

XXVIII REUNIÓN DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SENOLOGÍA Y PATOLOGÍA MAMARIA

Resúmenes de Comunicaciones Orales

RECONSTRUCCIÓN

PRINCIPIOS ONCOLÓGICOS EN LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA. INDICACIONES

Martínez-Valle E, Carvajo F, Sicilia D, Gómez-Cía T
Unidad de Cirugía Plástica Reconstructiva y Grandes Quemados. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivo: El cáncer de mama engloba un grupo heterogéneo de condiciones que pueden dividirse en entidades no invasivas, como el carcinoma lobulillar *in situ* (LCIS) y el carcinoma ductal *in situ* (DCIS), y enfermedad invasiva. En esta comunicación se presentan las formas de reconstrucción posibles en función del tipo de tratamiento oncológico recibido (1).

Método: La primera decisión a tener en cuenta frente a una paciente intervenida por un cáncer de mama es la indicación de reconstrucción inmediata o diferida. Desde la reconstrucción con expansor y/o prótesis hasta la utilización de colgajos libres microvascularizados, vamos a hacer un breve recorrido por las diferentes opciones reconstructivas.

Resultado: Los resultados obtenidos con cada una de las técnicas deben ser aceptables o buenos siempre que la indicación se adecúe a las características de la paciente.

Conclusiones: En nuestro centro, las opciones reconstructivas más empleadas son la colocación inmediata de expansor y posterior sustitución por prótesis (generalmente en mamas no radiadas), y la reconstrucción mediante colgajo musculocutáneo de dorsal ancho pediculado y el colgajo DIEAP (libre microvascularizado).

Bibliografía

1. Neligan PC, Lipa JE. Post-surgical breast reconstruction. Clin Plast Surg 2007; 34(1).

INCORPORACIÓN DE LA CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA COMO ARSENAL TERAPÉUTICO

Buch E¹, Maiocchi K¹, Moreno P², Martínez B³, Galán A⁴, Muñón M¹, Checa F¹
Servicios de ¹Cirugía, ²Psicooncología, ³Anatomía Patológica y ⁴Oncología. Hospital de Sagunto. Valencia

Introducción: Desde finales del 2007 y durante 2008 incluimos en nuestro arsenal quirúrgico la cirugía oncoplástica, si bien, ya se realizaban las reconstrucciones con expansor y prótesis.

Objetivo: Durante este tiempo hemos incluido técnicas de cirugía plástica para la obtención de un buen espécimen con intención oncológica sin necesidad de acudir a la MRM y además con la intención de intentar corregir la posible deformidad que se dejaría con una CC límite.

Material y método: Hemos recogido 12 pacientes en las que hemos realizado diversas técnicas oncoplásticas. De ellas hemos recogido edad, tamaño tumoral y el estudio anatomopatológico, así como la técnica quirúrgica realizada. Además se les ha realizado una encuesta de satisfacción a cada paciente. En esta encuesta se recogían 6 parámetros, que incluían: satisfacción en la información, complicaciones, reincorporación, sentimiento de control de la enfermedad, resultado según expectativa previa y resultado estético.

Resultados: La edad media de las pacientes fue de 59 años (DE 13,6). El 50% de los casos (6 pacientes) había recibido quimioterapia (Qi) de inducción. El tamaño medio de la lesión en el estudio AP fue de 2,78 cm (DE 2,44) con límites de 1,3 a 9 cm. En las pacientes que recibieron Qi el tamaño anatomopatológico del tumor fue de 4,1 cm (DE 3,29), mientras que las pacientes sin Qi, su tamaño tumoral fue de 1,6 cm (DE 0,47). En estas piezas hemos conseguido el márgenes libres más escaso microscópico fue de 17,75 mm. Para las mujeres que han recibido Qi el margen microscópico ascendió a 16,17 mm (DE 4,5), mientras que para las que no necesitaron Qi el margen libre fue de 19,3 mm (DE 8,16).

Se inició con el patrón que considerábamos más seguro, fue el patrón horizontal (n = 6), realizando simetrización en todos los casos. En 3 casos hemos realizado un patrón vertical bilateral, en 2 casos un patrón vertical unilateral ya que las pacientes no han querido la simetrización en el mismo tiempo quirúrgico, y en 1 caso hemos realizado la técnica de Grissoti.

La encuesta mostró que la información para la intervención fue muy buena (9,89 sobre 10); su reincorporaron a su vida fue inmediata, el sentimiento de control de la enfermedad fue de 9,44 sobre 10; y sus expectativas de resultado final fueron mucho mejores de lo que esperaban con un buen resultado estético.

Conclusión: Las técnicas oncoplásticas proporcionan un arsenal técnico que nos ayuda en la obtención de buenos resultados oncológicos favoreciendo unos márgenes quirúrgicos amplios, así como unos buenos resultados clínicos disminuyendo el impacto emocional en la mujer por su enfermedad o por la realización de una mastectomía, no retrasando su incorporación a su vida normal.

LA RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA POSTMASTECTOMÍA CON IMPLANTES

Fernández-Temprano JM, Ladrero DA, Salas J
Unidad Funcional de Patología Mamaria. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Desde 2007, nuestra Unidad practica la reconstrucción inmediata de mama tras mastectomía con implantes, practicando en muchos casos la simetrización contralateral. Creemos que esto aporta un gran avance a nuestras mastectomizadas, dado que evitamos intervenciones posteriores y disminuimos así la morbilidad y el gasto sanitario.

En esta comunicación se expone nuestra casuística y un avance de resultados.

EL COLGAJO TORACOEPIGÁSTRICO. OTRA OPCIÓN EN LA CIRUGÍA DE LA MAMA

Lorenzo MA¹, Maturana V², Rico MM³, Lorenzo M²

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. ¹Hospital Virgen del Mar/ADESLAS. ²Hospital Torrecárdenas. Almería

Introducción: También conocido como colgajo *toraco-dorsal lateral* o *colgajo Holmström*. Comenzó a utilizarse con mayor o menor éxito en la cirugía de la mama en los años setenta. Sin embargo no fue hasta 1986 cuando Holmström y Lossing sistematizaron su uso en la cirugía reconstructiva de la mama. Ha sido utilizado por algunos autores, casi todos del mundo escandinavo, como una manera simple y segura para la reconstrucción de la mama tras su extirpación.

Objetivos: El motivo de esta comunicación es presentar nuestra experiencia con este colgajo. Lo hemos utilizado en 6 ocasiones. En 3 casos para el cierre del lecho operatorio tras la mastectomías de rescate en tumores avanzados de mama (CLAM), en 1 caso de radiodermatitis de la pared torácica sintomática en el que la paciente se negó a cirugías de mayor riesgo, y en 2 casos, como solución, para cubrir la extrusión de la prótesis tras necrosis parcial de la piel después de una *skin-sparing mastectomy* (SSM) tipo IV.

Material y método: Para la disección de colgajo en todos nuestros casos hemos seguido el diseño de Holmström con la modificación de Blonqvist, que permite una mejor ocultación de la cicatriz inferior. Exponemos a continuación los puntos de referencia de tal disección: a) la anchura de colgajo se determina pellizcando la piel de la cara lateral del tórax a nivel del surco submamario. La longitud del mismo no debiera superar el doble de la medida anterior; b) el colgajo se extiende desde el borde externo del músculo recto anterior del abdomen hasta la línea axilar anterior. Este músculo proporciona unas ramas perforantes de la arteria epigástrica superior para todo el colgajo; y c) el colgajo se diseña en forma de vela: rama superior recta, rama inferior curva. La disección comienza de punta a base y debe incluir la fascia del músculo serrato. La fascia superficial o profunda del recto anterior debe ser seccionada en ocasiones para facilitar la rotación del colgajo hacia el tórax.

Conclusiones: La utilización de este colgajo nos parece un método sencillo, de rápida ejecución y escasa morbilidad. Presenta pocas o ninguna interferencia con otras técnicas de colgajos que pudieran ser necesarias a posteriori. Como han demostrado algunos de nuestros casos puede ser complementario de algunas de ellas.

También, pese a su escasa presencia en la literatura y aunque nunca lo hemos utilizado con esta indicación, nos parece una técnica de utilidad en la reconstrucción de mama de un gran número de pacientes; sobre todo aquellos con un pronóstico oncológico incierto, o que no quieren cirugías de mayor envergadura.

CIEN CASOS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA INMEDIATA POSTMASTECTOMÍA

Márquez V¹, Tuca F², Alonso LM¹, Vila E², Huc O³, Dargallo G³, Ribas J³, Panyella A²

Servicios de ¹Ginecología, ²Cirugía General y Cirugía ³Plástica. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona

Introducción: En nuestro hospital, desde el año 2002 hemos impulsado una amplia indicación de la reconstrucción mamaria inmediata en la mastectomía, habiendo contabilizado 100 casos el año 2008.

Objetivos: Estudio retrospectivo de los primeros 100 casos de reconstrucción mamaria inmediata en nuestro centro.

Material y método: Aparte de 2 procedimientos realizados en 1996, el resto se han practicado a partir de 2002 (98 de 194 pacientes sometidas a intervenciones de mastectomía, es decir, un 33,8% de las mismas). El índice de reconstrucción inmediata ha ido ascendiendo en los últimos años, con un incremento desde un 16,3% el año 2002 (8 de 49 enfermas mastectomizadas) a un 53,5% los años 2007 y 2008 (38 de 71). Se presenta la estadística descriptiva de edad y el estudio de frecuencias de estadio local, indicaciones, tipos de procedimiento y complicaciones.

Resultados: La media de edad de las pacientes con reconstrucción ha sido de 48,7 años (error estándar 0,9, mínima 30, máxima 71). Veinte casos fueron clasificados como Tis (carcinoma intraductal), 35 como T1, 37 como T2 y 8 como T3 o T4. Es decir, en las pacientes mastectomizadas con reconstrucción existió un predominio de estadios no avanzados, a pesar de lo cual la mastectomía tuvo que ser indicada por diversas razones: 37 pacientes por la imposibilidad de obtener márgenes indemnes después de cirugía conservadora preliminar, en 21 por multicentricidad, en 16 por relación desfavorable para conservación entre la dimensión tumoral y el volumen mamario, en 15 por carcinoma intraductal extenso, en 3 como indicación de elección por recidiva local postcirugía conservadora, en 2 por afectación o proximidad inmediata al complejo areolar, en 2 en indicaciones profilácticas por alto riesgo epidemiológico y en 1 caso por opción de la paciente. Los procedimientos han sido 104, ya que en 4 enfermas la reconstrucción se realizó como procedimiento bilateral: 86 procedimientos de mastectomía ahoradora de piel con implantes protésicos de expansores tisulares (82,69%), 13 colgajos miocutáneos de recto anterior del abdomen (12,5%) y 5 colgajos miocutáneos de dorsal ancho (4,81%). Ocurrieron complicaciones locales que precisaron reintervención en 9 ocasiones de los 86 procedimientos de reconstrucción con expansores tisulares (10,5%), en 7 con extrusión de las prótesis (8,1%) y en 2 por áreas marginales de necrosis que fueron reseadas conservando

los implantes (2,3%). En 3 casos la complicación local que precisó reintervención se registró en los 18 procedimientos de reconstrucción con tejido autólogo (16,7%), 1 evisceración en 1 caso de reconstrucción con colgajo de recto anterior del abdomen (5,6%) y 2 casos de necrosis parciales del colgajo miocutáneo (11,1%).

Conclusiones: Actualmente indicamos la reconstrucción mamaria inmediata en la mayor parte de las mastectomías, con un índice aceptable de complicaciones, debiendo ser especialmente contemplada en las indicaciones de mastectomía por enfermedad localmente no avanzada.

APLICACIÓN DE LA REALIDAD VIRTUAL (VirSSPA) A LA CIRUGÍA DE UNA PACIENTE CON CLAM SECUNDARIAMENTE INFLAMATORIO

Martínez-Padilla A², Fernández M², Alfaro L², Tallón L³, Carvajo F², Barrera F², Villanueva F⁴, de León JM⁴, Gómez T²

¹Hospital de Traumatología. Servicio de Cirugía Plástica, Reparadora y Grandes Quemados. Hospital de la Mujer. ²Servicio de Ginecología y Obstetricia. ³Hospital General. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Unidad de Patología Mamaria. ⁴Servicio de Cirugía General y Digestiva. Unidad de Patología Mamaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivo: El proyecto VirSSPA tiene como objetivo aumentar la seguridad de nuestros pacientes mediante la reconstrucción previa, aplicando la realidad virtual de un modelo tridimensional a escala del caso, posibilitando así una disminución del riesgo quirúrgico y una mejor planificación técnica, al permitir un conocimiento más exacto de la anatomía del caso.

Método: Los tejidos de interés para la intervención quirúrgica de las imágenes radiológicas en dos dimensiones (2D) en formato estándar DICOM, obtenidos de una TAC multicorte, son segmentados y reconstruidos generándose modelos tridimensionales de los mismos. De dichos modelos se pueden extraer partes conectadas, delimitar contornos, realizar mediciones a escala e incluso permite la generación de secuencias animadas. VirSSPA ha sido desarrollado usando Visual Studio NET (Microsoft®) en Visual C+++. Está basado en la arquitectura de documentos visuales y en la *Visual Studio MFC library*.

Resultados: La planificación prequirúrgica basada en los modelos virtuales posibilita un detallado conocimiento de la anatomía quirúrgica del paciente real, así como de las relaciones entre las distintas partes del modelo (1), permitiendo una optimización de la técnica empleada, disminuyendo la frecuencia relativa de imprevistos en base a anomalías anatómicas u otras particularidades del caso. Esto disminuye el tiempo operatorio y aumenta la eficiencia y seguridad del acto quirúrgico (1-3).

Conclusiones: La aplicación de la realidad virtual a la planificación quirúrgica en una paciente con un carcinoma inflamatorio de mama, proporcionó un conocimiento útil de la extensión local, del defecto resultante de la resección y del diseño y posibilidad de cobertura de los colgajos poten-

ciales, así como de las particularidades de la paciente caso, facilitando así el complejo proceso quirúrgico de reconstrucción inmediata tras la mastectomía (1-3).

VirSSPA es un proyecto de investigación financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Bibliografía

1. Tollefson TT, Sykes JM. Computer imaging software for profile photograph analysis. *Arch Facial Plast Surg* 2007; 9: 113-9.
2. Smith DM, Olikier A, Carter CR, Kirov M, McCarthy JG, Cutting CB. A virtual reality atlas of craniofacial anatomy. *Plast Reconstr Surg* 2007; 120(6): 1641-6.
3. Marescaux J. Patient-specific surgical simulation. *World J Surg* 2007; 8.

EMBARAZO

CÁNCER DE MAMA Y EMBARAZO

Baulies S¹, Cusidó MT¹, Bordés M¹, Rodríguez F², Ara C³, Fábregas R¹

¹Unidad de Patología Mamaria. ²Unidad de Estadística. ³Diagnóstico Ginecológico por Imagen. Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción Humana. Institut Universitari Dexeus. Barcelona

Introducción: El cáncer de mama asociado al embarazo representa una compleja situación clínica por la dificultad que presenta su diagnóstico, y porque no sólo pone en conflicto la vida de la madre sino también la del feto.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo y de cohortes en el que se comparan 52 cánceres de mama y embarazo (CME) tratados en el Instituto Universitario Dexeus entre los años 1976 y 2007 con 66 pacientes de edad semejante con cáncer de mama no asociado al embarazo (CMNE). El seguimiento medio ha sido de 3,8 y 9,2 años respectivamente. Se analizan los diversos datos demográficos, la clínica al diagnóstico, el tamaño tumoral, la histología, los receptores hormonales, el tratamiento y la supervivencia en ambos grupos.

Resultados: La incidencia de CME es de 7,2/10.000 en nuestro centro. La mayor frecuencia (52%) apareció durante el puerperio, el 17,4 durante el primer trimestre y el 10,9 y el 19,6 durante el segundo y tercer trimestre, respectivamente. Se produjo un 7% de abortos provocados, en el 14% la paciente abortó espontáneamente, en el 44 se realizó un parto y en 35 una cesárea.

La edad media de las pacientes fue de 35,38 años (+ 4,8) en CME, y 36,73 (+ 6,6) en el grupo CMNE (NS). La clínica principal en ambos grupos fue de nódulo palpable en el 82% de CME y 80 en CMNE, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Los estadios son mayores en el CME respecto al CMNE siendo el 31,8% avanzado (EIII y EIV) en el CME frente 13,2 en el CMNE ($p < 0,05$).

En ambos grupos, la histología predominante fue de carcinoma ductal infiltrante (74,5% en CME vs. 73,4 CMNE).

El 62% de CME requirió tratamiento quirúrgico radical frente al 50% de las pacientes con CMNE ($p < 0,05$).

En cuanto a factores pronóstico, el 27,3% de CME era grado tumoral III frente al 15,6 del CMNE, el 36,1% de CME era receptor de estrógeno negativos frente al 25,0 del CMNE, el 44,4% de CME era receptor de progesterona negativos frente al 27,1 del CMNE, el 34,6% de CME era HER2Neu + frente al 33,3 del CMNE y en el 49% de CME aparecieron ganglios afectados frente al 35,9% del CMNE (NS).

