISCUSIÓN

La mayoría de las metástasis esplénicas están acompañadas de diseminación tumoral multivisceral<sup>(6)</sup>. Las metástasis esplénicas solitarias son muy infrecuentes y se han reportado aproximadamente 100 casos en la literatura. La mitad de estos provienen del tracto genital femenino, más comúnmente de patologías malignas del ovario (más de 30 casos) y el reto del endometrio (13 casos), cérvix (6 casos) y carcinomas tubáricos (1 caso)<sup>(3)</sup>.

Una revisión ha demostrado que 33 % de metástasis esplénica solitaria fueron descubiertas en exámenes de rutina. Sin embargo, algunos pacientes se quejan de fatiga, pérdida de peso, fiebre, dolor abdominal, esplenomegalia, anemia o trombocitopenia<sup>(6)</sup>.

Cuando una lesión esplénica aislada es encontrada durante el seguimiento oncológico, debe ser sospechado un origen metastásico. Algunas veces es difícil distinguir las lesiones esplénicas metastásicas sospechadas de lesiones esplénicas primarias como linfoma, tumores vasculares, o infecciones<sup>(4)</sup>.

Niveles séricos del Antígeno carcinoembrionario (CEA) y el Antígeno carbohidratado 19-9 han sido reportados como predictores en la detección de la aparición de metástasis esplénica aislada luego de la identificación imagenológica<sup>(7)</sup>.

Actualmente, la esplenectomía proporciona un tratamiento radical en pacientes con metástasis esplénica aislada; debe ser decidido con precaución como lesión metastásica esplénica el cual debería encontrarse aislado pero algunas veces puede representar la manifestación clínica inicial de metástasis sistémica en múltiples sitios<sup>(6)</sup>.

La esplenectomía disminuye el riesgo de diseminación del tumor a áreas distantes del bazo y proporciona la cura potencial o extensión de la supervivencia. La esplenectomía por lesión esplénica metastásica es además indicado generalmente para prevenir complicaciones como trombosis de la vena esplénica, esplenomegalia dolorosa y ruptura esplénica. En una revisión de 13 casos de metástasis esplénica de carcinoma pulmonar reportaron que de 6 pacientes que no se realizaron la esplenectomía, 4 (67 %) sufrieron de ruptura esplénica<sup>(7)</sup>.

La metástasis esplénica posee 3 grandes patrones macroscópicos: macronodular, micronodular y difuso. Las lesiones cancerosas usualmente afectan el polo superior o inferior, el hilio esplénico y raramente infiltran la capsula<sup>3</sup>. La metástasis capsular usualmente se asocia a enfermedad diseminada y comúnmente de mama, ovario o melanoma. Un factor interesante de la metástasis esplénica aislada es que característicamente se presentan tras un periodo de latencia clínica<sup>(5,6)</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Warren S, Davis H. Studies on tumor metastasis: V. The metastases of carcinoma of the spleen. *Am J Cancer* 1934; 21:517-33.
2. Abrams HL, Spiro R, Goldstein N. Metastases in carcinoma. Analysis of 1000 autopsied cases. *Cancer* 1950;3(1):74-85. 6.
3. Nash DA, Sampson CC. Secondary carcinoma of the spleen. Its incidence in 544 cases and review of the literature. *J Natl Med Assoc* 1966;58(6):442-6.
4. Lam KY, Tang V. Metastatic tumors to the spleen: a 25-year clinicopathologic study. *Arch Pathol Lab Med.* 2000; 124:526-30 [PMID: 10747308].
5. Compérat E, Bardier-Dupas A, Camparo P, Capron F, Charlotte F. Splenic metastases clinicopathologic presentation, differential diagnosis, and pathogenesis. *Arch Pathol Lab Med.* 2007; 131: 965- 9.
6. Piura E, Piura B. Splenic metastases from female genital tract malignancies. *Harefuah* 2010; 149: 315-20.
7. Arif A, Abideen ZUI, Zafar Malik A. Metastatic involvement of the spleen by endometrial adenocarcinoma; a rare asylum for a common malignancy: a case report *BMC Res Notes.* 2013; 6:476.