

Resúmenes de Comunicaciones Orales

CO-1. PATOLOGÍA BENIGNA DE UN PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA

Segura M, Macià F¹, Solsona J, Juncà V, Puig S, Martínez MA, Piqueras A, Segura A, Collet I¹, Segura G, Maristany MT², Casamitjana M¹, Grande L

Servicios de Cirugía General. Unidad de Prevención y Registro de Cáncer. Servicios de Evaluación y Epidemiología Clínica y Radiología. Hospital Universitario del Mar. Barcelona

Introducción: La patología quirúrgica principal que persigue un programa de cribado poblacional es la neoplasia de mama. Sin embargo, la patología hallada por el programa abarca otras patologías que también, aunque benignas, pueden ser susceptibles de indicación quirúrgica o de control. El objetivo del estudio ha sido valorar la patología quirúrgica hallada en el programa de cribado poblacional de cuatro distritos de Barcelona realizado por nuestro hospital, en un periodo de 10 años, observando la proporción de patología benigna respecto a la maligna y la proporción de intervenciones que generan.

Material y método: Durante los últimos 10 años se ha realizado un estudio prospectivo recogiendo los principales diagnósticos, tanto malignos como benignos, de todas las mujeres cribadas por el programa de detección precoz del cáncer de mama de los cuatro distritos de Barcelona dependientes de nuestro centro, que eran visitadas en el Dispensario de Patología Mamaria (DPM) por alguna lesión hallada durante el estudio mamográfico.

Resultados: Se realizó el cribado de 47.871 mujeres entre 50 y 69 años de edad, con un total de 127.604 exploraciones. Ello generó 4.701 visitas al DPM, diagnosticándose 554 de cáncer de mama (11,8%) con una tasa de detección del 4,3 por mil mujeres cribadas. También se detectaron 4.011 lesiones benignas: 1.549 (38,6%) nódulos sólidos benignos (mastopatía fibroquística), 1.201 (29,9%) quistes de mama, 475 (11,8%) microcalcificaciones benignas, 453 (11,3%) asimetrías glandulares, 269 (6,7%) fibroadenomas, 58 (1,4%) lesiones distorsionantes de mastopatía fibroquística y 6 (0,1%) lipomas. No tuvieron ninguna lesión 136 mujeres. El diagnóstico de las lesiones benignas se hizo en el 74,4% de los casos: mediante PAAF (59,2%), BAG (16,2%) y biopsia quirúrgica (4%). La patología benigna sólo se ha operado en 95 casos (2,4%) y se han controlado a 6 meses o a un año 1.246 (global 31,1%, en los últimos años 9,9%), pasando después a control rutinario bianual.

Conclusiones: En población de Barcelona cribada por cáncer de mama durante 10 años se hallaron lesiones benignas en proporción de 7 a 1 respecto a las malignas, pero fueron intervenidas en un porcentaje muy bajo (2,4%).

CO-2. DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA EN CITOLOGÍA MAMARIA. ANÁLISIS MORFOLÓGICO DE LOS CASOS CON RESULTADO DE BENIGNIDAD

López-Marín L, Catalán C, Tresserra F¹, Serrano M, Domínguez MA, Fabra G, Fernández-Cid C

Laboratorio de Citología. Dpto. de Obstetricia y Ginecología. Servicio de Anatomía Patológica. Institut Universitari Dexeus. Barcelona

Introducción: En 1996, el Instituto Nacional del Cáncer Americano (NCI), en la "The FNA Breast Conference" celebrada en Bethesda, recomendaba cinco categorías para el diagnóstico citológico de mama: benigno, atípico, sospechoso, maligno e insatisfactorio.

El grupo de sospechosos tiene un especial interés por su implicación diagnóstica en relación a los procesos malignos.

Los porcentajes de falsos resultados positivos en sospechosos varían en las diferentes series de la Literatura por lo que nos planteamos el estudio de aquellos casos con resultados histopatológicos de benignidad en un intento de minimizar las causas de error citológico.

Material: Durante el periodo 1996-2005 se han realizado en nuestro centro 22.566 citologías con técnica de punción aspiración con aguja fina (PAAF) con control ecográfico. De ellas, en 312 casos (1,38%) se emitió el diagnóstico de sospecha, de estas disponemos de estudio histopatológico en 203 (65,06%) que han sido intervenidas por cirujanos del Comité de Mama, resultando 44 (21,60%) casos benignos y 159 (78,32%) malignos, de los cuales 14 eran carcinoma *in situ*. El resto de casos 109 (34,9%) no fue intervenido en nuestro Centro y se dispone de *follow up* en 53 casos de los cuales 33 fueron positivos y 20 negativos.

Método: Se realiza la revisión de los 44 casos sospechosos citológicos con resultado de benignidad en un intento de demostrar las características morfológicas que fueron causa de error citológico. Los parámetros que se analizan son: sustancia de fondo, disposición de material, características celulares (núcleo y citoplasma) y otros elementos del extendido.

A partir de los datos obtenidos se pormenorizaran aquellos aspectos que deben valorarse en estos cuadros para evitar el error diagnóstico.

Resultados: Destaca que en el 84,09% no se observa diátesis tumoral, aunque el material suele estar mal conservado en el 81,8%. La disposición celular suele ser regular en placas o grupos en el 56,79% de los casos, destacando el citoplasma que suele estar aumentado de tamaño (84,09%), siendo de tendencia redondeada (90,9%) y con fenómenos degenerativos sobreañadidos. Los núcleos son hipertróficos en el 88,63% de casos, regulares (79,54%) y con cromatina normal o hipocromasia en un 84,05%. Los nucleolos son muy escasos (13,63%).

En el 63,63% de los casos se observaron núcleos bipolares aislado o superpuestos en las placas.

Conclusiones: Por los resultados del trabajo, que no varían de un trabajo previo realizado por nosotros en 1990, se puede concluir que antes de emitir un diagnóstico de sospecha se deben tener en cuenta una serie de parámetros morfológicos: la ausencia de diátesis tumoral, la disposición regular de los grupos y placas, la hipertrofia y regularidad de los núcleos con escasa hiperromasia, y la presencia de escasos nucleolos junto a los núcleos desnudos bipolares o superpuestos en las placas orientan hacia benignidad.

CO-3. UNIDADES MULTIDISCIPLINARES Y CÁNCER DE MAMA

Álvarez-Benito M, Bascuñana G, Redondo A, Contreras P, Fuentes E, de la Haba J

Unidad Multidisciplinar Funcional de Mama. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Objetivos: Valorar el impacto en nuestro centro de la implantación del Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Mama (PAICM) y la creación de una Unidad Multidisciplinar, en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con cáncer de mama.

Método: En los últimos años se ha creado en nuestro centro una Unidad Multidisciplinar funcional de mama con el modelo organizativo propuesto en el PAICM elaborado por la consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

La creación de la unidad multidisciplinar funcional ha permitido identificar profesionales concretos con dedicación específica a la mama en los servicios implicados, con reuniones periódicas y protocolos comunes consensuados.

El PAICM propone circuitos ágiles en coordinación con Atención Primaria y Programas de Detección Precoz de Cáncer de Mama que permitan la atención rápida de pacientes con continuidad asistencial, diagnóstico en acto único, tratamiento integral, y monitorización periódica de resultados para la mejora continua.

Resultados: La implantación de estas medidas nos ha permitido obtener los siguientes resultados en pacientes diagnosticadas y tratadas de cáncer de mama durante el 2005: demora diagnóstica de 21 días; 68% de pacientes diagnosticadas en acto único; demora terapéutica 18 días; carcinomas *in situ* 9%; cirugía conservadora 55%; mastectomías con reconstrucciones inmediatas en el 70% de las pacientes candidatas; biopsia selectiva de ganglio centinela en el 51% de los carcinomas intervenidos quirúrgicamente; vaciamientos axilares evitados en el 90% de pacientes con biopsia selectiva.

El 96% de las pacientes intervenidas disponían de diagnóstico percutáneo previo que les permitió participar en la toma de decisiones, y a su vez permitió una única intervención quirúrgica en el 92% de las pacientes.

Conclusiones: El estado actual del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama exige un abordaje multidisciplinar. Medidas organizativas que favorezcan la coordinación entre profesionales implicados permiten la potenciación de

técnicas como cirugía conservadora, reconstrucción inmediata, biopsia selectiva de ganglio centinela que van a mejorar de forma considerable la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama.

CO-4. LA ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE MAMA

Algarra T, Merck B, Bustamante R, Fernández-Frías A, Cansado P

Unidad de Mama. Hospital General Universitario de Elche. Elche.

La unidad multidisciplinaria de mama tiene como fin aumentar la eficacia asistencial favoreciendo el diagnóstico rápido y ofreciendo el tratamiento más efectivo de manera consensuada.

La enfermería en la unidad de mama es la persona cualificada de referencia para los demás profesionales que forman parte de la misma (radiólogos, patólogos, cirujanos,...); para pacientes y familiares y para los diversos departamentos sanitarios (atención primaria, UPCM, admisión,...).

La actividad de la enfermera se divide en: a) asistencial: durante el proceso diagnóstico. Cuidados pre y postquirúrgicos (curas, drenaje de seromas, prevención del linfedema, cuidado de la piel, información ante problemas estéticos: pelucas, prótesis, maquillaje,...); b) gestión: control de propuestas, revisar resultados que llegan a la consulta, planificación de consulta, organización de historias y resultados para comité de tumores, coordinación de exploraciones diagnósticas, planificación de consulta de oncopsicología, control de material e instrumental; y c) educativa: aconsejando autoexploración, prevención de mastalgias, tipo de sujetador, signos y síntomas de alarma.

CO-5. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA (PPCM) DE 2 DISTRITOS DE LA CIUDAD DE BARCELONA. RESULTADOS DE LOS CÁNCERES DETECTADOS EN 4ª RONDA

Maristany MT, Ferrer F, Gayete A, Busto M, Royo J, Martínez J, Juncà V, Segura M, Solsona J

Hospital Universitario del Mar. IDIMAS-CRC. Barcelona

Objetivos: Analizamos los casos de cáncer de mama obtenidos en la 4ª ronda del PPCM.

Material y método: Sobre una población diana de 32.963 mujeres, han participado en el PPCM 21.352 siendo el índice de cobertura real del 85,4%. Realizamos mamografía bilateral con doble proyección, y lectura radiológica a doble ciego. Categorizamos los resultados en 5 grupos: a) no patología; b) patología benigna; c) patología probablemente benigna; d) patrón sospechoso o claramente maligno; y e) proyección adicional. Las lecturas discordantes son evaluadas por un tercer radiólogo. La categoría c) pasará a ser evaluada mediante control clínico-radiológico avanzado, mientras que las d) y e) son remitidas a estudio complementario (proyección adicional, ecografía, PAAF, corebiopsia,...).

Resultados: Se han diagnosticado 108 cánceres de mama, lo que representa una tasa de detección del 5,1%. La distribución por grupos de edad ha sido: 50-54 años: 24,1%; 55-59 años: 22,2%; 60-64 años: 20,4%; y > 64 años: 33,3%. Se ha practicado PAAF en el 2,1% de la mujeres (443), core-biopsia en el 0,5% (110) y biopsia quirúrgica en el 0,1% (19). De los 108 cánceres 65,6% han sido CDI, el 15,1% CDIS, el 9,7% carcinoma lobular, el 2,2% carcinoma; el 11,5% carcinoma tubular, un 1,1 fueron tumores mixtos y un 1,1% desconocido, por ser tratadas las pacientes en otros centros

Los patrones radiológicos han sido: nodular: 43%; fibroso distorsionante: 18,3% mixto: 12,9%; y microcalcificaciones: 22,6%. Estadios clínicos: 0: 18,9%; 40,6%; IIa: 18,9%; IIb: 11,3%; IIIa: 3,8%, IIIb: 1,9%; IV: 0,9%, desconocido: 3,8%. La afectación ganglionar en los casos conocidos ha sido del 28,8%. Se ha realizado tratamiento conservador en el 85,6% de los casos conocidos. El grado de concordancia en la doble lectura mamográfica ha sido del 92,4% y la concordancia en los casos de cáncer superior al 84%.

Conclusiones: 1. Los resultados obtenidos son acordes con lo esperado según la literatura nacional e internacional, tanto en el nivel de participación como en el número de casos de cáncer detectados.

CO-6. DIEZ AÑOS DE UN PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA EN BARCELONA. PARTICIPACIÓN Y ADHERENCIA

Casamitjana M, Macià F, Castells X¹, Ferrer F²

Unitat de Prevenció i Registre de Càncer. ¹Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica. ²Servei de Radiologia per la Imatge. Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS)

Objetivos: La mayoría de programas de detección precoz de cáncer de mama en nuestro país se pusieron en marcha durante los años noventa. El IMAS es responsable de un programa que empezó en el año 1996 en dos distritos municipales de Barcelona, en el año 1998 en otro distrito y en el año 2000 en el último. El objetivo del presente estudio es analizar la evolución de los principales indicadores de participación y adherencia a lo largo de estos diez años de un Programa de detección precoz del cáncer de mama, comparando distritos municipales y áreas básicas de salud (ABS).

Método: Se ha analizado la participación, cribado externo y adherencia de las mujeres de la población diana (69.027 mujeres de 50 a 69 años) invitadas por el Programa de detección precoz de cáncer de mama de cuatro distritos de la ciudad de Barcelona (Ciutat Vella, Sant Martí, Gràcia y Sarrià-Sant Gervasi) a lo largo del periodo 1996-2005. Se han examinado los resultados de las 25 ABS, agrupadas según mayor o menor proximidad a las dos unidades mamográficas de referencia (Hospital del Mar y Hospital de l'Esperança), en las que se han realizado un total de 125.429 mamografías.

Resultados: El menor porcentaje de participación se ha observado siempre en la primera ronda, con una gran diferencia entre territorios: 28% en Sarrià frente a un 69% en

Sant Martí. En distritos como Gràcia y Sarrià la participación siempre ha sido inferior al 50%, con tendencia a aumentar a partir de la segunda ronda, mientras que en los otros distritos la participación se ha situado por encima del 60%. En Ciutat Vella se observó una disminución en la cuarta ronda, atribuible al aumento de mujeres inmigrantes, especialmente latinoamericanas, marroquíes y filipinas, que participan un 11% menos que la población general. Hay notables oscilaciones según ABS: superior al 70% en las de mayor participación e inferior al 30% en las pertenecientes al distrito de Sarrià-Sant Gervasi.

Por lo que se refiere al cribado externo, el porcentaje más elevado (entre un 25 y un 44%) se observó en la primera ronda. En las rondas siguientes el porcentaje menor se obtuvo en Ciutat Vella (10%) y el más elevado en Sarrià-Sant Gervasi (44%) con tendencia a disminuir a medida que avanzan las rondas en ambos distritos.

En la segunda ronda se consiguió una adherencia del 89,7%, que pasó al 91,3% en la tercera y al 91,9% en la cuarta. Un 9,9% de la población analizada no se han efectuado nunca una mamografía de cribado ni a través del programa ni por otra vía externa.

Conclusiones: Participación baja y nivel de cribado alto se explican por la existencia de una organización territorial y de derivación hospitalaria diferente entre el Programa de salud sexual y reproductiva y el Programa de detección precoz de cáncer de mama. En los distritos de elevado nivel socioeconómico, la prestación sanitaria privada influye sin duda en la baja participación.

CO-7. PROCESO DIAGNÓSTICO EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA (PPCM) DE LA COMUNIDAD VALENCIANA (CV). ANÁLISIS EN 4 DEPARTAMENTOS DE SALUD (DS)

Silvestre JV, Alcaraz M, Segarra I, Lluch A, García L, Pereiro I
Centro de Salud Pública de Valencia

El programa se inicia en 1992 existiendo en la actualidad 23 Unidades de Prevención de Cáncer de Mama (UPCM) que dan cobertura al 100% de las mujeres de 45 a 69 años en la Comunidad Valenciana. El Centro de Salud Pública de Valencia abarca los DS 4, 5, 6 y 10 y coordina 5 UPCM: 3 dependientes de Salud Pública (UPCM1, UPCM3, UPCM 4), una mixta ubicada en Hospital (UPCM 5) y una conveniada con la Asociación Española contra el Cáncer (UPCM 2). Las mujeres son derivadas para completar su estudio y posible tratamiento a 4 hospitales de los DS. En 2005 la actividad por UPCM fue: en la UPCM 1 se visitaron 11.110 mujeres, 46 casos detectados y 306 remitidas al hospital A; en la UPCM 2 de 10.230 mujeres vistas, 48 casos y 627 remitidas a hospital B; en la UPCM 3: 6.350 de mujeres, 31 casos detectados y 385 remitidas a hospital C; en la UPCM 4 de 9.220 mujeres visitadas se detectaron 44 casos y se remitieron 262 a hospital B; y en la UPCM 5 de 6.397 mujeres visitadas, 26 casos detectados y 138 remitidas a hospital D. El tiempo en días, para la realización de pruebas complementarias (mediana) fue: en UPCM 1: 22 días en ecografía (EC), 11 en citología (CI), 13 en BAG y

57 en biopsia escisional (BE); en la UPCM 2: 20 días en EC, 9 en CI, 13 en BAG y 38 en BE; en UPCM 3: 37 días en EC, 35 en CI, 37 en BAG y 34 en BE. En la UPCM 4: 11 días en EC, 13 en CI, 14 en BAG y 57 en BE. En UPCM 5: 7 días en EC, 0 en CI, 6 en BAG y 22 en BE. Las diferencias observadas en los tiempos en la realización de pruebas complementarias, así como la información recogida en la búsqueda activa de casos, parece indicar que el proceso diagnóstico no se realiza de forma homogénea en la mujeres de las UPCM estudiadas, tanto en lo referente a los tiempos utilizados, como a las exploraciones complementarias realizadas.

El presente estudio pretende analizar el proceso diagnóstico seguido en los casos detectados durante 2005 en las 5 UPCM (195 casos).

Las variables estudiadas proceden de la base de datos del PPCM y de la revisión de las historias clínicas hospitalarias. Se han incluido en el estudio, además del tiempo utilizado para el diagnóstico, las siguientes variables: UPCM, edad, hospital, tipo de visita en la UPCM (normal, precoz, primera o sucesiva), serie, clasificación mamográfica, fecha de ecografía y resultado, PAFF fecha y resultado, biopsia/s, fechas y resultados, tratamiento neoadyuvante, tipo histológico, TNM y afectación ganglionar.

Se han estudiado las posibles diferencias derivadas y la relación entre las variables estudiadas mediante un análisis bivariable (χ^2 para variables cualitativas y anova para variables cuantitativas). Se realiza un análisis multivariante mediante regresión logística para identificar qué variables explican, en mayor medida, las diferencias observadas.

CO-8. EVALUACIÓN DEL CIRCUITO DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO EN EL CÁNCER DE MAMA EN ALTHAIA (XARXA ASSISTENCIAL DE MANRESA)

Díaz MJ, Montes T, Domenech M, Valencoso O, Vallés V, Marsinyach M

Althaia (Xarxa Assistencial de Manresa)

Introducción: En agosto de 2005 se implantó en nuestro hospital la Unidad de Diagnóstico Rápido de Mama-UDRM. Está compuesta por la Unidad de Patología Mamaria-UPM (ginecólogo, cirujano, radiólogo, patólogo y oncólogo) y la Oficina Técnica de Cribado de Mama (2 administrativas, 1 enfermera que gestiona y centraliza los casos, 1 responsable médico).

Objetivos: Analizar las demoras que tenemos en los distintos tiempos del circuito desde la sospecha hasta el tratamiento, en especial la demora radiológica. Implicar a todos los profesionales del circuito en la mejora.

Material y método: Revisión de 136 pacientes con sospecha de cáncer de mama que entraron en la UPM durante el primer semestre del 2006. Ajuste de agendas radiológicas con el objetivo de poder realizar en el mismo día todo el proceso diagnóstico (mamografía, ecografía y punción) en caso de sospecha en el circuito asistencial y en el cribado oportunista.

Resultados: De las 136 sospechas que entraron en la UPM, 118 activaron la UDRM y de estas 43 casos (36%) el diagnóstico fue de neoplasia. Desde la entrada de la petición

hasta la primera visita, la espera fue de 2 días y desde esta al diagnóstico anatomopatológico la demora fue de 6 días (incluyendo diagnóstico radiológico). Se ha conseguido que el tiempo entre la mamografía y la punción sea de 0 días en el 100% del circuito asistencial y cribaje oportunista. Entre la primera visita y el tratamiento pasaron 25 días de promedio en 113 pacientes. En 5 pacientes el promedio entre la primera visita y el tratamiento fue de más 30 días (demora externa, comorbilidad, motivos personales).

Conclusiones: Se ha mejorado el rendimiento del circuito en las pacientes con sospecha de cáncer de mama. La figura de la gestora de casos es fundamental. Los tiempos obtenidos en todo el proceso son óptimos.

CO-9. CARACTERIZACIÓN GENÉTICA DE TRES CARCINOMAS DE MAMA MÚLTIPLE MEDIANTE LA TÉCNICA DE CGH (HIBRIDACIÓN GENÓMICA COMPARADA) Y CGH ARRAY

Carracedo A, Segura M, Corzo C, Salido M, Corominas JM, Puig S, Segura A, Grande L, Serrano S, Solé F

Laboratori de Citogenètica i Biologia Molecular. Servei de Patologia. Unitat de Patologia Mamaria del Servei de Cirurgia. Hospital del Mar. Barcelona. URTTS-IMAS/IMIM

Antecedentes: La diferencia entre micrometástasis intra mamaria –suceso relativamente frecuente– y múltiples tumores primarios independientes –suceso poco frecuente– ha sido una distinción difícil de establecer. Tradicionalmente se ha llevado a cabo mediante la localización de los distintos focos de carcinoma, y teniendo en cuenta sus diferencias histológicas e inmunohistoquímicas, así como por la presencia de carcinoma intraductal adyacente. Varias alteraciones citogenéticas han sido descritas en pacientes con presencia de micrometástasis interna, como deleciones en el brazo largo del cromosoma 15 (15q-) y ganancias del brazo largo del cromosoma 1 (+1q). Mientras que ganancias en el cromosoma 8 se han encontrado en pacientes con múltiples tumores primarios. No obstante ninguna de estas alteraciones ha sido relacionada directamente con alguno de estos dos sucesos. En los últimos años han surgido técnicas de citogenética molecular, como la Hibridación Genómica Comparada (CGH), que permite determinar ganancias y pérdidas de material genético, y recientemente, una variante de esta, la denominada técnica de la CGH array que presenta una mayor resolución (1 Mb vs. 10 Mb).

Objetivos: Caracterizar, mediante la técnica de la CGH convencional y CGH array, tres muestras de carcinoma de mama múltiple para determinar su posible origen clonal.

Pacientes y método: En total se analizaron tres casos de carcinoma de mama múltiple (A, B y C). Uno de ellos (A) con dos focos de carcinoma y los otros dos (B y C) con tres focos. Todos los focos analizados (2 de cada caso) eran histológicamente equivalentes. La técnica de CGH convencional se aplicó en todos los casos, y en uno de ellos se aplicó la técnica de CGH array con el chip Spectral 2600 (Spectral Genomics) –se espera en un futuro próximo aplicar esta última técnica al resto de casos–. En un caso se realizó la técnica de hibridación *in situ* fluorescente (FISH) utilizando un sonda no comercial para la región 1q42.2 (BAC RP-98MS).

Resultados: La técnica de la CGH convencional reveló:

Caso	Foco	Pérdidas	Ganancias
A	1		1q
	2		1q
B	1		#5/ 8q
	2	8p22-p21	1q31,1-q32,2/5q21/8q/12p12/12q14-q23,3/14q13-q24/17q#20
C	1		1q/8q24,1-q24,3
	2		8q/11q23/14q24,2-24,3/17q22

La CGH array aplicada al caso A, corroboró la ganancia de 1q12-44qter en un foco, y ganancias que implicaban a segmentos localizados dentro de la región 1q12-44qter en el segundo foco. Esta técnica también mostró otras pequeñas alteraciones no detectadas mediante la CGH convencional. Mediante FISH, utilizando un BAC de la región 1q42,2, se confirmó que ambos focos presentaban ganancia de dicha región (más de 3 copias por célula).

Conclusiones: La mayor resolución de la CGH array (resolución 1 Mb) permite detectar alteraciones que pasan desapercibidas con la CGH convencional (resolución 10 Mb). El análisis genético mediante la técnica de la CGH convencional y en mayor medida por la CGH array, puede elucidar las relaciones entre los diferentes focos de un carcinoma múltiple y servir como una importante herramienta clínica. Dependiendo de si los focos analizados de un mismo caso presentan marcadores genéticos comunes o no, se puede sugerir su posible origen clonal. *A priori*, la presencia de características histo-patológicas comunes entre los dos focos analizados de los casos A y B, así como la presencia de marcadores genéticos similares, sugiere el mismo origen; si bien en el caso B se observa una evolución clonal en uno de los focos, en el caso C la presencia de marcadores genéticos diferentes podría indicar diversos orígenes. Es necesario ampliar la serie y completar el estudio mediante CGH array para obtener resultados concluyentes.

Agradecimientos: FIS PIO50961.

CO-10. EVALUACIÓN DE LA CONCORDANCIA ENTRE RADIÓLOGOS EN LA LECTURA DE MAMOGRAFÍAS DE CRIBADO

Maristany MT, Ferrer F, Castells X, Macià F, Molins E, Vollmer I, Solano A, Sánchez J, Aguilar G
Servicio de Radiodiagnóstico IDIMAS-CRC-MAR. Hospital Universitario del Mar. Barcelona

Objetivos: La efectividad y calidad de un programa de cribado de cáncer de mama se basa, en gran parte, en la calidad del proceso diagnóstico y por lo tanto en la lectura de las mamografías. El objetivo de este estudio es evaluar la variabilidad en la lectura de la mamografía de cribado mediante la concordancia entre radiólogos en cada categoría del sistema descriptivo BI-RADS.