La supervivencia libre de enfermedad a los 5 años fue del 82% para CME y del 94 para CMNE. La supervivencia global a 5 años para pacientes CME fue del 68%.

Conclusiones: En nuestra casuística la asociación CME es más alta que la 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, los receptores hormonales negativos y el grado tumoral tipo III así como al diagnóstico tardío con un porcentaje mayor de cánceres avanzados.

CÁNCER DE MAMA Y CUMPLIMIENTO DEL DESEO GENÉSICO. ¿CÓMO PODEMOS ORIENTAR A NUESTRAS PACIENTES?

Arroyo ML, Aragón S, Noguero MR, Sanz MC, Gallego M, Blanco M, Hernández-García JM

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario 12 de Octubre Madrid

Introducción: El cáncer de mama es una patología que puede afectar a las mujeres en cualquier etapa de su vida. Lo más frecuente es que se dé en mujeres postmenopáusicas, pero un 6,5% de los cánceres de mama ocurre en mujeres por debajo de los 40 años y un 2,5% en menores de 35 años. El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres en edad reproductiva.

El tratamiento del cáncer de mama en pacientes premenopáusicas tiene altas tasas de supervivencia pero puede influir en la fertilidad y en la función ovárica.

El efecto de la quimioterapia sobre el ovario va a depender del agente utilizado, de la dosis y de la edad de la paciente.

Todas las mujeres premenopáusicas diagnosticadas de cáncer de mama, especialmente las más jóvenes y las que no han tenido hijos deberían ser informadas sobre la fertilidad y las opciones de preservación de la misma lo más pronto posible.

La preservación de la fertilidad requiere individualizar cada caso, depende de la edad de la paciente, del tipo de tratamiento, del tiempo disponible y de si la paciente tiene pareja.

Material y métodos: En la consulta de patología mamaria desde noviembre de 2008, se informa a las pacientes premenopáusicas interesadas en la preservación de su fertilidad, de las diversas opciones existentes. **Métodos de preserva-**

ción de fertilidad: la congelación de embriones es una técnica establecida de preservación de la fertilidad.

La congelación de ovocitos es un procedimiento investigacional que se está convirtiendo en una opción para pacientes sin pareja que no quieren usar semen de donante o en aquellas que tienen objeciones religiosas o éticas para la congelación de embriones. Recientemente se ha perfeccionado otro método de congelación ovocitaria, la vitrificación.

Esta técnica ha sido utilizada con éxito en diferentes latitudes con tasas excepcionales de supervivencia, aproximadamente una supervivencia postdesvitrificación superior al 90% que era de un 70 con la congelación lenta. Con esta nueva técnica se obtienen mejores resultados de fertilización y de implantación.

La congelación de tejido ovárico es un método investigacional de preservación de la fertilidad pero tiene la ventaja de no necesitar donante de esperma ni estimulación ovárica.

El papel de los análogos de GnRH administrados durante el tratamiento de quimioterapia ha sido debatido y es controvertido como método para preservar la fertilidad. **Estimulación ovárica en la paciente oncológica:** en las pacientes con cáncer de mama suele tardarse de unas 6 semanas en el inicio de la quimioterapia tras completar la cirugía, tiempo que resulta idóneo para completar el tratamiento de estimulación ovárica y FIV. Se ha recurrido a ciclos de estimulación asociando tamoxifeno o letrozol.

Se ha llegado a la conclusión de que es mejor estimular con letrozol, obteniéndose mejores resultados que con tamoxifeno.

Se ha visto en estudios comparativos que se obtienen mayor número de embriones y los picos de estradiol obtenidos son similares a los de un ciclo natural. Son todavía escasos los estudios y el seguimiento de estas pacientes, pero no parece encontrarse aumento en las tasas de recurrencia. **¿Es seguro un embarazo tras haber padecido un cáncer de mama?:** revisando los distintos estudios al respecto, se puede concluir que no existe evidencia para desaconsejar la gestación posterior al tratamiento de cáncer de mama, puesto que el embarazo no empeora el pronóstico de estas pacientes

Se debe evitar en los dos primeros años porque es cuando existe el mayor número de recidivas y es un tiempo razonable de espera.

Si la paciente está recibiendo un tratamiento adyuvante con tamoxifeno, por receptores hormonales positivos, lo adecuado sería completar los 5 años de tratamiento.

Siempre hay que individualizar cada caso y buscar el consenso con la paciente.

Resultados: De todas las pacientes informadas, dos de ellas han optado por la vitrificación ovocitaria en un centro privado. El tratamiento quirúrgico del cáncer de mama se realizó en un primer momento y luego se sometieron al tratamiento necesario para la vitrificación ovocitaria. Ambas obtuvieron buen resultado y tienen sus ovocitos congelados para cuando puedan disponer de ellos. Actualmente están recibiendo tratamiento quimioterápico. Cuando completen su tratamiento estas pacientes podrán optar a la maternidad si lo desean.

Conclusiones: Es importante dar una información completa a todas nuestras pacientes y ofrecer un tratamiento

adecuado de su enfermedad, sin descuidar su posterior calidad de vida. Ofrecer a estas mujeres una posibilidad real de maternidad posterior al cáncer de mama, ya es de por sí un paso para hacerlas ver más allá de su enfermedad. Se necesita más tiempo de seguimiento para ver si estas pacientes pueden conseguir su objetivo de curación de la enfermedad y de maternidad posterior.

CIRUGÍA

CIRUGÍA CONSERVADORA VS. RADICAL EN EL CÁNCER DE MAMA EN EL ÚLTIMO PERIODO DE 10 AÑOS

Casterá JA, Ballester JB, González-Noguera PJ
Unidad de Mama. Hospital de La Ribera. Alzira, Valencia

Introducción: Desde el inicio de la Unidad de Mama (1999) y del Hospital de la Ribera, se han observado distintas tendencias en el diagnóstico del cáncer de mama, que han influido en el enfoque terapéutico de la enfermedad. En los primeros años y tras la puesta en marcha de la UDPCM se observó una tendencia clara al aumento de carcinomas en estadios iniciales así como en el número de casos de carcinomas intraductales. Posteriormente y tras incluir en el año 2004 a la RMN de forma sistemática en el estadiaje preoperatorio de los cánceres de mama se apreció un cambio de criterio que influyó en el planteamiento terapéutico.

Material y métodos: Se incluyen en el estudio la totalidad de cánceres de mama tratados en el periodo. Total: 1.304 casos, que suponen el 48,67 % de la patología mamaria de la unidad (resto son patología benigna y biopsias quirúrgicas con resultado de benignidad).

Resultados: En los primeros 5 años, se aprecia un aumento progresivo de la cirugía conservadora influido por el aumento de casos diagnosticados de CDIS y de cánceres en estadios tempranos, fenómeno este que nos hace llegar hasta unos porcentajes en torno al 75% de conservadora frente al 25 de radicalidad.

En el año 2004 y tras la puesta en marcha de la RMN de forma sistemática en el estadiaje preoperatorio del cáncer de mama, se aprecia mayor cantidad de lesiones extensas, de mayor tamaño tumoral, multifocales y multicéntricas, así como lesiones con extensión al complejo areola pezón que ocasiona un cambio de criterio (hacia la radicalidad) en aproximadamente un 24% de los casos, y como resultado de dicho cambio, hace que en los últimos 3 años y con tendencia a la estabilización nos situemos en torno a 34,29% de mastectomías y 65,71 de cirugía conservadora.

Conclusiones: El cáncer de mama ha sufrido una revolución en los últimos 10 años en el enfoque diagnóstico y terapéutico. No en todos los hospitales existe disponibilidad de medios, pero esto no es óbice para que los esfuerzos de los profesionales que se dedican a esta patología vayan destinados a aumentar la efectividad en los medios para conseguir un tratamiento óptimo de la enfermedad.

CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO: EFECTO DE LA EXTIRPACIÓN DEL TUMOR PRIMARIO

Gómez E, Noguero MR, Blanco M, Gallego M, Sanz MC, Arroyo ML, Aragón S, Sancho B, Hernández JM

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital 12 de Octubre. Madrid

Introducción: Tradicionalmente, a las pacientes con cáncer de mama metastásico no se les ofrece tratamiento quirúrgico. Estudios recientes demuestran que la extirpación del tumor primario en pacientes con cáncer de mama en estadio IV mejora la supervivencia libre de progresión y la supervivencia global.

Por el momento no sabemos si la extensión de la enfermedad metastásica, su localización, la sensibilidad a la terapia sistémica o una combinación de todos estos factores, permitiría identificar a las pacientes candidatas a la extirpación del tumor primario. Un modo de hacerlo podría ser la selección de aquellas pacientes con respuesta inicial al tratamiento sistémico.

Objetivo: Este trabajo pretende estudiar el papel de la cirugía en las pacientes con cáncer de mama en estadio IV.

Material y método: Estudio retrospectivo, llevado a cabo en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en estadio IV entre 2007 y 2008, en las que se realizó extirpación del tumor primario.

Resultados: Desde enero de 2007 hasta diciembre de 2008, se diagnosticaron y trataron 370 casos de cáncer de mama, incluyendo 11 pacientes en estadio IV. La mediana de edad fue de 48,7 años (rango: 32,3-54,9).

El motivo de consulta en un 90,9% de las pacientes fue la aparición de una tumoración, siendo en el 9,1% restante un hallazgo mamográfico. En el 63,3% de las pacientes el método de diagnóstico fue mediante biopsia con aguja gruesa, en un 27,3% mediante biopsia diferida y con Mamotomo en el 9,1% restante. Diez de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en estadio IV, presentaron metástasis en hueso y una en pulmón.

Respecto al estadio T preoperatorio, fue 0 en un 18,2% de los casos, 1b, 1c y 2 en el 9,1% (para cada uno de estos estadios), 4a en el 18,2%, 4b en el 9,1% e inflamatorio en el 27,3% de las pacientes. El tamaño medio del tumor fue de 4,03 cm (rango ¿?). El estado ganglionar axilar, desde el punto de vista clínico, fue negativo en un 63,3% de las pacientes y positivo en el 36,4%. Ocho pacientes recibieron quimioterapia neoyudante.

El tipo de cirugía realizada fue en el 45,5% de los casos, conservadora, realizando mastectomía radical modificada en el 55,5%. En una paciente se realizó biopsia del ganglio centinela y en dos, linfadenectomía axilar.

Los márgenes tumorales fueron negativos en el 70% de los casos, positivos en el 20 y en un 10 próximos al tumor. Se encontró carcinoma ductal invasivo en 10 pacientes y mixto en una. El 45,5% de los tumores presentaron multifocalidad, siendo el 27,3% multicéntricos. Respecto al patrón inmunohistoquímico, en un 80% de los casos los receptores estrogénicos fueron positivos, el 60% presentó receptores de progesterona positivos y CerbB-2 fue positivo en un 9,1% de los casos. En un 36,4% de las pacientes se encontró invasión linfovascular.

En cuanto al estadio T postoperatorio, fue 0, 1a, 1c, 2, 3 e inflamatorio en el 9,1% de los casos para cada uno de estos estadios y 1b en el 27,3%. Un 45,5% de las pacientes fue sometido a radioterapia, siendo el mismo porcentaje de casos tratados con hormonoterapia.

Respecto a la progresión de la enfermedad, en 7 de las pacientes la enfermedad se mantuvo estable, en 3 casos progresó a piel, hueso y pulmón respectivamente, no conociéndose la progresión en el caso restante.

Conclusiones: La extirpación del tumor primario en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en estadio IV podría suponer una mejora en la progresión de la enfermedad. La selección de las pacientes con cáncer de mama metastásico candidatas a dicho tratamiento, permitiría mejorar los resultados.

Son necesarios estudios prospectivos y randomizados que comparen las pacientes sometidas a extirpación del tumor primario con aquellas en las que no se realiza tratamiento quirúrgico.

AMPLIACIÓN DE MÁRGENES EN CIRUGÍA CONSERVADORA: NUESTRA EXPERIENCIA

Alonso J¹, Ayllón D¹, Rioja P¹, Pizarro I², Bascañana G¹, Rufián S¹

¹Servicio de Cirugía General. ²Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción: En la cirugía conservadora del cáncer de mama uno de los principales factores asociados con la recidiva es la presencia de márgenes de resección afectados por el tumor y su grosor. Se acepta que la cirugía conservadora asociada a radioterapia tiene una tasa de supervivencia similar a la de la mastectomía, no obstante, la primera presenta una mayor tasa de recidiva local.

Objetivos: Mostrar nuestra experiencia sobre la cirugía conservadora del cáncer de mama en relación con la ampliación de márgenes por afectación o proximidad tumoral en el contexto de la Unidad de Mama del Servicio de Cirugía General del Hospital Reina Sofía.

Material y método: Se revisaron todas las historias de las pacientes reintervenidas para ampliación de márgenes durante los años 2006, 2007 y 2008 de acuerdo con los criterios seguidos en la Unidad de Mama de nuestro hospital, esto es, afectación de los márgenes o una distancia de los mismos al tumor igual o inferior a un milímetro. Se analizaron como variables el tipo de cirugía conservadora realizada en la primera ocasión, la distancia al margen del tumor y su naturaleza, el diagnóstico anatomopatológico tras la ampliación, la cirugía realizada para la ampliación de márgenes, la morbimortalidad asociada a la ampliación de márgenes, y los predictores de ampliación de márgenes, además del estado del mismo: tamaño, grado de diferenciación en carcinomas infiltrantes y, el grado nuclear y la presencia de necrosis tipo comedocarcinoma para los *in situ*.

Resultados: De 393 intervenciones conservadoras de mama, 23 (5,8%) fueron reintervenidas por afectación o proximidad a al margen. El diagnóstico predominante fue el

ductal *in situ*. El 87% de los márgenes estaba afectado. El 65,2% de las ampliaciones evidenció en la anatomía patológica la ausencia de cáncer residual; sólo en uno de estos casos la distancia al margen era de 1 milímetro, el resto era menor o estaba afectado. Una de las mismas supuso una mastectomía. La morbilidad de las reintervenciones se limitó a una infección y un seroma; si bien se realizaron tres mastectomías y una de ellas no pudo ser reconstruida. En relación con los índices pronósticos de reintervención por la afectación de márgenes, el grado de diferenciación tumoral en los infiltrantes queda bastante parejo, sin poder demostrar una mayor tendencia en nuestra serie. Asimismo, el tamaño tumoral presenta un rango demasiado amplio para el tamaño de la muestra como para que sea posible compararlo con las series de la bibliografía. Para el grado nuclear en los *in situ* obtenemos un resultado similar, si bien existe un predominio del patrón de necrosis tipo comedocarcinoma.

Conclusión: La recidiva local en la cirugía conservadora de la mama tiene como factor asociado más importante la afectación de márgenes o la proximidad del tumor al mismo. No es nuestro objetivo revisar los argumentos que definen los márgenes seguros tras una ampliación, ya que creemos que ni siquiera desde el punto de vista ético es posible, al encontrar un 34,8% de tumores residuales. No obstante, y a pesar de que nuestra serie es pequeña, siendo imposible extrapolar conclusiones que afecten a la práctica clínica habitual, creemos que nuestros resultados deben ser conocidos para ulteriores valoraciones. Respecto a los índices de predicción de ampliación de márgenes tras cirugía conservadora, en nuestra serie no encontramos resultados a favor ni en contra de su validez.

CÁNCER DE MAMA EN EL VARÓN

Tallón L, López-Porras M, Sousa JM, Villanueva F, Madrid L, de León JM

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Unidad de Patología Mamaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: El cáncer de mama en el varón representa menos del 1% del total, siendo el tipo más frecuente el carcinoma ductal invasivo. La supervivencia es similar con respecto a la mujer, siempre que se diagnostiquen en el mismo estadio, pero habitualmente el diagnóstico es más tardío en el varón.

Objetivos: Nuestro objetivo es analizar nuestra serie de cánceres en el género masculino, analizando datos epidemiológicos, características del cáncer, opciones terapéuticas y supervivencia.

Material y método: Nuestra serie está compuesta por todos los paciente varones diagnosticados de algún tipo de cáncer de mama desde el año 1997 hasta 2008, con un total de 32 pacientes distintos.

Resultados: La edad media de los pacientes es de 66,84 años (rango 25-85) y su estancia media postoperatoria fue de 11,96 días (rango 0-90). Sólo el 15% presentó antecedentes familiares de cáncer de mama, con el mismo porcentaje de antecedentes personales de otros tipos de cánceres. El 90% de los tipos histológicos de cáncer fueron carcinomas ductales infiltrantes, con un tamaño tumoral medio de 2,38 cm

(rango 0,5-3,5). En el 82,75% se realizó algún tipo de mastectomía "radical" y en el 90 se completó con vaciamiento axilar. Sólo en el 6,45% se realizó biopsia selectiva del ganglio centinela. Sólo el 3% recibió algún tratamiento neoadyuvante, frente a un 37,5, 62,5 y 68,75 de quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia adyuvante respectivamente. A pesar de que el 28,12% ha presentado metástasis a distancia durante su seguimiento, el 75 sigue vivo en el día de hoy con un seguimiento medio de 4,4 años.

