

Resúmenes de Comunicaciones Pósters

TÉCNICA ONCOPLÁSTICA COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA EN PACIENTE CON NEOPLASIA CENTRAL Y *PHYLLODES* GIGANTE CONTRALATERAL

Maiocchi K¹, Buch E¹, Estelles P², Martínez B³, Muñoz M¹,
Checa F¹

Servicios de ¹Cirugía, ²Radiología y ³Anatomía Patológica. Hospital de Sagunto. Valencia

Introducción: Los tumores *phyllodes* de la mama son neoplasias poco frecuentes, habitualmente benignas y el diagnóstico diferencial principal es con el fibroadenoma. Suelen ser masas voluminosas, circunscritas, y el tratamiento de elección es quirúrgico, siendo efectivo siempre que se reseque en su totalidad y con un margen de tejido sano.

Los tumores centrales malignos de mama son especialmente conflictivos a la hora de plantearse un tratamiento quirúrgico que sea oncológicamente terapéutico y que a su vez obtenga un resultado cosmético aceptable para la paciente. Las técnicas quirúrgicas para esta patología van desde la clásica mastectomía hasta los procedimientos más actuales que plantean la cirugía oncoplástica como una opción válida a la hora de abordar este tipo de tumores.

Objetivo: Describimos una opción para conseguir un resultado óptimo en dos patologías diferentes, un carcinoma central y un tumor *phyllodes* gigante, y evitar así la mutilación bilateral.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente remitida desde cribado, de 46 años de edad, por presentar en la mama izquierda una tumoración de 13 x 9,5 cm de opacidad total y mamografía contra lateral dentro de la normalidad. Se realizó eco tru-cut informando de *phyllodes* de bajo grado. En la exploración clínica se evidencia un tumor móvil de bordes bien delimitados de un tamaño clínico de 14 x 12 cm aproximadamente en la mama izquierda que ocupaba la totalidad de los cuadrantes superiores, produciendo un aumento que causaba asimetría con respecto a la mama contralateral, sin existencia clínica de patología axilar izquierda, en la mama derecha se evidencia una lesión en pezón de características eczematosas, que lo sobreelevaba de forma nodular acompañado de un alo de aproximadamente medio cm alrededor, rojo y descamativo. Se realiza biopsia de piel informando de CDI con afectación de la epidermis (receptores). En el estudio de extensión no existía enfermedad en axila ni a distancia, por lo que se decidió su intervención quirúrgica bilateral y ganglio centinela.

La paciente presentaba unas mamas de gran tamaño, por

lo que se decidió realizar la exéresis del *phyllodes* mediante un patrón vertical de doble rama, conllevando una reducción mamaria y el la mama contralateral se decidió la realización de un patrón central tipo Grisotti conjuntamente a un patrón vertical de doble rama, para la simetrización con la otra.

En este caso nos enfrentados a dos tipos de patología en la misma paciente, las cuales son subsidiarias de cirugía oncoplástica. Por un lado el *phyllodes* gigante, cuyo tratamiento en la bibliografía va desde la cirugía conservadora hasta la mastectomía. En nuestro caso la realización de cirugía conservadora llevaría a la existencia de una gran cavidad y colgajos cutáneos de difícil supervivencia, ya que en algunos puntos el *phyllodes* comprime la piel no existiendo entre ellos tejido celular subcutáneo. Ante la posibilidad del patrón vertical, en nuestro caso de doble rama, reducíamos a cero el espacio vacío, y los colgajos cutáneos estaban bien nutridos, además de devolver la forma más anatómica. Sin embargo, esto nos producía una asimetría con la otra mama. Por otro lado el tumor central en la literatura también tiene un tratamiento conflictivo, desde una mastectomía a una cirugía central conservadora, en nuestro caso decidimos una técnica de Grisotti donde podíamos realizar una cirugía central reconstruyendo la areola y con ello minimizar la alteración visual de la mama, y la completamos con un patrón vertical, ya que necesitábamos un reducción más amplia para la simetrización con la mama contralateral.

Conclusión: Las técnicas oncoplásticas son un armamento útil para el cirujano oncológico, gracias a ellas podemos evitar complicaciones y efectos secundarios debidos a cirugías conservadoras muy limitadas. Así mismo, con estos procedimientos podemos evitar la mastectomía en algunos casos seleccionados y conseguir un resultado final estéticamente satisfactorio.

TUMOR *PHYLLODES* DE MAMA: HALLAZGOS EN IMAGEN EN 11 CASOS

Viejo N, Barceló J, Albanell J, Ferrer J, Castañer F, Argelaguet M

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Santa Caterina. Girona

Introducción: El tumor *phyllodes* (TP) es una lesión fibroepitelial poco frecuente que representa del 0,5 al 1% de los tumores mamarios. Habitualmente es benigno pero un 15% de los mismos son malignos con invasión local, recidivas o metástasis hematógenas. La edad media de presentación está entre los 30 y 50 años y se presenta clínicamente como masa de rápido crecimiento. Mamográfica y ecográficamente presentan características de benignidad, muy inespecíficas.

Objetivo: Mostrar, a través de una serie de 11 casos, los hallazgos mamográficos y ecográficos del TP que puedan permitir diferenciarlo de otras lesiones sólidas de la mama que presenten características de benignidad. Correlacionar los resultados obtenidos mediante PAAF o BAG y el diagnóstico histológico definitivo.

Material y método: Se seleccionaron retrospectivamente todos los tumores codificados como *phylloides* de mama diagnosticados durante los últimos dos años en nuestro hospital (periodo comprendido entre abril 2007 y marzo 2009). Todos fueron estudiados por mamografía, ecografía y dos por RM (uno con técnica de difusión y otro por espectroscopia). A todos se les practicó estudio citohistológico mediante PAAF o BAG bajo control ecográfico.

Resultados: La incidencia de este tipo de tumor en nuestro centro fue del 4%. La edad promedio de 51 años. De los 11 casos detectados ocho fueron histológicamente benignos, uno *borderline* y dos malignos, siendo el tamaño tumoral promedio de 8 cm. La mamografía mostraba en la mayoría de casos opacidades lobuladas o redondeadas de apariencia benigna. Ecográficamente se mostraban como nódulos sólidos, hipoeoicos tanto homogéneos como heterogéneos, bien definidos y con escasa o nula sombra sónica, excepto 2 que tenían apariencia quística (uno de ellos maligno). Imágenes quísticas intratumorales se visualizaban en 6 de los casos. La RM practicada en dos de los benignos mostraba criterios de benignidad. La BAG o PAAF permitió realizar el diagnóstico de certeza en 7 casos.

Conclusión: A pesar de su escasa frecuencia (la incidencia en nuestro centro ha sido superior a la informada en otras series) el TP debe ser considerado al hacer el diagnóstico diferencial de las masas mamarias de apariencia benigna especialmente si la ecografía muestra imágenes quísticas en el interior de lesiones sólidas bien definidas. Ni la mamografía ni la ecografía permiten diferenciar entre TP benignos y malignos. La PAAF o BAG son poco fidedignas debido a la inhomogeneidad histológica del tumor. La biopsia quirúrgica es necesaria para establecer el diagnóstico definitivo.

BIOPSIAS DE LESIONES DE MAMA BAJO GUÍA ECOGRÁFICA. RESULTADOS PRELIMINARES

Casas L, Úbeda B, Navarro B, Browne JL, Tresserra F, Rodríguez I

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

Introducción: La biopsia con aguja gruesa utilizando guía ecográfica es una alternativa a la biopsia quirúrgica, debido a ser un método preciso, rápido, seguro y de relativo bajo coste.

Objetivos: Valorar la utilidad la biopsia de mama bajo guía ecográfica de las lesiones que se evalúan por este método.

Materiales y métodos: Se revisan los resultados de las biopsias realizadas entre septiembre de 2007 y marzo 2009, mediante aguja automática y semiautomática calibre 14 G. guiadas por ecografía (ecógrafo Siemens, modelo Antares.

Transductor 10-13,5 MHz), evaluándose las imágenes y hallazgos histopatológicos.

Resultados: Se han realizado 169 biopsias dirigidas con ecografía (BEG), con aguja automática o semiautomática calibre 14 G.

La indicación ecográfica fue en 115 casos (68%) nódulos, en 28 (16,50%) pseudonódulos, en 25 casos distorsiones (14,79 %) y un caso de quiste complejo (0,59%).