Material y método: Participantes: una muestra de 28 radiólogos de Catalunya estratificado por nivel de experiencia. Mamografías: los radiólogos leyeron una muestra aleatoria de 150 mamografías de mujeres entre 50 a 69 años participantes en un programa de cribado de cáncer de mama. Para

disponer en la muestra de un número suficientemente grande de mujeres con cáncer se incrementó la proporción de los mismos. Variable de estudio. Los radiólogos clasificaban las imágenes mamográficas mediante el sistema descriptivo de clasificación BI-RADS. Variabilidad: la concordancia entre los radiólogos en la lectura de mamografías fue evaluada mediante estadísticos Kappa en la variable mamografía positiva/negativa y en la variable resultado del BI-RADS.

Resultados y conclusiones: 1. La concordancia observada en el grupo de mujeres con cáncer ($k = 0,22$) fue relativamente bajo explicado mayormente por la discrepancia en las categorías ambiguas, es decir, el BI-RADS 0 (incierto) y el BI-RADS III (probablemente benigno) y por el elevado porcentaje de falsos positivos (31,4%).

2. En espera de otros estudios que confirmen estos hallazgos, cabría recomendar a los radiólogos un uso moderado de las categorías III y O en aras de mejorar la calidad del proceso diagnóstico.

CO-11. ASOCIACIÓN ENTRE LA EXPERIENCIA DE LOS RADIÓLOGOS Y LA PRECISIÓN EN LA INTERPRETACIÓN DE LAS MAMOGRAFÍAS DE CRIBADO

Maristany MT, Ferrer F, Castells X, Vollmer I, Gayete A, Royo J, Martínez J
Hospital Universitario del Mar. Barcelona

Objetivos: La eficacia de la mamografía de cribado en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama, depende, entre otros factores, de la precisión en la interpretación de las mamografías. El objetivo del estudio es evaluar la asociación entre el nivel de experiencia de los radiólogos y la precisión en la interpretación de la mamografía de cribado.

Material y método: Se eligió una muestra aleatoria estratificada de 200 mamografías de mujeres de 50 a 69 años que habían participado en un programa de cribado de cáncer de mama (con una proporción de cánceres superior a lo habitual). Estas mamografías fueron leídas por un conjunto de 28 radiólogos con un rango de experiencia amplio. El resultado de las lecturas se clasificó mediante el sistema descriptivo BI-RADS; se consideró como positivo –necesidad de exploraciones adicionales– en caso de BI-RADS III, IV, V o 0. Se consideró como negativo el BI-RADS I y II. Se evaluó la precisión de los radiólogos en la interpretación de las mamografías mediante la sensibilidad y la especificidad. Para el cálculo de la sensibilidad se tuvo en cuenta la clasificación de las lecturas positivas en las mujeres con cáncer y para la especificidad las negativas en las de no cáncer. Las variables relacionadas con la experiencia de los radiólogos se obtuvieron mediante una encuesta. Para evaluar la asociación entre la experiencia de los radiólogos y la precisión se tuvo en cuenta la correlación debida a que las lecturas no eran independientes, y se utilizó un modelo marginal de regresión logística multivariante basado en ecuaciones estimadas generalizadas, GEE.

Resultados: En la clasificación de las lecturas en BI-RADS se observó un 15,8% de lecturas negativas en pacientes con cáncer, en los BI-RADS I y II y el 63,6% positivos en el mismo intervalo. La valoración de los riesgos asociados ajustados

por variables de experiencia en los radiólogos mostraron que a mayor tiempo de dedicación de lecturas, como en el volumen diario y la edad, influyen positivamente en la especificidad.

Conclusiones: La pericia en la lectura de mamografías es reflejo de un proceso multifactorial en el que intervienen una gran heterogeneidad de aspectos relacionados con la experiencia de los radiólogos. Sería conveniente facilitar a los radiólogos lectores del programa de cribado, oportunidades de entrenamiento específico para homogeneizar los criterios de interpretación.

CO-12. USO DEL DISPOSITIVO *SITE-SELECT* DE BIOPSIA PERCUTÁNEA ESCISIONAL COMO TÉCNICA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA

Sanz de Pablo MA, Domínguez-Cunchillos F, Trujillo R, Apes-teguía L, Saenz J, Artajona A, Ortiz H

Unidad de Patología Mamaria. Hospital Virgen del Camino. Pamplona

Introducción: El objetivo del presente trabajo es la determinación preliminar de la eficacia y seguridad de la biopsia percutánea escisional con el dispositivo *site-select* dirigido por esterotaxia digital, para el diagnóstico y tratamiento simultáneo de pequeñas lesiones mamarias sospechosas de malignidad.

Material y método: Presentamos las primeras 23 lesiones sometidas a esta técnica en nuestra Unidad, de febrero de 2003 a marzo de 2006, con un seguimiento entre 1-40 meses (7 de ellas con más de 36 meses y un total de 17 con más de 12 meses). La edad media fue de 52,65 años (rango 35-68).

Los criterios de inclusión fueron: edad < de 65 años, lesiones no nodulares, tamaño < 15 mm radiológicos, localización accesible, mama tamaño medio-grande, de densidad media-baja, ausencia de enfermedad sistémica que contraindicara la exploración. Se solicitó consentimiento verbal y escrito.

Las exploraciones se realizaron en colaboración radiólogo-cirujano en la mesa de esterotaxia digital, de manera ambulatoria y con anestesia local.

El tamaño de la lesión radiológica fue de 7,8 mm (rango entre 5-16 mm).

La clasificación BIRADS de las lesiones fue: B-4: 3 distorsiones estrelladas y 9 microcalcificaciones de nueva aparición y moderada sospecha; B-5: 11 microcalcificaciones de nueva aparición y alta sospecha.

Resultados: Tiempo medio de cada procedimiento 39,6 minutos (rango 20-50).

En el estudio anatomopatológico, 12 pacientes (52,17%) presentaron un carcinoma (11 CID y 1 CDI) y 11 lesiones benignas (incluyendo 4 cicatrices radiales y 2 hiperplasias con atipias).

Cuatro pacientes han precisado intervención quirúrgica: 2 CID que llegaban a bordes, 1 CID con borde a 0,2 mm y el CDI.

De los teóricos 18 pacientes que hubieran precisado tratamiento quirúrgico tras la realización de una biopsia convencional (los 12 carcinomas, las 4 cicatrices radiales y las 2 hiperplasias con atipias), tan sólo en 4 ocasiones ha sido necesario, lo que supone un 77,7% de ahorro de quirófanos.

Ningún paciente presentó complicaciones generales ni locales (hematoma o infección de herida), tan sólo en una ocasión hubo que dejar drenaje.

No se han detectado nuevas lesiones en el seguimiento.

Conclusiones: 1. El sistema *site-select* es una técnica segura y precisa, de utilidad diagnóstica y en ocasiones terapéutica en casos seleccionados, capaz de evitar procesos quirúrgicos.

2. Permite conseguir un alto rendimiento diagnóstico con menos agresividad que la biopsia quirúrgica.

3. Diagnóstico y tratamiento en un solo acto.

4. Ahorro de quirófanos.

5. Comodidad para las pacientes.

6. Optimiza los recursos.

CO-13. EVALUACIÓN DE LA CONCORDANCIA ENTRE RADIÓLOGOS. MARCAJES PREQUIRÚRGICOS CON ARPÓN EN AGRUPACIONES DE MICROCALCIFICACIONES MEDIANTE ECOGRAFÍA

Maristany MT, Cerdón A, Rodríguez M, Segura M, Juncà V, Solsona J, Vernet M, Ortega M

Servicio Radiodiagnóstico IDIMAS-CRC MAR. Hospital Universitario del Mar. Barcelona

Objetivos: Valorar la utilidad y la precisión de la ecografía como guía para colocación de arpón prequirúrgico en grupos de microcalcificaciones.

Material y método: Se estudian retrospectivamente una serie de más de 50 pacientes en las que se ha realizado marcaje prequirúrgico de microcalcificaciones bajo control ecográfico. A todas se les había realizado corebiopsia por esterotaxia con diagnóstico de CDIS, CDI, o presencia de células atípicas.

Resultados: Se valoran los signos ecográficos que tienen una gran sensibilidad y especificidad para localizar la agrupación de microcalcificaciones. Se citan las mínimas causas que han provocado una desviación del arpón.

Conclusiones: Nuestra serie demuestra que la técnica ecográfica como guía para localizar agrupación de microcalcificaciones tiene muchas ventajas:

1. Mayor comodidad para la paciente.

2. Menor dolor.

3. Mayor rapidez.

4. Menor radiación.

5. Menor coste.

6. Altísima precisión.

CO-14. RADIODIAGNÓSTICO

CRC-IDIMAS

Hospital Universitario del Mar. Barcelona

Objetivos: Analizar los CDIS correlacionando el patrón mamográfico, edad de las pacientes, tamaño tumoral y grado de diferenciación nuclear.

Material y método: Revisamos los 50 CDIS como único o más severo diagnóstico (no incluimos aquellos que acompañaban a cáncer infiltrante o microinfiltrante) diagnosticados en las cuatro primeras rondas (1996-2003) del Programa de Prevención del Cáncer de Mama que lleva a cabo el Institut Municipal d'Assistència Sanitària en la ciu-

dad de Barcelona, habiendo realizado 90.016 mamografías con un total de 391 cánceres diagnosticados. El estudio radiológico incluía mamografía bilateral en proyección cráneo-caudal y lateromedial realizándose una lectura a doble ciego. Las mamografías se clasificaron de acuerdo a las siguientes categorías: a) no patología; b) patología benigna; c) patología probablemente benigna; d) patología sospechosa o claramente maligna; y e) se requieren estudios adicionales.

En caso de discrepancia se realiza una lectura adicional por un tercer radiólogo. Todas las pacientes con mamografías pertenecientes al grupo c) siguieron un estricto control clínico y radiológico. Las pacientes con mamografías pertenecientes a las categorías d) o e) fueron sometidas a exploraciones complementarias, bien proyecciones adicionales ecografía, PAAF o biopsia. Tras dichas exploraciones adicionales, las pacientes con mamografías clasificadas en la categoría e) fueron de nuevo redistribuidas entre las categorías a) a d). Finalmente todas las mamografías incluidas dentro de la categoría d) fueron clasificadas de acuerdo a los siguientes patrones: 1. nodular; 2. microcalcificaciones; 3. distorsión; 4. mixto.

Resultados: La distribución de los casos de CDIS, según los distintos patrones mamográficos, ha sido: nodular: 8 (16,0%); microcalcificaciones: 39 (78,0%); fibroso distorsionante: 2 (4,0%) y mixto: 1 (2%). La edad media de presentación ha sido 59 años. El tamaño tumoral medio ha sido de 13,8 mm (rango: 2-60,4 mm.). El grado I la media ha sido de 12,4 mm. El grado II 13,3 mm. Y el grado III 20 mm. El 46,3% de los CDIS han sido de grado I, el 26,8% grado II y el 26,8% grado III. El grado I de diferenciación nuclear se ha presentado según patrones: 13 microcalcificaciones, 1 fibroso distorsionante, 1 mixto y 4 nodulares. El grado II en 10 microcalcificaciones y 1 nodular. Y el grado III en 10 microcalcificaciones y 1 nodular. Y en uno desconocemos el grado.

Conclusiones: Los 50 casos de CDIS representan un 13,8% del total de cánceres diagnosticados. Grupo de edad más afecto: 60-64 años. Patrón mamográfico más frecuente: microcalcificaciones (78%). Tamaño medio de la lesión histológica: 13,8 mm.

En nuestro estudio los CDIS de grado I son los de menor tamaño y los que se han presentado con un patrón no cálcico; y los de grado III se han presentado de forma mayoritaria con un patrón de microcalcificaciones y con una media de tamaño mayor.

CO-15. REPERCUSIÓN PSICOLÓGICA EN EL CÁNCER DE MAMA. ALTERACIONES DE LA CONDUCTA SEXUAL DEL PACIENTE

Carretero MA, García-Mateos I, Sánchez-Romero L, Aguadero L, Camello M

Unidad de Hematología. Complejo Hospitalario de Cáceres

Introducción y justificación: Las mamas de la mujer son un símbolo esencial de la feminidad, de modo que las defor-

midades ostensibles de su forma y tamaño pueden tener repercusiones psicológicas y sociales muy importantes. Los efectos negativos de la deformidad mamaria suelen ser esencialmente notorios en la mujer mastectomizada por cáncer. Su capacidad para aceptar y adaptarse a estos cambios repercute directamente en su estado emocional, en su calidad de vida y en su funcionamiento personal, familiar, social y laboral; e incluyen la depresión, la sensación de falta de feminidad, imagen corporal negativa y/o una pérdida en el interés sexual.

El presente estudio analiza las variables que influyen en el desarrollo de alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la imagen corporal en pacientes oncológicos, especialmente aquellas que tienen que ver con la conducta sexual del paciente, y se muestran las estrategias de intervención psicológica más utilizadas para su manejo,

Objetivos: a) Analizar la repercusión psicológica de una mastectomía en una paciente; b) comparar algunos aspectos de la conducta de la paciente antes y después de la operación; c) analizar la repercusión familiar ante las nuevas condiciones que le impone la enfermedad.

Método: Como método de recolección de la información se utilizó como fuente primaria la entrevista y la observación, y como fuente secundaria la búsqueda bibliográfica. En el tipo de estudio se combina el retrospectivo, ya que se han analizado y tenido en cuenta fenómenos antes de la investigación, y de tipo prospectivo, puesto que también se han considerado fenómenos que afectan al desenvolvimiento cotidiano de estos pacientes.

Conclusión y resultados: Seis son las vías principales en las que el cáncer o su tratamiento pueden afectar a la sexualidad del paciente:

1. Problemas físicos para dar y recibir placer sexual.
2. Alteración de la imagen corporal.
3. Aparición de sentimientos como miedo, tristeza, angustia...
4. Modificación de roles y relaciones.
5. Consideraciones sociales sobre determinadas prácticas sexuales.
6. Actitud de la familia ante la enfermedad y su tratamiento.

Las relaciones entre estas áreas son importantes. Si hay un problema en alguna de ellas, esto no puede tener impacto en otras. Por tanto, las intervenciones han de estar referidas a todas y cada una de estas áreas.

CO-16. SUPERVIVENCIA Y AÑOS DE VIDA PERDIDOS POR EL CÁNCER DE MAMA

Buch E, Berenguer J, Roig J, Alcalá G, Galán A, Checa F

Hospital de Sagunto. Valencia

Objetivo: Valorar la supervivencia en mujeres diagnosticadas por cáncer de mama en nuestro distrito, así como determinar los años de vida perdidos por esta enfermedad.

Material y método: Hemos estudiado 1.022 casos de mujeres con cáncer de mama durante 1990 hasta 2006; hemos recogido la fecha de último contacto con la paciente así

como su estado (éxito o no), si esta paciente fue diagnosticada por cribado, si recibió quimioterapia de inducción (Qi) y el estadio tumoral al diagnóstico.

Resultados: La supervivencia a los cinco años es del 76%, a los 10 años de casi el 61%, y a los 15 años se acerca al 50% de las pacientes, siendo para los estadios más precoces superior al 90% a los 5 años. En las mujeres en el programa de detección precoz, que se inició en el año 1997, su supervivencia es superior de forma significativa a la de las mujeres no incluidas en el programa, posiblemente porque el 54% de las pacientes diagnosticadas en el programa son de estadios 0. Cuando la supervivencia se realiza por estadios al diagnóstico, no existe esta diferencia. Del total de las pacientes el 36% ha recibido Qi, por lo tanto fueron tumores mayores de tres cm y/o axila positiva, siendo este porcentaje cercano al 50% en los 4 últimos años. La supervivencia de este grupo fue igual a la del grupo que no la recibió, incluyendo en ellos grupos más precoces. No existió diferencia en cuanto a su supervivencia dependiendo del estadio tumoral entre recibir o no Qi, sin embargo, sí se recuperó para la cirugía conservadora casi el 40% de las mujeres que recibieron Qi, siendo este porcentaje mayor en los últimos años (en 2004 el 60%). Con referencia a los años perdidos por el cáncer de mama, en nuestra población la edad media de diagnóstico es de 62 años (DE 13,97) y la media de años perdidos por fallecimiento antes de los 75 años es de 3,88 años de media (DE 13,75). Dentro de este concepto las mujeres que han recibido Qi son de edades significativamente más jóvenes que las mujeres que no la han recibido, y mantienen mayor pérdida de años de vida que las que no han recibido (7,8 vs. 1,2 años).

Conclusiones: En nuestro distrito mantenemos una buena supervivencia para las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, siendo el programa de prevención del cáncer de mama una herramienta útil, ya que gracias a un diagnóstico precoz mejoramos la supervivencia. La Qi no ha conseguido mejorar la supervivencia por estadios pero sí ha conseguido un aumento del número de cirugías conservadoras. Los años de vida perdidos por cáncer de mama es evidente, aunque necesitaríamos un estudio más en profundidad relacionado lo con la población general.

CO-17. CÁNCER DE MAMA EN LA POBLACIÓN CRIBADA DE BARCELONA Y SUS FACTORES DE RIESGO

Segura M, Macià F¹, Juncà V, Solsona J, Piqueras A, Puig S, Martínez MA, Segura A¹, Collet I, Segura G, Maristany T², Casamitjana M¹, Pereira JA, Grande L

Servicio de Cirugía General. ¹Unidad de Prevención y Registro de Cáncer. Servicio de Evaluación y Epidemiología Clínica. ²Servicio de Radiología. Hospital Universitario del Mar. IMAS. Barcelona.

Introducción: El conocimiento de los factores de riesgo del cáncer de mama es útil no sólo para sospechar la existencia del mismo, sino por su posible modificación con fines preventivos. Dentro de los factores posibles, es importante conocer aquellos que son comprobados en la población propia. El objetivo del estudio ha sido valorar los factores de riesgo relacionado con el cáncer de mama, de la población de Barcelona cribada por nuestro hospital.

Material y método: Durante los últimos 10 años se ha realizado un estudio prospectivo, recogiendo los principales

factores de riesgo conocidos de cáncer de mama en todas las mujeres atendidas al Dispensario de Patología Mamaria (DPM) por alguna lesión hallada en el estudio mamográfico de cribado, dentro del programa de detección precoz del cáncer de mama, que se lleva a cabo en cuatro distritos de Barcelona dependientes de nuestro centro. Se compararon los factores entre el grupo diagnosticado de cáncer y el grupo de mujeres con patología benigna.

Resultados: En este periodo se cribaron 47.871 mujeres de entre 50 y 69 años de edad, realizándose 127.604 exploraciones. De este cribado se generaron 4.701 visitas al DPM, diagnosticándose 554 de cáncer de mama. De entre los factores de riesgo analizados, se hallaron diferencias significativas en: lactancia (OR: 0,83; IC 95%: 0,68-1; p < 0,05); obesidad (OR: 1,27; IC 95%: 1,03-1,57; p = 0,02); diabetes (OR: 1,47; IC 95%: 1,03-2,09; p < 0,03); y antecedente familiar de cáncer de mama (OR: 1,33; IC 95%: 1,03-1,72; p < 0,03).

Conclusiones: En población cribada por cáncer de mama de Barcelona se confirmaron como factores de riesgo de cáncer la obesidad, la diabetes y el antecedente familiar de cáncer de mama, y como factor preventivo la lactancia.

CO-18. ¿SIGUE VIGENTE EL USO DE LA MASTECTOMÍA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA?

Sanz de Pablo MA, Artajona A, Domínguez-Cunchillos F, Trujillo R, Ortiz H

Unidad de Patología Mamaria. Hospital Virgen del Camino. Pamplona

Introducción: El cáncer de mama ha pasado de ser considerada una enfermedad locoregional, y por tanto precisa para su tratamiento de grandes cirugías como mastectomías radicales. En la actualidad se considera una enfermedad sistémica requiriendo un tratamiento multidisciplinario en el cual la cirugía se orienta a intervenciones menos agresivas.

Material y método: La finalidad del presente trabajo es valorar el peso específico de la mastectomía como indicación del tratamiento del cáncer de mama dentro de nuestra Unidad de Patología Mamaria.

Se han analizado de manera retrospectiva las intervenciones por cáncer de mama en los últimos tres años dentro de la Unidad. Un total de 576 pacientes han sido intervenidas por dicha patología, de las cuales 157 han sido sometidas a algún tipo de mastectomía.

Resultados: El porcentaje de mastectomías en este periodo ha sido del 27,26%, observando un descenso progresivo desde el 31,25% del 2003 al 29,17% del 2004 y el 22,16% en el 2005.

La edad media de las pacientes mastectomizadas fue de 60 años (rango 24-93).

El tipo e indicación de mastectomía fue el siguiente:

—Cincuenta y cinco mastectomías simples (35,03%): 6 por carcinoma mayor de 4 cm, 11 por CID extenso, 1 por mama de pequeño tamaño, 4 por carcinoma localmente avanzado, 13 por presentar en cirugía conservadora previa

bordes afectos, 3 por multifocalidad, 3 por Enfermedad de Paget, 2 casos de carcinoma en el varón y 12 por recidiva local o segundo tumor en la misma mama.

—Ciento dos mastectomías Madden (64,97%): 33 por carcinoma mayor a 4 cm, 2 por CID extenso, 9 por mama de pequeño tamaño, 13 carcinomas localmente avanzado, 1 por bordes afectos, 3 por decisión de la paciente, 34 por multifocalidad, 1 paliativo, 4 en varón y 2 por recidiva local.

Un total de 15 pacientes (9,55%) presentaron algún tipo de complicación: 1 infección de herida, 1 dehiscencia parcial de la sutura cutánea, 5 necrosis parciales y autolimitadas del colgajo cutáneo y 8 hematomas (2 precisaron reintervención para evacuación).

En 25 de las pacientes (15,92%) se realizó reconstrucción inmediata: 23 con colocación de expansor o prótesis expansora, 1 con colgajo de dorsal ancho y 1 con prótesis definitiva.

Conclusiones:

1. Aunque la tendencia actual es a ir disminuyendo el número de mastectomías en el tratamiento del cáncer de mama, esta técnica sigue representando aproximadamente un 25-30% de las intervenciones.

2. Debe ser el tratamiento de elección en los casos de tumores grandes, en los localmente avanzados, los multifocales y en carcinomas de varón cuando la relación de volumen entre el tamaño del tumor y de la mama no permitan un tratamiento conservador, o cuando la paciente debidamente informado lo demande.

3. Se debe fomentar, sobretodo entre las pacientes jóvenes, la reconstrucción inmediata, a fin de paliar los efectos físicos y psicológicos que supone la amputación mamaria.

CO-19. TUMORES MAMARIOS INFRECIENTES

Encinas X, Pérez-Martí X, Mayol S, Martín C, Albiol JM, Verge JG

Unidad de Mama. Fundación Hospital Residencia Sant Camil

Introducción: Los tumores de mama malignos más frecuentes son los de origen epitelial. Existen otras estirpes como son los mesenquimales puros, los neurales, los mioepiteliales malignos, los linfomas y los carcinosarcomas. Entre los tumores benignos, donde se incluyen los cutáneos, también existen otros tumores como los procesos pseudotumorales y los proliferativos.

Material y método: Presentamos seis casos clínicos que corresponden a procesos benignos y malignos de presentación infrecuente: fibromatosis, miofibroblastoma, hidradenoma, carcinoma metaplásico, carcinoma de glándula supranumeraria y carcinoma inflamatorio. Todos los casos pertenecen al sexo femenino excepto uno.

Resultados: Se expone la evolución de estos, al igual que su diagnóstico y tratamiento. Cabe destacar la evolución infausta del carcinoma metaplásico y del inflamatorio.

Conclusiones: Los tumores de mama más frecuentes son los epiteliales, con un porcentaje superior al 85%. Pueden afectar igualmente a ambos sexos. Las caracterís-

ticas de estos tumores hacen difícil una confirmación histológica preoperatoria. Es necesario para el diagnóstico y tratamiento de estas formas de presentación la multidisciplinariedad.

CO-20. EL TRATAMIENTO CONSERVADOR EN EL CÁNCER DE MAMA. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS PROYECTOS EL ÁLAMO I Y II. ENCUESTA DE EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN HOSPITALES DEL GRUPO GEICAM

Merck B, Piñero A¹, Vázquez C², Llombart-Cussac A³, Lluh A⁴, Martín M⁵, Munarriz B

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital General Universitario de Elche. ¹Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²Coordinador de GEICAM. ³Servicio de Oncología. IVO. Valencia. ⁴Hospital Clínico Universitario. Valencia. ⁵Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁶Hospital La Fe. Valencia

Objetivos: Los proyectos “El Álamo I y II” son estudios epidemiológicos elaborados a partir de datos obtenidos en hospitales del grupo GEICAM sobre pacientes diagnosticadas de cáncer de mama entre los años 1990-93 y 1994-97 respectivamente. El objetivo de este trabajo es el análisis de los datos relativos al tratamiento conservador, comparando los dos periodos de tiempo.

Material y método: El Álamo I describe los datos de 4.532 mujeres con cáncer de mama, de las que 3.813 (84,13%) presentan enfermedad localizada o metástasis loco-regional. La cirugía es la terapia inicial del 90,7% de estas pacientes. El Álamo II incluye 8.817 pacientes con estadios I, II y III con cirugía como tratamiento de inicio. Casi la mitad de las pacientes (47%) presenta un tumor menor de 2 cm de diámetro.