Conclusiones: El cáncer de mama en el varón representa un escaso porcentaje del total. Lo más importante, en lo que a supervivencia se refiere, es un diagnóstico precoz que permita una actitud terapéutica adecuada. Nuestra serie está acorde con la literatura existente al respecto.

INFLUENCIA DE LA REMISIÓN DE PIEZAS PARA ESTUDIO PATOLÓGICO EN LA OBTENCIÓN DE MÁRGENES QUIRÚRGICOS ADECUADOS

Moreno P, Utor DA, Fernández JE, Alonso E, Tocino A
Unidad Clínica de Patología Mamaria. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Introducción: El aumento en la detección de lesiones malignas de mama de pequeño tamaño ha permitido un incremento considerable en la cirugía conservadora en el cáncer de mama, siendo un punto fundamental la obtención de márgenes quirúrgicos libres de enfermedad.

Objetivos: Obtención de márgenes quirúrgicos libres de afectación tumoral mediante una adecuada remisión de piezas para estudio patológico, mejorando la orientación y la identificación de sus límites, mediante un método de despliegue y colocación sobre tablillas.

Material y método: Se han diseñado unas tablas para el despliegue de piezas quirúrgicas, y un método para su remisión al Servicio de Anatomía Patológica, mejorando la orientación de piezas y su despliegue.

Resultados: Se ha obtenido una mejora en la identificación de límites de las piezas y en su orientación, evidenciada y consensuada por los patólogos de nuestro centro.

Conclusiones: Adecuada identificación de los límites de piezas quirúrgicas con orientación adecuada.

Verdaderos márgenes quirúrgicos al evitar el repliegue de las piezas.

RECIDIVA

FACTORES ASOCIADOS CON LA RECURRENCIA LOCAL EN PACIENTES CON CARCINOMA INTRADUCTAL, SOMETIDOS A TRATAMIENTO CONSERVADOR Y RADIOTERAPIA

Sanz MA, Pérez-Omeñaca F, Domínguez-Cunchillos F, Trujillo R, Yarnoz C, de Miguel C, Apesteguía L, Ortiz H
Servicio de Cirugía General. Unidad de Mama. Hospital Universitario Virgen del Camino. Pamplona, Navarra

Introducción: El carcinoma ductal *in situ* (CID) ha experimentado un aumento de incidencia en los últimos años, debido a una mayor realización de mamografías de *screening*. En la actualidad representa entre el 20 y el 40% de los tumores detectados por mamografía.

La generalización de la radioterapia postoperatoria, ha permitido aumentar el número de tratamientos conservadores. Presenta una tasa de recurrencia local entre el 12 y 20%. Diferentes estudios e índices como el de Van Nuys han intentado identificar pacientes con mayor riesgo de recidiva local.

Objetivos: Revisar nuestra casuística de CID e intentar analizar los diferentes factores pronósticos con la recidiva local.

Material y métodos: Se han analizado 117 pacientes intervenidos de CID en nuestro hospital desde 1997 hasta 2006, a quienes se realizó tratamiento conservador y radioterapia, desechando a los que se realizó mastectomía, ampliación de borde en segunda intervención y a todos aquellos que en el informe anatomopatológico no se recogían detalladamente todos los datos en cuanto a tamaño, grado y distancia a bordes del tumor.

El tamaño tumoral se clasificó en: < 15 mm, entre 16-40 mm y > 40.

La distancia al borde de sección desde el tumor: > 10 mm, entre 1-9 mm y < 1 mm.

Clasificación patológica: bajo grado sin necrosis, bajo grado con necrosis y alto grado.

En todos estos parámetros se analizaron porcentaje de recidivas y significación estadística.

Resultados: a) Edad media de las pacientes: 55,80 años (SD: 10,2); b) número de recidivas locales: 6 (5,1%); c) tamaño tumoral: menor de 15 mm 73,5%, entre 16-40 mm 25,6% y mayor de 41 mm el 0,9%. El porcentaje de recidivas según el tamaño tumoral fue 3,5, de 6,7 y 100% respectivamente. Aunque se obtiene un valor de P significativo, creemos que no se debe tener en cuenta, ya que debido a que la muestra no es de gran tamaño, hay un factor que distorsiona, y es que el único caso que hay mayor de 41 mm ha presentado recidiva; d) distancia a bordes: mayor a 10 mm 9,4%. Entre 1-9 mm 70% y menor de 1mm y en el mismo borde 20,51%. El porcentaje de recidivas según distancia fue de 0% de 8,8% y 2% respectivamente, sin significación estadística; e) grado histológico: bajo grado sin necrosis 22,4%. Bajo grado con necrosis 43,1% y alto grado 34,5%. El porcentaje de recidivas fue de 3,8, de 6 y 5% respectivamente, sin significación estadística; y e) en el seguimiento 115 pacientes se encuentran asintomáticas y 2 (1,7%) han fallecido por otra causa diferente al carcinoma de mama con una media de seguimiento de 79,95 meses (rango 165-28).

Conclusiones:

1. No hemos encontrado diferencias estadísticas en los parámetros analizados (tamaño tumoral, distancia a bordes y grado histológico) en cuanto al porcentaje de recidivas locales en las pacientes sometidas a tratamiento conservador y radioterapia por un CID de mama.

2. Probablemente un estudio multicéntrico con una muestra mucho más amplia podría obtener resultados más concluyentes y llegar a determinar los factores asociados a la recidiva local del CID.

RADIOLOGÍA

TAMAÑO TUMORAL DEL CÁNCER DE MAMA: CORRELACIÓN ENTRE LA ANATOMÍA PATOLÓGICA Y LA IMAGEN POR RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR (RMN) Y POR ECO-MAMOGRAFÍA

Márquez V¹, Vila E¹, Alonso LM¹, Tuca F², Álvarez-Castaño E¹, Pérez-Gómez E³, Pont J³

¹Servicio de Obstetricia y Ginecología. ²Servicio de Cirugía General. ³Servicio de Radiología. Hospital Universitario Doctor Josep Trueta. Girona

Introducción: El uso de la RMN en la evaluación preoperatoria de pacientes diagnosticados de cáncer de mama (CM) ha aumentado considerablemente en los últimos diez años debido a su documentada alta sensibilidad para la detección de lesiones ocultas ipsilaterales y contralaterales. A expensas de su resultado, hay un porcentaje importante de CM en los que se reconvierte un tratamiento quirúrgico conservador inicial en otros tipos de cirugías con mayor radicalidad. A pesar de esto existen limitadas publicaciones respecto a esta nueva técnica.

Este estudio describe una revisión detallada de los casos de cáncer de mama diagnosticados en nuestro centro y estudiados a través de la mamografía, ecografía mamaria y RMN.

Objetivos: El objetivo del estudio se centra en analizar las correlaciones del tamaño anatomopatológico (AP) respecto al tamaño eco-mamográfico y también la correlación entre el tamaño AP y el tamaño RMN.

Material y método: Estudio observacional y retrospectivo de 46 tumores de cáncer de mama diagnosticados en nuestro centro desde enero 2007 a marzo 2009 comparando preoperatoriamente el tamaño tumoral por RMN con el tamaño tumoral final por AP y a su vez el tamaño tumoral por eco-mamografía con el tamaño tumoral final por AP.

La lectura, manipulación y obtención de resultados se ha realizado mediante el *software* SAS v9.1.3.

Se analizaron los datos usando métodos de estadística descriptiva (diagrama de cajas) y correlaciones (coeficiente de correlación de Pearson y modelo de regresión simple con tabla ANOVA). Las variables estudiadas fueron: tamaño tumoral, método diagnóstico (RMN, eco-mamografía y AP), tipo de intervención (mastectomía y tumorectomía), tipo histológico (carcinoma ductal *in situ* –CDIs–, carcinoma lobulillar *in situ* –CLIs–, carcinoma ductal infiltrante –CDI–, carcinoma lobulillar infiltrante –CLI–, CDI + CLI, CDI + CDIs y otros), lateralidad (derecha e izquierda) y multifocalidad (sí y no).

Resultados: Considerando toda la muestra (n = 46), el tamaño AP y el tamaño mamográfico tienen una correlación de 0,68 (coeficiente de correlación de Pearson) con p < 0,0001. La correlación entre el tamaño AP y el tamaño por RMN es de 0,49 (p < 0,0004).

Analizando la submuestra, en la que se excluyen los casos en los cuales la eco-mamografía no identificaba la lesión (9 casos), indica que la correlación entre el tamaño AP con

el eco-mamográfico es de 0,87 (p < 0,0001). Si hacemos lo mismo con la RMN, excluyendo los casos sin identificación por RMN (7 casos), la correlación entre el tamaño AP y por RMN es de 0,47 (p < 0,0025).

Se pudo establecer un modelo de regresión lineal simple en el caso de la mamografía donde la R Square es de 0,4672 y el valor de la recta que expresa la relación lineal entre las dos variables sería el siguiente:

$$AP = 7,51 + 0,71 * \text{tamaño mamográfico}$$

En el caso de la RMN en función de la AP observamos una correlación pero no se puede hacer un ajuste de la recta por dispersión de datos.

En los 3 casos de CDIs valorados por RMN existe una estrecha relación entre la extensión medida por RMN y el tamaño por AP.

Hemos valorado otras variables cualitativas como la multifocalidad, la lateralidad y el tipo histológico, sin encontrar diferencias significativas entre eco-mamografía y RMN.

Conclusiones: La eco-mamografía tiene una mayor correlación con el tamaño tumoral que la RMN. Los cirujanos deberíamos ser cautos al utilizar el tamaño tumoral estimado por RMN en la valoración de cirugía conservadora o mastectomía y en la de la extensión de la cirugía conservadora.

FUNCIONAMIENTO DEL "CIRCUITO DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO" DEL CÁNCER DE MAMA EN EL HOSPITAL GENERAL DE L'HOSPITALET

Piñol J¹, Buqueras C¹, Vasco MA¹, Puig A², Heras L³, Ruiz S⁴, Bachs E⁵, Maiz N⁶

¹Servicios de Cirugía General, ²Ginecología, ³Oncología, ⁴Radio-diagnóstico, ⁵Anatomía Patológica y ⁶Enfermería. Hospital General de L'Hospitalet. Consorci Sanitari Integral. Barcelona

Introducción: El "Circuito de Diagnóstico rápido" del Cáncer de Mama en el Hospital General de L'Hospitalet lleva implantado hace más de 2 años. Presentamos organigrama y funcionamiento, y los resultados obtenidos desde el mismo en el último año 2008.

Objetivos: Evaluar el funcionamiento de dicho "Circuito" y obtener en nuestras pacientes con sospecha de cáncer de mama, resultados clínicos, radiológicos y patológicos en un tiempo inferior a 1 semana, así como, la actitud terapéutica a seguir.

Material y método: Desde enero a diciembre 2008 se han remitido a nuestro centro 124 pacientes con criterios de inclusión de sospecha de cáncer de mama (clínicos y radiológicos) establecidos por la Conselleria de Sanitat de Catalunya, desde los ambulatorios de la zona, Servicio de Urgencias, de Radiodiagnóstico y otros Servicios del propio hospital. En un periodo inferior a 1 semana se adjudica la primera visita en la Unidad de Patología Mamaria realizándose exploración física y pruebas complementarias necesarias, obteniéndose resultados en 24 h, generándose una segunda visita que tras ser presentada en nuestro Comité de Patología Mamaria se informa a la paciente de la actitud terapéutica a seguir, siendo el tiempo transcurrido entre la so-

licitud de la primera visita y tratamiento definitivo (cirugía/neoadyuvancia) inferior a los 15 días.

Resultados: Visitamos en nuestra Unidad de Patología Mamaria a 124 pacientes remitidas al "Circuito de Diagnóstico rápido", de las cuales sólo 102 cumplían criterios de sospecha de cáncer de mama (75 pacientes procedentes de ambulatorios de la zona y 27 del propio centro). En 7 días se obtiene la primera visita en el 100% de los casos, generándose una segunda visita en 24 h para informar del diagnóstico definitivo a la paciente y conducta terapéutica tras ser comentada en Comité de la Unidad de Patología Mamaria. Se diagnosticaron de patología maligna 40 pacientes, de las cuales 38 fueron tratadas en un tiempo inferior de 15 días (95% casos).

Conclusiones:

1. En nuestro hospital este "Circuito" lleva en funcionamiento hace más de 2 años, permitiéndonos ofrecer resultados definitivos a nuestras pacientes en 24h en la actualidad.

2. El tiempo de espera entre la primera visita en la Unidad de Patología Mamaria no supera 1 semana.

3. El 95% las pacientes con cáncer de mama es tratado en tiempo inferior a los 15 días.

EDAD EXTREMA

SUPERVIVENCIA Y CONTROL LOCAL TRAS RADIOTERAPIA ADYUVANTE EN PACIENTES JÓVENES CON CÁNCER DE MAMA

Sanz J¹, Rodríguez N¹, Foro P¹, Lacruz M², Reig A¹, Quera J², Lozano J¹, Membrive I¹, Fernández-Velilla E², Algara M¹
 Servicio de Oncología Radioterápica. ¹Hospital del Mar y la Esperanza. ²Universitat Pompeu Fabra. Barcelona

Introducción y objetivo: El cáncer de mama en pacientes jóvenes se asocia normalmente con un peor pronóstico. Analizamos el control local y la supervivencia en una serie de pacientes jóvenes de 40 años o menos tratadas con radioterapia adyuvante tras tratamiento conservador o mastectomía con el fin de determinar la mejor estrategia de acuerdo con el estadio, la cirugía practicada y los factores pronósticos.

Pacientes y método: En total fueron analizados 176 cánceres en 175 pacientes jóvenes. La edad media fue de 36,3 años. En su mayor parte las pacientes eran premenopáusicas (97,7%). El tratamiento quirúrgico consistió en tumorectomía o cuadrantectomía en 127 casos (72,1%) y mastectomía en los restantes 49 (27,9%). Se practicó vaciamiento axilar en 87,6% de los casos y biopsia selectiva de ganglio centinela sólo en el 7,4 de las pacientes. Se constató presencia de carcinoma intraductal en un 51,1%. El estado de los receptores era conocido en un 82% de las pacientes y en un 58,5 de ellos eran positivos. La dosis de radioterapia tras cirugía conservadora fue de 47 Gy (40-52) sobre la totalidad de la mama a fraccionamiento estándar con una sobreimpresión sobre lecho tumoral de 9 a 25 Gy en un 88% de casos. Tras mastectomía la dosis administrada a la pared torácica y áreas ganglionares fue de 50 Gy (40-71).

Resultados: La mediana de seguimiento fue de 5 años. La recaída local (sobre mama ipsilateral o recaída regional) y la tasa de metástasis fue de 13 (7,4%) y 27 pacientes (15,3%), respectivamente. La supervivencia global y libre de enfermedad estimada a 5 años fueron de 93,3 % (IC 89-97%) y 76,3% (IC 68-84,1%) respectivamente. La supervivencia libre de recaída local y libre de metástasis a 5 años fueron de 90% (IC 84-96%) y 81,7 (IC 76,5-88,6%). De los factores pronósticos analizados (edad, grado histológico, presencia de carcinoma intraductal, márgenes, afectación ganglionar, estado de los receptores hormonales y tipo de cirugía) sólo la invasión ganglionar mostró una tendencia a una peor supervivencia ($p = 0,057$). En el grupo sometido a mastectomía la supervivencia a 5 años en las pacientes con receptores positivos o negativos fue de 94,4 y 70,8% respectivamente ($p = 0,04$). Tras cirugía conservadora las pacientes con recaída local presentaron una mayor tasa de mortalidad con una supervivencia estimada a 5 años de 81,8% (IC 70,2- 93,4%) en comparación con las pacientes con control completo local (97,4%; IC 95,5-99,2%; $p = 0,002$). En la gran mayoría de casos la recaída local precedió a la aparición de metástasis con un intervalo medio de 16,6 meses (0-48).

Conclusiones: En esta serie de pacientes jóvenes se ha conseguido una alta tasa de supervivencia. La mejora en el control local con el uso de la radioterapia adyuvante tras cirugía supone un factor importante con beneficio directo en las tasas de supervivencia.

CÁNCER DE MAMA EN PACIENTES MAYORES: ¿DIFIERE EL MANEJO EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS DE AQUELLAS QUE NO LO SON?

Sanz MC, Noguero MR, Gallego M, Blanco M, Arroyo ML, Aragón S, Sancho B, Carrascal A, de Matías M, Hernández-García JM

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Objetivo: El objetivo de este estudio fue analizar las características en ambos grupos de pacientes mayores. Se realizaron 2 grupos, el grupo 1 formado por pacientes cuyas edades estaban comprendidas entre 65-75 años y el grupo 2 en mayores de 75. Buscábamos determinar si existían diferencias en cuanto a las características clínicas, patológicas y opciones de tratamiento entre los dos grupos.