En 73 casos la AP evidenció lesiones benignas (43,19%), en 96 casos (56,80%) se encontró patología maligna (5 cánceres lobulillares, 2 CDIS, 86 CDI, 1 cáncer mucinoso, 1 cáncer papilar, 1 tumor filodes de bajo grado).

La BEG evitó la cirugía en 55 casos (32,54%), de estas, 18 pacientes han realizado controles normales, 12 pacientes están pendientes de control y en 25 pacientes no han pasado 6 meses de habersele practicado la punción.

Se encontró una lesión de alto riesgo (HPPA: 0,59 %) que fue infravalorada, con resultado de CDIS.

En dos casos el material fue insuficiente (1,1%) y en un caso la Anatomía Patológica reportó resultado benigno (FAD), se observaron cambios en control, fue intervenida FN: 1,18 %, la Anatomía Patológica definitiva reportó tumor filodes de bajo grado.

Conclusión: La realización de biopsias de mama bajo guía ecográfica es un método preciso que evita un porcentaje considerable de biopsias quirúrgicas. Es esencial la correlación de los hallazgos imagenológicos con los histopatológicos y el seguimiento de las pacientes con resultados benignos para que el programa sea exitoso.

EVOLUCIÓN RADIOLÓGICA DE UN CASO DE NECROSIS GRASA

Pérez M¹, Torné M¹, Amores S¹, Blancafort J¹, Tous F¹, Janer J²
Servicios de ¹Radiodiagnóstico y ²Cirugía. Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona

Introducción: Presentamos la evolución radiológica (12 meses de seguimiento) de un caso de necrosis grasa con presentación inicial atípica hasta su transformación en hallazgos radiológicos típicos.

Objetivo: Mostrar e ilustrar con imágenes una presentación atípica, tanto clínica como radiológica, de un caso de necrosis grasa.

Material y método: Aportamos el seguimiento radiológico del caso (4 controles mamográficos y 3 ecográficos) y el estudio citológico de la lesión.

Dada la presentación radiológica inicial y los antecedentes familiares de la paciente (2 hijas, de 40 años y 42 años respectivamente, con cáncer de mama) la sospecha inicial fue de malignidad, pero la rápida evolución clínica y radiológica y el estudio citológico orientaron hacia el diagnóstico de necrosis grasa.

Se realiza una discusión sobre las posibles presentaciones de la necrosis grasa.

Resultados y conclusiones: La necrosis grasa presenta un amplio espectro de hallazgos mamográficos, ecográficos y por RM. Su apariencia depende de la relación entre la canti-

dad de fibrosis, la cantidad de grasa licuada y la presencia de calcificaciones.

El diagnóstico se basa en la mamografía. La ECO y la RM son menos específicos. En casos atípicos será necesaria la biopsia.

CÁNCER DE MAMA EN GESTANTE: EMPLEO DE LA TÉCNICA DE GANGLIO CENTINELA

De la Puente M, Estévez M, Román JM, Moreno A, Vidart JA
Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Introducción: El cáncer de mama en paciente gestante es todo aquel cáncer de mama que se diagnostica durante el embarazo y/o en el año siguiente posparto. El 15% de los cánceres de mama ocurre durante el embarazo en mujeres jóvenes menores de 40 años.

Caso clínico: Se presenta el caso clínico de una paciente de 32 años gestante de 3 semanas con nódulo en mama izquierda. La ecografía mamaria objetivó pequeñas microcalcificaciones de 1 cm, realizándose PAAF, que informa de citología positiva para células malignas, compatibles con carcinoma ductal.

Las pruebas previas al tratamiento fueron una mamografía y una resonancia magnética con gaddimio intravenoso. El estudio de extensión se completó con ecografía abdominal y ecocardiograma.

El tratamiento realizado fue cirugía conservadora más técnica de ganglio centinela (11,8 MBq), asociado a tratamiento adyuvante con quimioterapia en el segundo trimestre (5 ciclos de adriamicina 100 mg intravenoso, con ciclofosfamida 1 gramo) y radioterapia posparto. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica confirma el diagnóstico de carcinoma invasor mamario tipo ductal inespecífico (NOS) grado II, moderadamente diferenciado de Elston, de 1,8 cm de diámetro.

Conclusiones: Durante las últimas décadas se ha producido un gran avance en el estudio del cáncer de mama en general, y, en particular, en las pacientes gestantes, permitiendo así poder llevar a término una gestación y un diagnóstico y tratamiento adecuado de la enfermedad padecida en dicho periodo.

TUMORES MALIGNOS DEL ESTROMA MAMARIO

Viejo N¹, Ferrer J¹, Pérez de Tudela A¹, Suárez P², Vilanova JC¹, Castañer F¹, Albanell J¹
Servicio de ¹Radiodiagnóstico y ²Ginecología. Hospital de Santa Caterina. Girona

Introducción: En la mama pueden aparecer otras lesiones malignas además de las más frecuentes de origen ductal o lobular, pero la mayoría son muy raras.

Objetivo: Presentamos 5 casos de neoplasias mamarias originadas en el estroma y además de gran tamaño, y descri-

bimos los hallazgos clínicos y en imagen para su mejor conocimiento.

Material y método: Revisión de nuestra casuística durante los dos últimos años de pacientes diagnosticados de neoplasias mamarias excluyendo a los que no tuvieran un origen ductal o lobulillar. Todos fueron estudiados por mamografía, ecografía y dos por RM con técnica de difusión. A todos se les practicó estudio citohistológico prequirúrgico mediante PAAF o BAG bajo control ecográfico.

Resultados: Los 5 tipos histológicos correspondieron a un linfoma primario (tipo B) (mostramos su evolución por RM hasta la remisión completa postquimioterapia); un angiosarcoma de grado intermedio; dos tumores *phylloides* malignos (mostramos una recidiva local a los seis meses postintervención de unos de ellos) y un tumor *phylloides borderline*. El tamaño promedio fue de 12,7 cm (extremos: 8 y 18 cm). La edad promedio de las pacientes fue de 49 años (entre 35 y 63). Los resultados de la PAAF o BAG coincidieron con el diagnóstico definitivo en cuatro casos.

Conclusión: La detección de tumores de mama de gran tamaño es cada vez menos frecuente gracias a la implantación generalizada de los programas de detección precoz. La edad promedio de las pacientes presentadas estaba dentro del rango de edad incluido en estos programas. Consideramos la presentación de esta serie un hecho singular tanto por la escasa frecuencia de estos subtipos histopatológicos como por el gran tamaño que presentaban los mismos.

METÁSTASIS AXILAR CONTRALATERAL: IMPORTANCIA DE LA BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA

De la Puente M, Román JM, Moreno A, Vidart JA
Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Introducción: En el momento actual dentro de la Senología no sólo se pretende realizar un adecuado tratamiento de la amplia patología que abarca, sino también establecer medidas que permitan adelantarse a la propia enfermedad. El objetivo de presentar el caso clínico posterior es un claro ejemplo de la inmensa repercusión que una técnica prácticamente inocua, como es la biopsia de ganglio centinela intraoperatoria, permite modificar el pronóstico y el tratamiento de una paciente.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 46 años, con antecedente de mastectomía derecha con biopsia de ganglio centinela en el enero de 2007 cuyo resultado anatomopatológico fue de carcinoma invasor mamario tipo ductal infiltrante tipo NOS grado I de Elston de 2 cm bien diferenciado. En la pieza de la mastectomía se objetivó un foco microinvasor de diseminación tumoral intracanalicular, siendo los dos ganglios centinelas negativos para malignidad. La paciente se encontraba en seguimiento por la Unidad de Oncología Médica, estableciéndose tratamiento hormonal adyuvante.

En enero del año 2009 la paciente acude a Consulta de Patología Mamaria indicándose mastectomía profiláctica contralateral con reconstrucción inmediata asociada a biopsia de ganglio centinela.

La biopsia intraoperatoria del ganglio centinela resultó positiva para malignidad por lo que se realizó linfadenectomía axilar izquierda. El diagnóstico anatomopatológico definitivo de la mama fue negativo para malignidad. Postoperatoriamente se estableció la necesidad de un estudio de extensión, siendo el PET-TC no concluyente para ningún foco neoplásico.