Resultados: a) El Álamo I: Técnicas quirúrgicas: mastectomía radical: 3.038 (79,7%); cirugía conservadora con márgenes libres: 742 (19,5%); cirugía conservadora sin márgenes libres: 28 (0,7%); NO: 48,2% de las pacientes; N+: 51,8%; la media de ganglios axilares del vaciamiento: 12,59 (intervalo 1-41). Media de ganglios afectados: 2,62 (intervalo 0-35). b) El Álamo II: Técnicas quirúrgicas: mastectomía radical: 5.717 (64,8%); cirugía conservadora con márgenes libres: 2.105 (23,9%); conservación mamaria sin márgenes 776 (8,8%) y de un 2,5% de las mujeres operadas no conocemos el procedimiento empleado. La linfadenectomía axilar se realiza en el 98,7%. En 78 (0,9%) se biopsia el ganglio centinela; NO: 54,4%; N+: 45,6 %; media de ganglios axilares en el vaciamiento: 14,68 (intervalo 1-83); la media de ganglios afectados: 2,29 (intervalo 0-49).

Conclusiones: En los años de El Álamo I, 1990-1993, la mastectomía radical modificada es la técnica habitualmente practicada para el tratamiento del cáncer de mama. A pesar del alto porcentaje de tumores T1, la cirugía conservadora se utiliza en un escaso número de pacientes de El Álamo II, tributarias de estas técnicas (32,7%).

CO-21. ANÁLISIS DE NEOADYUVANCIA EN CÁNCER DE MAMA CON INTENCIÓN DE CIRUGÍA CONSERVADORA

García-Martínez E, Gil-Izquierdo JI, Ayala F, Martínez-Gálvez M, Aguilar J, Carrasco L

Unidad de Mama. Hospital Morales Meseguer. Murcia

Objetivo: Análisis de las pacientes con cáncer de mama tratadas con quimioterapia neoadyuvante (QTn) con intención de cirugía conservadora (CC) en nuestra Unidad.

Material y método: De las 51 pacientes sometidas a QTn (junio/01-junio/06), en 21 la indicación fue intentar CC. Hasta la fecha se ha realizado cirugía en 15 pacientes. Se ha realizado estudio inicial y final con RMN y estadificación axilar máxima (ecografía, PAAF); BSGC si ecografía y PAAF negativas y tamaño tumoral < 3. Valoración AP al diagnóstico, tipo histológico, Grado, receptores hormonales, HER2neu. Han recibido tratamiento QT con antraciclinas y taxanos.

Resultados: En las 15 pacientes intervenidas se realizó en un 47% CC (grupo A) (14% mastectomía posterior) y en un 53% mastectomía (grupo B). Características al diagnóstico: Estadio III: 28% grupo A, 0% B; carcinoma ductal infiltrante: 100% A y B; grado 3: 42% A y 50% B; negatividad receptores hormonales: 28% A (14% ambos receptores) y 25% B; HER2neu+: 28% grupo A y 25% B. Media de tamaño tumoral por RMN 53 mm grupo A, 42 mm en B. Status axilar al diagnóstico: cN0: en 57% A y 50% B; PAAF negativa: en 71% de A (en 100% de estos se realizó BSGC pretratamiento, 100% AP negativo) y PAAF negativa 25% de B (BSGC, 100% AP positivo). Respuesta al tratamiento: Tamaño tumoral (RMN): 16 y 44 mm en A y B; 28% RC radiológica en A y 12% progresión en B; Respuesta AP: RCp 12% en B; pT1 28% de A y 12% de B; pT2: 71% en A y 50% de B; pT3: 25% en B; pN0: 25% B; pN1: 14% en A y 75% en B; pN2a: 14% en A; Seguimiento medio: 17 meses en A y 21 en B. Existe un 12% de recaídas en B.

Conclusiones: 1. En pacientes sometidas a QTn para intentar CC, se consigue realizar en un 40%.

2. El status axilar al diagnóstico parece factor predictivo de respuesta, por lo que la estadificación axilar máxima (BSGC preQT) es importante en el manejo de estas pacientes.

CO-22. ANÁLISIS DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA Y RCP TRAS QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE

Gil-Izquierdo JI, García-Martínez E, Ayala F, Martínez-Gálvez M, García-Gerónimo A, Chaves A

Unidad de Mama. Hospital Morales Meseguer. Murcia

Objetivo: Análisis descriptivo retrospectivo de las pacientes con cáncer de mama sometidas a quimioterapia (QT) neoadyuvante con respuesta completa patológica (RCP).

Método: Estudio inicial con RMN y estadificación axilar máxima (ecografía, PAAF). Entre junio/01 y junio/06, de

las 51 pacientes tratadas con QT neoadyuvante (75% ACx4 + docetaxel x 4), se ha realizado cirugía en el 80% (41/51) de los casos, objetivándose RCp mamaria o/y axilar en el 20% de ellas (8/41).

Resultados: Características del tumor al diagnóstico: 80% (4/5) estadio IIIc inicial (por N3); 80% lesiones BIRADS 5; tamaño tumoral medio de 58 mm por RMN; 80% carcinoma ductal infiltrante; 60% GIII de Bloom-Richardson; 75% HER2neu negativo; 60% no hormonosensibles. Estatus axilar al diagnóstico: 80% (4/5) axila clínicamente positiva, confirmada por eco en el 100%, y PAAF positiva en 75% (3/4). En un 20% (1/5) la PAAF positiva fue el único dato de afectación axilar. El 80% (4/5) presentaba además afectación supray/o infraclavicular. Tipo de respuesta: 25% (2/8) pT0pN0; 25% (2/8) pN0; 12% (1/8) pT0; un 37% (3/8) de las pacientes han sido excluidas del análisis de los resultados por no presentar estudio axilar prequirúrgico completo. Respuesta clínico-radiológica: RC clínica: 100%; respuesta radiológica: 60% RC, 40% RP (ycT1); Tamaño medio tumoral post-QT medido por RMN significativamente inferior al de las pacientes sin RCp (6,2 vs. 32,6 mm; t-Student: -2,13; p = 0,04). Tratamiento quirúrgico: Mastectomía: 60% (3/5); linfadenectomía nivel III: 80% (4/5). Seguimiento: mediana: a los 20,6 meses todas las pacientes vivas sin enfermedad.

Conclusiones: 1. En nuestra serie, las pacientes con RCp en axila y/o mama presentaban estadios localmente avanzados al diagnóstico y factores predictivos de respuesta a la quimioterapia (RE negativos, grado III).

2. Solamente las pacientes con RC o RP mayor radiológica (cT0 o cT1 postratamiento) presentaron RCp.

CO-23. ESTUDIO COMPARATIVO DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA EN MUJER JOVEN (≤ 35 AÑOS)

Córdoba O, Rojo F, Cortadellas T, García-Valdecasas B, Sabadell MD, Xercavins J

Unidad de Patología Mamaria. Hospital Vall d'Hebron

Introducción: El cáncer de mama en mujer joven es una entidad poco frecuente, lo cual puede comportar un bajo nivel de sospecha que retrase el diagnóstico.

Material y método: Estudio retrospectivo caso-control de 129 mujeres de 35 o menos años con 258 mujeres de más de 35 años. Todas ellas han sido diagnosticadas o tratadas en nuestra unidad desde 1995 hasta 2005. Se han comparado las formas de presentación y diagnóstico así como los factores pronóstico y tratamiento inicial ofrecido.

Resultados: Los antecedentes de cáncer de mama son más frecuentes en el grupo de ≤ 35 años [31,9% (37/116) vs. 19,5% (43/226) p = 0,01]. El grupo de mujeres joven consultó más frecuentemente por notar tumor [86,7% (111/128) vs. 63,4% (163/257) p < 0,01] mientras que con menor frecuencia consultó por hallazgos en la mamografía [8,6% (11/128) vs. 0,7% (79/257) p < 0,01]. La mamografía fue de sospecha menos frecuentemente en las pacientes jóvenes, en las que se clasificó como BIRADS ≥ 3 en el 73,4% (91/124)

vs. 91,4% (224/245) $p < 0,01$. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas respecto al tipo histológico ni el estadio postquirúrgico ni tampoco en la incidencia de carcinoma *in situ* [12,1% (13/107) vs. 10,6% (25/235) $p = 0,485$]. La positividad a los receptores de estrógenos fue menos frecuente en las pacientes jóvenes [57,7% (60/104) vs. 70,5% (146/207) $p = 0,02$]. Se realizó tratamiento conservador con menor frecuencia en las mujeres jóvenes [36,4% (47/129) vs. 47,1% (121/257) $p = 0,02$].

Conclusiones: Los antecedentes familiares de cáncer de mama son más frecuentes en pacientes jóvenes. Pese a que la mamografía no es tan sensible en las mujeres jóvenes esto no parece comportar un retraso en el diagnóstico ya que los estadios postquirúrgicos son similares.

CO-24. CÁNCER DE MAMA EN EL HOMBRE

Rodríguez M, Maristany MT, Cordón A, Solsona J, Juncà V, Segura M

IDIMAS-CRC-MAR. Hospital del Mar. Barcelona

Objetivos: Presentación de las características epidemiológicas, clínicas, radiológicas e histológicas de los casos de cáncer de mama en el varón diagnosticados en nuestro centro.

Material y método: Revisión todos los casos de carcinoma de mama en pacientes de sexo masculino recogidos en el registro de tumores de nuestro centro (entre 1978 y mayo de 2006).

Resultados: En este periodo de tiempo se diagnosticaron 34 carcinomas de mama en hombres, con una edad media 68 años, todos ellos sintomáticos (motivo del estudio), con localización predominante en mama izquierda (2 I/1 D). Sólo en el 44% de los casos se realizó estudio radiológico (93% mediante MX inicial). Se hizo estudio citológico en 64,7% de los casos, consiguiéndose el diagnóstico en el 90,9% de ellos, y estudio histológico mediante corebiopsia en 5,9% de los casos. El 67,65% correspondieron a carcinoma ductal infiltrante. El tumor presentaba un diámetro máximo de 21,5 mm de media (entre 6 mm y 45 mm) y presentaban adenopatías axilares metastásicas en el momento del diagnóstico en un 33%. En cinco casos se aplicó la técnica de biopsia selectiva de ganglio centinela (introducida en el año 2003).

Conclusiones: El carcinoma de mama en el hombre es muy infrecuente (1% de los cánceres en el sexo masculino, 0,5% de todos los cánceres de mama). Las diferencias fundamentales con el cáncer de mama en la mujer se deben al momento del diagnóstico, motivado por la clínica, por lo tanto en estadios más avanzados. El manejo diagnóstico ha ido evolucionando con relación a los avances en el diagnóstico por imagen del cáncer de mama.

CO-25. CARCINOMA BILATERAL DE MAMA EN SORIA

Cuezva JF, Rupérez MP, Delgado M, Vailló A

Unidad de Patología Mamaria. Complejo Hospitalario de Soria

Introducción: El cáncer de mama es una neoplasia frecuente que cada día se diagnostica en estadios más precoces. El

cáncer de mama es un factor de riesgo que aumenta hasta 9 veces la posibilidad de desarrollo de cáncer en la otra mama. Pueden tener una presentación sincrónica o metacrónica.

Objetivo: Realizar un análisis del cáncer de mama en Soria y revisar la literatura.

Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo de todas las mujeres estudiadas por cáncer de mama en la Unidad de Patología Mamaria de Soria desde el 1 de enero de 1998 hasta el 31 de diciembre de 2005. Se revisa la literatura por una búsqueda realizada en PubMed y las referencias más significativas de las publicaciones analizadas. Estudiamos la definición, la incidencia, la edad de presentación, el síntoma, los antecedentes familiares, el tratamiento quirúrgico, el tiempo de intervalo entre los 2 tumores, la supervivencia libre de enfermedad y la supervivencia global. Comparamos con los resultados obtenidos en otras series.

Resultados: En este periodo de tiempo hemos diagnosticado 384 cánceres de mama, siendo bilaterales en 12 casos, uno de ellos varón, (3,12%). Con presentación sincrónica en 6 (1,56) y metacrónica en 6 (1,56%). Los sincrónicos con una edad media de 71 años (55-87) la forma de presentación es el tumor bilateral en todos los casos, antecedentes familiares en 2, se realiza el diagnóstico por técnicas de imagen y biopsia con aguja gruesa (BAG). El tratamiento es mastectomía bilateral con linfadenectomía en 4 casos, en 2 se rechaza el tratamiento quirúrgico. La supervivencia media es 178 meses (rango 9-68). 3 pacientes han fallecido por la enfermedad metastásica. Los metacrónicos con edad media de presentación del primer tumor de 57 años (rango 45-77). El intervalo entre los 2 tumores fue de 11,58 años de media (rango 2-20). 2 se diagnostican durante el seguimiento y los otros pasado el tiempo de seguimiento. No tenían antecedentes familiares. En 5 casos se realizó mastectomía y linfadenectomía en los 2 tumores. En un caso se hizo tratamiento conservador y desarrolló un tercer tumor en la mama tratada. Una paciente fallece por carcinoma inflamatorio. La supervivencia media desde el primer cáncer es 193,33 meses (118-408).

Conclusiones: En nuestro estudio, las pacientes con cáncer de mama sincrónico consultaron muy tarde. Los cánceres con presentación sincrónica tienen antecedentes familiares y evolucionan peor. El grupo de cánceres metacrónicos tiene una edad más temprana, los segundos tumores son más pequeños y tienen una supervivencia similar a los cánceres unilaterales de igual estadio.

CO-26. INCIDENCIA DE METÁSTASIS EN LA CADENA MAMARIA INTERNA (CMI) EN LA TÉCNICA DEL GANGLIO CENTINELA Y CORRELACIÓN CON EL SUBTIPO HISTOLÓGICO Y TAMAÑO TUMORAL

Maristany MT, Ortega M, Solano A, Sánchez J, Segura M, Juncà V, Solsona J, Vernet M

Hospital Universitario del Mar. IDIMAS-CRC-MAR. Barcelona

Objetivos: El objeto del presente estudio es determinar la incidencia de metástasis de cáncer de mama a nivel de cadena mamaria interna en la técnica del ganglio centinela y su

correlación con el subtipo histológico y el tamaño del tumor.

Material y método: Desde mayo del 2001 hasta marzo del 2005 se han realizado en nuestro centro 380 biopsias selectivas del ganglio centinela. Desde el Comité de Mama se establecieron criterios de inclusión y exclusión de la técnica siguiendo los criterios de la reunión de Consenso de Salamanca de 2001 incluyéndose entre los primeros pacientes de cualquier edad diagnosticadas mediante biopsia o PAAF de carcinoma de mama de tamaño igual o inferior a 3 cm y con exploración física o ecográfica negativa a nivel axilar.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: la existencia de lesiones multicéntricas, la existencia de adenopatías axilares en la exploración física, pacientes con tratamientos quirúrgicos o médicos que alteren el drenaje natural de la mama, pacientes de edad muy avanzada, pacientes embarazadas, y por último la falta de consentimiento por parte del paciente.

Resultados: a) Se ha producido una migración conjunta o única a la cadena mamaria interna en 44 casos (10,65%); b) en 22 casos, la neoplasia se localizaba en la mama izquierda, en 2 fue bilateral y en 20 se encontró en la mama derecha; c) todos los pacientes eran del sexo femenino; d) la edad media de estas pacientes se sitúa en los 55,9 años, mientras que la edad media de las pacientes con drenaje axilar era de 60,1 años; e) el tamaño medio del tumor en pacientes con drenaje a cadena mamaria interna fue de 19,2 mm, por el contrario las pacientes con drenaje axilar presentaron un tamaño medio de 15,2 mm; y f) por último, la subdivisión histológica en pacientes con drenaje a cadena mamaria interna fue: 1. carcinoma ductal infiltrante 68%; 2. carcinoma ductal *in situ* 11%; 3. carcinoma lobular infiltrante 9%; y 4. otros 12%.

Conclusiones: Pese a que nuestra serie es reducida, no hemos podido establecer diferencias estadísticas significativas entre pacientes con drenaje conjunto o único a cadena mamaria interna y aquellas con drenaje a cadena axilar en cuanto a su edad, subtipo histológico o tamaño de la lesión.

CO-27. SISTEMA DE ASPIRACIÓN DE ALTA O DE BAJA PRESIÓN UNIDO AL DRENAJE DE REDON EN PACIENTES CON LINFADENECTOMÍA AXILAR RADICAL POR CÁNCER DE MAMA. ESTUDIO PROSPECTIVO RANDOMIZADO

Puig S, Segura M, Juncà V, Solsona J, Piqueras A, Peláez N, Martínez MA, Segura G, Pereira JA, Segura A, Grande L
Unidad de Patología Mamaria. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario del Mar. Barcelona

Introducción: A pesar de ser muy utilizados, existe escasa evidencia científica sobre los sistemas de drenajes aspirativos cerrados de tipo Redon. Uno de los aspectos menos estudiados ha sido el tipo de presión utilizado para la aspiración. El objetivo del estudio ha sido valorar un sistema de presión aspirativa intensa con colector rígido con alta presión (AP) y de mayor tamaño, frente a otro más suave con colector flexible de baja presión (BP) y tamaño menor,

estudiando su influencia en días de utilización, volúmenes drenados, morbilidad y días de estancia, en pacientes con cáncer de mama a los que se practicaba una linfadenectomía axilar radical (LAR).

Pacientes y método: Se ha realizado un estudio clínico, prospectivo y randomizado que incluyó las pacientes consecutivas con cáncer de mama a las que se realizaba una LAR. No se pudo realizar de forma ciega dado que los tipos de aspiración son físicamente diferentes. Cuando la LAR estaba completada, se randomizó en quirófano la paciente para el grupo con drenaje de alta presión (GAP) o para el de baja presión (GBP). Posteriormente se controló: los días de utilización, el volumen drenado (retirándose cuando era inferior a 35 cc/24 h), formación de seromas, hematomas o infección de herida, y los días de ingreso.

Resultados: Se han incluido un total de 51 pacientes con una mediana de 61,3 años: 26 (51%) GAP y 25 (49%) GBP. Los días de utilización del drenaje han sido una media de 8,8 (\pm 6,7) GAP y de 6,8 (\pm 4,8) GBP ($p = NS$). El volumen total drenado ha sido de 706 cc (\pm 611) GAP y de 622 cc (\pm 399) GBP ($p = NS$). La aparición de seromas fue de 9/26 y 8/25, hematomas 1/26 y 2/25, y de infección de herida 0/26 y 1/25, respectivamente ($p = NS$). Los días de ingreso han sido una media de 5,9 GAP y de 4,1 GBP ($p = 0,03$).

Conclusiones: El sistema de aspiración flexible, pequeño y de baja presión conectado al drenaje de Redon, en linfadenectomía axilar radical por cáncer de mama, consiguió una disminución de 1,8 días de la media de estancia, sin tener diferencias significativas de volumen drenado, ni morbilidad.

CO-28. ESTUDIO PROSPECTIVO DEL EFECTO DE DIFERENCIAS DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA, EN LA PRODUCCIÓN DE SEROMAS POST LINFADENECTOMÍA AXILAR RADICAL POR CÁNCER DE MAMA

Puig S, Segura M, Juncà V, Solsona J, Piqueras A, Peláez N, Martínez MA, Segura G, Pereira JA, Segura A, Grande L
Unidad de Patología Mamaria. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario del Mar. Barcelona

Introducción: Hay escasos estudios sobre los factores que influyen en la producción de seromas tras linfadenectomía axilar radical (LAR), aun siendo estos muy frecuentes con cifras entre 7-35%. Uno de los aspectos menos estudiados han sido los detalles técnicos que podrían disminuir dicha complicación. El objetivo del estudio ha sido valorar en tiempo de intervención, estancias y formación de seromas de dos detalles técnicos usados en la intervención quirúrgica de forma conjunta pero a criterio del cirujano: ligaduras con clips vasculares mecánicos y cierre del plano profundo axilar con puntos de vicryl.

Pacientes y método: Se ha realizado un estudio clínico prospectivo incluyendo las pacientes consecutivas con cáncer de mama a las que se realizó un tratamiento quirúrgico incluyendo la LAR. Los cirujanos participantes fueron formados en la misma unidad realizando la técnica quirúrgica de la LAR protocolizada, homogeneizada dicha técnica para ayu-

darse mutuamente en las intervenciones. A criterio del cirujano, en unas ocasiones (grupo G1) se usaron clips vasculares para ligaduras de pequeños vasos venosos y linfáticos, para la disección. Cuando la LAR estuvo completada, empleó hilo reabsorbible tipo vicryl del nº 1 o de 1/0 para un primer cierre del plano profundo a la pared torácica. En caso contrario se anotaron al grupo G2. Finalmente se dejó un drenaje de Redon en todos los casos, y se cerraron los planos subcutáneo superficial y de piel de igual forma. Se controló: el tiempo de intervención quirúrgica, los días de hospitalización, y la formación de seromas, hematomas o infección de herida.

Resultados: Se incluyeron un total de 51 pacientes. El G1 incluyó 12 LAR mientras que el G2, 39 LAR. El promedio de duración de las intervenciones fue de 109,8 minutos para el G1 y de 89,9 minutos para los G2 ($p = 0,074$). La media de los días de estancia hospitalaria fueron de 3,4 vs. 5,5 respectivamente ($p < 0,03$). La formación de seromas fue de 1/12 y de 16/39 respectivamente ($p < 0,04$). No hubo diferencia significativa en hematomas (0/12 y 3/39, respectivamente) o infección de herida (0/12 y 1/39, respectivamente).

Conclusiones: El uso de clips metálicos vasculares para pequeños vasos venosos y linfáticos junto al cierre en tres planos de la axila, retardó la intervención de LAR una media de 19 minutos, pero disminuyó la formación de seromas y bajó la media de estancias.

CO-29. ACEPTACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA POR LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA GENERAL. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LA ENCUESTA NACIONAL SOBRE UNIDADES DE MAMA

Merck B, Cansado P, Giménez-Climent MJ¹, Fernández-Frías A, Aguilar J², García-Villanueva A³, Calpena R
Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario de Elche. ¹IVO. Valencia. ²Hospital Morales Meseguer. Murcia. ³Hospital Ramón y Cajal. Madrid

La reconstrucción de la mama oncológica despierta un interés creciente en los últimos años entre los cirujanos generales con dedicación preferente a la patología mamaria. A raíz de la organización de cursos de formación para cirujanos de mama, hemos dispuesto de los medios necesarios para poner en marcha programas de reconstrucción inmediata y diferida. Las diversas técnicas se estructuran alrededor de la paciente con cáncer de mama, y se plantean desde un punto de vista oncoplastico, lo que permite una adecuada combinación de seguridad en la exéresis del tumor y resultado cosmético.

Durante 2003 se realizó una encuesta entre los servicios de cirugía de 241 hospitales de toda la geografía española. En la misma se preguntaba acerca de la existencia, composición y funcionamiento de la unidad de mama del hospital, actividad asistencial, control de calidad e implantación de nuevas técnicas. Específicamente queríamos saber hasta qué punto se realizaban la biopsia selectiva del ganglio centinela

y las distintas técnicas de cirugía de reconstrucción mamaria.

Hemos recibido 167 (69%) respuestas, de las cuales 135 proceden de hospitales donde los cirujanos son responsables de la patología mamaria (en 50 junto a los ginecólogos). Los cirujanos de mama realizan reconstrucción mamaria en 56 hospitales. En esos centros sanitarios coexisten servicios de cirugía plástica en 19 casos. Las técnicas más utilizadas son la colocación de expansores titulares y su sustitución por prótesis, asociada o no a la simetrización de la mama contralateral y a la reconstrucción del complejo areola-pezones (55 casos). La reconstrucción mediante colgajos titulares (dorsal ancho o TRAM) se practica además en 30 hospitales. Las técnicas reconstructoras son un magnífico complemento, en un plazo breve, no dissociables de la cirugía oncológica de la mama. La organización de cursos permite la formación en estas técnicas de los cirujanos con dedicación mastológica.

CO-30. ¿PUEDE SER EL GANGLIO CENTINELA UNA OPCIÓN EN LA NEOADYUVANCIA?

Buch E, Alcalá G, Tajahuerce M, Galán A
Hospital de Sagunto, Valencia

Objetivo: Valorar si en nuestro hospital la técnica del ganglio centinela sería útil para las mujeres con cáncer localmente avanzado, que necesitan quimioterapia de inducción (Qi).

Material: Hemos realizado un estudio retrospectivo de las mujeres intervenidas en nuestro hospital desde 1990 y que han recibido Qi. Hemos recogido datos del tamaño tumoral, ganglios axilares en mujeres con Qi o sin Qi y del informe de anatomía patológica.

Resultados: Desde 1990 a 2005 han sido intervenidas en nuestro centro 785 (282 han recibido Qi). El tamaño medio del tumor que han recibido Qi es de 5,26 (DE 2,5) y clínicamente N0 (cN0) el 61%; de estos se confirmaron pN0 en el 57% de los casos ($n = 97$ pacientes). Tienen un tumor $< 4,5$ cm y son cN0 casi el 34% de las mujeres que van a recibir Qi y de estas el 56% se confirmaron pN0 ($n = 54$ pacientes). Tras recibir Qi son cN0 cerca del 80% de las pacientes, manteniendo pN0 en el 52% de ellas ($n = 105$ pacientes). Si valoramos el tamaño tumoral postQi junto al cN0 observamos que cuando es inferior a 3 cm el 87% es cN0 [manteniendo el pN0 en 56% de los casos ($n = 83$ pacientes)] y por debajo de 2 cm en el 91% (pN0 = 60% que equivale a $n = 59$ pacientes).