Material y método: Este estudio retrospectivo se llevó a cabo en 206 pacientes con edad superior a 65 años con cáncer de mama diagnosticado en nuestro hospital universitario/público entre 2003-2006. Se utilizó el test de Chi-cuadrado para el análisis estadístico de las diferencias entre los dos grupos. Considerando como diferencias estadísticamente significativas una $p < 0,05$.

Resultados: La edad media al diagnóstico fue de 72,2. Pacientes con edades comprendidas entre 65-75 fue del 59,6% de la población estudiada y 37,5% en el grupo 2.

El método más común de diagnóstico fue hallazgo radiológico casual en pacientes del grupo 1 (49,2%) ($p = 0,001$).

La mayoría de los pacientes con edad superior a 75 años fueron diagnosticadas en estadios II-III.

Chi-cuadrado mostró que los pacientes del grupo 2 presentaban un mayor tamaño tumoral ($p = 0,008$) con un mayor porcentaje de disección axilar ($p = 0,004$). La biopsia selectiva del ganglio centinela se realizó en 19,6% de las pacientes comprendidas entre 65-75 años y 9,8% de las pacientes del grupo 2 ($p = 0,004$); sin embargo la disección axilar se desaconsejó en el 22,7% de este grupo.

Cirugía conservadora se llevó a cabo en el 53,4% de las pacientes del grupo 1 vs. 71,3 del grupo 2 ($p = 0,015$), reexcisión fue necesaria en 39% de las pacientes del grupo 1 vs. 22,7 del grupo 2 ($p = 0,009$) por afectación de márgenes quirúrgicos.

La frecuencia de complicaciones postquirúrgicas fue baja pero más común en pacientes mayores de 75 años (7,3%) ($p = 0,035$). Pacientes del grupo 1 recibían radioterapia con mayor frecuencia (66,1%) ($p = 0,003$). Hormonoterapia fue administrada en el 81,3% en los dos grupos.

Conclusiones: En nuestra experiencia las características clínicas e histológicas en el grupo de edad superior a 75 años eran menos favorable, presentando tumores mayores necesitando disección axilar y cirugía radical en un mayor número de casos.

¿ES LA CALIDAD DE VIDA NUESTRO OBJETIVO EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA MAYORES DE 75 AÑOS?

Sanz MC, Noguero MR, Gallego M, Blanco M, Arroyo ML, Aragón S, Sancho B, Barbero P, Hernández-García JM
Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Objetivo: La incidencia de cáncer de mama aumenta con la edad, más del 50% de los mismos ocurre en mujeres de más de 65 años. El objetivo de este estudio es analizar nuestros protocolos de actuación en dos grupos de pacientes mayores, el grupo 1 formado por pacientes con edades comprendidas entre 65-75 años y el grupo 2 en pacientes mayores de 75 años. Deseábamos comprobar si existían diferencias en cuanto a características patológicas y opciones terapéuticas entre ambos grupos.

Material y método: Estudio retrospectivo realizado en 206 pacientes de 65 o mas años diagnosticadas y tratadas de cáncer de mama en el nuestro Hospital entre 2003-2006. Utilizamos Chi cuadrado como herramienta estadística para valorar si existían diferencias entre el grupo de 65-75 años y el grupo de mayores de 75, $p < 0,05$

Resultados: La edad media de las pacientes fue 72,2 años. El 59,9% de las pacientes estudiadas pertenecía al grupo comprendido entre 65-75 años y el 37,5% al grupo de mayores de 75 años.

El tamaño medio tumoral en ambos grupos fue 2,2 cm. El motivo de consulta fue microcalcificaciones y nódulos no palpables identificados mediante mamografía en el 88% de las pacientes. El método diagnóstico fue en la mayoría de los casos biopsia guiada por arpón (36,6%). La mayoría de

las pacientes (84,9%) presentaba estadios precoces estadio I-II de cáncer de mama. El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante.

Realizamos cirugía conservadora en el 60,6% de las pacientes. La media de ganglios positivos fue 3,09 (NS). La frecuencia de complicaciones quirúrgica fue baja y similar en ambos grupos. El 59% de nuestras pacientes recibió radioterapia en el grupo 1. Ninguna recibió quimioterapia. Administramos hormonoterapia en el 81,3%.

Chi cuadrado mostraba que las pacientes mayores de 75 años presentaban tumores más grandes ($p = 0,05$) con una mayor tasa de afectación axilar ($p = 0,007$). En el grupo de pacientes más jóvenes el número de reexcisiones fue más frecuentes así como el número de linfadenectomías ($p = 0,001$) y la administración de radioterapia ($p = 0,035$). No hubo diferencias en cuanto a afectación ganglionar e Inmunoquímica (ER/EP.HER-2) o porcentaje de pacientes tratadas con hormonoterapia.

Conclusiones: Desde el 2005 la actitud terapéutica en nuestra unidad es más conservadora en el manejo de pacientes mayores de 75 años, ofertando un mayor número de cirugías conservadoras asociadas a ganglio centinela y terapia endocrina o simplemente hormonoterapia en pacientes muy mayores o con pluripatología.

En el grupo de pacientes mayores de 75 años la evolución fue menos favorable.

GANGLIO CENTINELA

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL PROCEDIMIENTO DE BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

Pajares M, Freire JM, Moreno P, Utor A, Palomo MJ, Reina R, Martínez-Parra D, Alonso E

Unidad de Patología Mamaria. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Introducción: El procedimiento de la biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) ha demostrado ser una alternativa segura a la tradicional linfadenectomía axilar completa en la estadificación y tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. El equipo multidisciplinar (cirujanos, patólogos, médicos nucleares) que lo realice debe hacerlo con rigor y demostrando cumplir unos criterios esenciales.

Objetivo: Evaluar la calidad del procedimiento en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Universitario Puerta del Mar, utilizando la guía de autoevaluación que en marzo de 2007 presentó la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria.

Material y método: Dicha guía establece unos criterios de evaluación objetivos y medibles relacionados con los diferentes aspectos que intervienen en la aplicación práctica del proceso BSGC. Cada criterio se asocia a 4 niveles de estándares de calidad. Además se establecen 3 criterios esenciales de obligado cumplimiento para implementar la técnica de

BSCG en la práctica clínica. La guía consta de 3 apartados: Experiencia asistencial del equipo con 6 Criterios de evaluación, Aspectos Operativos con 18 criterio (3 esenciales) y Actividad Científica-Formativa con 8 indicadores estándares.

El procedimiento se inicio en abril de 2006 como fase de validación que comprende 50 pacientes y a partir de noviembre de 2007 en fase de aplicación a 120 pacientes.

Resultados: El equipo cumple con los tres criterios esenciales relacionados con la eficacia técnica en la detección del ganglio centinela (96%), sensibilidad acreditada en fase de validación (90%), promedio de ganglios axilares centinelas (2,1) (Tabla I).

Tabla I.

	Criterios	Puntuación	Nivel de estándar		
			I	II	III
Experiencia asistencial	6	12/25	1	4	1
Aspectos operativos	18	24/26	1	14	3
Actividad científica	8	4/20	0	6	2
Total	32	40/71	2	24	6

La aplicación de la guía de autoevaluación en nuestra Unidad ha resultado una puntuación global de 40 sobre un máximo de 71 puntos. Siendo el II el nivel de calidad mas prevalente (24/32).

Conclusión: Nuestra Unidad cumplió durante la fase de validación los criterios establecidos para implementar la técnica. La utilización de la guía publicada por la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria acredita la buena práctica del procedimiento de BSGC por nuestro equipo y permite identificar las áreas de mejora, en nuestro caso las relacionadas con las actividades científicas y formativas de la Unidad.

¿CUÁL ES NUESTRA EXPERIENCIA CON LA TÉCNICA DE ROLL EN EL MANEJO DE LESIONES NO PALPABLES DE MAMA?

Blanco M, Noguero MR, Gómez E, Arroyo ML, Ruiz S, Gallego M, Sanz MC, Aragón S, Sancho B, Hernández JM
Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Introducción: Las campañas de detección precoz del cáncer de mama junto con el perfeccionamiento de las técnicas de diagnóstico por imagen, han llevado a un aumento en la incidencia de detección de lesiones no palpables de mama y, a su vez, a un incremento de tumorectomías y biopsias diagnósticas que requieren localización previa de la lesión.

El método tradicional de colocación de arpones metálicos tiene algunos inconvenientes, como desplazamiento del mismo, incisiones extensas y poco estéticas, sección accidental del arpón, etc., y aun así la extirpación de la pieza con márgenes libres no se conseguía en un porcentaje alto de casos.

Por todo ello en 1997 tuvo lugar la descripción, por el grupo de Milán, de una nueva técnica para la localización de lesiones no palpables de mama: ROLL. Describían una exéresis completa de la lesión en el 99,5% de los casos. En poco tiempo, surgió la necesidad de combinar el ROLL con la biopsia selectiva del ganglio centinela, denominada SNOLL.

Objetivos: Analizar los resultados de la técnica de ROLL (*radioguided occult lesion localization*) en lesiones no palpables de mama con el fin de poder compararlos con la biopsia mediante arpón.

Nuestra experiencia con los márgenes histológicos de los carcinomas diagnosticados mediante biopsia guiada con arpón son; libres (31,6%), escasos (20,3%) y afectos (48,1%).

Material y método: Análisis descriptivo y prospectivo de las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas, de todos los casos en los que se realizó la técnica de ROLL en nuestro hospital. **Periodo del estudio:** diciembre 2007-diciembre 2008. **Análisis estadístico:** SPSS.13.0. Significación estadística: $p < 0,005$. **Tamaño muestral:** 50 pacientes.

Resultados: Edad a la cirugía: media de 60 años, rango (32,8-80,2 años). IC del 95% (57,21-62,84). Menarquia: media 12 años, rango (9-6 años). Paridad; secundigestas más de la mitad (52%), siendo nuligestas sólo el 16%. Estado menopáusico; 1 de cada 5 eran postmenopáusicas. Sólo el 16% de ellas tenía aún menstruación. Historia familiar de cáncer de mama presente en casi una cuarta parte de los pacientes (22%), mientras que el antecedente personal de cáncer de mama, tan sólo aparece en un 6% de las pacientes.

Tamaño tumoral; media de 1,14 cm, rango (0,5-2,6) cm. Al tratarse de estadios tempranos, cabía esperar que sea pequeño. Localización más habitual en el cuadrante superoexterno (51%) de la mama izquierda. Con un predominio de la mama izquierda sobre la derecha de casi un 2:1. Bilateralidad presente en el 2%. Diagnóstico de carcinoma en 9 de cada 10, correspondiendo sólo 1 de cada 10 a patología benigna.

Anatomopatológica; el CDIS es el subtipo más frecuente (36,6%), siendo el CDI el segundo en frecuencia (28,6%). Dentro de la patología benigna tenemos la hiperplasia ductal atípica como la más frecuente (4,1).

Hallazgo radiológico nódulo no palpable (50%), microcalcificaciones (30%) y la densidad asimétrica en un 20%.

Clasificación BI-RADS; lesiones BI-RADS 4 (58%) y BI-RADS 5 (40%) y BI-RADS 3 sólo el 2%.

Tipo de cirugía; la más realizada fue la asociación de tumorectomía y ganglio centinela (SNOLL) (49%), la tumorectomía radioguiada (ROLL) en el 42,9% y la tumorectomía con vaciamiento axilar completo en el (6,1%). Se realiza abordaje axilar en un 60,8%.

Localización por esterotaxia en el (96%), siendo mediante ultrasonidos casi anecdótica (4%).

Radioterapia parcial de la mama (Mammosite); 13,7% de las pacientes, dentro de un protocolo con unos criterios de inclusión muy estrictos.

El 65,9% de las pacientes fueron intervenidas una sola vez mientras que un 63,4% de las pacientes sometidas a biopsia guiada con arpón tuvieron que ser reintervenidas ($p = 0,001$).

De las reintervenidas (34,1%), aquí incluimos a todas las que presentaban márgenes afectos y algunas de las que los presentaban próximos pero como se realizó el abordaje axilar de paso se amplió el lecho de la tumorectomía, pues bien, en ningunas de ellas hubo restos de tumor residual en el estudio anatomopatológico posterior.

El estudio de los márgenes histológicos ha sido nuestro objetivo del estudio. Con la introducción de la técnica de ROLL en el manejo de lesiones no palpables de mama hemos encontrado; libres 43,8%, próximos en el 37,5 y afectos en el 18,8. Es decir, un total de márgenes no afectos del 81,3%. Dicho de otra manera, sólo 2 pacientes de cada 10, sometidas a biopsia tipo ROLL, han presentado márgenes afectos, mientras que casi la mitad, 5 de cada 10, los han presentado en la biopsias guiadas con arpón ($p < 0,001$).

Conclusiones: La técnica ROLL es de fácil realización, rápida, eficiente y cómoda para la paciente.

Proporciona mejores resultados estéticos y un mayor porcentaje de márgenes libres de tumor.

Es una técnica multidisciplinaria que requiere una estrecha colaboración entre los diferentes profesionales implicados.

¿ES NECESARIA LA LINFADENECTOMÍA EN TODOS LOS CÁNCERES DE MAMA CON GANGLIO CENTINELA (GC) METASTÁSICO?

Giménez MJ¹, Bayón AM¹, Merck B¹, Llopis F¹, Gozalbo F², Fliquete MV³, Sancho F¹, Camps F¹, Arnal JL¹, Bolumar I¹, Vázquez C¹

¹Servicios de Cirugía, ²Anatomía Patológica y ³Medicina Nuclear. Fundación Instituto Valenciano de Oncología

Introducción: La afectación metastásica de los ganglios no centinela (GNC) es mayor a medida que aumenta el tamaño del tumor y el de la metástasis del ganglio centinela (GC). Pero, cuando el GC es metastásico, en más de la mitad de los casos es el único afecto. Seleccionando la variable con mayor influencia en la afectación del GC (tamaño del tumor) y de los GNC (tamaño de la metástasis del GC) se ha analizado si existe algún subgrupo de pacientes en las que se podría evitar la linfadenectomía a pesar de tener metástasis en el GC.

Objetivo: Determinar si es necesaria la linfadenectomía en todas las pacientes con GC afecto.

Material y método: Desde diciembre de 1998 hasta marzo de 2009 se han estudiado 1.268 pacientes con cáncer de mama y biopsia del GC. La edad media fue de $56,17 \pm 12,4$ años. La búsqueda del GC se realizó con técnica combinada en el 66,4% y sólo con radiotrazador en el 33,6%. La técnica quirúrgica fue en el 80% de los casos cirugía conservadora. El estudio histopatológico del GC se realizó mediante cortes seriados y tinción con HE e inmunohistoquímica (IHQ). El estudio estadístico consistió en análisis univariante con tablas de contingencia y test de Chi cuadrado, análisis multivariante mediante regresión logística binaria. Se analizaron los factores que influyen en la afectación del GC y de los GNC. Se ha evaluado comparativamente mediante tablas de

contingencia y test de Chi cuadrado la posibilidad de afectación metastásica de los GNC cuando el GC es negativo, afecto por células tumorales aisladas (CTA) o micrometástasis (MM) en función del tamaño del tumor.

Resultados: La eficacia de la técnica fue del 95,8%. Se diagnosticó metástasis (M+) en el GC en 411 pacientes realizándose linfadenectomía en 379 casos. El GC fue el único afecto en 271 pacientes (65,9%) y en 108 (26,3%) hubo M+ en otros ganglios. Los factores que influyen de forma independiente en la afectación metastásica del GC fueron la edad ($p = 0,01$), el tamaño del tumor ($p < 0,005$) y la infiltración linfovascular (ILV) ($p < 0,005$). Los factores independientes en el análisis multivariante para la M+ de los GNC fueron: la ILV ($p = 0,04$) y el tamaño de la M+ del GC ($p < 0,005$). El estudio de las tablas de contingencia mediante test de Chi cuadrado pone de manifiesto que en los tumores = 10 mm, no existe diferencia estadísticamente significativa en la afectación de los GNC cuando el GC es negativo o positivo a CTA o micrometástasis.

Conclusiones: Las M+ del GC se producen con mayor frecuencia en las pacientes más jóvenes, con mayor tamaño tumoral e ILV. La aparición de M+ en los GNC cuando el GC es metastásico es más probable en tumores con ILV y a medida que aumenta el tamaño de la metástasis del GC. En tumores = 10 mm con micrometástasis en el GC se podría evitar la linfadenectomía axilar porque no existen diferencias significativas en cuanto a la afectación de los GNC.

BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA POSITIVA. HALLAZGOS TRAS LA DISECCIÓN AXILAR. NUESTRA EXPERIENCIA

Maturana V¹, Bernal N², Rico MM¹, Mallol C², Lorenzo M¹
¹Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. ²Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Torrecárdenas. Almería

Introducción: De todos es sabido que la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) representa unos de los avances más significativos del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. Su práctica permite una valoración adecuada de la axila en más del 95% de los casos con una mínima o nula morbilidad sobre ella. También se sabe, y son muchos los trabajos que apunta en esta línea, que un ganglio centinela positivo no implica necesariamente la afectación otros. En el 65% de estos casos el resto de adenopatías disecadas serán negativas. Luego cabe preguntarse si es necesaria la disección axilar en todos los casos de positividad.