La posibilidad de metástasis axilar contralateral es un hecho muy infrecuente, sólo se ha evidenciado a nivel de la literatura internacional en un 3% de los casos.

Conclusión: Todavía hoy algunos autores son reservados a la hora de realizar la técnica de biopsia de ganglio centinela en la intervención de una mastectomía profiláctica. El caso clínico lleva a concluir que en pacientes de alto riesgo (antecedente de cáncer de mama contralateral, portadores de BRCA-1 y BRCA-2, pacientes a las que se les va a someter a tratamiento quimioterápico neoadyuvante) es de gran importancia establecer el resultado anatomopatológico del ganglio centinela.

METÁSTASIS MAMARIA BILATERAL DE UN TUMOR CARCINOIDE BRONQUIAL

Nieto JA, Vieites MB, Jiménez A, Palma A, Olloqui E
Servicio de Radiología y Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Las metástasis en la mama son raras (entre un 1 y un 5 % de los tumores malignos de la mama).

Los primarios más frecuentes son: cáncer de la mama contralateral, melanomas, cáncer broncopulmonar, ovario y sarcomas. Pueden tener otros orígenes. Se han comunicado muy pocos casos de metástasis en la mama por tumor carcinoide.

Objetivo: Comunicar e ilustrar un caso muy raro de metástasis mamarias bilaterales por un tumor carcinoide de origen bronquial.

Material y método: Mujer de 49 años diagnosticada de tumor carcinoide bronquial hace 11 años. Acude por tumor palpable en la mama izquierda.

Se realiza mamografía digital y ecografía con señal Doppler color de ambas mamas.

Posteriormente, se somete a una biopsia percutánea con guía ecográfica con aguja automática tipo tru-cut de 14 G en cada mama.

Resultados: Se comprueba que el tumor palpable de la mama izquierda y otro subcutáneo en la derecha corresponden a nódulos redondeados, bien delimitados, homogéneos y ambos con gran aumento de la señal Doppler por vascularización prominente. Ambos corresponden a metástasis de tumor carcinoide.

Conclusiones: Ante nódulos de aspecto benigno pero con aumento de la vascularización hay que sospechar enferme-

dad metastásica, sobre todo cuando hay un tumor primario conocido.

Los implantes metastásicos suelen tener un crecimiento nodular con bordes bien definidos. Pueden ser lesiones únicas o múltiples. No presentan espiculaciones. Muchas veces se asientan en el tejido subcutáneo.

CARCINOMA BILATERAL SINCRÓNICO DE MAMA

Guerra JA, Acedo F, Candil D, Muñoz JL, Hernández-Ollero E, Cáceres E, Novales G, Gómez-García A
Servicio de Cirugía General. Hospital de la Merced. Osuna, Sevilla

Introducción: Se denomina así a la presencia, detectada a la vez o en un plazo inferior a 6 meses, de una neoplasia maligna primaria e independiente, en cada mama. La neoplasia sincrónica corresponde con el 15-35% del total de los carcinomas bilaterales, siendo los factores de riesgo más importantes la edad joven, los antecedentes de bilateralidad en parientes de primer y segundo grado, la multifocalidad y otros (BRCA1 y 2, grado histológico más benigno, etc.). Presentamos un caso reciente tratado en nuestro Servicio.

Caso clínico: Paciente de 78 años, con único antecedente de galactocele en mama izquierda, remitida desde Atención Primaria por tumoración de mama derecha descubierta recientemente por un familiar. En la exploración se aprecia nódulo de 4-5 cm en cuadrante superoexterno en dicha mama y adenopatía axilar móvil homolateral, así como área de induración retroareolar izquierda. **Mamografía:** lesión espiculada en mama derecha de 3 cm de eje mayor, y aumento de densidad focal de 1,5 cm en mama izquierda. **Ecografía:** imagen hipoecogénica de 12 mm en cola axilar derecha, y de similares características la retroareolar izquierda, ambas sospechosas de malignidad. **PAAF:** células ductales sin linfocitos. **Biopsia aguja gruesa:** carcinoma infiltrante en ambos nódulos. Se practican cuadrantectomías y vaciamiento axilar bilateral, y el seguimiento actual es por Oncología sin recidiva conocida. El estudio AP definitivo demuestra en mama derecha carcinoma ductal infiltrante de 2,0 cm moderadamente diferenciado y metástasis en 1/20 ganglios positivos, y en mama derecha carcinoma lobulillar infiltrante de 1,5 cm, variante sólida, con 0/10 ganglios. El estudio inmunohistoquímico informa de positividad para receptores de estrógenos (90-100%) y progesterona (80-90%), para Ki-67(10-20%) y para HER-2 (> 10%).

Discusión: El 0,2-6,5% de las mujeres con carcinoma de mama va a desarrollar otro contralateral en 10 años, a razón del 0,5-0,7% anual. Los sincrónicos, a diferencia de los metacrónicos, aparecen en general en pacientes de mayor edad (media de 61 años), y con menor agregación familiar (19 frente al 35% de los metacrónicos). Los criterios de bilateralidad son: tipos histológicos diferentes (y si no es significativo, ausencia de recidiva local o enfermedad diseminada), grados histológicos o de diferenciación nuclear distintos, y carcinoma lobulillar *in situ*. La prueba diagnóstica más fiable es la senografía más punción aspirado con aguja fina,

detectándose la paciente por autoexploración en el 15,5% del total de los tumores bilaterales. No se recomienda la biopsia no dirigida o "en espejo". El diagnóstico diferencial debe realizarse fundamentalmente con la metástasis mamaria del cáncer de mama o incluso de otra localización, debiendo sospecharse esta cuando el tumor contralateral presenta un estadio no precoz, el tipo histológico es similar en ambos casos, o el segundo tumor diagnosticado presenta una localización periférica, está más diferenciado o es menos infiltrante. El tratamiento no debe estar condicionado por la bilateralidad, sino por el estadio de la enfermedad al diagnóstico. La supervivencia del cáncer bilateral es similar al del unilateral, pero la mayoría de estudios asignan una peor supervivencia al sincrónico. Es posible que el tratamiento adyuvante, hormonal o quimioterápico, del primer tumor, disminuya la incidencia de aparición del segundo, o al menos retrase su aparición.

CARCINOMA OCULTO DE MAMA

Guerra JA, Acedo F, Candil D, Muñoz JL, Hernández-Ollero E, Mendizábal L, Novales G, Gómez-García A

Servicio de Cirugía General. Hospital de la Merced. Osuna, Sevilla

Introducción: El carcinoma oculto de mama es una entidad infrecuente que supone el 0,2% de los cánceres de mama, manifestándose como una adenopatía axilar metastásica homolateral sin evidencia clínico-radiológica en la glándula. Las mejoras en las técnicas mamográficas en los últimos años han disminuido su incidencia. Se manifiesta como un tumor T0 N1-2 M0, aunque se reestadia la T según el tamaño tumoral encontrado. Exponemos dos casos de cáncer oculto de mama recientes tratados en nuestro Servicio.

Caso clínico 1: Mujer de 60 años remitida desde otro centro por nódulo axilar derecho de un mes de evolución, con citología concordante con carcinoma. Ecografía y mamografía previas negativas. En la exploración se aprecia tumoración de 3 cm fija a planos profundos. *TAC toracocervical:* adenopatía axilar derecha de 3 cm con infiltración grasa y ganglios satélites. *Biopsia con aguja gruesa guiada por ecografía:* carcinoma infiltrante. *RMN-gadolinio:* adenomegalia axilar derecha de 2,5 x 2,8 cm con adenopatías satélites de 0,5 cm; hiper captación retroareolar externa profunda en mama derecha. Se realiza mastectomía radical modificada y se remite para seguimiento por Oncología. El estudio histológico confirma metástasis de carcinoma en 1/17 ganglios, pero en el tejido glandular solo se aprecia mastopatía proliferativa compleja sin atipia. El perfil inmunofenotípico de la metástasis es concordante con origen primario en la mama: receptores positivos de estrógenos (100%) y progesterona (80%), Ki-67 alto, CK Cam 5,2 positivo y CEA positivo.