Conclusiones: El vaciamiento axilar controla mejor que nada la enfermedad local, sin embargo no ha modificado la supervivencia de las pacientes. Existen ya estudios a nivel internacional que avalan la técnica del ganglio centinela como herramienta útil para valorar la afectación axilar, sin embargo existe controversia en el momento de su realización. Según algunos autores, la valoración debería realizarse preQi en aquellos con axila negativa, en nuestra serie el tres cuartos partes de las pacientes que iban a recibir Qi hubieran podido ser candidatas a ganglio centinela y de ellas más de la mitad se hubieran ahorrado la morbilidad del vaciamiento

axilar. Sin embargo un gran número de autores abogan por la valoración postQi. En nuestra casuística cerca del 80% de pacientes postQi tiene clínicamente cN0 y más de la mitad de ellas eran candidatas a respetar sus ganglios axilares. Sin embargo si asociamos el valor de cN al del tamaño tumoral para la reducción de falsos negativos, cada vez que disminuimos el tamaño tumoral mayor porcentaje de pacientes eran pN0, pero también a costa de disminuir el número de pacientes. Creemos que la técnica del ganglio centinela tiene un lugar en la valoración de la axila de las mujeres que ha desarrollado un cáncer de mama localmente avanzado y por lo tanto van a necesitar tratamiento quimioterápico de inducción, sin embargo el momento de su realización aún está muy controvertido necesitando estudios con mayor poder estadístico. En nuestro caso con ambas posibilidades obtendríamos que una tercera parte de las pacientes se ahorrarían el vaciamiento axilar.

CO-31. BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA EN PACIENTES CON CAPTACIÓN EN CADENA MAMARIA INTERNA

Giménez-Climent MJ, Vázquez C, Llopis F, Sancho F, Almenar S, Calatrava A, Vázquez-Albaladejo C
Fundación Instituto Valenciano de Oncología

Objetivo: Analizar las características clínico-patológicas de las pacientes con captación linfogammagráfica en cadena mamaria interna (MI) realizando un estudio estadístico de los factores que pueden influir en la misma.

Material y método: Desde noviembre de 1998 a junio de 2006, se ha realizado la biopsia del ganglio centinela a 700 pacientes con cáncer de mama T1-2, N0 (256 en fase de validación y 444 en fase terapéutica). Para la búsqueda del ganglio centinela (GC) se empleó en 125 pacientes la técnica isotópica, utilizándose Nanocoll® y en 575 pacientes, se combinó el isótopo y el colorante vital azul de isosulfán. En la fase de validación se utilizaron varias vías de inyección del isótopo (subdérmica, peritumoral, subareolar, y subareolar combinada con peritumoral). En la fase terapéutica se abandonó la vía subdérmica. El colorante se inyectó por vía peritumoral o subareolar según se tratara de lesión palpable o no palpable. El estudio histopatológico de los GC se realizó mediante cortes seriados por niveles, tinción con hematoxilina-eosina y técnicas de inmunohistoquímica con EMA y citoqueratinas AE/1, AE/3. El estudio estadístico se realizó mediante análisis univariante utilizando comparación de medias para las variables cuantitativas y Chi cuadrado para las variables cualitativas. Para el análisis multivariante se realizó una regresión logística.

Resultados: La linfogammagrafía detectó captación en la cadena MI en 81/700 pacientes (11,6%). En siete de las mismas (8,6%) fue el único foco y en 74 casos (91,4%) hubo captación simultánea en axila y MI. La captación en MI en fase de validación fue de 9,4% (24/256), y en fase terapéutica del 12,8% (57/444). La localización del tumor fue: 47 (58%) en cuadrantes externos, 28 (34,6%) en cuadrantes internos, 4 (4,9%) retroareolar y 2 (2,5%) multifocal. El resul-

tado histopatológico del tumor fue 57 (70,4%) carcinoma ductal infiltrante, 14 (17,3%) carcinoma ductal no infiltrante, 5 (6,2%) carcinoma lobulillar infiltrante, 1 (1,2%) medular, 2 (2,5%) tubular y 2 (2,5%) otros tipos histológicos. El GC de MI se localizó en 67 pacientes (82,7%) y no se localizó en 14 (17,3%). El total de GC extirpados en MI fue de 75 (2 en 8 pacientes y 1 en 59). En 4 pacientes de la fase de validación y en 1 de la fase terapéutica, el GC fue metastásico: en un caso fue el único ganglio afecto, en 2 había afectación axilar masiva, en otro se encontró afectación metastásica en el GC axilar siendo el resto de las linfadenectomías negativas y en el último se encontró afecto además un GC y un ganglio no centinela en la axila. En el análisis univariante resultaron estadísticamente significativos para la captación en MI: la edad de la paciente ($p < 0,005$), el estado hormonal ($p = 0,001$) y la vía de inyección del isótopo ($p < 0,005$). En el análisis multivariante, resultó estadísticamente significativa la edad ($p = 0,007$) y la vía de inyección del isótopo ($p = 0,018$).

Conclusiones: El abordaje de la MI es una técnica sencilla que permite la estadificación más exacta de las pacientes con cáncer de mama para un planteamiento terapéutico correcto. La captación en MI es independiente de la localización del tumor en la mama. La vía de inyección del isótopo y la edad resultan unos factores muy significativos, habiendo escasa captación cuando se emplea la vía subdérmica, por lo cual en la fase terapéutica de esta serie, se abandonó esta vía.

CO-32. BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA (BGC) EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA DUCTAL NO INFILTRANTE DE MAMA (CDNI)

Giménez-Climent MJ, Martínez-Carsí C, Herrero J, Sancho F, Camps J, Bayón A, Arnal JL, Alapont V, Vázquez C, Almenar S, Vázquez-Albaladejo C
Fundación Instituto Valenciano de Oncología

Introducción: El diagnóstico de CDNI supone por definición la ausencia de infiltración y por lo tanto de afectación ganglionar. No obstante, en tumores extensos y/o de alto grado (comedo) existe probabilidad de invasión linfática por microinvasión en el tumor no detectada por el patólogo. Por ello se incluyó un grupo de pacientes con este diagnóstico para la realización de la BSGC.

Material y método: Desde noviembre de 1998 hasta junio de 2006 se ha realizado la BGC a 700 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama T1-2 sin adenopatías palpables. En 70 casos, el diagnóstico inicial fue de CDNI, tratándose en el 94,3% de lesiones no palpables. La técnica diagnóstica fue en el 51,4% por el sistema ABBI, 28,6% punción trucut dirigida en el ABBI, 17,1% biopsia estereotáxia, 1,4% biopsia incisional y 1,4% biopsia escisional. La búsqueda del GC se realizó en el 84,3% de los casos con la técnica combinada (isótopo y colorante) y en el 15,7% utilizando sólo la técnica isotópica. La técnica quirúrgica fue: 75,7% cuadrantectomía, 8,6% adenomastectomía con colocación de pró-

tesis, 7,1% mastectomía simple, 2,9% mastectomía simple y colocación de expansor, 2,9% tumorectomía amplia y linfadenectomía axilar, 1,4% mastectomía radial modificada y 1,4% adenomastectomía colocación de prótesis y linfadenectomía axilar. Los GC fueron estudiados mediante cortes seriados y tinción con HE e inmunohistoquímica con EMA y citoqueratinas AE/1, AE/3.

Resultados: Se localizó al menos un GC en 68 pacientes (eficacia técnica = 97%). El mapa linfogammagráfico fue negativo en 4 pacientes (5,7%), positivo en axila en 51 pacientes (72,9%), positivo en axila y mamaria interna en 13 pacientes (18,6%), positivo en mamaria interna en 1 (1,4%) y positivo intramamario en 1 (1,4%). La eficacia de la técnica isotópica fue del 82%, mientras que cuando se utilizó de forma combinada isótopo y colorante la eficacia fue del 100%. El número total de GC extirpados en axila fue de 84, en la mamaria interna 14 e intramamario uno. El estudio histopatológico detectó micrometástasis en 4 pacientes (5,9%), todas ellas tras el análisis inmunohistoquímico. Se realizó linfadenectomía en todas, siendo el GC el único afecto.

Conclusiones: En pacientes con diagnóstico de CDNI debe realizarse la BGC cuando, por la extensión del tumor, exista riesgo de microinvasión que pueda pasar inadvertida en el estudio histopatológico.

CO-33. BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA: IMPACTO TRAS LA IMPLEMENTACIÓN

Segura A, Segura M, Solsona J, Juncà V, Piqueras A, Puig S, Martínez MA, Jimeno J, Pereira JA, Ortega M¹, Fernández A¹, Fraile M¹, Vidal-Sicart S¹, Maristany MT², Sales J³, Grande L
Servicios de Cirugía General, ¹Medicina Nuclear, ²Radiología y ³Ginecología. Hospital Universitario del Mar. Barcelona

Introducción: La realización de la técnica de biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) en el tratamiento del cáncer de mama permite evitar la linfadenectomía axilar radical (LAR) y sus complicaciones. El objetivo del estudio fue analizar la viabilidad de implementar esta técnica con un servicio de medicina nuclear (SMN) externo, formando posteriormente a nuestro propio SMN, y valorar su impacto en disminuir las LAR y las estancias postoperatorias.

Pacientes y método: Estudio clínico prospectivo desde la iniciación de la técnica en abril de 2001 mediante un SMN externo ya validado que realizaba la técnica y formaba nuestros especialistas del SMN propio. Se practicaba la linfogammagrafía y la detección del ganglio centinela (GC), identificándose en el acto operatorio mediante sonda portátil. Se realizó el estudio anatomopatológico de la tumorectomía (TC) y del GC. Si este era metastásico, se efectuaba la LAR.

Resultados: Fue posible tratar con esta técnica 501 pacientes con 512 carcinomas de mama. La visualización del GC con la linfogammagrafía se obtuvo en 487 casos (95,1%), y se detectó el GC durante la intervención en 478/487 casos (98,2%). La detección del GC en la cadena mamaria interna se ha producido en 56 casos (10,9%). Se ha evitado la LAR en 345 casos (67,6%).

La diferencia de días de ingreso postoperatorio con o sin LAR ha sido de una media de 2,2 días (3,3 vs. 1,1; $p < 0,001$).

Conclusiones: Ha sido posible iniciar la técnica de BSGC mediante un SMN externo ya validado, proseguirla mediante un SMN propio formado por el anterior evitándose el 67,6% de las LAR y disminuyendo la media de estancias en este grupo 2,2 días.

CO-34. CÁNCER DE MAMA TRIBUTARIO DE BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA Y SU LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA

Segura M, Ortega M¹, Solsona J, Juncà V, Fernández A¹, Maristany MT², Vernet M³, Puig S, Martínez MA, Segura A, Corominas JM⁴, Vidal-Sicart S¹, Grande L

Servicios de Cirugía General, ¹Medicina Nuclear, ²Radiología, ³Ginecología y ⁴Anatomía Patológica. CRC-Mar. IDIMAS. Hospital Universitario del Mar. Barcelona

Introducción: Debido a que las lesiones no palpables también se pueden beneficiar de la biopsia selectiva del ganglio centinela (GC), es muy útil la técnica de localización de lesiones ocultas mediante radiotrazadores (ROLL) cuando la lesión es visible por ecografía. El objetivo del estudio fue detectar el GC y obtener una correcta localización de las lesiones no palpables utilizando el mismo radiotrazador en inyección única, comparando estos casos con los palpables o los señalizados con arpón.

Material y método: Durante el año 2005, en los pacientes con cáncer de mama que se intervenían con la indicación de realizar biopsia selectiva de GC se localizaron sus lesiones primarias de tres formas: a) si era palpable (grupo A); b) si no era palpable y se localizaba con ecografía inyectando radiotrazador (grupo B); y c) si no era palpable ni visible por ecografía y precisaba esterotaxia, mediante arpón (grupo C). El día previo a la cirugía se realizaba una linfogammagrafía inyectando por vía peritumoral y/o subdérmica (grupos A y C) 111 mBq de ^{99m}Tc-nanocoloide en 0,5 ml. En el grupo B se inyectó por vía intratumoral guiada mediante ecografía la misma dosis de radiotrazador en un volumen de 0,2 ml. Se hicieron imágenes estáticas a los 30 minutos y a las 2 horas después de la inyección. La localización intraoperatoria se realizó con sonda portátil detectora de rayos gamma. En el grupo B, además, se hizo la extirpación de la lesión no palpable con ayuda de la sonda portátil en el mismo acto quirúrgico (ROLL).

Resultados: Durante el año 2005 se diagnosticaron en nuestro centro 112 mujeres con cáncer de mama e indicación de realizar biopsia selectiva de GC: grupo A: 53 mujeres con lesiones palpables; grupo B: 40 mujeres con lesiones no palpables visibles por ecografía que fueron marcadas con ROLL; grupo C: 19 mujeres que presentaban microcalcificaciones, que se marcaron por esterotaxia. En el grupo A se localizó el GC en 51/53 pacientes (96%) y en 5/53 pacientes se obtuvo además el GC de la cadena mamaria interna (9,4%). En el grupo B se localizó la lesión en todos los casos, el GC se localizó en 39/40 pacientes (98%) y en 3/40 pacientes se obtuvo el GC de la cadena mamaria interna (7,5%). En el grupo C se localizó el GC en todas las pacientes 19/19 (100%) y no migró a la cadena mamaria interna.

Conclusiones: El ROLL y la detección simultánea del GC fue una técnica sencilla que permitió localizar todas las lesiones no palpables visibles por ecografía, y localizar el GC en un porcentaje adecuado y no distinto a los casos palpables o señalizados con arpón.

CO-35. LOCALIZACIÓN INTRAMAMARIA DEL CÁNCER Y DRENAJE DEL GANGLIO CENTINELA A LA CADENA MAMARIA INTERNA (CMI) EN UN SCREENING POBLACIONAL DE LA CIUDAD DE BARCELONA

Maristany MT, Rodríguez M, Cerdán A, Solano A, Sánchez-Parrilla J, Vidal-Sicart S, Ortega M, Segura M, Juncà V, Solsona J
Hospital Universitario del Mar. IDIMAS-CRC-MAR. Barcelona

Objetivos: El objeto del presente estudio es determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre aquellos pacientes que presentan un drenaje a la cadena mamaria interna de forma única o conjunta y aquellos que presentan un drenaje a la cadena axilar en la técnica del ganglio centinela mediante linfogammagrafía en relación a tres parámetros como son: a) su localización en la mama; b) si son o no son palpables; c) y por último atendiendo al mecanismo de inyección.

Material y método: Desde marzo de 2001 hasta mayo de 2005 se reclutaron en nuestro Servicio un total de 380 pacientes tributarias de ser sometidas a la técnica del ganglio centinela mediante linfogammagrafía. De ellas, 44 presentaron un drenaje único o conjunto a la cadena mamaria interna representando un porcentaje de un diez sesenta y cinco por ciento acorde a lo descrito en la literatura. Se establecieron en un protocolo elaborado por los miembros del Comité de mama, criterios de inclusión y exclusión que a su vez fueron subdivididos en absolutos y relativos de acuerdo a los criterios de consenso de Expertos de Salamanca (2001). De una forma arbitraria se establecieron dos categorías en relación a la localización intramamaria del tumor. Así, en la categoría I se incluía todos los tumores localizados a nivel de cuadrantes supero internos, cuadrantes infero internos o en unión de cuadrantes internos; la categoría II incluía el resto de las localizaciones. Se establecieron los siguientes sistemas de inyección: a) intratumoral \pm intradérmica; b) peritumoral \pm intradérmica; c) subareolar; y d) combinación de las anteriores.

Resultados: a) Las lesiones que drenan a la cadena mamaria interna son palpables en un 49 por ciento de los casos; b) las lesiones que drenan a la cadena mamaria interna pertenecen a la categoría I, esto es, se localizan a nivel de cuadrante supero o infero-interno o unión de cuadrantes internos en un 48 por ciento de los casos; c) las lesiones que drenan a la cadena mamaria interna presentaron el siguiente mecanismo de inyección: 1. 86% intratumoral; 2. 7% peritumoral; 3. 2% subareolar; y 4. 5% combinación de los anteriores.

Conclusiones: No se ha podido establecer en el presente estudio diferencias significativas en los parámetros descritos; localización, palpación o mecanismo de inyección entre tumores de mama con drenaje a cadena mamaria interna o axilar en la técnica del ganglio centinela mediante linfogammagrafía.

CO-36. RESULTADOS DE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA (BSGC) EN EL CÁNCER DE MAMA

Becerro A, Navarro M, Aizpitarte I, Salegi A, Fernández-Calleja M, Recio J

Hospital Donostia. San Sebastián

Objetivo: Resultados de la BSGC en el cáncer de mama del Hospital Donostia.

Pacientes y método: Se estudiaron las pacientes candidatas a BSGC intervenidas en el Hospital Donostia de junio de 2005 a junio 2006 (n = 90). Se incluyeron los carcinomas infiltrantes T1-2 (< 3 cm) con axila clínica y/o ecográficamente negativa y los intraductales extensos. Se excluyó la enfermedad localmente avanzada, la multicentricidad, las recidivas y la radioterapia previa. En todos los casos se obtuvo el consentimiento informado. Se realizó marcado ganglionar mixto con inyección de Tc-99 peritumoral y posterior linfogammagrafía indirecta en las 2 horas previas a la cirugía e inyección de azul de isosulfan al 1% peritumoral en la inducción anestésica. Se definió ganglio(s) centinela(s) a todo aquel con captación aumentada por gammasonda y/o tinción azulada. Se realizó exploración intraoperatoria axilar y extirpación de los ganglios identificables como accesorios (GA). Las intervenciones fueron realizadas tras una curva de aprendizaje (tasa de detección 94,7% y tasa de FN de 0,7%). La biopsia intraoperatoria (IO) se realizó por impronta citológica y el estudio diferido definitivo mediante H&E e IMH con citoqueratinas.

Resultados: Se intervinieron 90 pacientes. La tasa de migración fue de 96,6% [86,2% axilar; 13,8% mamaria interna (MI) y axila]. La tasa de detección fue de 88,5% (90,8% axila; 9,2% ambos). El GC fue positivo en 27,3% (80,9% sólo axila; 19,1% ambos). El VGA fue positivo en 50% de los GC positivos en MI. En 57,1%, el GC fue el único ganglio afecto. En 2 casos un GA presentó micrometástasis siendo el GC negativo. En 50% de los VGA por micrometástasis en GC se aisló más de un ganglio positivo.

Conclusiones: La tasa de detección baja (88,5%) puede deberse a tumores próximos a axila, baja captación intraoperatoria y obesidad. A pesar de todo, se evitó el 72,7% de los VGA, mejorando la morbilidad sustancialmente, hecho comprobado por S. Rehabilitación. Los resultados obtenidos, tanto en los casos de micrometástasis como de GC positivo en MI, apoyan la realización de VGA.

CO-37. MICROMETÁSTASIS EN EL GANGLIO CENTINELA. ANÁLISIS DE POSIBLES FACTORES DE PREDICCIÓN DE AFECTACIÓN DE LOS GANGLIOS AXILARES NO CENTINELAS

Iglesias E, Panades JM, Canosa C, González-Falcó S, Canales P, Ramos J, Márquez D

Unidad Funcional de Mama. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

Objetivos: Estudiar los posibles factores de predicción de afectación de los ganglios axilares en los cánceres de mama que presentan micrometástasis en el ganglio centinela.

Material y método: Se revisan 20 casos de cáncer de mama con micrometástasis en el ganglio centinela a los cuales se le efectuó una disección axilar NII. Se estudian como posibles factores: edad, tamaño tumoral, tipo histológico, grados nucleares, receptores de estrógenos y progesterona, afectación vascular o linfática intratumoral, tamaño del ganglio centinela, número de ganglios centinelas identificados, medida de la micrometástasis, C-erb B2, Ki-67.

Resultados: En ningún caso se hallaron metástasis en los ganglios axilares no centinelas.

Conclusiones: En nuestra casuística de cánceres de mama con micrometástasis en el ganglio centinela no hemos identificado ningún factor de predicción de afectación de los ganglios axilares no centinelas.

Resúmenes de Pósters

CP-1. FIBROMATOSIS AGRESIVA RETROMAMARIA

Ruiz-Navarro PA, Ramos F, Plata J, del Rosal R, Martínez de Dueñas JL, del Río F

Servicio de Cirugía General. Unidad de Patología Mamaria. Hospital Infanta Margarita. Cabra, Córdoba

Objetivos: Los tumores desmoides o fibromatosis agresivas son formaciones infrecuentes que tienen una predominancia femenina y afectan a adultos jóvenes con edades comprendidas entre los 20 y 40 años. La mayoría de los casos ocurren de manera esporádica, un 2% tiene un origen genético asociado al síndrome de Gardner y en su patogenia hay implicados factores como traumatismos y cicatrices previas y el embarazo. Aunque histológicamente son considerados como benignos sin tendencia a metastatizar, tienen un comportamiento agresivo local con frecuentes recidivas tras la cirugía. La mayoría se localiza en la aponeurosis de los músculos abdominales o mesenterio siendo más raras las formas extra-abdominales. Son estas últimas el objetivo de revisión de nuestro trabajo.

Material y método: Presentamos un caso clínico tratado en nuestro servicio de un tumor desmoide, localizado en la pared torácica, aparecido con relación a un episodio traumático.

Resultados: Varón de 64 años de edad, hipertenso, diabético y con hepatopatía etílica, que presenta una tumoración de 12 cm de tamaño localizada en pared torácica en región retromamaria derecha de 2 años de evolución, la cual ha tenido un crecimiento progresivo. El paciente refiere un traumatismo 1 año antes de la aparición de la lesión con fractura de clavícula y olecranon derechas. En la exploración la tumoración es dura, indolora, de contorno liso y no móvil adherida a planos profundos sin inflamación cutánea. En la ecografía se aprecia una masa anecogénica, encapsulada con ecos en su interior de 10 cm de diámetro mayor.

La TAC se confirma dicha tumoración encapsulada y adherida a los arcos costales subyacentes. Se realiza punción con aguja gruesa tipo tru-cut informada como cilindros de tejido mamario constituidos por fibrosis estromal y focos de inflamación crónica.

Con estos hallazgos se interviene quirúrgicamente. Se aprecia una masa dura retropectoral firmemente adherida al séptimo y octavo arco costal. Se realiza resección completa de la tumoración con amplios márgenes y resección de porción de arcos costal 7° y 8°. La anatomía patológica es informada como tumor desmoide que alcanza al periostio costal, fragmentos de hueso y médula ósea sin alteraciones histológicas significativas. En la revisión anual no se aprecian signos clínicos ni radiológicos de recidiva.

Conclusiones: 1. La localización extra-abdominal es más infrecuente y ocurre hasta en un 40% de los tumores desmoides. Raramente son multicéntricos y se localizan en pared torácica, cuello y muslo.

2. El tratamiento de referencia es el quirúrgico presentando unos índices de recidiva local hasta del 35 y 90% de supervivencia tras 5 años de cirugía radical.

3. La radioterapia es recomendada para los casos con infiltración macro- o microscópica de los márgenes de resección o para los tumores irrecesables.

4. En casos de tumores inoperables o recidivantes el tratamiento médico con hormonoterapia (antiestrogénica), anti-inflamatorios no esteroideos (inhibidores de la COX2), quimioterapia (antraciclinas) e inmunoterapia (interferon gamma o TNF), tiene un papel terapéutico muy limitado.

CP-2. CÁNCER DE MAMA DE PRESENTACIÓN AXILAR

Ruiz-Navarro PA, Ramos F, Plata J, Soria C

Servicio de Cirugía General. Unidad de Patología Mamaria. Hospital Infanta Margarita. Cabra, Córdoba

Objetivos: El cáncer oculto primario de mama es una rara manifestación del cáncer de mama que ocurre con una incidencia 0,3 a 0,8% de todos los tumores operables. Descrita a principios del siglo XX por Halsted, actualmente continúa siendo un problema el diagnóstico de la lesión primaria a pesar de la introducción en los últimos años de la RMN y la PET como métodos de imagen complementarios. El tratamiento de esta entidad, por tanto, continúa en controversia con una tendencia actual hacia la cirugía conservadora. El objetivo de este trabajo es la exposición de la casuística de cáncer de mama oculto de nuestra unidad de patología mamaria.

Material y método: Analizamos un total de 350 casos de cáncer de mama tratados en nuestro centro en los últimos 5 años. Presentamos un caso clínico de cáncer oculto de presentación axilar.

Resultados: Mujer de 64 años de edad con una tumoración axilar derecha de 1 semana de evolución de 3 x 3 cm de tamaño móvil y bien delimitada. A la palpación no se aprecia nada patológico en ninguna de las mamas. Se realizan mamografía y ecografía sin apreciarse lesiones patológicas

significativas. Se decide biopsiar quirúrgicamente dicha masa y la anatomía patológica nos informa de paquete ganglionar linfático infiltrado por nidos sólidos de un carcinoma indiferenciado. Ante los hallazgos se realiza un estudio de extensión completo consistente en Rx de torax, TAC toracoabdominal, marcadores tumorales, mamografía y ecografía bilateral, RMN mamaria bilateral, exploración ginecológica con ecografía vaginal y exploración urológica con cistoscopia sin evidencia de tumor primario. Se solicita posteriormente PET informado como lesiones axilares de 4,3 y 2 cm y en mama derecha se aprecia pequeño depósito de 1,1 cm sugestivos de malignidad.

Se decide realizar mastectomía radical modificada con vaciamiento axilar, teniendo la enferma un curso postoperatorio favorable. La anatomía informa como ausencia de neoplasia en las múltiples secciones realizadas, 18 ganglios aislados, 6 de ellos con metástasis. Receptores hormonales negativos, hiperexpresión p-53, c-erb negativo e índice proliferativo superior al 90%. La enferma inicia 6 ciclos de quimioterapia según esquema CEF cada 21 días seguido de radioterapia. Tras 15 meses de seguimiento se encuentra libre de enfermedad.