Objetivos: a) presentar nuestra experiencia, tras 2 años de aplicación de esta técnica en todos los casos, con indicación, de cáncer de mama; y b) estudiar de forma más concreta los casos en los que la BSGC fue positiva y se hizo posteriormente disección axilar. Pretendemos con ello conocer qué variables del tumor, paciente o ganglios disecados pueden influir en la positividad o negatividad del resto de la axila.

Material y método: De forma retrospectiva hemos estudiado todos nuestros casos. Para la valoración del objetivo propuesto se han incluido los casos de la fase de validación y los casos de aplicación clínica y obligada según las indica-

ciones del Consenso celebrado en Murcia (noviembre 2006). Se ha excluido los casos que habían tenido previamente tratamiento quimioterápico (protocolo GEICAM) y aquellos en los que se hizo estudio diferido para después aplicar tratamiento neoadyuvante. En total hemos estudiado 134 casos, de los cuales sólo en 36 hemos encontrado una BSGC positiva a los que le hemos realizado posteriormente disección axilar completa.

Las variables estudiadas en los casos positivos han sido las siguientes: edad de la paciente, localización del tumor y su tamaño; tipo y grado histológico, presencia o no de invasión vascular o linfática; positividad de los receptores estrogénicos y de progesterona; tamaño de la metástasis ganglionar, número de ganglios positivos centinelas, número de ganglios positivos tras la disección axilar, etc. (1,2).

Resultados: Aunque el número de casos no puede ser concluyente podemos afirmar que cabe esperar una axila negativa tras la disección axilar cuando la BSGC es positiva en los casos de tumor menor de 2 cm, de tipo ductal infiltrante NOS, con grado histológico I y receptores de estrógenos y progesterona fuertemente positivo. La edad no parece influir en esta predicción y la invasión linfovascular generalmente se asociada a la presencia de otros ganglios positivos en la axila.

Conclusiones: La BSGC además de sus indudables ventajas sobre la disección axilar convencional nos parece una técnica segura en el estadiaje de la axila y control local de la enfermedad.

La experiencia también nos ha demostrado que en la mayoría de los casos el GC es el único positivo. Un análisis de estos casos nos permitirá en un futuro conocer en que ocasiones deberemos recurrir o no a la disección axilar para el estadiaje de la enfermedad y control local de la misma

Bibliografía

1. Fougo JL, Afonso M, Senhraes Senra F, et al Predictive factors for non-sentinel lymph node involvement in breast cancer patients with a positive node: should we consider sentinel node-related factors? Clin Trans Oncol 2009; 11: 165-71.
2. Piñero A. Validación de Normogramas aplicables al carcinoma de mama. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca". Murcia. Proyecto presentado al Grupo de Estudios Senológicos (GES) de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria (SESPM).

LINFADENECTOMÍA AXILAR COMPLETA FRENTE OBSERVACIÓN EN PACIENTES CON MICROMETÁSTASIS EN EL GANGLIO CENTINELA POR NEOPLASIA DE MAMA. ACTUALIZACIÓN DEL ENSAYO CLÍNICO MULTICÉNTRICO AATRM 048/13/2000

Fraille M¹, Solá M², Alberro JA³, Ramos M⁴, Fábregas R⁵, Gubern JM⁶, Culell P⁷, Vidal S⁸, Solsona J⁹, Moral A¹⁰, Veloso E¹¹, Deulofeu P¹², Janer J¹³, Ballester B¹⁴, Puig P¹⁵, Acea B¹⁶, de Pablo JL¹⁷, González FJ¹⁸, Piñero A¹⁹, Peñalva G²⁰, Serra C²¹

¹Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona. ²Hospital Clínic. Barcelona. ³Hospital del Mar. Barcelona. ⁴Instituto Oncológico de Guipúzcoa. ⁵Hospital Universitario de Sa-

lamanca. ⁶USP Dexeus. Barcelona. ⁷Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma Gramanet. Barcelona. ⁸Hospital San Joan de Déu. Manresa. Barcelona. ⁹Hospital Juan Canalejo. A Coruña. ¹⁰Hospital Mútua Terrassa. Tarragona. ¹¹Hospital de la Ribera. Alzira, Valencia. ¹²Hospital Municipal. Badalona, Barcelona. ¹³Hospital de Mataró. Barcelona. ¹⁴Hospital de la Santa Creu i San Pau. Barcelona. ¹⁵Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella. Barcelona. ¹⁶Hospital Txagorritxu. Vitoria. ¹⁷Hospital General de Vic. Barcelona. ¹⁸Hospital Arnau de Vilanova. Lleida. ¹⁹Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²⁰Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²¹Hospital General de Granollers. Barcelona
Grupo de trabajo AATRM 048/13/2000

Objetivo: Conocer la supervivencia global y libre de enfermedad de las pacientes con micrometástasis en el ganglio centinela no sometidas a vaciamiento axilar.

Método: Ensayo clínico aleatorizado en dos grupos: experimental (E) con pacientes con micrometástasis en el ganglio centinela sometidas a observación clínica y control (C), similar pero con linfadenectomía en un segundo tiempo quirúrgico. El seguimiento clínico mínimo alcanzará 2 años.

Resultados: La fase de reclutamiento finalizada (31/12/08) ha incluido un total de 248 pacientes (14 abandonos), 121 en el grupo E y 113 en el C. En el grupo E apareció una recidiva axilar local (por palpación, siendo el único ganglio afectado en la linfadenectomía, la paciente se encuentra en la actualidad libre de enfermedad). En el grupo control se encontraron 15 vaciados positivos (13 de ellos presentaban únicamente un segundo ganglio afectado, siendo en 6 una micrometástasis).

El estudio no ha terminado. El tiempo máximo de seguimiento es de 87 meses, pero no se ha completado en todos los pacientes. No podemos por tanto concluir sobre el objetivo principal. Podemos, sin embargo intuir un efecto del tratamiento quimioterápico sobre la aparente mínima enfermedad residual axilar remanente en una baja proporción de pacientes y deberá esperarse a completar la fase de seguimiento para concluir sobre su efecto en la supervivencia.

Estudio parcialmente financiado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías e Investigación Médica de Cataluña. 048/13/2000AATRM.

REALIZACIÓN DE LA BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA EN DOS COMPLEJOS HOSPITALARIOS: PROTOCOLO Y RESULTADOS DE LAS FASES DE VALIDACIÓN Y DE APLICACIÓN INICIAL EN EL CARCINOMA DE MAMA

Álvarez MA¹, Fernández MT², Loira F¹, Serena A¹, Barandela J¹, Pou J¹, Gutiérrez-Solana V², Campos L¹

¹Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Meixoeiro. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI). ²Servicio de Cirugía General. Hospital Montecelo. Complejo Hospitalario de Pontevedra (CHOP)

Introducción: La biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) representa una técnica quirúrgica mínimamente invasiva para el estadiaje locoregional del cáncer de mama,

asociada a una reducción de la morbilidad de los pacientes, comparado con la linfadenectomía axilar. La linfogammagrafía y localización intraoperatoria con sonda de captación es reconocida como una herramienta diagnóstica fundamental para el cumplimiento de esta alternativa, ampliamente aceptada y consolidada para la detección precoz y precisa del ganglio centinela, que requiere una fase de validación.

Objetivos: Presentar los resultados de las fases de validación y de aplicación del primer año de realización de la BSGC en cáncer de mama en dos de los centros hospitalarios de nuestra área, resaltando la utilidad de la detección radioisotópica y su importancia intraoperatoria.

Material y métodos: Un total de 63 pacientes han sido intervenidos quirúrgicamente aplicando la técnica del BSGC por cáncer de mama en el Hospital de Montecelo (CHOP) en un periodo de un año, con la colaboración del Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Meixoeiro (CHUVI). Este último, con experiencia en la técnica, obtenida por la aplicación del BSGC con tres grupos quirúrgicos diferentes en otros centros hospitalarios. El manejo del paciente entre CHOP y CHUVI esta protocolizado. El día previo a la cirugía, se realiza la linfogammagrafía, mediante inyección intratisular peritumoral de 4 dosis de 1 mCi /0,5 ml con ^{99m}Tc-nanocoloide de albúmina en el Servicio de Medicina Nuclear. La adquisición gammagráfica se realiza a los 20-30 minutos y 2-4 horas tras la inyección (imágenes precoces y tardías respectivamente) en proyecciones anteriores, oblicuas y laterales seguido de marcaje cutáneo y confirmación con sonda detectora una vez visualizado el/los GC. En esta revisión, se realizó detección complementaria con SPECT/CT a 2 pacientes. Los pacientes son intervenidos quirúrgicamente a las 20-24 horas desde la administración del radioisótopo, previa inyección periareolar de azul patente (marcaje combinado). Asistiendo un médico nuclear a la intervención quirúrgica, se utiliza la sonda de captación gamma para localización de focos activos y correspondiente exéresis de GC con estudio anatomopatológico intraoperatorio inmediato, completando el procedimiento quirúrgico según el caso.

Resultados: Fase de validación: 31 mujeres. Edad promedio: 58,6 años. Tamaño promedio de la lesión tumoral: 1,4 cm. Linfogammagrafía: visualización gammagráfica de GC axilares en 30 casos (96,8%), con una media de 1,9 ganglios (rango de 1-5) por paciente. Migración a ganglios de la mamaria interna en 3 casos. Procedimiento Qx: identificación intraoperatoria de GC axilares en 30 casos (96,8%), la media de ganglios axilares extraídos fue de 1,9 (rango: 1-4). Un total de 15 GC en 10 pacientes evidenció afectación metastática (32,2%). En todas ellas se completó linfadenectomía axilares a niveles I y II. Sólo se presentó 1 caso con fallo en la identificación gammagráfica e intraoperatoria. No se presento ningún caso falso negativo en la BSGC. El valor predictivo negativo fue 100%. La exactitud diagnóstica fue del 96,8%. Fase de aplicación: 31 mujeres y 1 hombre. Edad promedio: 60,5 años. Tamaño promedio de la lesión tumoral: 1,6 cm. Linfogammagrafía: visualización gammagráfica de GC axilares en 31 casos (96,8%), con una media de 1,9 ganglios (rango de 1-5) por paciente. Migración a ganglios de la mamaria interna en 3 casos. Procedimiento

Qx: identificación intraoperatoria de GC axilares en 26 casos (81,2%). La media de ganglios axilares extraídos fue de 1,69 (rango: 1-4). Un total de 14 GC con compromiso tumoral en 7 pacientes (21,8%). Se realizó linfadenectomía axilar a 13 pacientes: 1 por identificación fallida gammagráfica e intraoperatoria con positividad en 12 de 15 ganglios axilares resecaados, 5 pacientes por identificación fallida intraoperatoria (1 caso con axila positiva) y 7 sujetos por compromiso tumoral en BSGC (3 con afectación secundaria). No se realizó resección de ganglios de la cadena mamaria interna. Ningún paciente ha tenido complicaciones médicas hasta la fecha.

Conclusiones: La técnica BSGC es sencilla, de baja morbilidad y con una importante función de estadiaje para el cáncer de mama. Su uso protocolizado, previa fase de validación adecuada, con la intervención multidisciplinaria de los Servicios de Medicina Nuclear, Cirugía General y Anatomía Patológica de ambos complejos hospitalarios, ha hecho de esta una alternativa viable con los resultados esperados para las pacientes con carcinoma de mama de nuestra área.

VALOR DIGNÓSTICO DE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA EN LA DETECCIÓN DE MICROMETÁSTASIS GANGLIONARES EN PACIENTES CON CARCINOMA DE MAMA INFILTRANTE

Ortiz A, Álvarez R, Acevedo I, Cuenca JI, Madrid JL, García-Solís D, de León JM, Vázquez R

Servicio de Medicina Nuclear. Unidad de Patología Mamaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) es la técnica más sensible y exacta de estadificación ganglionar en el cáncer de mama infiltrante. Facilita un estudio histológico exhaustivo de los ganglios linfáticos y permite detectar un mayor número de micrometástasis (afectación tumoral entre 0,2-2 mm).

Objetivo: Evaluar el valor diagnóstico de la BSGC en la detección de micrometástasis ganglionares, en pacientes con cáncer de mama infiltrante.

Metodología: Realizamos un estudio retrospectivo de 419 pacientes con carcinoma de mama infiltrante, desde noviembre de 2005 a diciembre de 2008. A todas las pacientes se les realizó BSGC tras la inyección de 74-111 MBq de nanocoloide de albúmina humana marcada con ^{99m}Tc. Se realizó inyección peritumoral o intratumoral con control ecográfico y linfogammagrafía preoperatoria a las 2 h de la inyección del trazador. Tras la extirpación quirúrgica, se analizaron de forma intraoperatoria los GC con hematoxilina-eosina y en los casos en que los GC fueron negativos en un primer tiempo, se analizaron posteriormente técnicas inmunohistoquímicas.

Resultados: En el análisis patológico definitivo, de los 419 casos: a) 82 (19,5%) fueron GC positivos; b) 294 (70,16%) fueron GC negativos; c) 17 no tuvieron un adecuado drenaje linfático y se les realizó linfadenectomía axi-

lar (LA) resultando 4 ganglios positivos; d) 25 (5,96%) fueron GC con micrometástasis, y a estas pacientes, se les practicó también LA, encontrando en 5 de ellas (20%), ganglios positivos adicionales; y e) 1 GC positivo de la mamaria interna que no tuvo drenaje axilar.

Conclusiones: Mediante la BSGC se detecta un mayor número de micrometástasis, que se asocian con frecuencia a la existencia de ganglios positivos adicionales, y conlleva un cambio significativo en el estadiaje, pronóstico y tratamiento de estos pacientes.

¿ES NECESARIO EL USO SISTEMÁTICO DE LA TÉCNICA DE BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA EN EL CARCINOMA DUCTAL *IN SITU* DE MAMA? ANÁLISIS DE FACTORES PRONÓSTICOS DE ENFERMEDAD INFILTRANTE

Roldán J¹, Padia A¹, Alonso A¹, Valverde A¹, Ortí R¹, Ayllón D¹, Bascuñana G¹, Rioja P¹, Álvarez M², Domínguez M¹, Casado A¹, León C¹, Ciria R¹, Díaz R¹, Pérez M¹, Ruffián S¹

¹Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Unidad de Mama. ²Servicio de Radiología. Unidad de Mama. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción: La incidencia del carcinoma ductal *in situ* de mama (CDIS) se ha incrementado en los últimos años hasta un 20% del total de cáncer de mama diagnosticados, debido al aumento de programas de detección precoz. La presencia de metástasis axilares es el factor pronóstico más importante en relación a la supervivencia a largo plazo en el cáncer de mama por lo que algunos autores recomiendan el uso sistemático de la técnica de biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) para su estadificación axilar. Sin embargo la baja incidencia de metástasis axilar en el ganglio centinela (GC) de la BSGC en el CDIS (3-7%) y que no es una técnica exenta de morbilidad asociada (2-12%) con hematomas, seromas y lesiones del plexo braquial que llevan asociado pérdida de sensibilidad y movilidad, hacen que sea discutido su uso sistemático en el CDIS.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio, como centro de referencia en cirugía de mama, es determinar si es necesario el uso sistemático de la técnica de la BSGC en el carcinoma ductal *in situ* de mama (CDISI), analizando los factores pronósticos de riesgo predictores de carcinoma ductal microinfiltrante (CDMi) e infiltrante (CDI).

Material y métodos: Análisis retrospectivo multivariante mediante programa estadístico SPSS de 87 pacientes con un diagnóstico inicial de CDIS, mediante biopsia aguja gruesa (BAG) y biopsia asistida por vacío (BAV) guiada por ecografía, mamografía y RMN, en las que se realizó BSGC en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba en el periodo (2006-2008), analizando parámetros clínicos, radiológicos, histológicos e inmunohistoquímicos en busca de factores pronósticos de riesgo para enfermedad infiltrante.

Resultados: De las 87 pacientes, con diagnóstico anatómopatológico inicial de CDIS, en 7 (8%) el diagnóstico definitivo fue de CDMi y en 10 (12%) de CDI.

El diagnóstico inicial de CDIS se llevó a cabo mediante ecografía, mamografía, RMN y BAG/BAV por estereotaxia

guiada por mamografía y RMN, con una media de 2,8 biopsias por paciente (rango 1-4), con 12 muestras por biopsia. La biopsia con aguja gruesa (BAG) guiada por ecografía se asoció en el diagnóstico definitivo a enfermedad infiltrante en 73 vs. 27% BAV ($p < 0,05$).

La BSGC se llevó a cabo en 65 pacientes (73%), con diagnóstico inicial de CDIS extenso, alto grado o factores predictivos de alto riesgo para infiltración, siendo el resultado negativo para malignidad en el 100% de los casos, incluyendo 17 casos (26%) con diagnóstico anatómopatológico definitivo de CDMi-CDI, no observándose ningún caso de metástasis axilar, micrometástasis ni células tumorales aisladas en el análisis patológico definitivo del GC mediante técnica clásica de hematoxilina y eosina, e inmunohistoquímica. La media de GC obtenidos durante la BSGC fue 2,08 (rango 1-6).