Caso clínico 2: Mujer de 72 años en seguimiento desde hace años por microcalcificaciones en mama izquierda y nódulo benigno en mama derecha. En control rutinario se aprecia en la exploración zona indurada en cuadrantes superiores de mama izquierda, dolorosa, y que retrae parcialmente el

pezón al elevar el brazo. La mamografía y ecografía previas no evidencian cambios. En la RMN-gadolinio se aprecian mamas normales, pero gran adenopatía axilar izquierda, de 2,4 cm, hipercaptante, compatible con metástasis. Se solicita biopsia con aguja gruesa ecodirigida, que confirma metástasis de carcinoma poco diferenciado. Se practica mastectomía radical modificada izquierda. En seguimiento por oncólogo. El informe anatomopatológico informa: carcinoma lobulillar que infiltra región de 3-4 cm de tejido mamario sin lesión macroscópica. Cuatro de 13 ganglios positivos. Conglomerado adenopático de 3 cm. Receptores de estrógenos y progesterona en el 40% de los núcleos. Ki-67 alto. No expresan p53 ni CerbB2.

Discusión: Tras una primera valoración clínica de la adenopatía axilar que nos orienta a sospechar una neoplasia de mama homolateral, las técnicas radiológicas habituales no presentan la misma fiabilidad que cuando el tumor es sintomático, de modo que la mamografía cae hasta un 25% su sensibilidad y a un 70% su especificidad. La ecografía sólo podría ser útil para pequeñas masas en mamas muy densas con mamografía negativa. Mayor sensibilidad aporta la RMN c/s gadolinio de manera preoperatoria para ayudar a realizar una cirugía conservadora, pero tiene baja especificidad, permitiendo mejorar sus resultados y protocolizar tratamientos con la adaptación de equipos de biopsia. Algunos autores sugieren la PET con 18-fluoro-desoxi-glucosa como método diagnóstico estándar. Otros métodos empleados han sido la SPECT y la escintigrafía con 99mTC-sestamibi. La radioterapia regional como único tratamiento ha demostrado tasas de control local del 70-100%, aplicándose además a la axila en caso de no vaciamiento ganglionar previo, afectación axilar masiva o invasión capsular. La mastectomía radical modificada no ha demostrado un aumento en la supervivencia con respecto a la radioterapia, pero sí menor tasa de recidiva local. El tumor primario se localiza en el 60% de las piezas. Lo que parece claro es que la opción elegida debe complementarse con poliquimioterapia y/o tratamiento antiestrogénico, ya que aumenta la supervivencia global. El factor pronóstico más importante son las metástasis ganglionares, y los demás factores pronósticos del cáncer de mama habituales no siempre pueden ser valorados (tamaño, grado histológico, actividad mitótica y grado de necrosis), por lo que se han descrito otros aplicados a la adenopatía como son focos fibróticos tumorales, densidad microvascular, estudio de factores de crecimiento y oncogenes, marcadores de proliferación, y receptores hormonales. La supervivencia global y libre de enfermedad es igual o mejor al del cáncer de mama sintomático con estadio similar. El tipo histológico predominante en algunas series es el carcinoma medular, aunque puede manifestarse cualquiera de los demás. El tamaño del tumor primario puede ser desde microscópico hasta los 5 cm.

CARCINOMA SOBRE MAMA ACCESORIA

Guerra JA, Acedo F, Candil D, Muñoz JL, Karim A, Canavoso L

Servicio de Cirugía General. Hospital de la Merced. Osuna, Sevilla

Introducción: La incidencia de la mama accesoria en la población femenina es del 0,4-6%, más común en la japonesa y con un componente hereditario frecuente. El carcinoma que asienta en la mama accesoria es una rara entidad que representa el 0,3-0,6% de todos los cánceres de mama, con una incidencia menor de la que ocurre sobre el de la mama normotópica. Sin embargo, la incidencia del cáncer de mama en una mama aberrante es mayor a la que existe sobre una mama normal. Exponemos un caso de carcinoma de mama que asienta primariamente en una mama supernumeraria localizada a nivel axilar, tratada en nuestro Servicio.

Caso clínico: Mujer de 59 años con antecedente materno de cáncer de mama que consulta por nódulo en cola mamaria derecha localizado en línea media axilar, que ulcera mínimamente la piel y la retrae, de dieciocho meses de evolución. Se le practica senografía, en cuya proyección oblicua se aprecia en la periferia a nivel axilar una masa polilobulada de elevada densidad, de bordes mal definidos y con engrosamiento de la piel adyacente. La proyección craneocaudal es normal para la edad de la paciente. Se practica ecografía informando la imagen como hipoecogénica de 5 centímetros de diámetro y con numerosos ecos posteriores, sugestivo de neoplasia, y PAAF compatible con carcinoma de mama. En la intervención quirúrgica se practica tumorectomía amplia con vaciamiento axilar homolateral, y posteriormente se administra radioterapia y quimioterapia. La paciente presenta supervivencia a los cinco años. El informe histológico confirma carcinoma sólido poco diferenciado de 5 cm que no invade bordes de resección y múltiples metástasis ganglionares.

Discusión: El tejido mamario ectópico incluye a todo el tejido mamario accesorio o supernumerario y a la denominada *mama aberrante*. El primero es aquel tejido glandular que se localiza a lo largo de la banda mamaria embriológica que discurre es de la axila a la región femoral superior del mismo lado, y que no ha completado su habitual regresión prenatal; su localización mas frecuente es la axila. El segundo se localiza generalmente a nivel vulvar, paraesternal o submamario, generalmente, y no presenta, a diferencia de la primera, un sistema ductal organizado que se comuniquen con la piel y que presente respuesta a los estímulos hormonales. La mama accesoria es la anomalía congénita de la mama más frecuente y no suele asociarse a otras anomalías habitualmente, pero cuando lo hace estas son urológicas. El momento del diagnóstico suele ser la pubertad, gestación o lactancia, durante una exploración física rutinaria, aunque en la mama axilar esto puede suceder durante una senografía por otro motivo o durante el examen anatomopatológico de una pieza de vaciamiento ganglionar quirúrgico. El diagnóstico de certeza es histológico y su exéresis quirúrgica obedece a cuestiones estéticas. La edad más frecuente de aparición del carcinoma en una mama accesoria se asemeja a la de la mama normal, siendo el tipo histológico mas frecuente el ductal infiltrante. Puede presentar positividad para Ki-67 y receptores de estrógenos y progestágenos, y negatividad para p53 y C-erb 2. El diagnóstico es más complicado por su baja incidencia, pero debe seguir los mismos protocolos llevados para el cáncer de mama. El hallazgo mamográfico de una lesión tumoral axilar asintomática debe implicar la proyección exagerada en senti-

do craneocaudal y no tanto en oblicua. El tratamiento consiste en la extirpación completa del tejido mamario ectópico donde se incluye el tumor, linfadenctomía axilar y radioterapia local. La quimioterapia se aplicará en función de la afectación ganglionar axilar, más frecuente cuando el carcinoma de mama asienta en dicha zona.

CARCINOMA PAPILAR INTRAQUÍSTICO

Guerra JA, Acedo F, Candil D, Muñoz JL, Karim A, Novales G

Servicio de Cirugía General. Hospital de la Merced. Osuna, Sevilla

Introducción: El carcinoma papilar intraquístico de mama (CPI) es una neoplasia de rara incidencia que asienta generalmente en mujeres de edad avanzada. Representa la variante localizada del carcinoma papilar no invasivo de la mama. Su forma de presentación puede ser pura o única, asociada a carcinoma ductal *in situ* o a carcinoma infiltrante.

Caso clínico 1: Mujer de 86 años con aumento progresivo de la mama derecha desde hace 18 meses a raíz de traumatismo. Dolor y tensión mamaria en las últimas semanas. En la exploración presenta tumoración a tensión y polilobulada que ocupa los cuadrantes externos e inferiores. Dolor a la palpación. Hemograma y marcadores normales. En la senografía se aprecian lesiones nodulares bien definidas, y en la ecografía una lesión compleja que ocupa la práctica totalidad de la mama y que se compone de múltiples zonas anecogénicas en cuyo interior aparecen áreas densas y otras tabicadas. La PAAF no demuestra citología maligna. Se practica tumorectomía de masa de aspecto quístico, que ocupa casi toda la mama, polilobulada, que al inspeccionarse una vez resecada presenta múltiples tabiques, contenido serohemático oscuro y una zona central polipoidea vegetante que se extiende desde la pared del quiste hacia su interior.