Conclusiones: 1. Creemos que en el cáncer oculto de mama de presentación axilar deben efectuarse RMN y PET como métodos de imagen complementarios.

2. La mayoría de los autores han recomendado en el cáncer de mama oculto la realización de una mastectomía radical ipsilateral. El hecho de que del 25 hasta el 45% de las piezas de mastectomía estén libres de tumor ha hecho que muchos especialistas se muestren contrarios hacia la cirugía radical. Existen otras alternativas terapéuticas conservadoras con resultados similares, como son la cuadrantectomía más vaciamiento axilar o mastectomía subcutánea más radio y quimioterapia o linfadenectomía axilar con radioterapia y mastectomía de rescate si hubiese signos de recidiva.

3. En la mayoría de las series revisadas, la tasa de supervivencia libre de enfermedad es mayor en el cáncer oculto que en el cáncer de mama palpable, probablemente en relación con el pequeño tamaño tumoral y la gran proporción de lesiones *in situ*.

CP-3. DETERMINACIÓN DEL DISTRÉS PSICOLÓGICO TRAS LA CIRUGÍA DE CÁNCER DE MAMA

Alcalá G, Moreno P, Buch E, Puig MA, Galán A
Hospital de Sagunto, Valencia

Objetivo: Valorar el distrés psicológico que tiene lugar tras la cirugía de cáncer de mama.

Material y método: Se realiza una encuesta que valora el distrés psicológico mediante Escala de Ansiedad y Depresión (HAD), y otra entrevista Escalas Analógico Visuales (EVA), en las que se preguntaba a las pacientes sobre afrontamiento, bienestar y satisfacción. Estas se realizan en dos ocasiones: una durante el ingreso en Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) y una segunda al mes de la intervención.

Resultados: Se realizó a 36 mujeres con media de edad es de 59,6 años. Al 61,1% se le practicó una cirugía conservadora. El 44,4% había sido tratada con tratamientos de inducción previos a la cirugía. El 52,8% además presentaba algún tipo de enfermedad concomitante ya fuera crónica o aguda. El 6,5% tenían antecedentes psicológicos previos. Y el 19,4% recibieron tratamiento psicológico tras el diagnóstico oncológico. En la HAD encontramos que, en el primer momento de evaluación, las pacientes en las que la cirugía era la primera elección terapéutica presentaban niveles de ansiedad significativamente mayores ($p = 0,032$) frente a aquellas pacientes que habían recibido tratamientos de inducción previos. Un mes después las pacientes con tratamientos neoadyuvantes siguen presentando niveles menores de ansiedad sin llegar a ser significativa. En cuanto a la variable depresión, no se encontraron diferencias entre ambos grupos. No se encontraron diferencias significativas en las variables de ansiedad y depresión en pacientes con cirugía conservadora vs. radical. Las puntuaciones de ansiedad y depresión en los dos momentos de evaluación eran superiores en las pacientes que sí tenían antecedentes psicológicos. Sólo encontramos diferencias significativas en la variable depresión ($p = 0,039$). También presentaban niveles mayores de ansiedad y depresión las pacientes con enfermedad concomitante. La EVA de la estancia en la UHD obtuvo en ambas medidas la máxima puntuación.

Conclusiones: Aunque la muestra es reducida y sería conveniente seguir trabajando con el fin de ampliar los datos, debemos destacar la importancia de valorar la historia previa de problemas físicos y psicológicos de la paciente como predictor de mayores niveles de distrés psicológico. Sería conveniente prestar mayor atención psicológica a las pacientes recién diagnosticadas y que no van a iniciar un tratamiento oncológico, ya que las pacientes presentaban mayores niveles de ansiedad. El grado de bienestar general referido por las pacientes aumenta con el tiempo y el indicador de satisfacción con tener una breve estancia hospitalaria tras la cirugía para poder recuperarse en casa con una asistencia profesional de la Unidad de Hospitalización a Domicilio, no varía pasado el mes y es máximo.

CP-4. HORMONOTERAPIA DE INDUCCIÓN EN EL CÁNCER DE MAMA

Alcalá G, Buch E, Galán A, Checa F
Hospital de Sagunto, Valencia

Objetivo: Determinar los cambios surgidos tras la administración de letrozol, como hormonoterapia de inducción, en pacientes con cáncer de mama localmente avanzados.

Material y método: Hemos estudiado, de forma prospectiva, 12 pacientes las cuales padecían un cáncer de mama localmente avanzado y por sus características personales no eran candidatas a recibir quimioterapia de inducción. De ellas hemos recopilado datos referentes al estudio clínico, radiológico, resonancia magnética y anatomía patológica pre- y posthormonoterapia.

Resultados: La edad media de nuestras pacientes ha sido 80 años (DE 5,4), con un tamaño clínico medio inicial del tumor de 7 cm (DE 3). El estadio más frecuente ha sido IIB (41%) seguido del IIIa (25%), según el estudio histológico el 17% correspondía a CLI y 75% eran CDI. Tras la administración del letrozol existió una reducción significativa del tamaño tumoral clínico ($p = 0,001$). Así mismo el 25% de las pacientes tuvieron respuesta total clínica, todos ellos eran CDI, pero en el 50% existió una respuesta nula. En este grupo se incluyeron los CLI y el carcinoma inflamatorio. En ningún caso ha existido progresión de la enfermedad. Aproximadamente en el 42% de las pacientes mejoró su estado axilar. En las pacientes con respuesta completa la incorporación de la resonancia magnética ayudó a la determinación del verdadero diámetro de la lesión, la cual estaba formada principalmente por carcinoma *in situ*. El estudio por medio de la mamografía no objetivó diferencias significativas entre los tamaños pre- y posthormonoterapia, no aportando información sobre la evolución del tamaño tumoral. El 34% de las pacientes se pudo realizar cirugía conservadora como tratamiento quirúrgico. Tras el estudio anatomopatológico el 33% de las pacientes modificaba desfavorablemente su estado.

Conclusiones: El letrozol es un arma para el tratamiento del cáncer avanzado en mujeres seleccionadas. En nuestro pequeño grupo de mujeres una tercera parte fueron rescatadas de la realización de una mastectomía radical sin necesidad de tratamientos más agresivos. Las pacientes portadoras de un CLI no han tenido buena respuesta aunque no hay desarrollado progresión de la enfermedad. En los casos de lisis tumoral clínica la RM ha sido una gran arma para la programación del tipo de cirugía.

CP-5. ESTRÉS EMOCIONAL

Aguadero L, Mateos JI, Rodríguez-Medina P, Isla E, Solís C, Amarilla MF

Hospital San Pedro de Alcántara (4ª planta). Complejo Hospitalario de Cáceres. SES

Introducción: Los profesionales que trabajan con enfermos y suelen ser entrenados para la curación, viendo la muerte como un fracaso, frecuentemente no han recibido formación para ejercer las labores de ayuda y acompañamiento del enfermo en fase terminal. Otros factores que dificultan también esta labor son el miedo a no saber hablar sobre su situación con los pacientes o a las reacciones emocionales intensas. Algunos resuelven su incomodidad y frustración personal distanciándose emocionalmente del paciente, adoptando una postura fría, para su propia autoprotección.

Enfermería es el colectivo profesional que más directamente padece “estrés emocional” precisamente por la naturaleza de su labor cotidiana: el cuidado, el contacto personal y constante con el enfermo y con sus familiares, quienes en muchas ocasiones se ven aquejados por cargos de angustia y de inseguridad.

Objetivos: Buscar soluciones para intentar resolver esta

situación que incide en nuestra profesión y en muchas ocasiones en nuestra propia vida.

Método: a) revisiones bibliográficas; b) experiencia profesional.

Herramientas y resultados: a) Aceptar que no tenemos todas las soluciones ni todas las respuestas; b) una regla de oro es la “tolerancia”, ponernos en el lugar de los demás y en sus mismas circunstancias; c) el tiempo libre debe ser sagrado. Necesitamos dedicar tiempo a nosotros mismos y a nuestros seres queridos; d) es recomendable hacer varias minipausas de minutos en las que respiremos hondo; e) expresar emociones negativas; y f) ejercicio aeróbico, herramienta esencial para descargar nuestra adrenalina.

Conclusiones: Sin duda en nuestra profesión el aspecto emocional, querámoslo o no, seamos consciente o no, es fundamental. Tendríamos que aprender a manejar las emociones tanto por nuestras pacientes como por nosotros mismos.

Es transcendental equilibrar nuestras áreas vitales (familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo) evitando a toda costa que la profesión absorba estas.

CP-6. RADIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA RECAÍDA BIOLÓGICA DEL ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA TRAS PROSTATECTOMÍA

Romero G, Rico J, Valladares A, García-Escuder A, Camacho E, García-Pérez M

Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Introducción: A pesar de que la prostatectomía radical es un tratamiento con intención curativa en pacientes con cáncer de próstata localizado, entre el 25-35% de los casos presenta recidiva bioquímica aislada durante el seguimiento. El tratamiento en estos casos es controvertido, fundamentalmente por la dificultad para determinar la localización de la recurrencia (local y/o sistémica). El objetivo de nuestro estudio es evaluar la eficacia de la radioterapia de rescate en casos seleccionados en los que la cinética del PSA sugiere recidiva local.

Material y método: Se analizaron de forma retrospectiva 180 casos de prostatectomía radical, con un seguimiento mínimo 36 meses, en el periodo comprendido entre 1994-2002. Se detectó progresión bioquímica (PSA > 0,2) en 59 pacientes (32,7%), de los cuales han recibido tratamiento con radioterapia de rescate 11 (18%). Los criterios de selección han sido: a) cinética de progresión lenta del PSA (tiempo de duplicación > 6 meses); b) PSA previo a la radioterapia < 1,5 ng/ml; c) ausencia de afectación linfática y de vesículas seminales; e) edad < 70 años. No hemos realizado biopsia del lecho, ni estudio de extensión previo a la radioterapia por su escaso rendimiento. La edad media de los pacientes fue de 64 años (56-70), con un tiempo de seguimiento medio post-radioterapia de 42 meses (17-69). La dosis media de radioterapia administrada en el lecho prostático 63,4 Gy (60-68). Determinamos la eficacia de la radioterapia como tratamiento de rescate.

Resultados: De los 11 casos tratados permanecen libre de enfermedad después de la administración de radioterapia 7 casos (63,3%) con una supervivencia media libre de enfermedad de 39 meses (17-69). En todos los casos hubo respuesta inicial, lo que sugiere existencia de enfermedad local aislada o no en todos los casos tratados. En los 4 casos que recidivaron después del tratamiento con radioterapia, la supervivencia libre de enfermedad fue de 20 meses (10-36). No hemos observado que parámetros como Gleason o PSA precirugía tengan influencia como factores pronósticos de fracaso a la radioterapia de rescate, aunque la serie es corta para sacar conclusiones al respecto.

Conclusiones: Consideramos que la radioterapia de rescate puede ser un tratamiento eficaz en casos muy seleccionados de pacientes con recidiva bioquímica después de la prostatectomía radical, cuya cinética de PSA sugiere recurrencia exclusivamente local de la enfermedad. En nuestra serie la radioterapia de rescate ha sido eficaz en el 63,3% de los casos, con una supervivencia libre de enfermedad post-radioterapia prolongada (SLE media = 39 meses).

CP-7. EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA EN EL VARÓN

Fuentes S, Ruiz-Navarro PA, Soria C, Sanz M, Plata J

Servicio de Cirugía General. Hospital Infanta Margarita. Cabra, Córdoba

Objetivos: El cáncer de mama en el varón es una patología poco frecuente, ya que supone un 1% de los cánceres en el varón. Nuestro objetivo es realizar una revisión del cáncer de mama en el varón intervenidos en nuestro hospital en los últimos 5 años.

Material y método: Presentamos los casos de los varones tratados por cáncer de mama en el Hospital Infanta Margarita de Cabra (Córdoba) entre los años 2000 a 2005.

Resultados: En los últimos 5 años hemos tratado un total de 3 varones con cáncer de mama. La media de edad era 69 años, con un rango que oscilaba entre los 41 a los 80 años. En todos los casos, la forma de presentación fue masa retroareolar, dura, mal delimitada, fija a planos y no dolorosa. El tamaño medio de dicha tumoración fue de 2 cm. Como pruebas complementarias se utilizó la mamografía donde se informaba de nódulo retroareolar, de bordes irregulares, alta intensidad y especulaciones, sospechoso de malignidad. La confirmación histológica se hizo mediante biopsia con aguja gruesa donde se informaba como cilindros de carcinoma ductal en todos los casos. El tratamiento quirúrgico realizado fue mastectomía más vaciamiento axilar, siendo la estancia media postoperatoria 6 días. Entre los antecedentes ninguno de los pacientes presentaba antecedentes familiares de cáncer de mama y entre los antecedentes personales ninguno presentaba ginecomastia, aunque en un caso presentaba adenocarcinoma de vejiga tratado en los 2 años anteriores al diagnóstico de cáncer de mama. En la anatomía patológica definitiva se confirmó el carcinoma ductal infiltrante. La media de ganglios aislados fue de 12, con metástasis en 2 ganglios del nivel I en uno de los casos. Los receptores hormonales para estrógenos fueron positivos en todos los casos y para progesterona en 2/3 de los casos.

Conclusiones: 1. El cáncer de mama en el hombre es una patología poco frecuente, pero no por eso menos importante.

2. Suele darse en pacientes mayores, en nuestra revisión, con una media de edad de 69 años.

3. La forma de presentación suele ser una masa retroareolar de consistencia firme.

4. La unión de palpación más mamografía dan una sensibilidad del 100% en diagnóstico, aunque el diagnóstico definitivo es mediante confirmación histológica por biopsia con aguja gruesa.

5. El tratamiento quirúrgico incluye mastectomía más vaciamiento axilar.

6. El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante, presentando receptores hormonales para estrógenos y progesterona positivos en la mayoría de los casos.

CP-8. LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA ES POSIBLE EN UN HOSPITAL SIN SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR. NUESTRA EXPERIENCIA DESDE 1999

Montes T, Solernou L, Fraile M, Marsinyach M, Culell P, Badal J

Hospital San Joan de Dèu (ALTAHIA). Manresa, Barcelona

Introducción: El factor pronóstico más importante en el cáncer de mama es el estado de los ganglios axilares. Clásicamente el vaciamiento axilar completo (VA) era la única técnica disponible para determinar la afectación ganglionar de la axila. La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) representa actualmente una alternativa segura en estadios tempranos de la enfermedad mínimamente invasiva, casi sin secuelas postquirúrgicas, con un menor tiempo de hospitalización y recuperación pero que para su ejecución es necesario un servicio de medicina nuclear con experiencia. Nuestro centro es un hospital general que ofrece asistencia a gran parte de la Cataluña central, en total unas 200.000 personas, y que carece de servicio de Medicina Nuclear. Coincidiendo con la validación de la BSGC, en el Hospital Germans Trias i Pujol (HGTP) de Badalona en noviembre del 1999 comenzamos a poner en práctica esta técnica bajo su tutela.

Método: Una vez establecida la indicación se cita a la paciente el día previo a la cirugía en el HGTP donde se inyecta un coloide de Tc99m por vía peri- o intratumoral dirigida por ecografía o esterotaxia (en caso de microcalcificaciones). Entre 2-3 h tras la inyección se practica linfagammagrafía preoperatoria y se procede al marcaje del ganglio sobre la piel de la paciente. Al día siguiente se cita a la paciente en nuestro centro para la localización y exéresis del GC y de la tumoración mediante técnica ROLL (*Radioguided Occult Lesion Localization*). El análisis preoperatorio del GC se realiza por impronta celular.

Resultados: Durante el periodo comprendido entre octubre de 1999 y julio de 2006 fueron candidatas a la técnica de la BSGC un total de 221 pacientes con una edad media de 64 años. El tamaño medio del tumor mamario fue de 12 mm. En

cuanto a la anatomía patológica del tumor primario el carcinoma ductal infiltrante (CDI) fue la histología predominante apareciendo en 157 pacientes (74,4%). En 20 pacientes (9,4%) el tumor era un carcinoma intraductal puro (CID). En 4 pacientes (1,9%) la histología demostró CDI + CID. En 10 pacientes (4,8%) se informó de carcinoma lobulillar infiltrante. Las otras histologías (mucinoso, neuroendocrino, apocrino,...) comprendieron el 9,5% de las mujeres intervenidas. Al menos un ganglio centinela fue localizado en 218 pacientes (98,6% de tasa de detección), no migrando el trazador sólo en 3 pacientes. En el 98,6% de los casos el GC fue axilar y en el 10,5% de ellos hubo una captación con relación a la cadena de la mamaria interna. Del análisis anatomopatológico diferido del GC se informaron negativos 137 casos (62,8%), positivos 49 casos (22%) y con micrometástasis 23 casos (10,5%). Por tanto casi en un 63% de todas las pacientes candidatas pudimos evitar el VA. El tamaño tumoral medio de las pacientes con GC negativo fue de 14,2 mm y el de las pacientes con GC positivo 19,3 mm con una diferencia estadísticamente significativa entre dichas variables ($p < 0,005$).

Conclusiones: La BSGC es una técnica mínimamente invasiva prácticamente sin secuelas postquirúrgicas capaz de determinar el estado de la axila en estadios precoces del cáncer invasivo de mama, por tanto representa la mejor opción para estas pacientes y debemos esforzarnos para poder ofrecérsela al mayor número de mujeres posible. Nuestra experiencia demuestra que es posible realizarla en un hospital sin servicio de Medicina Nuclear aprovechando la experiencia y tutoría de un centro validado.

CP-9. CHALECO DE COMPRESIÓN TORÁCICA POSTMASTECTOMÍA

Ramos F, Fuentes S, Ruiz-Navarro PA, Soria C, Sanz M, Plata J
Servicio de Cirugía General. Hospital Infanta Margarita. Cabra, Córdoba

Objetivo: Valorar la efectividad del chaleco de compresión torácica postmastectomía, con o sin vaciamiento axilar, fundamentalmente con respecto a disminuir el tiempo de la linforragia postoperatoria.

Material y método: El chaleco ha sido diseñado por el Dr. Ramos Cejudo. Se realiza a medida y se diseña por ordenador. Primero se diseñó con manga larga del miembro superior homolateral, apreciándose dificultad en su colocación y demasiada compresión en dicho miembro, a pesar de ir en disminución progresiva, volviéndose a diseñar con manga corta. Al ver que en el primer diseño la parte inferior abdominal se arrugaba y subía, se modificó añadiendo en la parte inferior abdominal un anillo de silicona, lo cual le da una buena sujeción al abdomen inferior y por lo tanto comodidad al no arrugarse.

Ventajas: a) disminución del tiempo de la linforragia; b) bienestar de la paciente durante el tiempo que tiene el drenaje por la compresión de la axila y la compresión torácica de la herida.

Conclusión: Ante lo expuesto, pensamos que se trata de la mejor medida de compresión que hemos probado en el postoperatorio del CA de mama, tanto en cirugía conservadora como en la radical.

CP-10. CONTROL DE CALIDAD MAMOGRÁFICA EN UN CRIBADO POBLACIONAL: VALORACIÓN DE LA POSICIÓN MAMOGRÁFICA

Arranz M, Céspedes A, Ejarque B, de las Mulas S, Arnedo M, Rodríguez M, Maristany MT

Hospital Universitario del Mar. Barcelona

Introducción: Los programas de *screening* mamográfico tienen como objetivo detectar en mujeres asintomáticas cánceres de mama en estadios precoces. La mamografía tiene la potencialidad de detectar precozmente las neoplasias de mama (1,2,3), con una disminución de la morbi-mortalidad entre un 30-50% según series. Nuestro estudio tiene como finalidad conocer la repercusión de los defectos de calidad mamográfica, haciendo especial hincapié en la posición de la mama durante la exploración (4).

Material y método: En el programa de cribaje de cáncer de mama de Barcelona (PCCM) en el cual se invita a todas las mujeres de edades comprendidas entre los 50-64 años, exceptuando a las que tengan una mamografía realizada en los últimos doce meses o que tuvieran una neoplasia de mama conocida, a participar en el estudio mediante realización de mamografías en doble proyección (CC = craneocaudal; MOL = medio lateral oblicua). Se incluyen en nuestro estudio 525 mujeres consecutivas en las que se valoran los criterios de calidad mamográfica, que incluyen 10 criterios para la proyección CC y 11 para la MOL. Entre los más relevantes del estudio destacamos la reproducción visualmente nítida del músculo pectoral en el borde de la placa y del tejido adiposo retroglándular en la proyección CC, la correcta angulación del músculo pectoral y la visualización del ángulo inframamario en la OML, todo ello de ambas mamas. Todos los estudios mamográficos valorados fueron leídos por primera vez sin existir repetición de los mismos.

Resultados: La visualización nítida del músculo pectoral en el borde de la placa en la proyección CC ha sido del 37,9% en la mama D y del 31,6% en la mama I.

La visualización de la grasa retroglándular en la proyección CC ha sido en ambas mamas del 97,1%. La correcta angulación del músculo pectoral en la OML ha sido del 85% en la mama D y del 82,7% en la mama I. La visualización del ángulo inframamario en la proyección OML ha sido del 45,3% en la mama D y del 56% en la mama I.

Conclusiones: Nuestro estudio demuestra que el *screening* de cáncer de mama de Barcelona se encuentra dentro de los valores aceptados de calidad mamográfica por la ACR (*American College of Radiology*) junto con la ACS (*American Cancer Society*) así como de las normativas europeas (Consejo 84/466/EURATOM). Los valores aceptados en la literatura internacional más destacables son que el músculo pectoral se visualice en la CC en un 30% de las mamografías efectuadas y que en un 80% exista un ángulo correcto del músculo pectoral en la MOL. Este estudio tiene la finalidad de saber la repercusión de los defectos de calidad ya que la disminución en la calidad mamográfica: 1. Aumenta el porcentaje de FN (falsos negativos).

2. Aumento en el número de exploraciones complementarias, lo que representa un aumento en el porcentaje de FP (falsos positivos).

3. Al aumentar el número de exploraciones complementarias hay un aumento en el número de veces que las pacientes son convocadas.

4. Aumento en el número de exposiciones (mayor radiación).

5. Aumento del coste global del *screening*.

CP-11. VALORACIÓN DE LAS PROYECCIONES ADICIONALES MAMOGRÁFICAS EN UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA, DE LA CIUDAD DE BARCELONA

Ejarque B, de las Mulas S, Arranz M, Céspedes A, Arnedo M, Rodríguez M, Maristany MT
Hospital Universitario del Mar. Barcelona

Introducción: Intentamos analizar las mamografías de las mujeres que han requerido proyecciones adicionales en el programa de detección precoz de cáncer de mama y que ha evitado que se les realice otras exploraciones complementarias, como puede ser estudio ecográfico, PAAF, etc., resaltando el valor de estas proyecciones ya que nos aumentan la sensibilidad y la especificidad de la mamografía.

Material y método: Estudiamos las 18.268 mujeres participantes de la segunda ronda. A todas ellas se les ha realizado mamografía en doble proyección y se ha realizado una lectura a doble ciego por 2 radiólogos. Los resultados discordantes van a un tercer radiólogo. De todas las mujeres participantes 1.003 han requerido exploración complementaria, sea por una lesión sospechosa, por una lesión sólo visible en una proyección, etc.

Resultados: De las 1.003 mujeres (5,5%) que han requerido alguna exploración complementaria hemos tenido 360 (35,9%) a las que no se les ha practicado proyección adicional, habiendo precisado, por las características radiológicas de la lesión detectada inicialmente, la realización de ecografía, core-biopsia, etc. A las 643 mujeres restantes, que suponen el 64,1%, les fue practicada como segunda exploración una proyección radiológica adicional, no siendo esta suficiente en 500 de ellas (77,8%), que requirieron, además, una ecografía en 211 casos (32,8%), una ecografía con PAAF en 159 casos (24,7%), una core-biopsia en 53 ocasiones (8,2%) u otras combinaciones en 77 (12%). El dato a resaltar es que de estas 143 (22,2%) a las que sólo se les ha realizado proyecciones adicionales, el diagnóstico ha sido concluyente en el 25,2% para lesión claramente benigna y en el 62,9% que no existía patología.

Conclusiones: 1. Las proyecciones adicionales aumentan la sensibilidad y la especificidad de la mamografía. El uso de las proyecciones adicionales:

2. Disminuye el número de biopsias para lesiones benignas.

3. Disminuye el número de controles a corto plazo.

4. Detecta de forma más precoz lesiones malignas, ya que demuestra signos con características de benignidad y malignidad no visibles en las proyecciones rutinarias.

CP-12. ESTUDIO GANGLIONAR DE LA CADENA MAMARIA INTERNA EN CÁNCER DE MAMA

Bordés M, Kanjou N, Tresserra F, Ara C, Cusidó M, Fábregas R
Instituto Universitario Dexeus. Barcelona

Introducción: Los ganglios de la cadena mamaria interna (MI) se han considerado una vía de drenaje poco habitual del cáncer de mama (10-34%). Sin embargo su afectación determina una pauta terapéutica selectiva. Se presentan los casos en los que se observó un drenaje a MI y los resultados obtenidos de su análisis.

Material y método: Se analiza la detección de los ganglios de la cadena MI en 302 pacientes durante el periodo 1999-2005, a las que se realizó la técnica del ganglio centinela (GC) mediante isótopos radiactivos. Las pacientes tenían cáncer de mama infiltrante único, menor a 2,5 cm, sin cirugía exéresica previa y ausencia de metástasis axilar clínica.

El isótopo utilizado para la técnica del GC fue el Tc99 vehiculizado mediante un nanocoloide. El isótopo fue inyectado de forma peritumoral o intratumoral.

En los casos de drenaje a MI se disecó el espacio intercostal en el que se detectó la irradiación, remitiendo el ganglio o los ganglios obtenidos para el estudio histológico.