El 60% de las pacientes tenía edades comprendidas entre los 41-60 años.

Los pacientes con diagnóstico definitivo de CDMi y CDI se encuentran en el rango de edad (41-50 años) en el 64%, siendo este rango un factor predictivo de riesgo de enfermedad infiltrante

Analizando los parámetros clínicos y radiológicos del CDIS, se obtiene que el 70% se presenta como microcalcificaciones y el 23 como nódulo palpable, no observándose diferencias significativas en cuanto a factor pronóstico de infiltración. La media del tamaño tumoral inicial fue 35 mm (7-80 mm) medida por mamografía y 28 mm (6-78 mm) por RMN. Comparado con el tamaño tumoral definitivo que fue de 26 mm (7-117 mm), se concluye que la RMN es el mejor método de medición tumoral preoperatorio. La media del tamaño tumoral en los 17 casos de CDMi y CDI es de 34,52 mm.

En 35 casos (40,2%) el diagnóstico patológico definitivo fue subtipo histológico sólido alto grado con comedonecrosis, aunque es el subtipo cribiforme de alto grado con comedonecrosis el que se asocia a enfermedad infiltrante en el 65 vs. 29% subtipo sólido ($p < 0,05$).

Se practicó mastectomía en 52 vs. 48% tumorectomía, asociándose como factor predictivo de riesgo para infiltración la mastectomía en un 76,4 vs. 23,6% tumorectomía ($p < 0,05$), así como la localización en mama izquierda (59%), y área extensa en el 58 vs. 38% en cuadrante superoexterno.

En la inmunohistoquímica, se asoció como factor predictor de infiltración, los receptores estrogénicos (RE) positivos en un 76 vs. 24% RE negativos, los receptores de progesterona (RP) positivos en un 64,7 vs. 35,3 RP negativos, Herceptest negativo en un 65% y Ki-67 (positivo rango 20-50%) en un 94,1%.

Conclusiones: La BSGC no estaría indicada de forma sistemática y rutinaria en todos los pacientes con diagnóstico inicial de CDIS, siendo necesario su uso si el diagnóstico definitivo es de CDMi o CDI.

Su uso estaría limitado para aquellos casos de CDIS inicial que lleven asociados factores pronósticos de riesgo para CDMi y CDI (edad 41-50 años, diagnóstico mediante BAG guiada por ecografía, tamaño tumoral mayor de 30 mm o extenso, subtipo histológico cribiforme alto grado, comedonecrosis y RE/RP positivos).

IMPLEMENTACIÓN DE LA BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA EN LOS HOSPITALES COMARCALES DE LA PROVINCIA DE HUELVA

Delgado JM¹, Sánchez de Mora E¹, Jiménez-Heffernan A¹, López-Martín J¹, Salgado C¹, Vidal M², Jurado R², Guadalajara J³
¹Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Juan Ramón Jiménez. ²Servicio de Cirugía. ³Hospital Infanta Elena. ³Hospital de Riotinto. Huelva

Introducción: La provincia de Huelva dispone de un único servicio de Medicina Nuclear ubicado en el Hospital Juan Ramón Jiménez en el que se lleva a cabo la biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) en pacientes con cáncer de mama.

El proceso de Atención Integral Cáncer de Mama establece en el anexo 3 la propuesta de protocolo para la implantación de la técnica de GC en hospitales andaluces que carecen de Servicio de Medicina Nuclear. En cumplimiento del mismo se procedió a la realización por parte de los facultativos de los equipos de Cirugía y de Anatomía Patológica de los hospitales comarcales de la curva de aprendizaje en la técnica del ganglio centinela. Esto junto al desplazamiento del médico nuclear a dichos hospitales ha hecho posible la puesta en marcha de dicha técnica en el Hospital de Riotinto e Infanta Elena.

Objetivo: Analizar los resultados obtenidos en fase de aplicación clínica de la biopsia selectiva de ganglio centinela en pacientes con cáncer de mama en los hospitales de Riotinto e Infanta Elena durante el año 2008.

Material y métodos: La puesta en marcha del protocolo de ganglio centinela en los hospitales comarcales presenta una serie de peculiaridades:

–Las pacientes acuden al Servicio de Medicina Nuclear la tarde previa a la intervención quirúrgica para la realización de la linfogammagrafía, una vez realizado el ingreso en el servicio de cirugía de su hospital de referencia.

–Dada la imposibilidad de utilizar la ecografía para la punción dirigida en aquellos tumores no palpables se ha decidido por consenso la inyección retroareolar.

–Desplazamiento del médico nuclear al hospital comarcal.

El resto del protocolo es similar al que se sigue en el Hospital Juan Ramón Jiménez:

–Inyección peritumoral/intratumoral/retroareolar.

–74 Mbq nanocoloides-99mTc.

–Masaje suave y ejercicio del brazo.

–Linfogammagrafía: imágenes 300 s anterior, oblicua anterior y lateral. En la actualidad el servicio de medicina nuclear dispone de una gammacámara SPECT/TAC que permite localizar el ganglio centinela con mayor exactitud, permitiendo cambiar la vía de abordaje quirúrgico y localizar el verdadero ganglio centinela en aquellos casos de difícil valoración.

–Supino y bipedestación.

–Quirófano día siguiente para la detección mediante sonda de detección intraoperatoria.

–Ganglio centinela y adicionales con hasta 20% contaje.

Hospital Infanta Elena: se ha realizado la BSGC en 30 pacientes con cáncer de mama de los 52 casos de cáncer de mama que se han intervenido en dicho hospital (57,6%). La edad media es de 54,7 años. El tamaño medio de las lesiones es de 2,3 cm, siendo el tipo tumoral más frecuente el carcinoma ductal infiltrante (73%). La mama derecha se ve afectada en un 63,3% y la localización más frecuente es el cuadrante superoexterno.

Se visualizó el ganglio centinela (GC) en el 100% de los pacientes (media: 1,47 GC/paciente). A las 24 horas se lleva a cabo la detección y el estudio anatomopatológico intraoperatorio del GC que resultó negativo en 24 pacientes.

Hospital Riotinto: 28 pacientes con edad media de 56,2 años fueron sometidas a BSGC siendo el tipo tumoral más frecuente el carcinoma ductal infiltrante. La localización tumoral es mayor en la mama izquierda (59,3%).

La linfogammagrafía localizó el ganglio centinela en todos los casos (1,48 GC/paciente) y la detección intraoperatoria, a excepción de uno de los casos, en el que la cirugía fue anulada por el estado clínico de la paciente, tuvo el mismo resultado. De las 27 pacientes el ganglio centinela fue negativo en 18.

Conclusión: La implantación de la técnica de biopsia selectiva ganglio centinela en los hospitales comarcales de la provincia ha permitido beneficiarse a 57 pacientes durante el año 2008 y disminuir el número de linfadectomías innecesarias en un 80% de las pacientes pertenecientes al Hospital Infanta Elena (Tabla I) y en el 66,7% del Hospital Riotinto (Tabla II).

La realización de un volumen de más 20 BSGC por año/cirujano en ambos hospitales acredita a ambas unidades en la realización de dicha técnica y por tanto disminuye el flujo de paciente al hospital de referencia de la provincia.

Tabla I. Anatomía Patológica GC en Hospital Infanta Elena

Anatomía Patológica GC	Frecuencia	Porcentaje
Negativo	23	76,7
Positivo macrometástasis	5	16,7
Positivo micromacrometástasis	1	3,3
Negativo-CLS tumorales aisladas	1	3,3
Total	30	100,0

Tabla II. Anatomía Patológica GC en Hospital de Riotinto

Anatomía Patológica GC	Frecuencia	Porcentaje
Negativo	17	63,0
Positivo macrometástasis	6	22,2
Positivo micromacrometástasis	3	11,1
Negativo-CLS tumorales aisladas	1	3,7
Total	27	100,0

MISCELÁNEA

LÉXICO CIENTÍFICO EN LA MAMA

Romero JA

Servicio de Radiología. Hospital Universitario. Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: El lenguaje técnico y la nomenclatura de términos científicos están (o deberían estar) muy precisa-

mente delimitados en cuanto a su significado. Para ello se conciertan los científicos, cada cual en su disciplinas, periódicamente, en congresos, reuniones, etc., para revisar sus nomenclaturas y unificar criterios. Cuando se trabaja en una unidad de mama, lo primero que se percibe en el terreno lingüístico es una disparidad de términos: es el uso paralelo de los sinónimos "seno" y "mama", y sus derivados compuestos: senografía, senógrafo, mamografía, mamógrafo.

Objetivo: Analizar ambos términos desde el punto de vista filológico y médico, con el objetivo de decidir cuál es el término más conveniente para su utilización.

Método: Analizar el origen filológico y médico de ambas palabras, su utilización actual y su predominio de uso.

Conclusión: En un ámbito científico, y para una población dedicada a una materia técnico-científica, es importantísima una unificación del léxico de uso profesional. Léxico que debe de estar consensuados por todos los hablantes de esa comunidad científica. Ideal sería que también fuera comprensible para otras comunidades científicas que están fuera del conjunto de unidades multidisciplinares dedicadas a la Patología Mamaria, pero que pudiera en algún momento entrar en intersección con ellas.

EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE PAGET EN LOS ÚLTIMOS 8 AÑOS

Flores M¹, López-Bernal C¹, Valera Z¹, Sousa JM², Villanueva F², Madrid L², Maraví H², de León JM²

Unidades de ¹Cirugía en Urgencias y ²Patología Mamaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La enfermedad de Paget de la mama fue descrita por James Paget en 1874 como un síndrome caracterizado por la ulceración del pezón en el que se evidencia una infiltración de células intraepidérmicas con núcleos pleomórficos que se asociaba a un cáncer de mama. La enfermedad de Paget es una entidad poco frecuente que representa el 1-3% de las neoplasias de mama y suele asociarse a carcinomas intraductales o ductales infiltrantes. Se caracteriza por la aparición de un eritema o eczema alrededor del pezón de difícil tratamiento que evoluciona hacia la ulceración.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo en el que evaluamos a 16 pacientes diagnosticadas de enfermedad de Paget, durante el periodo comprendido entre enero del 2000 y enero del 2008. Se incluyeron en el estudio pacientes diagnosticadas de enfermedad de Paget, excluyéndose aquellas con alteraciones del pezón producidas por tumores de mama localmente avanzados. Variables de nuestro estudio: la edad de las pacientes, síntoma inicial de presentación, la presencia o no de imágenes sugestivas de malignidad, la asociación o no a un tumor mamario y las características de los tumores diagnosticados (si son palpables, la variedad histológica y el estadio tumoral). También la técnica quirúrgica realizada, el tratamiento adyuvante aplicado, el número de recurrencias, y la supervivencia.

Resultados: La edad media de las pacientes fue de 63 años (rango entre 49-70 años). Se asocia más de un síntoma al diagnóstico: eczema en el 50% de los pacientes, masa en el 43,75, ulceraciones del pezón en el 31,25, y telorrea en el 18,75. Siete pacientes presentaban además una masa palpable y todas ellas de localización periareolar. A todas las pacientes se les realizó una mamografía al diagnóstico. En 2 casos la mamografía no detectó alteraciones. En el resto (87,5%): microcalcificaciones sospechosas en 6 pacientes (37,5%) y en 8 diagnosticaron imágenes nodulares patológicas. En el estudio anatomopatológico de las piezas se observó que en el 68,75% de los casos la enfermedad de Paget se asociaba a un carcinoma ductal infiltrante (11 pacientes), 3 de ellos con la variante comedocarcinoma, y el resto fueron carcinomas intraductales (18,75%), salvo 2 casos en los que no asociaban tumor. Tres de las piezas estudiadas presentaban un carcinoma multifocal y 4 pacientes (25%) presentaban afectación axilar. Los estadios más frecuentes fueron el estadio I y II con 5 pacientes respectivamente, seguido del estadio III con 4 (25%) y el estadio 0 con 2 pacientes (16%).

A todas las pacientes se les propuso tratamiento quirúrgico. La técnica empleada dependió de los hallazgos clínicos-radiológicos, del estadio y de la decisión de la paciente. La mastectomía radical modificada fue la técnica más utilizada, 8 pacientes (50%). La segunda técnica fue la cuadrantectomía central más vaciamiento axilar asociada a radioterapia, 5 mujeres. La mastectomía sin vaciamiento se realizó a 3 mujeres (una por microcalcificaciones sospechosas difusas, otra por cancerofobia y otra en una mujer de edad avanzada con tumoración palpable y mamas pequeñas).

En nuestro estudio todas las pacientes recibieron tratamiento adyuvante salvo 3. La mitad de los casos, 8 pacientes, requirieron tratamiento quimioterápico, y en 5 de ellos, se asoció a radioterapia. Tan sólo recibieron radioterapia como único tratamiento adyuvante 2 pacientes, aquellas a las que se les había sometido a una cuadrantectomía central sin hallarse tumor asociado. Sólo falleció una paciente a los 14 meses por inmunosupresión secundaria al VIH. En el resto la supervivencia ha sido del 100%, tan sólo en 3 se les diagnosticó enfermedad metastásica: una presentó metástasis óseas al año de tratamiento, y las otras dos, metástasis axilares, una diagnosticada a los 2 años de seguimiento y la restante a los 3 años. Las cuatro pacientes que presentaron enfermedad metastásica pertenecieron al grupo de masa palpable al diagnóstico.

Conclusiones: Clásicamente, aquellas pacientes con enfermedad de Paget con masas palpables recibían el tratamiento según las características del tumor mamario. La controversia terapéutica se origina en aquellas pacientes con enfermedad de Paget sin masa palpable. Hasta hace unos años, el tratamiento consistía en una mastectomía con linfadenectomía. Posteriormente, se planteó la posibilidad de ofrecer a las pacientes con enfermedad de Paget sin masa palpable, un tratamiento menos agresivo.

La tendencia actual la individualización del tratamiento en cada paciente, en función de la edad, morfología mamaria, localización e histología del tumor, además de la afectación linfática. En la enfermedad de Paget las pacientes que presenten afectación del pezón sin evidencias de masa pal-

pable ni densidades mamográficas anormales se beneficiarían de una cirugía conservadora asociada a radioterapia (Tablas I, II, y III).

Tabla I. Características clínicas de las pacientes

	Pacientes
Edad (media y rango)	63 (47-70)
Eczema	8 (50%)
Masa	7(43,75%)
Úlcera	5 (31,25%)
Sangrado	3 (18,75%)

Tabla II. Resultados histopatológicos en relación a la asociación de masa palpable

	Masa palpable	Masa no palpable	Total
Afectación linfática al diagnóstico	4 (25%)	0	4 (25%)
Estadio tumoral			
0	0	2 (12,5%)	2 (12,5%)
I	1 (6,25%)	4 (25%)	5 (31,25%)
II	2 (12,5%)	3 (18,75%)	5 (31,25%)
III	4 (25%)	0	4 (25%)
Tipo histológico			
Intraductal (<i>in situ</i>)	0	3 (18,75%)	3 (18,75%)
Ductal infiltrante	7 (43,75%)	4 (25%)	11 (68,75%)
No cáncer	0	2 (12,5%)	2 (12,5%)

Tabla III. Tratamiento quirúrgico y adyuvante

	Masa palpable	Masa no palpable	Total
M. radical + VA	5	3	8 (50%)
M. simple sin VA	1	2	3 (18,75%)
Cuadrantectomía central	1	4	5 (31,25%)
Radioterapia	2	3	5 (31,25%)
Quimioterapia	6	2	8 (5%)

VA: vaciamiento axilar; M. radical: mastectomía radical modificada; M. simple: mastectomía simple.

MAMAS AXILARES: MANEJO Y EVOLUCIÓN. EXPERIENCIA DE UNA UPM Y REVISIÓN SISTEMÁTICA

Romero ME

Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo. Hospital de Alta Resolución. Ecija, Sevilla

Introducción: La mama supernumeraria es una anomalía en la involución de la línea láctea embrionaria que se da en un 1-2% de la población general. De estos, el 70% se localiza en axila. ¿Debe ser extirpada?, ¿tiene el mismo riesgo que sus otras mamas para el cáncer?, ¿puede tener un seguimiento fiable? Estas dudas motivan la realización de este trabajo de revisión.

Material y métodos: Estudiamos los casos diagnosticados y tratados en nuestra unidad en el periodo comprendido en-

tre enero de 2002 y diciembre de 2007. Para la revisión bibliográfica accedimos a la base Cochrane de revisiones sistemáticas y a Medline.

Resultados: Se encuentran registrados en nuestra serie un total de 15 casos. En 5 casos bilateral. La edad media al diagnóstico es de 40.06 años (rango 58-18 años, $\pm 9,51$). De ellas, 10 han sido intervenidas (66,66%) por deseo expreso y 5 (33,33%) se encuentran en seguimiento. El diagnóstico fue casual en 12 pacientes (80%). En las restantes, el diagnóstico fue dirigido por los síntomas. En ningún caso la anatomía patológica reveló alteraciones del tejido mamario ectópico. Las no operadas llevan un seguimiento de 3,1 años ($\pm 1,41$ años), hasta ahora sin incidencias.