Caso clínico 2: Mujer de 79 años que consulta por nódulo de mama derecha. En la exploración presenta nódulo fijo a pectoral, de 4-5cm de diámetro, en la unión de los cuadrantes externos. La senografía informa de nódulo sólido-quístico de 6 cm. La ecografía muestra además una gran vascularización. PAAF concordante con adenocarcinoma. Se practica tumorectomía ampliada, y la AP definitiva confirma carcinoma ductal *in situ* de patrón papilar de 2,5 cm.

Caso clínico 3: Paciente de 75 años que consulta por nódulo de mama izquierda de un año de evolución, que ha crecido en los últimos meses. En la exploración se palpa masa de 3-4 cm en CSE, móvil y de consistencia uniforme, y dos adenopatías axilares homolaterales. **Mamografía:** masa quística de bordes bien definidos. **Ecografía:** quiste con nódulo adherido a su pared interna, extrayéndose líquido (citología positiva para células neoplásicas) y realizando neumoquistografía. Marcadores tumorales normales. Biopsia intraoperatoria es positiva, por lo que se practica cuadrantectomía y vaciamiento ganglionar axilar homolateral, siendo la histología definitiva de carcinoma papilar intraquístico de 1,5 cm, infiltrante, con abundantes papilas revestidas de epitelio con núcleos pseudoestratificados y mitosis; metástasis de 1 de los 11 ganglios.

Caso clínico 4: Paciente de 84 años que refiere aumento de tamaño de la mama derecha de años de evolución, con ulceración y exudado sanguinolento y maloliente desde hace días. En la exploración se aprecia masa central de 7-8 cm de diámetro que distiende piel hasta hacer desaparecer el complejo areola-pezones. *Senografía:* masa sólida, muy densa y bien definida, sospechosa de malignidad. *Eco-PAAF:* carcinoma. La biopsia intraoperatoria informa de carcinoma papilar infiltrante (en el estudio definitivo se aprecian focos de necrosis y fistulización), practicándose mastectomía simple y vaciamiento axilar.

Discusión: El carcinoma papilar representa menos del 0,5% de los carcinomas de mama. Se clasifica en tumor infiltrante o no infiltrante, pudiendo ser este último difuso (variante papilar del carcinoma ductal *in situ*) o localizado (CP intraquístico). Presenta una clínica y radiología similar al resto de neoplasias malignas de la mama y una histología igual a la de otros tumores papilares. Se caracterizan por presentar un núcleo fibrovascular rodeado de epitelio proliferante que se proyecta desde la pared de un ducto dilatado de forma quística. La expresión de c-erbB-2 suele ser negativa. Macroscópicamente el quiste viene determinado por el volumen del líquido contenido, que es frecuentemente hemorrágico por rotura de capilares o necrosis tumoral, sobre todo en las formas no comedocarcinoma. El diagnóstico más rentable es mediante ecografía complementada con PAAF, que debe realizarse siempre que se describa una masa intraquística, habitualmente compleja y bien definida, con fluido anecoico en su interior y proyecciones sólidas papilares de diferente morfología desde la pared hacia el interior. La PAAF positiva implica células tumorales no epiteliales en el fluido aspirado; si es negativa está indicada la biopsia abierta. En la mamografía suele aparecer como una masa densa circunscrita con bordes lobulados y típicamente borrados. El diagnóstico diferencial del CPI debe realizarse con el resto de variedades de carcinoma papilar microscópicamente, y con papiloma intraquístico, quiste mamario complicado, hematoma y absceso, macroscópicamente. El pronóstico es relativamente favorable, dado su lento crecimiento, la escasa afectación ganglionar regional (17%) y la avanzada edad de las pacientes. El tratamiento no debe diferir de el del resto de los carcinomas a pesar de este hecho.

SEGURIDAD EN EL MANEJO DE LAS LESIONES MAMARIAS NO PALPABLES MEDIANTE BIOPSIA ASISTIDA POR VACÍO (MAMOTOMO®). EXPERIENCIA INICIAL EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE (MADRID)

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

Introducción: La progresiva implantación de los programas de detección precoz del cáncer de mama ha incrementa-

do significativamente la detección de lesiones mamarias no palpables.

Clásicamente se efectuaba una biopsia quirúrgica excisional guiada con arpón para diagnóstico histológico, si bien en los últimos años se han desarrollado técnicas de biopsia mediante la utilización de agujas de diferentes calibres guiadas con métodos de imagen entre las cuales se sitúa la biopsia asistida por vacío o Mamotomo®, siendo una alternativa a la biopsia quirúrgica como herramienta diagnóstica inicial.

Objetivo: El objetivo de este estudio es evaluar la correlación entre métodos de imagen, resultados histológicos de los Mamotomo® y de las biopsias quirúrgicas.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio prospectivo de los 164 biopsias mediante Mamotomo® efectuadas sobre lesiones mamarias no palpables sospechosas de malignidad en el Hospital 12 de Octubre entre noviembre 2006-noviembre 2008; Debido a la posibilidad de infravaloración en el diagnóstico histológico en el caso de las HDA/HLA y en los CDIS/CLIS se llevaron a cabo biopsias quirúrgicas en estos casos.

Resultados: Se realizaron 164 biopsias mediante Mamotomo® tras sospecha radiológica (119 microcalcificaciones, 34 nódulos no palpables, 9 distorsiones de tejido y 2 aumentos de densidad).

De acuerdo a las guías radiológicas se clasificaron en BI-RADS III (20 pacientes), IV (137 pacientes), V (7 pacientes).

Solamente en 69 pacientes se llevó a cabo resonancia nuclear magnética, y estas fueron clasificadas en lesiones sugestivas de benignidad (12 pacientes), sospechosas (45 pacientes) e indeterminadas (12 pacientes).

La media de cilindros obtenida en la biopsia fue de 15 (rango 2-29), y el resultado anatomopatológico de las biopsias: 84 benignos, 20 hiperplasias atípicas, 25 carcinomas *in situ* y 35 carcinomas infiltrantes.

Solamente en aquellas lesiones con riesgo de infravaloración (20 hiperplasias atípicas, 25 carcinomas *in situ*) y en diagnósticos de carcinoma infiltrante se llevó a cabo una biopsia quirúrgica.

El estudio comparativo se detalla a continuación, con objeto de evaluar la posibilidad de infravaloración del Mamotomo®.

La tasa global de infravaloración del Mamotomo® fue del 12%, esta (aunque basada en una serie pequeña) es similar a las descritas en la literatura.

La correlación con los métodos de imagen reveló que 56 pacientes con cáncer de mama (93%) habían sido clasificados como BI-RADS IV o V en mamografía, y 57 resonancias (sospechosas e indeterminadas) fueron en la biopsia quirúrgica 43 lesiones malignas.

Conclusiones: La punción mediante vacío (Mamotomo®) supone una alternativa a la biopsia quirúrgica como herramienta diagnóstica inicial en las lesiones mamarias no palpables, minimizando no sólo los costes, el tiempo y los riesgos asociados a la cirugía sino también las implicaciones psicológicas que tiene en la paciente, no obstante los porcentajes de infravaloración en el caso de diagnóstico histológico maligno obligan a llevar a cabo una biopsia quirúrgica confirmatoria en estos casos.

EXTRUSIÓN TARDÍA DE PRÓTESIS MAMARIA SECUNDARIA A TRATAMIENTO ADYUVANTE POR RECIDIVA METASTÁSICA

Sancho E, Gambí D, Gasz A, Santos JM

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Santa Bárbara. Puertollano, Ciudad Real

Introducción: La reconstrucción mamaria posterior a la mastectomía representa un procedimiento seguro. Puede ser realizada de manera inmediata o diferida, sin que esta afecte de forma significativa la morbilidad postoperatoria, constituyendo un gran beneficio psicológico para la paciente.

Presentamos el caso de una paciente con antecedentes de ocho años de evolución de carcinoma ductal infiltrante tratado mediante mastectomía radical modificada y reconstrucción diferida, que presenta extrusión de la prótesis mamaria por una infección con necrosis cutánea secundaria a inmunosupresores en el seno de un ensayo clínico por metástasis cerebral.