El ganglio seleccionado fue incluido en parafina y seccionado exhaustivamente. Se tiñeron los cortes con hematoxilina-eosina (H-E) y se reservaron unas secciones para su tratamiento con inmunohistoquímica (IQ). Si el estudio con H-E no revelaba la presencia de metástasis se procedía al estudio IQ.

Resultados: De los 322 casos estudiados con Tc99 en 47 (14,60%) se observó un drenaje a la mamaria interna. No se biopsiaron 10 casos (21,28%) por falta de entrenamiento o dificultad quirúrgica. De los 37 casos analizados, en ocho (21,62%) se descubrió afectación ganglionar que obligó a cambiar la estadificación. Esta invasión ganglionar fue en forma de metástasis en 5 casos (62,50%) y en forma de micrometástasis en 3 (37,50%). De los 29 casos negativos en cinco (17,24%) aparecieron células tumorales aisladas por IQ.

De los 10 casos no biopsiados, cuatro (40%) tenían metástasis axilar en el GC. De los 37 casos estudiados, 11 (29,7%) presentaban metástasis axilar. Hubo metástasis concomitante en MI y axila en 6 casos (16,2%) de los estudiados, en 3 (8,1%) sólo axilar y en 2 casos (5,4%) tan sólo apareció metástasis en la MI.

Conclusiones: De nuestro estudio podemos concluir que el drenaje a la cadena MI se produce en casi el 15% de los tumores operados y su afectación aparece en un porcentaje no desdeñable, máxime si tenemos en cuenta el cribaje previo por tamaño tumoral y por estudio axilar que hace que los casos estudiados sean de aparente buen pronóstico.

CP-13. VARIABLES CLÍNICO-PATOLÓGICAS DE VALOR PRONÓSTICO EN PACIENTES CON GANGLIO CENTINELA POSITIVO

Sabadell MD, Rojo F¹, Lirola JL¹, Córdoba O, Cortadellas T, García-Valdecasas B, Xercavins J
Unidad de Patología Mamaria. ¹Servicio Anatomía Patológica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

Objetivo: Estudio retrospectivo para valorar las características del tumor primario que podrían estar asociadas a la positividad del ganglio centinela.

Material y método: Estudio sobre 393 casos en los que se ha realizado determinación preoperatoria de ganglio centinela mediante linfogammagrafía entre enero de 2002 y agosto de 2005. Ha habido drenaje linfático en el 94,40% de los casos, extirpando el ganglio centinela en el 91,85% de ellos. Se han excluido del estudio pacientes que han realizado tratamiento neoadyuvante. En 111 casos el ganglio centinela ha sido positivo para carcinoma (28,24%), 34 con micrometástasis –menor de 2 mm– (30,63%) y 77 con macrometástasis –mayor de 2 mm– (69,36%). Todos los casos tienen estudio mediante tinción de hematoxilina-eosina (H&E) e inmunohistoquímica (IHC para EMA y citoqueratina 7). A todas las pacientes con ganglio centinela positivo se les ha realizado una linfadenectomía axilar. Las características relacionadas han sido edad, tamaño tumoral, tipo y grado histológico (Bloom-Richardson), invasión vascular, estado de los receptores hormonales, expresión de HER2/neu y comparación con el resto de ganglios axilares.

Resultados: No hay diferencias significativas entre las pacientes con micrometástasis o macrometástasis respecto a la edad, tamaño tumoral, tipo y grado histológico, invasión vascular, expresión de HER2/neu ni receptores de progesterona. El 97% de los casos tienen más ganglios axilares afectados, independientemente de si el ganglio centinela es positivo por H&E o IHC. En tumores con receptores de estrógeno negativo la afectación del ganglio centinela ha sido siempre macrometástasis ($p < 0,002$) y el número de ganglios centinelas afectados mayor ($p < 0,001$).

Conclusiones: Los receptores estrogénicos negativos son el único parámetro que podría tener un valor predictivo respecto al tamaño y número de ganglios centinelas positivos.

CP-14. CÁNCER DE MAMA EN EL VARÓN

Sabadell MD, Córdoba O, Cortadellas T, García-Valdecasas B, Xercavins J

Unidad de Patología Mamaria. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

Objetivo: Estudiar la epidemiología y características tumorales de los cánceres de mama en el varón.

Material y método: Estudio retrospectivo de pacientes varones diagnosticados de cáncer de mama entre el 1 de enero de 2001 y el 30 de junio de 2006 en nuestra unidad. En este periodo se diagnosticaron 2.014 nuevos cánceres, de los cuales 24 han sido en varones (1,19%). El protocolo de diagnóstico y tratamiento ha sido el mismo para ambos sexos.

Resultados: El rango de edad se encuentra entre 45 y 85 años y la media es de 67,35 años. En 2 casos había otra neoplasia concomitante, una de estómago y otra de pulmón, asociándose cirrosis hepática en este último caso. En 4 casos había antecedentes familiares de cáncer de mama (16,66%), pero ninguno de cáncer de ovario. El paciente consultó en 23 casos por lesión palpable (95,83%) y en un caso por ga-

lactorragia (4,16%). La exploración clínica fue en dos casos negativa (8,33%) y tumor palpable en 22 (91,66%). Dos casos presentaban retracción de piel próxima y en dos invasión clínica de piel o pezón. En 2 casos se palpaban ganglios axilares móviles (9,09%). El 58,33% se diagnosticaron en mama izquierda y en el 50% de los casos la localización fue retroareolar. La mamografía fue en 19 casos de nódulo altamente sospechoso de malignidad (79,16%), negativa en 4 casos (16,66%) y en un caso de microcalcificaciones (4,16%). El diagnóstico se ha realizado en 19 casos (79,16%) mediante punción biopsia con aguja gruesa. En 3 casos además se ha realizado punch de piel (12,5%). El primer tratamiento ha sido quirúrgico en 21 casos (87,50%). El tipo de cirugía ha sido mastectomía radical modificada en 19 casos (79,16%) y en dos conservador (8,33%), uno de ellos paliativo. En un caso se ha realizado la técnica del ganglio centinela con estudio intraoperatorio que fue positivo. El tipo histológico ha sido el ductal infiltrante en 19 casos (79,16%), 2 lesiones *in situ* (8,33%), un caso tubular, 1 caso papilar y un fibrosarcoma. El grado histológico más frecuente ha sido II (58,33%). El tamaño de la lesión infiltrante en la pieza quirúrgica ha sido: entre 5 y 10 mm (21,05%), entre 11 y 20 mm (47,36%) y entre 21 y 50 (31,57%). El estadiaje quirúrgico: 2 casos de lesión *in situ* (9,52%), de I y IIA en el 33,33% y de IIIB y IIIC en el 14,28%. Los receptores de estrógeno han sido positivos en el 95,45% de los casos y los de progesterona en el 81,81%. El c-erbB-2 se ha encontrado sobreexpresado en el 33,33% de los casos y la p53 mutada en el 8,33%.

Conclusiones: Las características de las lesiones mamarias malignas son similares en el hombre y la mujer, pero la edad media de diagnóstico y la positividad de los receptores hormonales es superior en el varón.

CP-15. APORTACIÓN DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DE PAGET DE LA MAMA

Úbeda B, Vallespí M, Feu J, Tresserra F¹, Navarro B, Quintana C

Departamento de Ginecología, Obstetricia y Reproducción. ¹Servicio de Anatomía Patológica. Instituto Universitario Dexeus. Barcelona

Objetivos: Describir los hallazgos en la resonancia magnética (RM) en pacientes con enfermedad de Paget de la mama y valorar su papel en el diagnóstico del cáncer de mama asociado.

Material y método: Entre diciembre 2003 y junio 2005, 5 pacientes con diagnóstico histológico de enfermedad de Paget del pezón fueron estudiadas mediante mamografía, ecografía y resonancia magnética para el diagnóstico de un posible cáncer de mama asociado.

Resultados: La exploración clínica mostró una masa palpable en 3 pacientes y fue negativa en 2. La mamografía mostró una masa en 2 pacientes y fue negativa en 3. La ecografía mostró alteraciones en 3 pacientes. En la RM se observó una captación anormal en 4 casos y captaciones paren-

quimatosas en todos: masa (2), puntiformes (1), segmentaria (1), difusa (1). El tratamiento fue mastectomía en 3 casos y tumorectomía en 2. La anatomía patológica mostró CDI en 4 casos y carcinoma *in situ* en 1 caso.

Conclusiones: La enfermedad de Paget del pezón se asocia a un cáncer de mama en > 90% de las pacientes, tratándose con frecuencia de un carcinoma intraductal. La mamografía y la ecografía pueden ser negativas hasta en el 50% de los casos. La RM es útil en la valoración del complejo pezón-areola, así como en el diagnóstico del cáncer de mama no detectado por los métodos convencionales, especialmente en el carcinoma *in situ*. La RM tiene un papel fundamental en la detección del cáncer oculto y en la determinación de la extensión del mismo para la planificación del tratamiento.

CP-16. CARCINOMA OCULTO DE LA MAMA METASTÁSICO EN GANGLIO INTRAMAMARIO

Fournier S, Tresserra F¹, Garrido M, Cusidó M, Feu J, Úbeda B, Fábregas R

Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción. Servicio de Anatomía Patológica. Instituto Universitario Dexeus. Barcelona. ¹Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General de Cataluña. Barcelona

Introducción: Se considera carcinoma oculto de la mama cuando la enfermedad debuta como una metástasis ganglionar, generalmente axilar, sin detectar lesión primaria en la mama ni clínica ni radiológicamente.

Caso clínico: Paciente de 63 años de edad que acude al Servicio de Urgencias por notar un nódulo en mama derecha. A la exploración se palpa un nódulo de 1 cm en unión de cuadrantes externos. En la mamografía se observa nódulo de características benignas en unión de cuadrantes externos no presente el año anterior. La ecografía lo informa como una lesión hipocogénica de contornos bien definidos de 1,2 cm, que se punciona. El estudio de la axila fue negativo. El resultado citológico es de adenocarcinoma. Se completa el estudio con una resonancia magnética, que informa como una lesión con características morfológicas de benignidad pero curva de captación de contraste patológica. Se realiza estudio de extensión, siendo negativo. Se procede a realizar tumorectomía con técnica de ganglio centinela, al estar ante un T1cN0M0. El resultado anatomopatológico de la lesión es de metástasis de adenocarcinoma en un ganglio intramamario, sin afectación de los dos ganglios centinela que se obtuvieron. El estudio de receptores hormonales fue positivo y el Her2/neu negativo. Finalmente se orientó el caso como una metástasis de adenocarcinoma de mama en ganglio intramamario sin encontrarse el primario, estatificando la lesión como un T0pN1aM0. La paciente completó el tratamiento con radioterapia en mama y hormonoterapia.

Conclusiones: Presentamos el caso de una afectación metastásica de un ganglio intramamario, probablemente de un adenocarcinoma oculto de mama. El adenocarcinoma oculto de la mama suele debutar con una metástasis axilar y en hasta un 25% de ocasiones no se encuentra un primario incluso

tras la práctica de una mastectomía. En estos casos se baraja la hipótesis de que el tumor se origine en la malignización de inclusiones de glándula mamaria en el ganglio. Más rara es la circunstancia de que un carcinoma oculto debute con una metástasis en un ganglio intramamario.

CP-17. TUMOR FILODES BENIGNO. EVOLUCIÓN EN 13 CASOS

López-Freire D, Tresserra F, Fábregas R, Ara C

Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción. Servicio de Anatomía Patológica. Instituto Universitario Dexeus. Barcelona

Introducción: El tumor filodes es una lesión bifásica constituida por un componente epitelial y un componente estromal. En función del tamaño, la celularidad, la atipia citológica y el número de mitosis, estas lesiones pueden clasificarse en benignas, limítrofes o malignas con las variaciones en el pronóstico que ello conlleva. El objetivo del presente estudio es ver la evolución de los tumores filodes benignos.

Material y método: Durante un periodo de 15 años hemos diagnosticado en nuestro centro un total de 13 tumores filodes benignos. Todos ellos mostraron un contorno expansivo bien delimitado con una celularidad del estroma escasa o moderada, sin atipias y con menos de 2 mitosis por campo de mayor aumento. Se analiza la evolución de cada uno.

Resultados: La edad media de las pacientes fue de 39,7-78 años. La mayoría de las lesiones (11) estaban en la mama izquierda. La sintomatología clínica habitual fue a modo de bulto. En todas ellas se practicó la exéresis quirúrgica con márgenes de resección libres de lesión. El tamaño oscilaba entre 3,3 y 8 cm con una media de 5,3-1,6 cm. La evolución oscilaba entre 6 y 144 meses con una media de 48 meses, y durante este periodo 7 de las 13 pacientes recidivaron en un intervalo medio de 20 meses (7-69 meses). Seis de las recidivas fueron como tumor filodes benigno y otra recidivó en primera instancia como tumor filodes benigno y tras 2 años como fibrosarcoma mixoide.

Conclusiones: El tumor filodes benigno a pesar de ser una lesión de buen pronóstico presenta un alto índice de recidivas a pesar de extirparse con margen de seguridad. A pesar de que suele recidivar en una lesión benigna, hay riesgo de que lo haga como un sarcoma.

CP-18. CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE CON FOCO FIBROSO. SIGNOS ECOGRÁFICOS 2D/3D Y SU CORRELACIÓN HISTOPATOLÓGICA

Feu J, Tresserra F¹, Úbeda B, Browne J, Navarro B, Quintana C

Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción. ¹Servicio de Anatomía Patológica. Instituto Universitario Dexeus. Barcelona

Introducción: El carcinoma ductal infiltrante con foco fibroso de la mama es una entidad descrita recientemente y

que se ha relacionado con un peor pronóstico cuando se compara con el carcinoma ductal infiltrante convencional. En su diagnóstico, difícil de valorar mediante mamografía, la ecografía 2/3D puede aportar signos útiles y que pueden correlacionarse con sus hallazgos histopatológicos.

Casos clínicos: Se presentan dos casos de pacientes con carcinoma ductal infiltrante con foco fibroso, la primera paciente de 65 presenta clínicamente un nódulo en cuadrantes externos de mama izquierda que mamográficamente es un nódulo de morfología irregular. La segunda paciente, de 51, no presenta hallazgos clínicos. Mamográficamente sólo se observa un patrón denso con microcalcificaciones difusas morfológica y distributivamente benignas. El estudio ecográfico mostró en ambas ocasiones una imagen sólida, hiperecogénica, de morfología irregular con un área central más hiperecogénica que media respectivamente 1,4 y 1,3 cm. El estudio Doppler color reveló en los dos casos una vascularización central y periférica. El corte coronal mediante ecografía 3D de ambas lesiones presentaba un patrón convergente con presencia de un área de mayor hiperecogenicidad en el centro del tumor con ausencia de vascularización en la misma. Las dos lesiones se mostraron una captación nodular en la resonancia magnética. El estudio histopatológico de ambos tumores fue de adenocarcinoma ductal infiltrante grado II y I de 1,2 y 0,9 cm cada uno con márgenes de resección libres de lesión y sin evidencias de metástasis en los ganglios centinela extirpados.

Morfológicamente ambas lesiones presentaban un núcleo central constituido por tejido fibroso escasamente celular y que contenía aislados nidos de células tumorales. En la periferia y a modo de anillo se distinguían abundantes túbulos y nidos de células tumorales.

Conclusiones: El carcinoma ductal infiltrante con foco fibroso se ha descrito como una variedad histológica asociada a un peor pronóstico debido a que muestran mayor índice de metástasis pulmonares y cerebrales. Las características de estas lesiones pueden detectarse mediante el uso de la ecografía 2D/3D que ponen de manifiesto una lesión con una banda hipoeecogénica periférica y una zona central hiperecogénica que corresponde al foco fibroso

CP-19. CARACTERÍSTICAS DE LOS TUMORES DE MAMA CON METÁSTASIS ÚNICA EN EL GANGLIO CENTINELA

Tresserra F, Grases PJ, Garrido M, Izquierdo M¹, Ara C¹, Fábregas R¹

Servicio de Anatomía Patológica ¹Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción. Instituto Universitario Dexeus. Barcelona

Introducción: La técnica del ganglio centinela (GC), que permite detectar el primer ganglio al que drena la linfa procedente del tumor, es útil para la estadificación tumoral, de forma que cuando este ganglio es negativo, la probabilidad de que haya más ganglios afectados es baja. Cuando el GC está afectado debe practicarse la linfadenectomía axilar para determinar el número total de gan-

glios con metástasis. No obstante en muchas ocasiones el GC es el único afectado. Es nuestro objetivo determinar las características de los tumores en los que el GC es el único afectado.

Material y método: En los últimos ocho años, la técnica del GC se ha aplicado en nuestra institución en 427 ocasiones. De estos casos se incluyeron en el estudio todos aquellos en los que el GC estaba afectado. El grupo de casos era aquel en el que el GC era el único afectado que incluía GC con micrometástasis o metástasis y linfadenectomía posterior y se excluyeron las células tumorales aisladas (CTA). Las características que se valoraron fueron: edad, tipo histológico, tamaño tumoral y tipo de afectación del GC. Estas se compararon con aquellos casos en los que había más ganglios afectados además del GC.

Resultados: De un total de 87 casos, en los que el GC estaba afectado en 71 (82%), este era el único. De estos 28 (40%) eran CTA, 25 (35%) micrometástasis y 18 (25%) metástasis. La edad de las pacientes en el grupo con sólo afectación del GC fue de 50,3 años y en el grupo con afectación de más ganglios fue de 52,9 años. El tipo histológico más frecuente en ambos grupos fue el ductal con un 83% (36/43) y 81% (13/16) para cada uno de los grupos. El tamaño tumoral del grupo con afectación única del GC fue de 17,4 cm y el del grupo con más ganglios positivos fue de 17 cm. El grado más frecuente en el grupo de afectación única del GC fue el I (58%, 25/43) y en el grupo con más ganglios positivos fue el II (66%, 9/16). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con ninguna de las variables consideradas. Tampoco se observaron diferencias cuando los casos se estratificaron según el tipo de afectación del GC.

Conclusiones: La edad, el tipo histológico, el tamaño tumoral y el grado histológico, en aquellos casos con afectación del GC, no permiten predecir si en el resto de la axila habrá o no más ganglios afectados.

CP-20. ECOGRAFÍA AXILAR EN LA BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA

García-Fernández A, Barco I, Reñe A, Canales L, Torres J, Pesarrodona A

Hospital Mutua de Terrassa. Barcelona

Introducción: Del 18 al 40% de las BGC, según las series, presentaron metástasis ganglionares axilares. El diagnóstico exhaustivo de la axila para detectar posibles metástasis axilares y evitar falsos negativos en la BGC, así como minimizar los costes han sugerido la utilidad de la ecografía axilar.

Material y método: Hemos practicado ecografía axilar a 202 pacientes entre los años 2003 y principio del 2006, que cumplían criterios de Biopsia de Ganglio Centinela (BGC) según nuestro protocolo actual. Se practicó la ecografía el mismo día y previa a la BAG, para evitar presencia de adenopatías reactivas. Los criterios de sospecha a tener en cuenta han sido la ausencia de hilio graso, la cortical hipoeecogénica y la morfología alterada.

Resultados: De las 202 mujeres, 32 pasaron directamente a linfadenectomía, 19 por PAAF positiva y 13 por otras causas. De las 170 BGC, 159 presentaron eco axilar negativa y 11 sospechosa, pero con PAAF negativa o insuficiente para diagnóstico. Tabularemos las ecografías negativas y las sospechosas y las correlacionaremos con la anatomía patológica definitiva (APD).

Treinta ecografías (14,85%) presentaron signos de sospecha, 28 (93,3) (VPP = 93,3%) de las cuales se confirmaron por APD, siendo en sólo 2 casos (6,7%) la APD negativa.

De las 172 (85,15%) ecografías negativas, 143 (83,1%) (VPN = 83,1%) presentaron ganglios negativos y 29 (16,9%) presentaron metástasis ganglionares. De las 11 pacientes con sospecha ecográfica de afectación ganglionar que pasaron a BGC, 9 (81,8%) presentaron afectación ganglionar y sólo 2 pacientes (18,2%) presentaron ganglio negativo.

Comentario: La ecografía nos descarta de entrada el 14,9% de las pacientes candidatas a BGC, con VPP del 93,3%, pero permitiría llevar a quirófano a 29 mujeres con axila positiva. VPN 83,1%.

Conclusiones: La ecografía es una técnica que se ha implantar en el protocolo de la BGC en el cáncer de mama, así como la PAAF de los ganglios sospechosos. Hemos de intentar en lo posible disminuir los falsos negativos.

CP-21. IMPACTO TRAS LA CREACIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA DE ENFERMERÍA EN LAS PACIENTES INTERVENIDAS DE CÁNCER DE MAMA

López LI, Vinyals E, Felip M, Martínez E, Bosch N, Suárez-Pumariega P

Hospital Comarcal de Figueres. Alt. Empordà. Girona

Objetivos: Valoración de los resultados obtenidos tras la creación de la consulta externa de enfermería en el pre- y postoperatorio de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama, con el objetivo de dar la máxima información referente al ingreso, intervención quirúrgica, drenajes, alta precoz y visitas sucesivas con psicología, rehabilitación, etc., para conseguir un ingreso lo más tranquilo y relajado posible. La enfermera, además de estar en la planta y en la consulta externa, está incorporada en la Unidad de Patología Mamaria del hospital y como tal forma parte del Comité de Mama, pudiendo intervenir y sugerir cambios de ciertos procesos en función de su valoración en la consulta, sobre todo a nivel social e intelectual.

Método: Estudio descriptivo y retrospectivo mediante el programa estadístico GOG del hospital de Figueres para consultas externas y los datos del Estudio IASIST, Perfil de Gestión de Recursos + IRAR (Índice de Readmisiones Ajustadas por Riesgos).

Resultados: La consulta externa de enfermería desde el 1 de enero de 2006 hasta el 17 de julio de 2006 ha programado un total de 175 pacientes entre visitas pre- y postoperatorias, de las cuales acudieron a la consulta 172 (98,3%), con un absentismo de 3 pacientes (1,7%).

Durante este periodo de tiempo se operaron 29 pacientes, de las cuales 3 fueron mastectomía total bilateral. Reducción de la estancia media (EM) comparada con el Bengsmarch, en la técnica menos compleja, bx de mama y escisiones locales. Logramos una EM de 1,5 días en comparación con el 1,9 del Bengsmarch, y en la técnica más compleja mastectomía total por neoplasia maligna logramos una EM de 5 días en comparación con el Bengsmarch que es de 8 días.

Desde la creación de la consulta, la enfermera ha pasado a ser el profesional de enlace entre la paciente y el resto de profesionales que intervienen en el proceso, además de ser la persona de referencia para la paciente, lo cual reduce significativamente su ansiedad.

Conclusiones: 1. La estancia media de estas pacientes se ha reducido considerablemente situándonos en el Bengsmarch.

2. Alta precoz muy bien aceptada, en la cual el 98% de las pacientes se van con drenaje/s a su domicilio.

3. La valoración global, personal sanitario y paciente respecto a esta iniciativa se valora como muy satisfactoria, pues el proceso hospitalario y el alta precoz es mejor aceptado por la paciente.

4. La consulta crea un vínculo efectivo y de confianza entre el paciente y los profesionales altamente beneficioso y enriquecedor para ambos.

CP-22. CÁNCER DE MAMA ASOCIADO A LA GESTACIÓN. EXPERIENCIA DEL INSTITUTO UNIVERSITARIO DEXEUS

Kanjou N, Bordés M, Ara C, Cusidó M, Fábregas R

Instituto Universitario Dexeus. Barcelona

Introducción: Se analizan los casos de cáncer de mama asociado a embarazo que se han estudiado en los 32 años del Comité de Mastología (CM) del Instituto Universitario Dexeus (IUD).

Material y método: El estudio es un análisis descriptivo de la casuística estudiada en el CM relacionándola con los casos globales de cáncer de mama y con los partos acaecidos en el IUD.

Resultados: En el IUD han sido estudiadas y tratadas un total de 38 pacientes con cáncer de mama asociado a la gestación. La edad media de las pacientes fue de 35,16 años (28-44).

Durante el mismo periodo se practicaron un total de 62.480 partos con un promedio de 1.952,5 partos/año. También en el mismo periodo se trataron en nuestro centro 3.900 cánceres (121,9 cánceres/año) existiendo una asociación con el embarazo en el 0,97%.

La incidencia global de cáncer de mama asociado a la gestación en nuestro centro es de 6,08/10.000.

Los casos en general presentaron malos factores de pronóstico como un 65,38% de ganglios positivos y un 33,3% de receptores hormonales negativos. Se realizó mastectomía en el 65,63% de los casos. La distribución de los estadios (E) fue del 0% para el E0, 20% para el E1, 55% para el EII, 20% para el EIII y 5% para el EIV.

Conclusiones: En nuestra casuística esta asociación es más alta que lo que encontramos en la literatura (1 a 3/10.000), dato que atribuimos a la edad más avanzada de las gestantes, sobre todo en el último quinquenio. El peor pronóstico que se observa es debido posiblemente a la presencia de factores de pronóstico adversos como las metástasis ganglionares y los receptores hormonales negativos.

CP-23. TUBERCULOSIS EN GANGLIOS AXILARES

Aizpitarte I, Becerro A, Murguiondo A, Paredes J, Fernández-Calleja M

Hospital Donostia. San Sebastián. Guipúzcoa

Motivo de consulta: Mujer de 57 años sin antecedentes personales de interés que consulta por bultoma doloroso en axila izquierda de 20 días de evolución.