Conclusiones: No existe aún evidencia científica publicada que pueda servirnos para responder los interrogantes planteados, por lo que se necesitan estudios que nos lleven a tomar una actitud más clara ante una anomalía supuestamente benigna, con un potencial de malignización aún no aclarado. El deseo de exéresis por parte de la paciente debería ser satisfecho sin trabas.

PAPEL DE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO TRAS CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE MAMA

Puig A¹, Buch E², Maiocchi R², Moreno P³

¹Unidad de Hospitalización a Domicilio. ²Servicio de Cirugía. ³Unidad de Psicooncología. Hospital de Sagunto. Valencia

Introducción: La hospitalización a domicilio es un dispositivo asistencial del Área de Salud enfocado a proporcionar asistencia especializada de rango hospitalario a aquellos pacientes, para los que el "mejor lugar terapéutico" por su estado de enfermedad es el domicilio.

La hospitalización a domicilio en la Comunidad Valenciana aparece en 1991 y su regulación y creación queda recogida en la Orden de la Conselleria de Sanidad y Consumo de fecha 26 de mayo de 1995.

La Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital del Hospital de Sagunto comenzó a funcionar en el año 2000 y desde entonces atiende a las pacientes intervenidas de cirugía oncológica de mama.

Estas pacientes intervenidas de cirugía radical o conservadora ingresan en hospital a domicilio tras las primeras 24 horas y permanecen hasta la retirada del drenaje.

Objetivos: a) divulgar el funcionamiento de las Unidades de Hospitalización a Domicilio a los profesionales proveedores de este tipo de patologías; b) documentar con la experiencia de la unidad de Sagunto la fiabilidad de esta alternativa asistencial; y c) valorar la satisfacción de las pacientes como elemento clave en la toma de decisiones.

Material y método: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos siguientes: Pubmed, SciELO y LILACS sin límite de fechas.

Las palabras clave utilizadas fueron: *hospital a domicilio, descarga precoz, cirugía de mama.*

Se utilizaron los datos de las pacientes ingresadas durante el periodo estudiado entre los años 2000 a 2008.

Se recuperaron los estudios realizados en hospital a domicilio a lo largo del citado periodo concernientes a patología mamaria.

Se revisó la vía clínica desarrollada para cirugía oncológica de mama y hospital a domicilio.

El método ha consistido en el estudio de la bibliografía encontrada y del estudio descriptivo de los datos recogidos.

Resultados: a) de la búsqueda bibliográfica no se han obtenido resultados en Pubmed de artículos españoles; b) se han obtenido varios artículos relacionados con infección de herida quirúrgica en descarga con drenaje, efectos médicos y psicológicos tras alta precoz, etc., y varios ensayos clínicos randomizados; c) en relación a hospital a domicilio tras alta precoz se han encontrado infinidad de artículos; d) el número de pacientes atendidas en hospital a domicilio ha ido incrementándose hasta un número estable; e) la patología se muestra previsible y con un número ínfimo de sucesos adversos; y f) en el estudio comparativo que se realizó en 2002 no se encontraron diferencias significativas entre el grupo sala de hospital y el grupo de hospital a domicilio

Conclusiones:

1. La hospitalización a domicilio es una alternativa eficaz en el alta precoz de cirugía oncológica de mama.

2. La patología atendida es altamente previsible y exenta de complicaciones cuando es atendida por profesionales cualificados.

3. Es necesario difundir esta alternativa asistencial entre los servicios quirúrgicos ante la posible infrautilización de la misma.

4. Los estudios encontrados avalan la satisfacción de las pacientes con la atención domiciliaria y su beneficio psicológico.

CONTROL DOMICILIARIO DE DRENAJES TRAS CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA) DE LESIONES MAMARIAS

Muñoz F, del Álamo C, Romero E, Herrera L, Palacios E

Unidad de Patología Mamaria. Hospital de Alta Resolución de Écija. Sevilla

Introducción: La cirugía mamaria se acompaña con frecuencia de la colocación de drenajes. Esta circunstancia prolongaba el momento del alta debido al temor, tanto de cirujanos como de pacientes, a las complicaciones que ocasionaban.

Objetivos: Valorar la conveniencia del control domiciliario de drenajes protocolizando una actuación de facultativos y pacientes que posibilite la CMA en la mayor parte de las lesiones mamarias.

Material y método: Desde enero de 2002 a diciembre de 2008 han sido intervenidas en nuestra Unidad un total de 530 pacientes. El 81,3% de ellas (431) fue introducido en el programa de CMA siendo dadas de alta el mismo día de la intervención. Se exceptuaron las pacientes que no cumplían criterios de alta y las mastectomías y cuadrantectomías con vaciamiento axilar que, formando parte de un programa de corta estancia, son dadas de alta al día siguiente.

Las intervenciones realizadas fueron: biopsias de lesiones palpables (43,6%), biopsias con arpón de lesiones no palpables (41%), exéresis de mamas ectópicas (8,1%), conotomías por ectasia ductal (2,3%), drenaje de abscesos (2,3%), exéresis de fístulas periareolares (1,6%) y exéresis de papilomas intraductales (0,9%).

El 70,99% de las pacientes de CMA portaba drenajes al alta. De ellas, 33,98% por capilaridad y 66,01 aspirativos.

Valoramos la aparición de incidencias y/o complicaciones hasta la retirada del drenaje, así como la valoración de esta práctica tanto por facultativos como por pacientes, mediante encuesta de satisfacción.

Resultados: No se comunicaron complicaciones en el 88,56% de casos objeto del estudio. Se contabilizaron las siguientes incidencias: pérdida del vacío en el drenaje espirativo (6,53%), hematomas (2,28%), seromas (0,98%), dolor (0,98%), hemorragia (0,32%), otros (0,32%).

La encuesta de satisfacción mostró una valoración positiva unánime por parte de los cirujanos y un apoyo significativo por parte de las pacientes: 95% de las encuestas contestadas (44%).

Conclusiones:

1. La aparición de complicaciones relacionadas con los drenajes en CMA de lesiones mamarias son mínimas tanto en cantidad como en gravedad.

2. Esta baja morbilidad, unida a la implicación de las pacientes en este proceso nos ha llevado a obtener buenos resultados por lo que consideramos el control domiciliario de drenajes tras CMA como una práctica recomendable.

SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER MEDULAR DE MAMA

Tallón L¹, Martínez-Padilla A¹, Vieites B², Sousa JM¹, Villanueva F¹, Alfaro L¹, Maraví H¹, de León JM¹

¹Unidad de Patología Mamaria. ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: El cáncer medular de mama es una variedad de carcinoma ductal mamario con una incidencia que oscila entre el 2-10%, debido a la falta de especificidad de sus criterios diagnósticos y su similitud con el fibroadenoma en el diagnóstico diferencial. Aunque clásicamente se le ha considerado un pronóstico relativamente favorable, a pesar de su alto grado nuclear y elevado índice mitótico, existen estudios más recientes que lo ponen en duda, lo que ha conllevado a describir un tipo de cáncer medular atípico, con un pronóstico intermedio entre el medular típico y el carcinoma ductal infiltrante.

Objetivos: Nuestro objetivo es analizar nuestra serie de pacientes con cáncer de mama medular, analizando sus características epidemiológicas, supervivencia a largo plazo y posibles factores pronósticos.

Material y métodos: Hemos analizado todos los casos de cáncer de mama de nuestra unidad desde el año 1999 hasta el 2008. La muestra está compuesta por aquellos casos de cáncer medular de mama confirmados histológicamente en piezas quirúrgicas o biopsias (n = 35). Las variables a estudio

son fecha de diagnóstico, edad, localización, tamaño, ganglios afectos, intervención quirúrgica, grado histológico, marcadores tumorales, supervivencia, tratamientos neoadyuvantes y comportamiento de la mama contralateral entre otros.

Resultados: Las 35 pacientes, de género femenino, presentan una edad media de 56,11 años (rango 34-92), existiendo casi igualdad en lo que a lateralidad se refiere. El tamaño medio es de 2,87 cm (rango 1,2-8). Aproximadamente una tercera parte de los casos presentan ganglios axilares positivos y algo más del 20% recidiva local o a distancia a lo largo de su seguimiento. A pesar de que la mayoría han recibido tratamiento complementario a la cirugía, el porcentaje de éxitos es importante, en íntima relación con la metástasis local y/o a distancia. Casi la mitad de las pacientes, presentaron algún tipo de cirugía y/o sospecha de lesiones en la mama contralateral.

Conclusiones: El cáncer medular de mama es una variedad poco frecuente con una mortalidad elevada en nuestra serie, a pesar de lo que clásicamente se ha creído. Los principales factores implicados son la metástasis a distancia y la recidiva local. Curiosamente, no es infrecuente la cirugía o sospecha de patología, no relacionada con este tipo medular, en la mama contralateral.

TNM FRENTE A LA CLASIFICACION INMUNOHISTOQUÍMICA

Maiocchi K¹, Buch E¹, Martínez B², Galán A³, Muñoz M¹, Checa F¹

Servicio de ¹Cirugía, ²Anatomía Patológica y ³Oncología. Hospital de Sagunto. Valencia

Objetivo: En nuestro entorno la nueva clasificación inmunohistoquímica sustituye a la clasificación del TNM.

Material y método: Hemos estudiado 670 mujeres a las cuales desde 2001 se les ha realizado estudio de RE, RP, HER2, p53 y Ki67. Además se han recogido datos de edad, TNM, tiempo vivas y tiempo hasta la metástasis.

Resultados: La edad media de la 670 pacientes fue de 61,94 años (DE14,29) años. El 51,9% de las pacientes eran del grupo luminal, del *basal like* el 25,7%, del mixto 14,9% y del perfil inmunohistoquímico Her 2 ascendían al 7,5%. La edad media de las pacientes luminal era significativamente superior a resto, mientras que el grupo *basal like* tenía edades más juveniles. El 65% de las pacientes fueron ki 67+ y aproximadamente el 30% eran positivas para p53. La supervivencia global estaba influida por en TNM al diagnóstico, a la pertenencia al grupo que había necesitado Qi y a tener + el antígeno ki67, pero el perfil inmunohistoquímico no varió este concepto, ni la positividad p53. Sin embargo el tiempo hasta la metástasis si se mostró significativamente afecto dependiendo del perfil inmunohistoquímico, del antígeno ki67, proteína 53, del estadio tumoral, de la afectación ganglionar en el estudio definitivo anatomopatológico.

No encontramos relación entre la existencia de ki67+ o proteína 53+, ni con el perfil inmunohistoquímico con la afectación o no de los ganglios axilares.

Con respecto a la respuesta a la quimioterapia de inducción ningún factor nos aportó luz a excepción del luminal en el que se evidenció una peor respuesta. Sin embargo sí existió una respuesta parcial amplia en el luminal (74%), HER2 (69%), mixto (62%) y BL (61%).

Conclusión: Aunque la clasificación del TNM es criticada, nos sigue dando mucha información sobre la supervivencia y la recaída. El perfil inmunohistoquímico no sustituye al TNM en estos parámetros, pero según la literatura da información del tratamiento oncológico que debe seguir la paciente, incluso en el futuro de a que pacientes no se les dará quimioterapia. Sin embargo, al igual que el tamaño tumoral nos condiciona el tipo de cirugía los perfiles inmunohistoquímicos no nos da ninguna luz en este sentido.

GESTIÓN DE UN PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL MULTIDISCIPLINAR. PROGRAMA POST-ALTA MAMARIA. PROYECTO PIONERO DE ATENCIÓN EXTRAHOSPITALARIA CONSENSUADA DE LA MUJER CON CÁNCER DE MAMA

Pons M¹, Gil M², Urruticoetxea A², Lou A¹, Centeno E³, Adame V³

¹Servicio de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR). Instituto Catalán de la Salud. ²Servicio de Oncología Médica. Instituto Catalán de Oncología. ³Departamento de Hormonoterapia. Laboratorio Esteve

Introducción: La situación actual de la paciente operada de cáncer de mama es de máxima calidad asistencial hospitalaria pero sufre una indefinición sobre qué profesional debe atenderla en Medicina Primaria.

Debido a ello nos encontramos con las siguiente situaciones: a) la paciente que durante el periodo de control hospitalario no sabe dónde ni a quién hacer consultas que la angustian y que no considera suficientemente importantes como para acudir al oncólogo, lo cual la lleva a un circuito poco efectivo y no resolutivo, que va del médico de cabecera al cirujano, o al ginecólogo, finalizando en una derivación al centro hospitalario con retraso de la atención o del diagnóstico; b) la mujer refiere tener la sensación de estar desatendida; c) la paciente a quien se le ha dado el alta y se remite al Centro de Salud sin un protocolo consensuado entre el Hospital y la Atención Primaria que establezca qué tipo de control ni qué profesional lo ha de realizar, a menudo no hay contacto directo entre el oncólogo de referencia y el médico-ginecólogo, hallándose distintas pautas de control dependiendo del criterio del facultativo que le atiende; d) la paciente refiere la sensación de estar abandonada; y e) el número de estas pacientes es el de las altas hospitalarias de oncología mamaria, que en nuestro área son aprox. 150-200/a.

Tampoco hay protocolos estandarizados para tratar fuera del hospital todos los aspectos sociales, emocionales, reproductivos, sexuales, dietéticos ni estéticos.

Objetivos: a) crear un protocolo territorial conjunto Hospital/Atención Primaria para el control integral y multidiscipli-

plinar post-alta de oncología mamaria; y b) proponer al ASSIR de Hospitalet de Llobregat (Barcelona) como pionero de la implementación del proyecto.

Método:

1. Se establece un primer contacto con el ICO (Instituto Catalán de Oncología) del Hospital Duran y Reynals en noviembre de 2007.

2. Se realiza la primera reunión del ASSIR de Hospitalet con el ICO para crear un protocolo preliminar acordándose:

–Que el ASSIR de Hospitalet sea quien implemente el proyecto piloto

–La creación de agendas específicas post-alta mamaria.

–La creación de una consulta de enfermería especializada en Patología Mamaria para atender consultas sobre:

- Información sobre cáncer de mama y prevención.

- Sexualidad.

- Reproducción y contracepción.

- Dietética y hábitos saludables.

- Fisioterapia y rehabilitación

- Grupos de autoayuda y terapéuticos.

- Asignación de profesionales:

- Ginecólogo/a de primaria experto/a en Senología.

- Enfermera especializada en patología mamaria.

- Administrativa de gestión de agenda específica. Enfermera de enlace para gestionar la primera cita extrahospitalaria con el que será el ginecólogo de referencia, así como las rederivaciones al hospital cuando se precise.

3. Creación de los circuitos territoriales entre el ASSIR y:

- Psicooncología y Salud Mental.

- Fisioterapia y Rehabilitación Primaria y Hospitalaria.

- Radiología.

- Ecografía mamaria.

- Medicina Familiar para el rescate de pacientes dadas de alta con anterioridad.

Resultados: Se obtendrán de la evaluación anual de:

- Número total de pacientes atendidas.

- Número primeras y de segundas visitas post-alta.

- Número de visitas urgentes.

- Número de patología asociada a tratamientos adyuvantes.

- Número de recidivas.

- Número de derivaciones al hospital.

- Cuestionario de satisfacción de la paciente.

- Cuestionario de evaluación del programa post-alta del personal sanitario.

- Número total de pacientes atendidas y motivos de consulta a la enfermera especializada.

Conclusiones: No hay ningún protocolo publicado, consensado de carácter territorial y multidisciplinar para la atención integral de la mujer con cáncer de mama en la etapa posterior al alta hospitalaria.

El presente proyecto viene a llenar un vacío sufrido por las mujeres con una patología que genera alarma social, debiendo convivir con dicha angustia el resto de su vida fuera del paraguas protector de un equipo especializado de oncólogos.

El paso del oncólogo de referencia al ginecólogo de referencia debe ser un traspaso no traumático, en el que la mujer no se sienta abandonada, mediante una coordinación entre

ambos ámbitos que sea eficaz rápida, directa y que genere confianza.

La asistencia primaria después del hospital oncológico debe tener una visión holística, multidisciplinar, que racionalice sin duplicidades los servicios territoriales y que abarque desde el linfedema crónico o tardío al deseo gestacional en mujeres aún jóvenes, sin olvidar que el alta hospitalaria no implica la curación, solamente un tiempo suficientemente largo libre de enfermedad, persistiendo circunstancias emocionales, sociales y de autoestima que afectan a la esfera de la vida íntima de la mujer y que no acaban el día que se le entrega el alta.

FACTORES PRONÓSTICOS Y DENSIDAD ÓSEA ELEVADA

Alsina A¹, Bordés M¹, Tresserra F², Pascual MA¹, Rodríguez I¹, Fábregas R¹

¹Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción. ²Servicio de Anatomía Patológica. Institut Universitari Dexeus. Barcelona

Introducción: Hemos observado una mayor incidencia de cáncer de mama en pacientes menopáusicas con una Z-Score ≥ 2 que se puede atribuir a una elevada estrogenicidad de las pacientes.