Caso clínico: Paciente premenopáusica con antecedentes de carcinoma ductal infiltrante diagnosticado y tratado hace 8 años mediante mastectomía total modificada según la técnica de Madden, reconstrucción diferida con expansor subcutáneo texturado tipo Becker y posterior reconstrucción del complejo areola-pezones. Acude a la urgencia por extrusión de la prótesis a través de dos áreas extensas de necrosis e infección cutánea localizadas en los cuadrantes externos de la mama derecha. La paciente se encuentra en el seno de un ensayo clínico con dos inmunosupresores por recidiva metastásica cerebral. No aporta informes por lo que desconocemos la clasificación TNM, *score* histológico, estatus ganglionar, receptores hormonales y tratamiento adyuvante realizado. Se decide ingreso para tratamiento antibiótico y valoración quirúrgica. Desconocemos la evolución del proceso por petición de alta voluntaria en el momento del ingreso.

Conclusiones: La extrusión de la prótesis mamaria por infección y necrosis cutánea es una complicación poco frecuente que ocurre a corto plazo. Generalmente se produce como consecuencia de un decúbito secundario a un volumen excesivo de la prótesis asociado a un hematoma o seroma infectado. Esta complicación a largo plazo es anecdótica.

El tratamiento definitivo, en la mayoría de los casos, es la retirada del implante (1).

Para la reconstrucción mamaria, no existe una única técnica quirúrgica ideal, se requieren conocer varias técnicas y alternativas diferentes con el fin de que puedan ser adaptadas individualmente a las condiciones de cada paciente (2).

Las desventajas, en el caso de la reconstrucción inmediata con prótesis expansoras son un mayor tiempo quirúrgico con un incremento en la morbilidad y mayor riesgo a corto plazo de infección, necrosis y posterior extrusión de la misma. Actualmente se piensa que la mejor ubicación de los implantes protésicos es la retromuscular. En los casos en que esto no sea posible se puede utilizar, para completar la cobertura de la prótesis, una malla de ácido poliglicólico.

Se ha propuesto como técnica alternativa, para carcinomas infiltrantes en fases iniciales, la mastectomía ahorradora de piel con reconstrucción inmediata mediante prótesis o

tejidos autólogos y técnica de Kronowitz en caso necesario, con el fin de disminuir este tipo de complicaciones (3).

Bibliografía

1. Morrow M, Scott SK, Menck HR, Mustoe TA, Winchester DP. Factors influencing the use of breast reconstruction postmastectomy: A National Cancer Database study. *J Am Coll Surg* 2001; 192(1): 1-8.
2. Harcourt D, Rumsey N. Psychological aspects of breast reconstruction: a review of the literature. *J Adv Nurs* 2001; 35(4): 477-87.
3. Ramos M. La mastectomía ahorradora de piel como alternativa a la mastectomía estándar en el cáncer de mama. *Cir Esp* 2008; 84(4): 181-7.

PATOLOGÍA MAMARIA EN URGENCIAS

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

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Unidad de Patología Mamaria. Hospital de Alta Resolución de Écija. Sevilla

Introducción: Las urgencias mamarias constituyen, posiblemente, un porcentaje bajo con respecto a otras más habituales como son los ataques cerebrales, las cardiopatías o los accidentes. Habitualmente los pacientes, en la mayoría mujeres, sin dejar a un lado los hombres, acuden no sólo por dolor, sino por la situación de angustia que genera el descubrir alteraciones en sus mamas por la fácil accesibilidad del órgano, esto hace que la urgencia real sea aún más baja.

Objetivo: El objetivo de esta comunicación es analizar los motivos de consulta urgentes de patología mamaria y su frecuencia en nuestra área.

Material y método: Se realiza estudio retrospectivo de las urgencias mamarias atendidas durante tres años (desde el 1 de enero de 2002 al 31 de diciembre de 2004) en el HAR de Écija (Sevilla). Acudieron 21 hombres y el resto mujeres. Las urgencias totales atendidas en los tres años fue de 136.486 de las que 492 pertenecían a Patología Mamaria. Todos los pacientes salvo uno, acudieron por iniciativa propia. En el trabajo se desglosan los motivos de la consulta por patologías. Se realizó procedimientos quirúrgicos urgentes a 8 pacientes, 131 fueron derivadas a la UPM y 29 a Ginecología y Obstetricia a través del médico de Atención Primaria o desde urgencia por su preferencia,

Resultados: El motivo de consulta principal fue con diferencia el dolor, 59,7%, el resto por orden de frecuencia fueron: bulto 17,2, dermatológicos 8,7, traumáticos 5,2, revisiones quirúrgicas 4,2, cambios en la mama 3,2 y secreción 1,4. Se le practicó desbridamiento y drenaje quirúrgico urgente al 1,6%. De las 29 pacientes que se derivaron a Ginecología y Obstetricia ninguna presentó patología maligna, el 37% presentaba patología benigna, un 48 ya no presentaba alteraciones en el momento del estudio y no acudió a la consulta un 13%. De los 131 pacientes derivados a la UPM, se les diagnosticó de cáncer de mama a 6,8%, presentaba patología benigna el 45,8%, no presentaba ya patología tras el estudio un 38,1 y el 9,1 no acudió a la consulta.

Conclusiones: El porcentaje de pacientes que acuden a urgencias por posible patología en la mama es del 0,3%. Con respecto a otros procesos, los pacientes acuden por ini-

ciativa propia en un porcentaje mayor, probablemente por los motivos de angustia que genera. La mayoría de los procesos se solucionan en la propia urgencia o por su médico de atención primaria posteriormente. Las pacientes derivadas a Ginecología y Obstetricia fueron del 5,9% no presentando patología maligna. Se derivan a la UPM el 26,6% de los pacientes diagnosticándose un 6,8% de patología maligna. El 1,8% de todas las urgencias atendidas fue cáncer.

GANGLIO CENTINELA EN EL CÁNCER DE MAMA HOSPITAL DE LA LÍNEA DE LA CONCEPCIÓN

Díaz J, Romero L, Ulecia J, Recio H, García M

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital de La Línea de la Concepción. Cádiz

Introducción: Se ha realizado la biopsia del ganglio centinela en el cáncer de mama, en el Hospital de La Línea, siguiendo las indicaciones mundiales y escritas, del Congreso y el Rol del ganglio centinela en el Carcinoma de Mama abril 19-22/2001, Filadelfia, Pensilvania, Estados Unidos, descrito por los Doctores Gordon F. Schwartz, Armando E. Giuliano y el Profesor Umberto Veronesi.

Desde el periodo comprendido entre el 21/11/2007 hasta el 20/03/2009, se han atendido a 13 pacientes (mujeres), a quienes se les practicó la biopsia del ganglio centinela, por cáncer de mama (cT1-2cN0). Las edades de las pacientes están comprendidas entre los 49 y 75 años, con una media de 62,5 años.

Clínica: La forma de presentación del tumor fue el nódulo palpable en el 83% de los pacientes. El cuadrante superoexterno fue el sitio mas frecuente de aparición (55%).

Técnica de localización: Durante la intervención se utilizó el colorante azul de metileno en 11 pacientes (84%) y el azul de isosulfán en las restante 2 pacientes (16%). Se realizó la técnica subdérmica adyacente a la lesión en la mayoría de los casos para un total de 10 (75%). Fue necesario reforzar en 3 pacientes la inyección periareolar por obesidad y por la localización medial del tumor. La cantidad de colorante utilizada fue en promedio 3 cc.

Identificación: Se identificó el ganglio centinela en todas las pacientes, la mayoría 12 pacientes, se identificó 1 ganglio centinela, en la paciente restante se identificaron 2 ganglios.

La comparación del examen intraoperatorio por congelación, con respecto al examen definitivo, mostró una buena correlación para los casos que fueron informados como metastásicos (4 pacientes).

Falsos negativos: De los casos informados como negativos, solamente en 1 paciente cuyo examen intraoperatorio del ganglio centinela fue negativo, el examen definitivo se encontró un foco de micrometástasis. Este hallazgo demuestra un porcentaje de falso negativo del 7%, lo cual es el rango normal publicado en las grandes series.

Dissección axilar: Se practicó la dissección axilar hasta el nivel 3 de Berg en 9 pacientes, en 2 casos sólo se realizó la dissección axilar hasta el nivel 2, por la edad y las caracterís-

ticas macroscópicas de los ganglios, y en la paciente restante se practicó sólo la biopsia del ganglio centinela por su diagnóstico histológico prequirúrgico de carcinoma intraductal, que fue sometida a mastectomía total.