Exploración: A la exploración se palpa adenopatía de 3 x 2,5 cm en axila izquierda siendo la exploración mamaria normal. Se realiza PAAF con resultado de inflamación aguda no necrotizante y cultivos microbiológicos negativos. Se solicitan como pruebas complementarias ecografía mamaria y mamografía donde se siguen visualizando adenopatías en axila izquierda y mamas normales. Se completa estudio con TAC cérvico-torácico con hallazgo único de adenopatías axilares izquierdas.

Diagnóstico: Se decide realizar exéresis de las adenopatías patológicas, encontrándose una formación nodular por debajo de vena axilar, de 2,5 x 2 cm y con contenido líquido blanco-amarillento en su interior. El resultado anatomopatológico es de linfadenitis granulomatosa necrotizante, apuntando la tuberculosis como causa más probable. Los cultivos microbiológicos del exudado fueron negativos.

Tratamiento y evolución: Se pauta medicación antituberculosa con isoniazida-pirazinamida-rifampicina-piridoxina, cambiando a los 2 meses a isoniazida-rifampicina-piridoxina. Al tercer mes del tratamiento se detecta alteración de transaminasas por lo que se decide modificar pauta a etambutol-rifampicina cumpliendo así los 9 meses de tratamiento en julio del 2006. La paciente actualmente sigue controles en la unidad de mama.

CP-24. CASO CLÍNICO: TUMOR PHYLLODES GIGANTE DE BAJO GRADO ASOCIADO A SHOCK SÉPTICO

Becerro A, Navarro M, Aizpitarte I, Fernández-Calleja M, Ruiz-Díaz I

Hospital Donostia. San Sebastián. Guipúzcoa

Introducción: Presentación atípica de Phyllodes de bajo grado.

Paciente: Paciente de 48 años sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por bultoma mamario y malestar general.

Dos años antes comienza con leve aumento de la mama

izquierda, no doloroso, que no consultó. Asintomática hasta que 15 días previos al ingreso comienza un crecimiento desmesurado de la mama con afectación de la calidad de vida. Además progresiva sensación distérmica, anorexia, oliguria, dificultad para la bipedestación y taquipnea.

A la exploración presenta un gran bultoma de aproximadamente 30 x 30 cm ocupando toda la mama izquierda, edema, áreas ulceradas-necróticas y gran circulación colateral. Presenta fiebre de 40 °C, taquipnea, taquicardia, deterioro de la función renal, leucocitosis con desviación izquierda, hipopotasemia, hiponatremia acidosis metabólica y alteración de las pruebas de coagulación. En la ecografía se detecta una colección líquida que se drena.

Evolución: A pesar de las medidas evoluciona a shock séptico e ingresa en la UCI. Es tratada con antibióticos y medidas de soporte. Se decide mastectomía urgente debido a la mala respuesta y el deterioro progresivo. El estudio anatómico-patológico informa de tumor phyllodes gigante de bajo grado de 30 x 30 cm con áreas de infarto, abscesificación y ulceración cutánea. En los cultivos se aísla *S. Aureus*. La recuperación es lenta y progresiva hasta que la paciente es dada de alta a los 35 días del ingreso.

A los 8 meses del proceso, se hizo reconstrucción de ambas mamas en sucesivas intervenciones. En la actualidad la paciente se encuentra asintomática siguiendo controles periódicos en la Unidad de Mama.

CP-25. INDICADORES CLÍNICO-ASISTENCIALES DE CÁNCER DE MAMA. EVALUACIÓN DE LA PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD FUNCIONAL

Casamitjana M, Collet I², Macià F¹, Ferrer F¹, Tusquets I, Cots F

Servicio de Evaluación y Epidemiología Clínica. ¹Unidad Funcional de Cáncer de Mama. Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (IMAS). Barcelona

Antecedentes y objetivos: El cáncer de mama es una enfermedad de gran incidencia poblacional, por lo que en la mayoría de hospitales ha aumentado el número de casos atendidos en los últimos años. En los hospitales del IMAS de Barcelona se diagnostican y tratan entorno a 200 mujeres al año, un tercio procedentes del programa poblacional de detección precoz de cáncer de mama. En el año 2003, en el marco del Plan Oncológico del IMAS, se impulsó la creación de la Unidad Funcional de Cáncer de Mama (UFCM) como instrumento de gestión clínica para homogeneizar la asistencia y aumentar su calidad, acompañado de un sistema de información (SISONCO). El objetivo de este estudio es el de evaluar y comparar los indicadores clínico-asistenciales de los cánceres de mama diagnosticados en los dos primeros años de la puesta en marcha de la UFCM.

Material y método: A partir del conocimiento de los recursos humanos, físicos y tecnológicos, así como de la actividad, la población de referencia, la atracción hospitalaria y el análisis del proceso asistencial existente, se definió la nueva UFCM, que tuvo en cuenta las disfunciones y déficits

de la atención del cáncer de mama en nuestros hospitales. Se diseñó el nuevo organigrama funcional incorporando la función de un coordinador, un coordinador adjunto y una gestora de casos, se elaboró una guía clínica y nuevos circuitos que garantizaran una gestión más personalizada que redundara en una mayor calidad asistencial, y se definieron y consensuaron unos indicadores de proceso. La UFCM se puso en marcha en el primer semestre del año 2003.

Resultados: Comparando los indicadores de los años 2003 y 2004, observamos que en este año aumentó ligeramente el número de casos ingresados, que la estancia media en los servicios quirúrgicos implicados varió de 3,5 a 4,4 días en cirugía general y de 8,2 días a 5,3 en ginecología. El número de casos nuevos o incidentes es similar en ambos años (207 y 208 respectivamente). Del total de mujeres con cáncer de mama, en el año 2003 un 61% pertenecían a la zona de referencia, mientras que en el 2004 eran un 64%, aumentando en un 4% (de 79% a 83%) el índice de atracción. La primera consulta por urgencias permaneció estable entre un 8-9%. Los estadios más avanzados (III y IV) disminuyeron en un 4%. Respecto al intervalo de tiempo entre la primera consulta y el tratamiento, la mediana pasó de 41 a 38 días. El intervalo entre el diagnóstico patológico y el primer tratamiento pasó de 29 días a 25 de mediana. El tratamiento quirúrgico conservador aumentó en un 5% (de 64 a 69%).

Discusión: Se constata un mantenimiento en el número de casos anuales, que el cumplimiento de la guía clínica y de los nuevos circuitos ha aportado una mejora global de los indicadores asistenciales, un aumento de las mujeres con cáncer de mama procedentes del área de referencia y una ligera mejora en el tiempo de tratamiento, especialmente en el intervalo diagnóstico-tratamiento, que aún estaría por debajo del objetivo de calidad de la UFCM (30 días para el 90% de las pacientes).

CP-26. PATOLOGÍA MAMARIA EN EL VARÓN

Encinas X, Pérez-Martí X, Fumanal V, Bengoechea MJ, Mayo S, Verge JG

Unidad de Mama. Fundación Hospital Residencia Sant Camil

Introducción: En la glándula mamaria masculina puede desarrollarse la misma patología que en el seno femenino, a excepción de las mastopatías funcionales, que precisan de un equilibrio hormonal para su desarrollo. No se describen diferencias estructurales macroscópicas o microscópicas entre ambos sexos.

Material y método: Presentamos cinco casos clínicos que corresponden a: ginecomastia, swanoma, miofibroblastoma, carcinoma intraductal puro y carcinoma ductal infiltrante. Todos los casos han sido estudiados mediante el diagnóstico por la imagen (mx+eco) asociado a citología y/o histología. En tres casos no se llegó al diagnóstico definitivo hasta la escisión total de la lesión.

Resultados: Se expone la evolución de cada caso y su supervivencia libre de enfermedad.

Conclusiones: La patología mamaria masculina se desarrolla de idéntica forma que la glándula femenina, pero con menor frecuencia. El proceso de más alta incidencia en el varón es la ginecomastia y no siempre precisa tratamiento. En el 60% de los casos no se llega al diagnóstico de forma preoperatoria, existiendo discordancia clínico-radiológica-histológica que obligan a la cirugía.

CP-27. CÁNCER DE MAMA EN GESTANTE 34W

García-Valdecasas C, Navarro I, Fuster F, Pérez Picañol E
Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Introducción: Cáncer de mama en gestante tiene una incidencia de 1/3000. Es aquel que aparece durante la gestación o durante la lactancia en el primer año tras el parto (1).

Caso clínico: Mujer de 38 años gestante 34,5 w. No AP interés. Alergia a augmentine AGO: PARA: 0.0.1.0.

17 de noviembre de 2005: mama gestante, tumoración 60 mm en CSI mama derecha Adenopatía 15 mm axila derecha.

17 de noviembre: ecografía: masa en CVSE MD, heterogéneo, de contornos lobulados de 6 x 3,5 mm altamente sospechoso. Varias adenopatías sospechosas, la mayor de 2 cm.

PAAF: compatible con carcinoma y metástasis.

OD: carcinoma mama localmente avanzado (> 4 cm) en gestante 34,5 W.

Plan terapéutico: a) Terminación gestación; b) qtto. neoadyuvante; c) reserva ovárica; y d) cirugía conservadora/radical según resultado Qtto.

17 de noviembre de 2005: cesárea ósea, FEV1, MIBI, mamografía, RMN, RX tórax, hemograma, mamografía con core biopsia: masa de 6 x 5 cm. AP: carcinoma ductal infiltrante grado Bloom Richardson 3/3, Rc hormonales negativos. Cerb B2 negativo.

2 de diciembre de 2005: LPC en Hospital San Juan de Dios reserva ovárica.

5 de diciembre de 2005: inicia ACC x 4 y T x 4.

3 de mayo de 2006: finalización QTTO.

RMN, MIBI, Mx, EF: remisión completa tumor y adenopatías.

29 de mayo de 2006: tumorectomía mama derecha guiada por Roll (CSE MD) y linfadenectomía D.

AP: mastopatía fibroquística con cambios postquimioterapia. No neoplasia regional.

Vaciamiento ganglionar: no evidencia de M1 (0/15).

6 de julio de 2006: RDT sobre volumen mamario y áreas de drenaje.

Discusión: Histología predominante es ductal invasivo. La mayoría son de alto grado, con invasión linfovascular con Rc hormonales negativos (1). Existe controversia sobre el pronóstico asociado a estas pacientes (2). Los grupos que defienden que el pronóstico no difiere del resto de paces del mismo grupo de edad no embarazadas atribuyen el pero px tradicionalmente asociado al estadio avanzado y tratamiento menos estandarizado (3). En cambio, otros grupos sostienen que existen más probabilidades de morir para estas pacien-

tes debido al estado inmunológico más laxo y cambios en el remodelamiento del microambiente de la matriz extracelular e involución que tiene lugar durante el embarazo, los cuales contribuyen a aumentar la capacidad invasiva y metastásico del cáncer de mama (2,4).

El tratamiento debería ser lo más aproximado posible a los protocolos aplicados en no gestantes (1). El tratamiento quirúrgico durante la gestación es seguro para el feto y actualmente empiezan a plantearse incluso técnicas conservadoras (1,5). En cuanto al tratamiento sistémico la terapia recomendada es FAC (1,2).

Cada paciente requiere una decisión individualizada dependiendo de EG en el momento dx, estadio, preferencias de la paciente y su familia.

Bibliografía

1. Loibl S, Gunter von Minckwitz K, et al. Breast carcinoma during pregnancy. International Recommendation from an Expert Meeting. *Cancer* 2006; 106: 237-46.
2. Hanna L, Frances A, Claire D. Concomitant pregnancy and breast cancer: options for systemic therapy. *Breast Dis* 2005; 23: 95-101.
3. Lambe M, Hsieh C, Trichopoulos D, et al. Transient increase in the risk of breast cancer after living birth. *N Engl J Med* 1994; 331: 5-9.
4. Polyak K. Pregnancy and breast cancer: The other side of the coin. *Cancer cell* 2006; 9 (3): 151-3.
5. Rosenkranz KM, Lucci A. Surgical treatment of pregnancy associated breast cancer. *Breast Dis* 2005; 23: 87-93.

CP-28. EN EL CARCINOMA INTRADUCTAL DE MAMA ¿ESTÁ JUSTIFICADA LA TÉCNICA DEL GANGLIO CENTINELA?

Juncá V, Segura M, Solsona J, Pereira JA, Maristany MT, Ortega M, Corominas JM, Grande L
Servicio de Cirugía General. Unidad de Patología Mamaria. Hospital Universitario del Mar. Barcelona

Introducción: Se ha observado un importante incremento en el número de casos de carcinoma intraductal (CID) debido al cribado poblacional mediante mamografía. La cirugía axilar en estos casos no es necesaria. No obstante, en CID extenso (< 3 cm), con grado nuclear elevado, componentes de comedocarcinoma, puede darse la existencia de microinfiltración y aparición de micrometástasis.

Objetivo: Valorar la utilidad de la aplicación sistemática de la técnica del ganglio centinela (GC) en las pacientes con CID, con factores de riesgo para la existencia de microinfiltración.

Método: Se incluyen en el estudio 58 pacientes diagnosticadas de CID con alto grado celular y/o > 3 cm y/o con componente de comedocarcinoma mediante biopsia con aguja gruesa. Para la detección del GC se realizó una linfogammagrafía prequirúrgica para detectar las áreas de drenaje y la localización anatómica del GC mediante la inyección intraperilesional o subdérmica, según los casos, de 111 mBq de ^{99m}Tc-nanocoloide. El día de la intervención quirúrgica se utilizó una sonda portátil de rayos gamma detectora para guiar al cirujano hasta el GC. Se procedió a la exéresis del

tumor y del GC con estudio histológico intraoperatorio y, posteriormente, se realizó estudio diferido del tumor y de los ganglios mediante técnicas inmunohistoquímicas.

Resultados: La mayoría (54/58) de pacientes presentaron lesiones no palpables. La linfogammagrafía mostró, como mínimo, un GC en todos los casos. En las 58 pacientes se visualizó GC axilar y en 6 se visualizó además en la cadena de la mama interna (10,3%). En el acto quirúrgico se extirparon los GC axilares así como los GC mamaria interna en todos los casos. En el estudio anatomopatológico diferido, 12 pacientes mostraron microinfiltración, representando un 20,68% (12/58), siendo negativo el estudio ganglionar en todos los casos.

Conclusiones: El 20,68% de los CID con factores de riesgo presentaron microinfiltración. Pese a no aparecer afectación metastásica ganglionar en ninguno de nuestros pacientes, la realización sistemática del estudio del GC en pacientes con CID con factores de riesgo nos parece útil ya que existe un porcentaje no despreciable de estas pacientes que muestran microinfiltración y pueden beneficiarse de la técnica evitando una segunda intervención o la linfadenectomía axilar innecesaria.

CP-29. ¿QUÉ PIENSAN LAS MUJERES CON CÁNCER DE MAMA?

Cano C, Juan-Torres M

Unidad de Mama de la Fundación Espíritu Santo

Sin duda hoy en día los estudios para el tratamiento clínico del cáncer de mama está avanzando a unos pasos gigantes. Se ofrecen todo tipo de pruebas para el diagnóstico precoz. Se ofrece todo tipo de intervenciones para una cirugía conservadora.

Se ofrecen unos tratamientos postoperatorios para garantizar el mínimo de recidivas y el máximo de supervivencia.

Pero sin embargo las preguntas en la mujer afectada del cáncer de mama aun son muy lejanas y difíciles de responder.

Este póster no es un estudio ni estadístico, ni científico y sólo quiere reflejar lo que piensan las mujeres y lo que dicen en nuestra consulta de enfermería.

CP-30. EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA DE GANGLIO CENTINELA EN EL CÁNCER DE MAMA: NUESTRA EXPERIENCIA

Nogueiras R, Regueiro P, Lleberia J, Medina A, Florensa R
Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell. Barcelona

Introducción: La afectación ganglionar axilar es el mejor predictor de supervivencia en pacientes con cáncer de mama y la linfadenectomía axilar ha sido el tratamiento estándar para valorar el pronóstico de estas pacientes.

La biopsia de ganglio centinela surge como una técnica igualmente eficaz a la linfadenectomía en la detección de la afectación ganglionar, evitando las complicaciones de la misma.

Objetivo: Evaluar nuestra experiencia en la técnica de ganglio centinela en pacientes afectas de cáncer de mama infiltrante.

Método: Análisis descriptivo retrospectivo de 82 casos de pacientes afectas de carcinoma infiltrante de mama a las que se practica biopsia selectiva del ganglio centinela entre enero de 2005 y marzo de 2006.

Resultados: El tipo histológico más frecuentemente fue el carcinoma ductal infiltrante (89,02%), seguido del carcinoma lobulillar infiltrante (9,75%).

En el 19,5% el tamaño tumoral estaba entre 21 y 30 mm (T2), en el 43,9% entre 11 y 20 mm (T1c), en el 26,8% estaba entre 6 y 10 mm (T1b), y en el 6,09% era menor o igual a 5 mm (T1a). Del total de 82 casos estudiados, la biopsia peroperatoria del ganglio, fue negativa en el 73,1% (60 n) y positiva, en el 26,9% (22 n). Entre las pacientes con biopsia peroperatoria negativa hubieron 4 casos en los que la biopsia definitiva informaba de la presencia de células tumorales aisladas y 8 casos de micrometástasis ganglionar.

No hubo ningún caso de tumor inferior a 10 mm con afectación de ganglios axilares. De las pacientes sin afectación ganglionar, el 50% tenían tamaños tumorales entre 11 y 20 mm.

Conclusiones: La técnica del ganglio centinela parece que es eficaz para la detección de afectación axilar ganglionar en pacientes con carcinoma de mama infiltrante con tamaños tumorales inferiores a 30 mm.

Parece que la probabilidad de afectación ganglionar axilar es baja en pacientes con tamaños tumorales inferiores a 10 mm. A pesar de que el tamaño muestral de nuestra revisión es limitado, estos datos concuerdan con los que aparecen en la literatura.

CP-31. APLICACIÓN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN CÁNCER DE MAMA

Devesa N, Suárez-Pumariega P, Scozzari E

Servicio de Ginecología. Hospital de Figueres, Gerona

Introducción: Desde la introducción de la enfermera prequirúrgica en la Unidad de Patología Mamaria, para la estrategia en la terapéutica del cáncer de mama, en la comarca del Alt. Empordá durante el corriente año, se han tratado más de 45 pacientes que fueron entrenadas para su programa terapéutico. Con los resultados obtenidos hemos identificado pacientes con escaso riesgo de complicación para el ingreso ambulatorio quirúrgico. En dos pacientes:

—Paciente 1: 45 años. Carcinoma de mama estadio I. Plan terapéutico: cuadrantectomía supero-externa de la mama derecha más ganglio centinela. El resultado del mismo fue positivo y debimos realizar linfadenectomía homolateral.

—Paciente 2: 54 años. Carcinoma de mama estadio I. Plan terapéutico: cuadrantectomía supero-externa de la mama izquierda. Con ganglio centinela negativo más cuadrantectomía marcada con arpón por lesión sospechosa.

A la paciente 1 se le realizó marcado con isolfán el día previo y ambas pacientes fueron ingresadas a la mañana siguiente. Las intervenciones no presentaron complicaciones, la satisfacción de las pacientes ha sido óptima. Las pacientes

fueron dadas de alta con drenaje aspirativo cerrado entre 4 y 6 horas postoperatorias respetando circuito de CMA, citándolas al día siguiente para el control.

Conclusiones:

1. Recomendamos para todas las Unidades de Patología Mamaria la introducción de la enfermera prequirúrgica.

2. La programación en CMA de pacientes de riesgo bajo nos alienta a continuar con esta metodología, colaborando en el control de los costes hospitalarios.

CP-32. LA EXIGENCIA DE CUMPLIR CON LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS EN LOS PROTOCOLOS DE CÁNCER DE MAMA NUMEROSAS VECES NOS OCASIONA BURNT-OUT

Devesa N, Suárez-Pumariega P, Scozzari E

Servicio de Ginecología. Hospital de Figueres, Gerona

Introducción: En la actualidad a los equipos sanitarios se nos exige cumplir contra reloj el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, numerosas veces desconociendo los circuitos que a cada hospital nos compete. En la Unidad de Patología Mamaria del Hospital de Figueres, se tratan 60 cánceres de mama por año. La decisión de cada uno de los tratamientos es consensuada en un Comité Multidisciplinario compuesto por ginecólogo, radioterapeuta, oncólogo, patólogo, radiólogo, enfermera, cirujano plástico, medicina nuclear. Una vez establecido el tipo de terapéutica se coordina con los diferentes equipos, es decir: resonancia magnética nuclear, para el diagnóstico de extensión, y unificar luego 5 equipos (anestesia, patólogo, radiólogo, radioisotopista, ginecólogo) para el acto quirúrgico siempre y cuando el quirófano esté disponible, para llegar al tiempo establecido. Esto es lo que genera un estrés adicional y que muchas veces nos ocasiona el famoso *burnt-out*. A modo de reflexión: en toda jornada y/o congreso se nos pondera por acciones de investigación o innovadoras desde lo científico, pero es muy raro que se nos valore por nuestra capacidad asistencial.

CP-33. INCISIÓN SUBMAMARIA COMO ACCESO QUIRÚRGICO ALTERNATIVO PARA ALGUNOS CASOS DE TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA E IDENTIFICACIÓN DE GANGLIO CENTINELA

Devesa N, Suárez-Pumariega P, Scozzari E

Servicio de Ginecología. Hospital de Figueres, Gerona

Desde de la creación de la Unidad de Patología Mamaria en 2003 en el Hospital de Figueres de la Comarca del Alt Empordá en Girona se han propuesto alternativas para el tratamiento quirúrgico en el cáncer de mama. Con un total de 162 cánceres de mama en 9 pacientes (14%) se ha accedido a través de incisión submamaria a tumores de mama localizados indistintamente en cualquiera de los 4 cuadrantes, ya sean marcados con arpón o con la técnica de roller. Desde el mismo sitio fuimos

en búsqueda del ganglio centinela siempre y cuando hubiese marcado en axila, no obteniendo falsos negativos. En un caso de GC positivo realizamos vaciamiento axilar ayudados con un separador de Thompson con propia iluminación, respetando los vasos subescapulares, nervios del serrato mayor y dorsal ancho. En la actualidad las pacientes no presentan linfedema con un resultado estético excelente.

Conclusiones: Recomendamos utilizar este tipo de técnica. Otorga un gran campo operatorio abordando los tumores de mama en cualquier cuadrante siempre despegando el platillo posterior y obteniendo un gran acceso al hueco axilar. No modifica el tiempo operatorio, brinda un excelente resultado estético y una imagen corporal muy satisfactoria para el paciente.

CP-34. NUEVA TÉCNICA EN VACIAMIENTO AXILAR EN CÁNCER DE MAMA. INCISIÓN ÚNICA CON PUENTE CÉLULO-ADIPOSO ENTRE CUADRANTECTOMÍA Y HUECO AXILAR

Devesa N, Suárez-Pumariega P, Scozzari E, Yáñez L
Servicio de Ginecología. Hospital de Figueres, Girona

Durante el año 2005/06 en la Unidad de Mama de nuestro hospital, sobre un total de 71 pacientes con cáncer de mama, se realizaron 4 tumorectomías con linfadenectomía a través de una incisión única arciforme entre las 9 y 12 horarias. En todos los casos se realizó ganglio centinela cuyo resultado anatomopatológico resultó positivo por lo que se completó el tratamiento con el vaciamiento axilar. El tumor se localizaba en el cuadrante supero-externo y su diámetro era inferior a 2 cm.

La linfadenectomía se efectuó identificando los límites de la axila y la vena axilar. Siempre fue posible respetar los nervios del serrato mayor, dorsal ancho y accesorio del braquial cutáneo interno. El acceso a los niveles I y II no ofreció dificultades. El número de ganglios obtenidos fue de 15 + 2. Todas las pacientes evolucionaron favorablemente. Se preservó un puente célula-adiposo irrigado por una colateral de la arteria mamaria interna, lo que permite tejido de sostén al hueco axilar sin la apreciación estética de vacío en dicho hueco.

La incisión única en el tratamiento conservador del cáncer de mama con puente célula-adiposo en el hueco axilar nos permitió mejores resultados estéticos y reducir el tiempo operatorio en unos 30 minutos. Además, las pacientes presentaron menos dificultad en la movilización precoz del brazo y la estancia hospitalaria disminuyó en unas 36 horas. Hasta el momento actual no hay casos de linfedema.

CP-35. DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS MAMARIO

Álvarez V, Peñalva G, Astor J, Vizcaya S, Esquius J, Ojeda F
Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital General de Granollers, Barcelona

Introducción: Se presenta un caso de dermatofibrosarcoma protuberans a nivel mamario. Es un tipo de tumor cutáneo de malignidad intermedia representando el 0,1% de todos los tumores malignos.

Caso clínico: Paciente de 28 años de edad que acude a nuestro centro en mayo de 2005 por lesión a nivel de cuadrante superoexterno-axila en mama izquierda.

TPAL 0000; TM 16,5/28-30. No hábitos tóxicos. No antecedentes de interés. No alergias medicamentosas conocidas. No tratamientos hormonales. No antecedentes familiares de interés.

Exploración física: Lesión palpable de 3 cm de diámetro máximo, de consistencia dura y adherida a piel en mama izquierda. Mama derecha: normal. Adenopatías axilares: negativas.

Exploraciones complementarias:

Mamografía bilateral (5/05/05): lesión del tejido celular subcutáneo de 3 cm con prolongación axilar compatible con hemangioma.

RMN (17/05/06): lesión ovalada, subcutánea con prolongación axilar izquierda, cuadrante superoexterno, de características inespecíficas, pero podría estar en concordancia con la sospecha diagnóstica de hemangioma.

PAAF (31/05/05): negativo para células malignas.

Ecografía (9/11/05): hallazgos compatibles con hemangioma cavernoso subcutáneo de 35 mm de diámetro, con cápsula bien definida y localizado en cuadrante superoexterno mama izquierda.