Objetivos: Se pretende averiguar si hay factores pronósticos diferentes en los cánceres de mama de pacientes menopáusicas con una densidad mineral ósea elevada para su edad, (Z-Score ≥ 2).

Material y métodos: Se realiza un análisis comparativo en 76 pacientes con cáncer de mama agrupándolas según la densitometría ósea (DOC). Así se dividen en dos grupos, las que tienen una Z-Score ≥ 2 y las que presentan una Z-Score < 2 . Se estudian los siguientes factores pronósticos: grado histológico (GI, GII, GIII), receptores estrogénicos (RE+, RE-), receptores de progesterona (RP+, RP-), tamaño tumoral (Tis, T1, T2), estatus ganglionar (N0, N+), número de ganglios afectados y la presencia de metástasis (M0, M1, Mx).

Resultados: Observamos la ausencia de carcinomas in situ en el grupo Z-score ≥ 2 . Al analizar los factores pronósticos, observamos que el grupo Z-score ≥ 2 presentan una diferenciación (GI = 66,7%) semejante al grupo control (GI = 62%). Tampoco hay diferencias significativas en la presencia de receptores (RE+: 83,3 vs. 74,2%) (RP+: 75 vs. 61,3%). El 100% de los tumores con Z-score ≥ 2 eran T1 y el 87,8% en el grupo control (p = 0,221). Observamos una mayor frecuencia de afectación ganglionar en el grupo de Z-score ≥ 2 (58,33%) respecto al grupo control (14,1%) siendo la diferencia significativa (p = 0,001). La frecuencia de afectación alta de la axila (n ≥ 3) fue semejante en ambos grupos (28,6 vs. 22,2%, respectivamente).

Conclusión: El cáncer de mama en la mujer menopáusica tiene un patrón muy frecuente de buena diferenciación, tamaño pequeño y hormonodependencia. Hemos observado que aquellas mujeres con una osificación elevada (Z-score ≥ 2) presentan con mayor frecuencia afectación ganglionar.

DENSIDAD MINERAL ÓSEA Y RIESGO DE CÁNCER DE MAMA

Bordés M, Alsina A, Fábregas R, Rodríguez N, Pascual MA, Ara C, Cusidó M

Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción. Institut Universitari Dexeus. Barcelona

Introducción: Es conocida la relación de los estrógenos con la aparición del cáncer mamario. Hay situaciones fisiológicas en la que se puede prever su exceso como son los estados de sobrepeso y el exceso de osificación.

Objetivo: En este estudio pretendemos averiguar si existe una relación entre la densidad mineral ósea (DMO) elevada y la aparición de una cáncer de mama en una mujer menopáusica.

Se pretende estudiar si existe una asociación entre la DMO por encima de la media ajustada por la edad (Z-Score) en densitometría ósea y el riesgo de cáncer de mama, en mujeres menopáusicas.

Material y métodos: Se trata de un estudio prospectivo de casos y controles, en el que se estudian 5.971 mujeres menopáusicas ≥ 50 años de edad, que han realizado una densitometría ósea (DOC), en el periodo desde junio de 2001 a septiembre de 2008, con un seguimiento posterior en el Instituto Universitario Dexeus. Se analiza la aparición de 82 casos de cáncer de mama y se correlaciona con la Z-Score, tomando como parámetro de la misma, el valor de L2-L4 ≥ 2 . Se compara con la incidencia de cáncer de mama en la población general ajustada por la edad, mediante un análisis multivariable (regresión de COX).

Resultados: De las 5.971 mujeres estudiadas, 535 (9%) presentaron valores de Z-Score ≥ 2 , mientras que 5.436 (91%) tuvieron valores < 2 . De las pacientes con Z ≥ 2 , 13 (2,4%), desarrollaron un cáncer de mama, mientras que del grupo control (Z < 2) sólo 69 (1,3%) presentaron una neoplasia mamaria, siendo estos valores estadísticamente significativos (p = 0,033).

Conclusión: Los valores elevados de DMO pueden determinar un riesgo para la aparición de cáncer de mama en mujeres menopáusicas.

HIPERPLASIA INTRADUCTAL ATÍPICA O CARCINOMA INTRADUCTAL GRADO 1 VS. DIN1C

Tresserra F, Fargas F, Martínez MA, Ara C, Izquierdo M, Fábregas R

Comité de Ginecología Oncológica y Mastología. USP-Institut Universitari Dexeus. Barcelona

Introducción: La clasificación DIN (neoplasia ductal intraepitelial) modificada fue descrita en 1998 y en ella la hiperplasia intraductal atípica (HIA) y el carcinoma intraductal grado 1 (CID1) están agrupados en la categoría DIN1c. Esta clasificación no sólo es diagnóstica sino que también orienta la conducta a seguir en caso de que el margen de resección esté afectado. En caso de ser así, en las lesiones DIN1c, se recomienda ampliación de margen.

Material y métodos: Se ha revisado el tratamiento y la evolución de los casos de HIA y CID1 diagnosticados en nuestro centro desde 1999 hasta 2003 para tener un seguimiento mínimo de 5 años. Los criterios histológicos utilizados para diferenciar entre HIA y CID1 fueron los mismos que establece la clasificación y están en función de que la lesión mida menos de 2 mm (HIA) o sea igual o superior a 2 mm (CID1). De un total de 55 casos, 28 fueron diagnosticados de HIA y 27 de CID1.

Resultados: La edad de las pacientes con HIA fue $48 \pm 24,7$ años (30-65) y la de las con CID1 $47 \pm 22,6$ (31-73). El tratamiento quirúrgico fue tumorectomía, independientemente del estado del margen, en 27 (96%) casos de HIA y en 21 (78%) de casos con CID1 con márgenes de resección libres de lesión. En 2 (7%) casos de HIA, y en 17 (63%) de CID1 el tratamiento se complementó con radioterapia. Durante un periodo de seguimiento de 5 años se ha detectado una recidiva en los casos de HIA a los 24 meses y otra en los casos de CID1 a los 39 meses, ambas en forma de carcinoma ductal infiltrante.

Discusión: La clasificación DIN simplifica el diagnóstico de las lesiones precursoras y preinvasivas del cáncer de mama, no obstante agrupar alguna de estas lesiones puede conllevar su sobretratamiento. En nuestra serie la simple extirpación de una HIA independientemente del estado del margen ha sido curativa en la mayoría de casos.

CÁNCER DE MAMA Y ÁCIDO ZOLEDRÓNICO

Brenes J, Román JM, Moreno A, Merchán MJ, Moragón F, Vidart JA

Unidad de Patología Mamaria. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Introducción: El ácido zoledrónico es un bifosfonato de tercera generación administrado por vía endovenosa cuyo uso actual son las hipercalcemias tumorales, las metástasis óseas y la enfermedad de Pager del hueso. Dentro de los bifosfonatos es el que mayor capacidad antirresortiva tiene, y las dosis para usos oncológicos: 1 dosis de 4 mg/3-4 semanas o cada 6 meses. En el cáncer de mama el hueso es el sitio más común de la enfermedad metastásica contribuyendo de forma significativa a la morbilidad y mortalidad.

Objetivo: Identificar, describir y resumir el efecto de los bifosfonatos, en especial el ácido zoledrónico, sobre los eventos esqueléticos, calidad de vida y supervivencia en las mujeres con cáncer de mama temprano y avanzado.

Material y método: Revisión bibliográfica sistemática

Resultados: La administración de ácido zoledrónico disminuyó de forma significativa el número de metástasis óseas en mujeres con cáncer de mama avanzado con efecto a nivel de infiltración tumoral en médula ósea de forma significativa (Kanis y cols. 1996; Diel y cols. 1998; Rosen y cols. 2001; Rack y cols. 2007).

En mujeres premenopáusicas con cáncer de mama y tratamiento hormonal oncológico en un seguimiento a 5 años aumenta en los 2 últimos años la mineralización ósea (Gnant y cols., 2008).

Estudios preclínicos han mostrado los efectos antitumorales del ácido zoledrónico entre ellos: inducción de la apoptosis e inhibición del crecimiento celular, inhibición de la invasión celular tumoral, propiedades antiangiogénicas. Últimos estudios relacionan el ácido zoledrónico y el efecto sinérgico con los quimioterápicos como es el estudio AZURE y NSABP-34, con reducción de las recurrencias y aumento de la supervivencia en la adyuvancia con la quimioterapia. El estudio ANZAC continúa aún sin resultados definitivos del efecto sinérgico del ácido zoledrónico y la neoadyuvancia con antraciclinas.

Todos los estudios anteriores han desembocado en la relación entre el ácido zoledrónico y la supervivencia, aumentando la supervivencia libre de enfermedad y recurrencias de forma estadísticamente significativa en mujeres premenopáusicas con cáncer de mama hormonodependiente (Gnant y cols., 2009).

Conclusiones: El ácido zoledrónico parece ser un buen candidato para la combinación con la quimioterapia en el cáncer de mama (doxorubicina o taxanos). El ácido zoledrónico inhibe la extensión de la enfermedad al hueso y aumenta la supervivencia libre de enfermedad y disminuye las recurrencias en el cáncer de mama premenopáusico hormonodependiente.

QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN EL CÁNCER DE MAMA INOPERABLE (LOCALMENTE AVANZADO): BENEFICIOS, RIESGOS Y FACTORES PRONÓSTICOS ASOCIADOS

Padial A, Roldán J, Ayllón D, Casado A, León C, Alonso J, Valverde A, Rioja P, Bascuñana G, de la Haba J, Álvarez M, Rufián S

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Unidad de Mama. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Objetivos: El objetivo general de nuestro estudio fue analizar qué pacientes y en qué medida se beneficiaron de la quimioterapia neoadyuvante (QN) en el cáncer de mama. Como objetivos específicos se plantearon: a) valorar el grado de respuesta; b) valorar las pacientes que se rescatan para cirugía conservadora; c) valorar las pacientes con respuesta ganglionar, que en un futuro podrían beneficiarse de BSGC; y d) valorar factores pronóstico asociados a respuesta patológica completa.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo incluyendo pacientes tratadas con QN en nuestro centro en el periodo comprendido entre enero 2007 y diciembre 2009.

Todas las pacientes fueron estudiadas previamente mediante mamografía, ecografía mamaria y axilar, resonancia mamaria bilateral y biopsia mamaria percutánea de focos sospechosos.

Se analizan parámetros clínicos, radiológicos y patológicos, y se comparan con la respuesta patológica.

La respuesta patológica en mama y axila se valora mediante la clasificación de Miller y Payne.

Para el análisis estadístico se utiliza el programa SPSS.

Resultados: En total se incluyen 72 pacientes, con edades comprendidas entre 27 y 82 años (media 50).

El 80% de las pacientes fue diagnosticado de carcinoma ductal infiltrante, el 3% de carcinoma ductal *in situ*, y el 17% de carcinoma ductal *in situ* y ductal infiltrante.

Veintidós pacientes (30,6%) presentaron una respuesta patológica completa; 25 (34,7%) presentaron una respuesta patológica parcial mayor del 50%, y 25 (34,7%) presentaron respuesta parcial menor del 50% e incluso progresión de la enfermedad.

No se han encontrado diferencias significativas entre la edad y la respuesta patológica.

Los carcinomas lobulillares infiltrantes incluidos en el estudio no han presentado respuesta patológica.

En el 40,9% de pacientes con respuesta patológica completa se realizó cirugía conservadora.

Inmunoquímicamente, el 61% de pacientes con receptores estrogénicos (RE) negativos tuvieron Rpc, frente a 13,95 con RE positivos ($p = 0,003$). El 53,3% con receptores de progesterona (RP) negativos obtuvieron Rpc, frente a 10,8 con RP positivos ($p = 0,004$). El 41% de pacientes con HER2 positivo obtuvo Rpc, frente a 25 de pacientes con HER2 negativo, no siendo los resultados estadísticamente significativos. El 27% de pacientes con KI-67 positivo (> 20%) presentaron Rpc, frente a 0 con KI-67 negativo ($p < 0,05$). El P53 no muestra significación estadística.

Conclusiones: La asociación de factores pronósticos –RE(-), RP(-), KI-67(> 20%)– se asocian a una buena respuesta a la QN.

En nuestra serie hemos obtenido un 30,6% de respuesta patológica completa y un 34,7 de respuesta parcial mayor, lo cual ha permitido rescatar a un porcentaje importante de pacientes para cirugía conservadora.

En un futuro, las pacientes con respuesta patológica completa en axila podrían beneficiarse de la técnica de BSGC.

Los factores predictores de respuesta permiten identificar a pacientes con mala respuesta, en las que debe optarse por otras alternativas terapéuticas.

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROCESO CÁNCER DE MAMA

Rioja P, Tejedor M, Álvarez M, Miñarro R, García I, Bascuñana G, Raya JL, Contreras P, Porras I, Tudela L, Benítez A
Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Unidad de Mama. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción: La atención sanitaria segura es un derecho de los ciudadanos y el componente principal de la calidad en la asistencia a los pacientes.

Como cualquier otra actividad humana, la atención sanitaria no está exenta de riesgos y de efectos adversos. Sin embargo, existe la posibilidad de aprender de ellos y prevenirlos.

Actualmente existe un interés en las instituciones y en las autoridades sanitarias por este tema. Lo demuestran iniciativas como la alianza mundial para la seguridad del paciente.

El cáncer de mama es una enfermedad frecuente y de abordaje complejo ya que necesita de la coordinación de múltiples profesionales para la obtención de buenos resultados clínicos.

En el Área de Salud de Córdoba, la atención del cáncer de mama se realiza siguiendo un modelo de asistencia, según una guía elaborada por un grupo de profesionales sanitarios expertos denominada Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Mama y recomendada por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

En la bibliografía revisada, si bien existen múltiples referencias sobre la seguridad del paciente, son escasas las que la abordan, desde un enfoque de proceso, de forma transversal.

Objetivo: Establecer un programa de seguridad del paciente en el proceso de atención al cáncer de mama.

Material y métodos: El abordaje de la seguridad del paciente en un proceso es singular, ya que aunque se base en recomendaciones de carácter general requiere un diseño metodológico adaptado al mismo, de tal forma que se incluyan todas las actividades que son necesarias para la atención de este tipo de patología desde que enfermo presenta síntomas/signos de sospecha hasta que se rehabilita de su enfermedad.

La metodología seguida es la siguiente:

–Revisión de la bibliografía sobre el tema.

–Elaboración del catálogo de efectos adversos, a partir de la opinión de expertos de asistencia especializada y de atención primaria que trabajan en el proceso cáncer de mama. Se utilizó para ello la técnica de *brainstorming*.

–Diseño del mapa de riesgos a partir del catálogo, utilizando para ello la relación de actividades del proceso cáncer de mama disponible previamente.

–AMFEC (Análisis de Modo de Fallos, Efectos y Criticidad) para valorar, ponderar y priorizar el abordaje de los efectos adversos detectados.

–Diseño y aplicación de un plan de prevención de efectos adversos. Se elaboró por el grupo respondiendo de forma estructurada a la pregunta «¿qué modificaciones hay que hacer al proceso actual, para evitar al 100% la aparición de cualquier efecto adverso previamente catalogado?».

–Notificación y registro de los efectos adversos que se produzcan.

–Análisis causa-raíz de los efectos adversos identificados.

–Introducción de medidas correctoras.

Resultados: Elaboración del catálogo de efectos adversos potenciales en el cáncer de mama, así como de los fallos/causas de cada uno. En total se han identificado 48 posibles efectos adversos.

Construcción del mapa de riesgo de efectos adversos, según el diagrama de flujo establecido en nuestro centro para el proceso cáncer de mama.

Identificación de las áreas de alto riesgo: quirófanos, consultas con utilización de fármacos y pruebas diagnósticas invasivas.

Priorización de los efectos adversos mediante el AMFEC de los distintos efectos adversos detectados.

Diseño del plan de prevención de efectos adversos. Se identificaron 165 medidas preventivas, que se agruparon en función de su carácter, comprendiendo la elaboración de: una Guía informativa para la enferma con Cáncer de Mama, una Guía de Cuidados de Enfermería, distintos Procedimientos Operativos Estandarizados relacionados con el Proceso Cáncer de Mama, un listado de comprobación de actividades críticas (*checklist*) que acompañe a la paciente durante todo el proceso y una miscelánea de otras acciones. Actualmente el plan está en el periodo de implantación de las medidas preventivas.

Conclusiones: Es posible establecer un programa de seguridad del paciente en un proceso asistencial.

Al realizarlo de forma transversal se observa cómo algunos efectos adversos pueden estar originados en fases previas del proceso a la de detección y cómo se generan por el encadenamiento de múltiples fallos del sistema.

La capacidad de este programa de identificar posibles efectos adversos, en las distintas fases del proceso, y con ello establecer medidas correctoras en cada una de ellas, lo convierte en una de las herramientas potente para asegurar y mejorar la calidad de la asistencia prestada.

La ejecución de las siguientes fases del programa hará posible la medición objetiva de los resultados.