Seguimiento: En el momento actual se continúa realizando la biopsia del ganglio centinela. Las pacientes operadas siguen su control clínico cada 6 meses, y mamográfico cada año, y hasta el momento no se han presentado recidivas desde la intervención. Todas las pacientes se derivan al Servicio de Oncología y Radioterapia para continuar el tratamiento multidisciplinario del cáncer de mama.

ECZEMA DE PEZÓN: ¿ADENOMATOSIS PAPILAR SUPERFICIAL DE PEZÓN O ENFERMEDAD DE PAGET MAMARIO?

Osorio A, Martínez-Román S, Martínez-Sanz O

Servicio de Ginecología Oncológica. Hospital Clínic. Barcelona

Introducción: La adenomatosis papilar superficial de pezón (APSP), tumor benigno del epitelio ductal, es muy infrecuente. Desde la descripción original del primer caso en 1954, se han reportado casi 400 casos en la literatura hasta el año 2000. La importancia de esta patología radica en que clínicamente puede simular la enfermedad de Paget mamaria (EP) e histológicamente puede ser confundida con un carcinoma bien diferenciado.

Método: Reporte de caso clínico.

Resultado: Una mujer de 57 años, P: 2002, sin tratamiento hormonal previo, acude a nuestro hospital referida desde ambulatorio porque desde hace 2 años presenta leve aplanamiento del pezón izquierdo, y 6 meses antes, aparece edema, eritema y erosión en dicho pezón; pero no se asocia ni prurito, ni dolor, ni quemazón, ni secreción. No hubo antecedentes de interés. El examen físico demostró un pezón izquierdo nodular, con erosión superficial, y leve eritema del complejo areola-pezón; no se detectaron adenopatías ni masas en ambas mamas. La mamografía mostró en la región retroareolar izquierda un grupo de microcalcificaciones no sospechosas de malignidad de aspecto benigno, estables con respecto a las exploraciones previas de 2005 y 2006. El examen ecográfico detectó en la región areolar izquierda una imagen quística de 6 mm, que se corresponde con lesión cutánea del pezón. Para el diagnóstico se programó biopsia excisional del pezón y biopsia en cuña del tejido subyacente. La histología informó de papilomatosis ductal florida, término sinónimo a APSP. Los márgenes fueron negativos. No hubo recidiva durante el primer año de seguimiento.

La APSP es una patología benigna que afecta principalmente a mujeres entre la cuarta y quinta década de la vida, pero se han reportado en edades extremas de 9 y 87 años, y aun en hombres. Es necesario llegar siempre al diagnóstico histológico, dado que clínicamente puede simular una EP, neoplasia maligna, de manejo quirúrgico muy diferente al APSP.

CARCINOMA METAPLÁSICO DE MAMA. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Encinas X¹, Bengoechea MJ², Verge J¹, Fumanal V³, Mayol S¹, Pérez X¹, Errando X¹

¹Servicio de Cirugía, ²Servicio de Diagnóstico por la Imagen, ³Servicio de Anatomía Patológica. Consorci Sanitari del Garraf. Hospital Residència. Sant Camil. Barcelona

Introducción: Los carcinomas metaplásicos de mama son neoplasias infrecuentes, que representan el 0,5% de todos los tumores malignos de mama. Se caracterizan por presentar un componente epitelial y otro mesenquimal que pueden adoptar un fenotipo variable. Ya sea escamoso, condroide, óseo o fusiforme entre otros.

Objetivo: Conocer el comportamiento atípico de estos tumores infrecuentes que se caracteriza por su gran agresividad local, con alto potencial de producir metástasis a distancia.

Material y métodos: Presentamos dos pacientes de 55 y 74 años respectivamente, que debutan como tumoración localmente avanzada con crecimiento brusco y afectación casi inmediata de anejos cutáneos. Mamográficamente se presentan ambas como gran tumoración densa, bilobulada y de bordes irregulares. El alto contenido de necrosis en el contenido de la BAG, dificultó el diagnóstico precisando técnicas de IHQ, demostrando negatividad para receptores hormonales con citoqueratinas +. En el segundo caso la RNM fue de gran utilidad demostrando osteólisis de parrilla costal con infiltración hasta pericardio.

Conclusiones:

1. El término *carcinoma metaplásico* engloba todos aquellos tumores con diferenciación distintas a las esperadas para el carcinoma ductal o lobulillar de la mama.

2. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres entre 55 y 60 años.

3. No suelen expresar receptores de estrógenos o progesterona. La afectación ganglionar es menor que en los carcinomas no metastásicos.

4. Son tumores de alto grado con gran potencial de presenta metástasis a distancia.

ESTUDIO DE METALES Y SEMIMETALES EN CÁNCER DE MAMA

Aguado M¹, Pardo JD¹, Cervera ML², Balciscueta Z¹, Sellés R¹, Ruiz J¹

¹Servicio de Cirugía General. Hospital Arnau de Vilanova. ²Departamento de Química Analítica. Facultad de Químicas. Universidad de Valencia. Valencia

Introducción: En los últimos años, ha existido un especial interés por determinar el papel exacto de los elementos de la tabla periódica en numerosas patologías. Los elementos constituyen nuestros tejidos, siendo importantes para los procesos fundamentales de la vida, tanto bioquímicos como fisiológicos, de tal modo que sus alteraciones, ya sea por defecto o por exceso, constituyen una parte importante de la

etiología de ciertas enfermedades, incluidas el cáncer. En la mama, existen estudios *in vitro* e *in vivo* que han demostrado que determinados metales tienen la capacidad de mimetizar las acciones fisiológicas de los estrógenos endógenos. Nuestra hipótesis de trabajo es que estos elementos pueden influenciar el desarrollo del carcinoma mamario.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio observacional con recogida de datos de forma prospectiva y aleatoria desde enero hasta junio del 2008. El estudio incluye 21 pacientes, 20 mujeres y 1 varón, intervenidos de patología de mama, con un intervalo de edad entre 19 y 85 años, obteniendo un total de 24 muestras. Las variables a considerar son el tipo de tejido (sano y tumoral), edad del paciente y lugar de residencia (ciudad, área metropolitana o área rural). En tres casos, existe tejido sano y tumoral del mismo paciente.

Las muestras estudiadas pesan alrededor de 250 mg. Se introducen en tubos de polietileno de 15 ml a los que se añaden 1 ml de HNO₃ concentrado y 0,25 ml de H₂O₂. Se digieren en un baño de agua a 80 °C hasta completar disolución, posteriormente se enfrían y se les añade 10 ml de agua destilada. Junto a las muestras se preparan blancos de reactivos que siguen el mismo procedimiento que las muestras. La determinación de los elementos traza en las muestras se lleva a cabo en un espectrómetro de masas con acoplamiento inductivo (ICPMS). Los elementos estudiados son: Li, Be, B, Al, Sc, Ti, V, Cr, Mn, Fe, Co, Ni, Cu, Zn, As, Se, Sr, Y, Mo, Cd, Sb, Ba, Tl, Pb y Bi.

Resultados: Los resultados obtenidos se han representado en cinco tipo de gráficas, donde se relacionan todos los elementos estudiados con respecto a las 24 muestras, se analizan los elementos en tejido sano y tumoral ordenados por edad, se determinan dichos elementos en tejido sano y tumoral en relación al tipo de localidad y se estudian los metales en los pacientes de los que se ha obtenido tejido sano y tumoral.

Conclusiones: En el análisis de muestras aisladas, tanto tumorales como sanas, hay elementos que destacan por estar incrementados, pero no por su entidad o implicación fisiopatológica. Hablamos concretamente del escandio, manganeso, hierro y zinc. De hecho del hierro podríamos decir que sería extraño no encontrarlo significativamente elevado, pues forma parte de los tejidos analizados de forma mayoritaria.

Por el contrario, cuando realizamos comparaciones entre muestras de mismos pacientes, tejido tumoral *versus* sano, llama la atención que los elementos de mayor detección se encuentren entorno a dos, enfrentados en la tabla periódica, el calcio y el aluminio. Así, están incrementados el escandio, titanio, manganeso, estroncio, itrio y bario, cercanos al calcio, y el boro, cobre, zinc, selenio, cadmio, antimonio y plomo, cercanos al aluminio, existiendo un silencio en la zona media de la tabla periódica. Sin embargo, elementos claramente carcinogénicos, como el arsénico, se mantienen en niveles iguales o disminuidos con respecto al tejido sano.