Se decide el seguimiento de la paciente, pero debido a su crecimiento progresivo se decide su exéresis quirúrgica el 15/02/06.

Resultado AP: dermatofibrosarcoma protuberans, con afectación de los márgenes quirúrgicos.

30/05/06: Se realiza cirugía micrográfica de Mohs, realizando 3 estadios y 18 cortes siendo el último negativo.

Discusión: Es un tumor de baja incidencia, de 0,8 a 5 casos por millón, siendo su mayor aparición entre los 20 a 50 años y con predilección en sexo masculino. Su etiología es desconocida, pero parece originarse de células mesenquimales indiferenciadas, considerando el traumatismo cutáneo previo como factor desencadenante en un 20% de los casos. La manifestación clínica inicial, corresponde a una placa esclerodiforme de coloración nacarada o violácea, con crecimiento lento superficial durante años, pudiendo dar lesiones hasta 20 cm de diámetro máximo, de curso asintomático. Posteriormente una segunda fase, sintomática, de crecimiento rápido en profundidad, caracterizada por la forma multilobulada de la lesión, el dolor, las parestesias e incluso la ulceración. Localización más frecuente en tronco (50-60%); extremidades superiores y cabeza. Presenta un alto porcentaje de recidiva local (60%) y, bajo de metástasis a distancia (4%), por lo tanto no se hace estudio de extensión de forma sistemática, a no ser que la enfermedad esté muy avanzada. La recidiva disminuye notablemente, a un 2,5%, al realizar una excisión con márgenes libres de enfermedad de 3 a 5 cm, que se consigue gracias a la microcirugía de Mohs. No existe respuesta a la quimioterapia y la radioterapia se utiliza de forma coadyuvante después de la cirugía, cuando hayan quedado márgenes afectados de enfermedad y también en caso de márgenes libres. Es dudosa su utilidad en casos en que la cirugía no sea posible por estar avanzada la enfermedad, ya sea localmente como a distancia. En estos casos se puede considerar el tratamiento con imatinib.

CP-36. RECIDIVA CARCINOMA ADENOESCAMOSO DE LA MAMA

Carabias P, Kanjou N, Bordés M, Tresserra F¹, Fábregas R
Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción. ¹Servicio de Anatomía Patológica. Institut Universitari Dexeus. Barcelona

Introducción: El carcinoma con diferenciación escamosa o adenoescamoso de la mama es una entidad poco frecuente y consiste en la sustitución parcial o total del epitelio de revestimiento de los conductos tumorales por epitelio plano estratificado con o sin queratinización.

Caso clínico: Paciente de 53 años de edad con antecedentes de dos cesáreas y un aborto. Intervenida de histerectomía total simple y tumorectomía neoplásica en mama izquierda. Consulta para revisión al año de haberle diagnosticado una neoplasia mamaria izquierda tratada mediante tumorectomía y técnica de ganglio centinela con resultado histopatológico de carcinoma metaplásico (adenoescamoso) de bajo grado con márgenes de resección libres de lesión y ausencia de metástasis en 3 ganglios linfáticos. Uno de ellos correspondía a un ganglio centinela axilar y los otros dos a ganglios de la cadena mamaria interna. Se estadió como pT1c (2 cm) pN0 (i-)gc M0. Los receptores hormonales y el Her2/neu fueron negativos. Posteriormente realizó radioterapia y quimioterapia.

En la exploración clínica se aprecia una zona engrosada de 2 cm, subdérmica y eritematosa en el extremo externo de la cicatriz de mama izquierda.

En la mamografía se observa un nódulo sospechoso a nivel del lecho quirúrgico en cuadrante supero-externo de mama izquierda, aunque podría corresponder a secuelas del tratamiento conservador.

La impresión diagnóstica ecotomográfica es de sero-granuloma de 1,7 cm a nivel del extremo inferior de cicatriz. Se practica punción y el estudio citológico es de sospecha de malignidad. Se practica biopsia de la lesión y el diagnóstico peroperatorio fue de carcinoma infiltrante. Se precede a realizar mastectomía radical izquierda y el resultado histopatológico fue de carcinoma con diferenciación escamosa de 1,7 cm. No se observaron metástasis en 11 ganglios linfáticos extirpados. Los receptores hormonales y el Her2/neu fueron negativos y se trató a la paciente con quimioterapia.

Discusión: El carcinoma escamoso puro de la glándula mamaria es excepcional y generalmente deriva de la piel que reviste la glándula o de quistes de inclusión epidérmica que en ella se pueden encontrar. En el caso del carcinoma adenoescamoso, el epitelio plano estratificado con o sin queratinización debe su origen a una metaplasia del propio epitelio ductal. Son tumores con una baja incidencia de metástasis y su tasa de recidiva es similar a la del carcinoma ductal infiltrante convencional y esta en función de estado de los márgenes.

CP-37. LESIONES PAPILARES MAMARIAS. DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN Y RENTABILIDAD DE LA BIOPSIA PERCUTÁNEA

García-Ortega MJ, Álvarez-Benito M, Santos AL, Raya JL
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Objetivos: Valorar los hallazgos radiológicos de las lesiones papilares mamarias, así como la rentabilidad de la biopsia percutánea en su diagnóstico y posterior manejo de los pacientes.

Método: Estudiamos retrospectivamente 55 lesiones papilares (44 pacientes) con edades comprendidas entre los 28 y los 87 años, diagnosticadas con biopsia percutánea con aguja gruesa en nuestro centro durante los años 1994-2005. Revisamos los hallazgos mamográficos, ecográficos y su presentación clínica. Presentamos el resultado de la biopsia percutánea y su correlación con la biopsia quirúrgica (44 casos), así como el posterior seguimiento clínico-radiológico (42 casos).

Resultados: La presentación mamográfica más frecuente fue la existencia de nódulos, únicos o múltiples, sólidos o mixtos en ecografía, asociándose los bordes indistintos a malignidad. El resultado de la biopsia percutánea fue: lesión papilar benigna en 32 casos, lesión papilar con atipia en 9 casos, lesión papilar maligna en 14 casos.

Los índices diagnósticos de la biopsia percutánea con la cirugía obtenidos con los 44 casos fueron: sensibilidad 63%, especificidad 100%, VPP 100% y VPN 73%. La tasa de infraestimación fue de 25%.

Se demostró aumento o aparición de nuevas lesiones en 4 pacientes.

Conclusiones: La evidencia en mujeres postmenopáusicas con nódulos múltiples, sólidos o mixtos en ecografía, permite sospechar el diagnóstico de lesión papilar mamaria. El resultado de la biopsia percutánea nos permite planificar el tratamiento, aunque es frecuente la infraestimación de los resultados en este tipo de lesiones, siendo necesario plantear la escisión quirúrgica en la mayoría de los casos.

CP-38. DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA DE MAMA POR PET EN EL CURSO CLÍNICO DE NEOPLASIA DE OVARIO

Algara M, Pericay C^{1,2}, Rodríguez N, López A², Membrive I, Sanz X

H. de la Esperanza-IMAS. Barcelona. ¹CS Parc Taulí. Sabadell. ²H. S. Bernabé. Berga. Barcelona

Presentamos un caso clínico de neoplasia de mama diagnosticado por PET en el curso de una neoplasia de ovario.

Paciente de 73 años de edad con antecedentes de apendicectomía en la juventud, histerectomía y anexectomía en 1995, e hipertensión arterial en tratamiento médico.

En 2003 refiere aparición de adenopatías inguinales derechas asintomáticas y aumento del perímetro abdominal. La exploración constata las adenopatías inguinales y ascitis. La paciente fue diagnosticada de adenocarcinoma de ovario. El 14-7-03 inició quimioterapia con CDDP+Taxol, después de 3 ciclos se valora con TC como respuesta completa y se realizó cirugía radical que demostró la respuesta completa. Se realizaron 4 ciclos de quimioterapia adyuvante, el último en octubre de 2004. La paciente permanece libre de enfermedad hasta junio de 2005, en que se detecta aumento del Ca 12,5 y por PET se detectan hipercaptaciones del radiotrazo-

dor en región retroperitoneal, inguinal e iliaca derechas y dudosa hipercaptación en mama izquierda. Se valora como recidiva abdominal de su neoplasia de ovario y vuelve a recibir quimioterapia con Carboplatino+Taxol durante 6 ciclos. La PET de revaloración demuestra desaparición de las captaciones abdominales pero se confirma la captación en mama izquierda. La mamografía fue sospechosa y el 18/4/06 se realizó tumorectomía y linfadenectomía. El resultado histológico fue de carcinoma ductal infiltrante de 12 mm, GIII, márgenes a 5 mm de la lesión, 0/17 ganglios afectados, receptores estrogénicos positivos (90% histocore de 270) y de progesterona positivos (95% histocore 285) hormonales positivos y Her-2 positivo. Inicia tratamiento con inhibidores de la aromatasa e inicia irradiación sobre mama izquierda con la técnica habitual.

La asociación de neoplasia de ovario y neoplasia de mama está descrita en la literatura. Sin embargo, no es tan frecuente el diagnóstico de neoplasia de mama durante la quimioterapia de la neoplasia de ovario. En el presente caso el diagnóstico de neoplasia de mama fue sospechado por la PET realizada para valoración del aumento del marcador de la neoplasia de ovario y confirmado en la mamografía. Ha sido descrita por Korn y cols. el diagnóstico de neoplasia de mama por PET en el curso clínico de diversas neoplasias. En la revisión realizada por estos autores, de 1.339 PETS, descubrieron seis hipercaptaciones en mama de las que 5 fueron neoplasias y una un fibroadenoma que representan el 1,1% de todas las mujeres a las que se les realizó la PET sin tener antecedentes de neoplasia de mama. Su conclusión es que las hipercaptaciones no sospechadas en mama tienen una alta probabilidad de tratarse de una neoplasia.

La incorporación de la PET en la rutina clínica oncológica favorecerá el diagnóstico de segundas neoplasias.

CP-39. EVOLUCIÓN DE LAS INDICACIONES DE RADIOTERAPIA EN LA NEOPLASIA DE MAMA

Algara M¹, Rodríguez N, Foro P, Reig A, Lozano J, Sanz X
Hospital de la Esperanza-IMAS. ¹Universidad Pompeu-Fabra. Barcelona

Introducción: La radioterapia junto a la cirugía, hormonoterapia y quimioterapia son los pilares fundamentales en el tratamiento de la neoplasia de mama. Cualquier innovación que se produce en una terapéutica, repercute en el resto.

En la última década hemos asistido a la implantación general de los programas de cribado y por tanto hemos vivido un aumento de la incidencia de neoplasia de mama y del tratamiento conservador. Los tratamientos sistémicos han variado y han producido cambios en la utilización de la radioterapia. Por todo ello nos propusimos analizar los cambios en la indicación de radioterapia en la neoplasia de mama.

Material y método: Nuestro servicio, desde 1990 recoge prospectivamente todas las características de los tratamientos realizados. Desde enero de 1990 hemos tratado 4.545 casos de neoplasia de mama. Durante el periodo de 1990 a 1997 disponíamos únicamente de una unidad de Cobalto, que dependiendo de las necesidades funcionaba durante 7 o 14 horas. Durante el año 1998 se procedió a las obras de remodelación y desde 1999 disponemos de dos aceleradores lineales y la unidad de cobalto.

Se analizan las incidencias de irradiación de tratamiento conservador (neoplasia infiltrante e intraductal), tras mastectomía, paliativa, paliativa local y otros.

Resultados: En la tabla I se describen en porcentajes las diferentes indicaciones de irradiación en la neoplasia de mama.

Conclusiones: Se confirma el aumento de la incidencia de mama y del tratamiento conservador. Se aprecia también un aumento destacable de la irradiación de la neoplasia intraductal, una disminución de la irradiación tras mastectomía y una disminución de los tratamientos paliativos debido al aumento de la utilización de los tratamientos sistémicos.

CP-40. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA MAMOGRAFÍA CONVENCIONAL CON LA MAMOGRAFÍA DIGITAL EN UN PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL

Royo J, Martínez-Orfila J, Javier C, Maristany MT, Ferrer F
IDIMAS. Hospital de la Esperanza. Barcelona

Introducción: Durante los últimos 10 años el Programa de Prevención del Cáncer de Mama realizado por el Institut Municipal de Asistencia Sanitaria (IMAS) fue realizado en cuatro distritos de la ciudad de Barcelona. En 2003 durante 7 meses se utilizó la mamografía digital indirecta en el cribado de dos distritos, y desde octubre de 2004 se está utilizando la mamografía digital directa en todos los distritos.

Tabla I

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Casos (n)	114	58	104	75	157	250	250	119	427	530	580	539	458	437	447	4.545
Casos (%)	21,6	20,1	24,8	23,8	21,0	27,1	24,5	33,4	33,0	31,6	33,2	30,6	29,1	28,2	30,0	29,0
Conservador	14,0	25,9	28,8	40,0	35,7	40,0	56,8	58,0	52,0	62,5	56,9	63,8	64,4	59,3	61,3	55,3
Intraductal	0,0	0,0	1,0	1,3	2,5	3,2	4,0	5,0	5,4	4,0	4,8	4,3	6,1	4,1	7,4	4,5
Mastectomía	21,1	31,0	26,0	28,0	20,4	27,6	20,8	21,8	19,0	17,0	18,8	17,1	11,4	13,7	10,3	17,6
Paliativo	50,9	34,5	33,7	21,3	34,4	24,8	14,0	10,9	17,3	11,3	15,3	10,8	12,9	16,2	16,1	17,1
Pal local	11,4	5,2	8,7	8,0	5,1	2,4	3,6	4,2	5,4	4,5	3,3	3,0	4,4	5,9	4,3	4,5
Otros	2,6	3,4	1,9	1,3	1,9	2,0	0,8	0,0	0,9	0,8	0,9	1,1	0,9	0,7	0,7	1,0

Objetivo: Comparar las distintas formas de leer la mamografía: digital (en monitor y en negatoscopio) y convencional en negatoscopio.

Material y método: La comparación se efectuó entre las mamografías digitales directas, leídas en monitores planos de 29 pulgadas de 5 megapíxeles de resolución, las mamografías realizadas con el mamógrafo digital directo e impresas en placa y leídas en negatoscopio, las mamografías digitales indirectas y leídas en negatoscopio y con las mamografías convencionales leídas en negatoscopio.

El número de mamografías analizadas es de 11.695 en un periodo de tiempo de 7 meses.

Los indicadores que se han comparado son: la reconvocatoria, las proyecciones adicionales, las ecografías, los controles avanzados, las PAAF y BAG, las biopsias quirúrgicas y los cánceres diagnosticados.

Resultados: Los indicadores van disminuyendo a medida que va cambiando la técnica y el tipo de lectura mamográfica con una *p* significativa en reconvocatorias, número de ecografías, controles avanzados y número de PAAF. El número de cánceres diagnosticados con las técnicas digitales es discretamente inferior, aunque no es valorable debido al tamaño de la muestra estudiada y al periodo de tiempo.

CP-41. CARACTERIZACIÓN GENÉTICA DE TRES CARCINOMAS DE MAMA MÚLTIPLE MEDIANTE LA TÉCNICA DE CGH (HIBRIDACIÓN GENÓMICA COMPARADA) Y CGH ARRAY

Carracedo A, Segura M, Corzo C, Salido M, Grande L, Solé F
Fundación IMIM. Laboratorio de Citogenética y Biología Molecular. Hospital del Mar. Barcelona

Antecedentes: La diferencia entre micrometástasis intramamaria –suceso relativamente frecuente– y múltiples tumores primarios independientes –suceso poco frecuente– ha sido una distinción difícil de establecer. Tradicionalmente se ha llevado a cabo mediante la localización de los distintos focos de carcinomas, y teniendo en cuenta sus diferencias histológicas e inmunohistoquímicas, así como la presencia de carcinoma intraductal adyacente. Varias alteraciones citogenéticas han sido descritas en pacientes con presencia de micrometástasis interna, como deleciones en el brazo largo del cromosoma 15 (15q-) y ganancias del brazo largo del cromosoma 1 (+1q), mientras que ganancias en cromosoma 8 se han encontrado en pacientes con múltiples tumores primarios. No obstante ninguna de estas alteraciones ha sido relacionada directamente con alguno de estos dos sucesos. En los últimos años han surgido técnicas de citogenética molecular, como la Hibridación Genómica Comparada (CGH), que permite determinar ganancias y pérdidas de material genético, y recientemente, una variante de esta, la denominada técnica de la CGH array, que presenta una mayor resolución (1 Mb vs. 10 Mb).

Objetivos: Caracterizar mediante la técnica de la CGH convencional y CGH array tres muestras de carcinoma de mama múltiple para determinar su posible origen clonal.

Pacientes y método: En total se analizaron tres casos de carcinoma de mama múltiple (A, B y C). Uno de ellos (A) con dos focos de carcinoma y los otros dos (B y C) con tres focos. Todos los focos analizados (2 de cada caso) eran histológicamente equivalentes. La técnica de CGH convencional se aplicó en todos los casos, y en uno de ellos se aplicó la técnica de CGH array con el chip Spectral 2600 (Spectral Genomics) –se espera en un futuro próximo aplicar esta última técnica al resto de los casos–. En un caso se realizó la técnica de hibridación *in situ* fluorescente (FISH) utilizando una sonda no comercial para la región 1q42.2 (BAC RP-98MS).

Resultados: La técnica de la CGH convencional reveló: a) Caso A: foco 1 – ganancia 1q. Foco 2 – ganancia 1q; b) caso B: ganancia 8q y #5. Foco 2: ganancia 1q31,1-q32,2 / 5q21 / 8q / 12p12 / 12q14-q32,3 / 14q13-q24 / 17q / Pérdida de Bp22-p21; caso c) Foco a – ganancia de 1q / 8q24,1q24,3. Foco 2: ganancia de 8q / 11q23 / 14q24,2-24,3 / 17q22.

La CGH array aplicada al caso A, corroboró la ganancia de 1q12-44qter en un foco, y ganancias que implicaban a segmentos localizados dentro de la región 1q12-44qter en el segundo foco. Esta técnica también mostró otras pequeñas alteraciones no detectadas mediante la CGH convencional. Mediante FISH, utilizando un BAC de la región 1q42,2, se confirmó que ambos focos presentaban ganancia de dicha región (más de 3 copias por célula).

Conclusiones: La mayor resolución de la CGH array (resolución 1 Mb) permite detectar alteraciones que pasan desapercibidas con la CGH convencional (resolución 10 Mb). En análisis genético mediante la técnica de la CGH convencional y en mayor medida por la CGH array, puede alucidar las relaciones entre los diferentes focos de un carcinoma múltiple y servir como una importante herramienta clínica. Dependiendo de si los focos analizados, de un mismo caso, presentan marcadores comunes entre los dos focos analizados de los casos A y B, así como la presencia de marcadores genéticos similares, sugiere el mismo origen; si bien en el caso B se observa una evolución clonal en uno de los focos. En el caso C, la presencia de marcadores genéticos diferentes podría indicar diversos orígenes. Es necesario ampliar la serie y completar el estudio mediante CGH array para obtener resultados concluyentes.

CP-42. ADENOMIOEPITELIOMA DE MAMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Janer J, Cristóbal E, Ribas J, Ayuso V, Molina C, López D
Fundación Hospital del Espíritu Santo

Introducción: El adenomioepitelioma de mama es una rara lesión neoplásica, generalmente benigna caracterizada por proliferación mioepitelial. Puede asociarse a una proliferación adenósica pseudoinfiltrativa, que puede recidivar en caso de extirpación incompleta.

Su aspecto macroscópico y sus rasgos microscópicos dejan entrever un comportamiento benigno, pero radiológicamente puede plantear sospechas diagnósticas de malignidad.

Algunos autores, por el limitado número de casos aportados

por la literatura, lo consideran un tumor de bajo grado de malignidad, siendo raras las metástasis linfáticas y sistémicas.

Método: Paciente del programa de "cribaje" que en la mamografía se aprecia nódulo de 1 cm en UCint de mama izquierda que era sólido por ecografía y de aspecto benigno con crecimiento desde el último control.

Se realiza PAAF compatible con adenomioepitelioma.

Se procede a tumorectomía marcada con arpón, al ser lesión no palpable, y se confirma el diagnóstico.

Resultados: El adenomioepitelioma de mama es una rara lesión neoplásica, generalmente benigna, caracterizada por proliferación mioepitelial. Puede asociarse a una proliferación adenósica pseudoinfiltrativa, que puede recidivar en caso de extirpación incompleta.

Su aspecto macroscópico y sus rasgos microscópicos dejan entrever un comportamiento benigno, pero radiológicamente puede plantear sospechas diagnósticas de malignidad.

Algunos autores, por el limitado número de casos aportados por la literatura, lo consideran un tumor de bajo grado de malignidad, siendo raras las metástasis linfáticas y sistémicas.

Conclusiones: La mayoría de adenomioepiteliomas son tumores benignos que pueden ser tratados con resección local. La recidiva local aparece normalmente pasados más de 2 años desde la resección inicial. En 2 casos se dieron dos y tres episodios de recurrencia respectivamente que pueden ser atribuidos a una resección incompleta. El carácter multinodular de la lesión y extensión intraductal periférica en uno de los pacientes fueron los factores que probablemente contribuyeron. No existe evidencia de que la atipia citológica o las proporciones de las células aisladas y poligonales mioepiteliales tengan un riesgo relativo para la recurrencia local. El carcinoma puede ser detectado como una lesión aislada coincidente o subsecuente a la resección de un adenomioepitelioma.

CP-43. HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS TRAS INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Costa C, Morgado E, Sánchez ML, Sanfacundo D, Cruz F, Díaz P

Complejo Hospitalario de Cáceres

Introducción: La cirugía de mama tras el diagnóstico de cáncer supone para la mujer un futuro incierto.

En este periodo las mujeres se sienten deprimidas y tristes por la ansiedad y el miedo, y en algunos casos no saben cómo afrontar el problema al no poder hablar con nadie.

Objetivo: Humanizar los cuidados tras la intervención quirúrgica y ofrecer información del proceso y de los recursos.

Método: Modelo de Dorotea Orem.

Descripción del tema: Iniciamos la humanización de los cuidados averiguando cuánto saben sobre su diagnóstico y cómo se están enfrentando a su problema, de qué recursos disponen y qué necesidades necesitan que sean cubiertas. Así mismo, cómo afronta el núcleo familiar el proceso.

Ampliamos sus conocimientos paliando sus dudas, miedos y angustias, que en algunas ocasiones es con la enfermera con la primera que hablan del problema por la falta de comunicación con la familia.

Resultados: Hemos conseguido que aumente la comunica-

ción y confianza con la enfermera, aliviándole la carga emocional y psicológica, proporcionando el apoyo necesario, ofreciéndole los recursos necesarios y que puedan seguir si lo necesitan con un tratamiento psicológico por parte de un especialista.

Conclusiones: Reafirmamos que unos cuidados de calidad deben ser integrales, detectando las necesidades tanto físicas como psicológicas. Una buena salud psicológica hace que la recuperación de la paciente sea más corta y se hable de la enfermedad y la paciente pueda expresar sus miedos y dudas con respecto a los tratamientos posteriores y su entorno tanto familiar como socio-laboral.

Con respecto a la enfermera, hemos observado que la empatía y la humanización de estos cuidados hacen que se establezca una buena comunicación con la paciente.

CP-44. CARCINOMA PAPILAR DE MAMA. UTILIDAD DEL P63 Y CALPONINA PARA EVALUAR LA INFILTRACIÓN

Córdoba A, Arrechea MA, Ederria M¹, Miranda C², Martínez-Peñuela JM

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Navarra. ¹Instituto de Salud Pública de Navarra. ²Servicio de Cirugía General. Hospital de Navarra

Introducción: Los carcinomas papilares de crecimiento intraquistico, sin o con infiltración, son poco frecuentes. Representan entre el 1 y 2% de los carcinomas de mama. La distinción entre carcinoma papilar intraquistico de mama y el carcinoma papilar invasor resulta difícil debido a la reacción estromal que acompaña a estas lesiones. Hemos reunido 11 casos diagnosticados en los tres últimos años, y hemos utilizado el estudio inmunohistoquímico de P63 y calponina para diferenciar las lesiones malignas, *in situ* o intraquistica y benignas.

Material y método: Se estudian 9 carcinomas papilares (5 carcinomas invasores y 4 intraquisticos) y 2 papilomas con hiperplasia ductal atípica. Se presentan en mujeres entre 56 y 93 años (media de 73 años). El tamaño del tumor oscila entre 1 cm y 5 cm (media de 2 cm). Todos los carcinomas papilares presentan receptores hormonales positivos y no muestran sobreexpresión de ERBb2. En 2 casos de carcinoma papilar infiltrante los ganglios axilares mostraron metástasis.

Resultados: La distinción entre la forma intraquistica y la forma infiltrante del carcinoma papilar se basa en la presencia o no de células mioepiteliales que se ponen de manifiesto mediante la tinción de P63 y calponina. Utilizando este marcaje hemos descartado la infiltración en 2 (40% de los casos de carcinoma papilar intraquistico) y hemos podido identificar la microinfiltración en 1 caso.

Comentario: Los carcinomas papilares son poco frecuentes y plantean el problema del diagnóstico diferencial entre las lesiones benignas como el papiloma, el carcinoma papilar intraquistico (forma *in situ*) y la forma infiltrante o carcinoma papilar infiltrante. La peculiaridad del crecimiento intraquistico produce reacción del estroma periquístico, áreas de hemorragia y fibrosis que puede simular la existencia de infiltración. La utilización de marcadores de las células mioepiteliales (P63 y calponina) resultan muy útiles en la determinación de infiltración. Esta diferencia tiene gran repercusión clínica.