El calcio no se ha determinado en nuestro estudio. Tampoco se han medido sodio, magnesio o potasio, por considerarlos desde un principio como elementos fisiológicos, no potencialmente carcinogénicos. En futuros estudios sí se de-

bería tener en cuenta al calcio en las detecciones, no sólo por la polarización tan marcada de elementos entorno a el ya comentada, sino por su implicación como indicador de malignidad en las pruebas diagnósticas de cáncer de mama. Sería interesante poder establecer su papel exacto en la carcinogénesis, ya que no se sabe con certeza si su presencia es realmente causa o consecuencia del cáncer mamario.

Por lo demás, los datos obtenidos se correlacionan con la bibliografía consultada, que compara los elementos en tejido sano y tejido tumoral.

Con respecto a elementos que han sido más estudiados en la bibliografía, como son el aluminio, el cadmio y el selenio, nuestros resultados se ajustan a lo publicado por la mayoría de autores.

MASTITIS GRANULOMATOSA

Aguado M, Pardo JD, Balciscueta Z, Rueda C, López-Bañeres M, Sellés R, Ruiz J

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia

Introducción: La mastitis granulomatosa idiopática es una patología inflamatoria benigna poco común. Fue descrita originalmente por Kessler y Wolloch en 1972, como una lesión que afecta al estroma de la glándula mamaria y que con frecuencia se abscesifica y fistuliza. Su etiología es desconocida. Se han postulado numerosas teorías, entre ellas un posible origen autoinmune, una respuesta local a la extravasación de secreciones lácteas desde los lobulillos provocando una reacción alérgica a cuerpo extraño (debido a su asociación con el embarazo y la lactancia), una causa hormonal, dado su mayor incidencia en pacientes usuarias de anticonceptivos orales o la existencia de algún organismo infeccioso aún no detectado. Además se ha reportado su asociación con eritema nodoso, lupus eritematoso, hiperprolactinemia y deficiencia de alfa-1-antitripsina. Es más frecuente en la tercera década de vida, en mujeres embarazadas o lactantes recientes, presentando una masa firme unilateral en cualquier cuadrante mamario. Clínica y radiológicamente puede simular tanto procesos inflamatorios benignos como lesiones carcinomatosas. Su diagnóstico se realiza por exclusión. Presentamos el caso de una paciente que inicialmente fue diagnosticada y tratada como una mastitis aguda grave.

Caso clínico: Mujer de 21 años que acude al servicio de urgencias por mastodinia de 3 semanas de evolución. Dentro de sus antecedentes personales y familiares destacan mastopatía fibroquística, enfermedad de Rendu-Osler-Weber por parte de madre y tuberculosis pulmonar por parte de padre. Tiene una hija de 2 años. Toma anticonceptivos orales. En la exploración, se objetiva mama derecha edematosa con engrosamiento cutáneo, sin telorrea ni adeonopatías palpables. En la ecografía realizada no se aprecian colecciones. Se pauta antibioterapia oral y se cita a consultas externas de cirugía para control evolutivo. A la semana presenta fiebre de 39 °C y unas lesiones eritematosas y nodulares en ambos miembros inferiores, sin otra sintomatología asociada. Ingresa en Servicio de Medicina Interna con el diagnóstico de eritema nodoso. En las pruebas realizadas destaca una PCR elevada, serología de IgG para ci-

tomegalovirus positivo, para hepatitis B y C, VIH, toxoplasma, *mycoplasma*, *chlamydia* y *legionella* negativos, autoanticuerpos negativos, factores de complemento, crioglobulinas, electroforesis, Mantoux, frotis faríngeo y radiología de tórax dentro de la normalidad. Al cesar el tratamiento antibiótico y corticoideo instaurado en su estancia hospitalaria, la sintomatología mamaria reaparece. Se solicita una nueva ecografía donde se aprecian tres imágenes quísticas compatibles con abscesos, uno localizado en la LICs de 2 x 1 cm, otra de 2 x 1,5 cm en CIE y otra de 1 cm en CSI. Se drenan de forma percutánea guiada con ecógrafo y se remite para estudio microbiológico. Dada la mala evolución, a pesar del tratamiento conservador, se decide drenaje quirúrgico bajo anestesia general y valoración anatomopatológica posterior. Los cultivos para aerobios y anaerobios son negativos; los de micobacterias (no se observan BAAR) están pendientes. El diagnóstico anatomopatológico es de mastitis granulomatosa con zonas de abscesificación. Con técnicas especiales no se han detectado microorganismos, por lo que se ha filiado como mastitis granulomatosa idiopática. Se da de alta a la paciente con tratamiento corticoideo y antituberculoso, y con curas por parte de nuestro Servicio.

Conclusiones: La mastitis granulomatosa es una entidad rara, de difícil diagnóstico y tratamiento. Una vez planteada la sospecha clínica, debe hacerse el diagnóstico diferencial con otras lesiones granulomatosas de la mama, incluida la reacción granulomatosa del carcinoma mamario.

TUMOR PHYLLODES BILATERAL DE MAMA

Pérez-Quintanilla A, Ruiz J, Torres O, Cristóbal I

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital La Zarzuela. Aravaca, Madrid

Introducción: Paciente de 51 años de edad, acude por masa en mama izquierda de al menos 3 años de evolución que en los últimos meses ha aumentado de tamaño y ulcerado la piel.

Material y métodos: *Exploración:* nódulo que ulcerado la piel superficial de mama izquierda de + 15 cm, con edema generalizado de la piel compatible con carcinoma de mama localmente avanzado. En intercuadrantes internos de la mama derecha hay otro nódulo móvil de larga evolución de aspecto clínico benigno. *Mamografía:* mama derecha, nódulo altamente sospechoso BI-RADS V. Mama izquierda, masa que ocupa toda la mama e infiltra y ulcerado la piel, altamente sospechosa, BI-RADS V

Resultados: Se realiza biopsia de la lesión izquierda en varias ocasiones, resultando todas ellas compatibles con proliferación fibroepitelial benigna. Dado el tamaño de la lesión, se realiza mastectomía simple izquierda, con exéresis de una tumoración de 15-20 cm, de consistencia sólido-quística y apariencia papilomatosa, que presenta material achocolatado en su interior y que infiltra superficialmente el músculo pectoral mayor. Se realiza biopsia diferida de nódulo de la mama derecha.

Anatomía patológica: pieza correspondiente a mama izquierda con tumor *phylloides borderline*, la neoplasia mide al menos 18 cm y ulcerado la piel. Nódulo de mama derecha: tumor *phylloides* benigno con asociados cambios de adenosis esclerosante en el estroma.

Conclusiones: El tumor *phylloides* es una neoplasia poco frecuente aunque más del 50% son benignos, presentan un comportamiento clínico imprevisible y aspecto histológico desconcertante, por lo que una cirugía adecuada y posterior seguimiento es fundamental para evitar recidivas o tratarlas precozmente.

CASUÍSTICA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE MAMA. PERIODO DE 4 AÑOS

Domínguez D, Sousa JM, de León JM, Fernández-Venegas MA, Alfaro L, Madrid L, Villanueva F, Maraví H, Bassem M
Unidad de Patología Mamaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: Analizar la casuística de nuestra Unidad de Patología Mamaria en el tratamiento de patología oncológica de la mama.

Material y métodos: Periodo estudiado 4 años (2005-2008). Hemos analizado las siguientes variables: número de intervenciones programadas, número de pacientes tratadas por cáncer de mama, número de casos intervenidos con: cáncer de mama invasor, cáncer de mama *in situ*, cáncer de mama recidivado. Técnicas quirúrgicas realizadas: mastectomías, cirugías conservadoras, biopsias selectivas de ganglio centinela, reconstrucciones inmediatas postmastectomía.

Resultados: Apreciamos una tendencia creciente en el número de pacientes tratadas con cáncer de mama, destacando un aumento significativo de la cirugía conservadora de la mama, biopsia selectiva del ganglio centinela y reconstrucción inmediata postmastectomía. Concretamente en 2005 se intervinieron 325 enfermas por cáncer de mama, en 2006, 316 pacientes, en 2007, 371 pacientes y en 2008, 474 pacientes. Hubo 170 cirugías conservadoras en 2005, 150 en 2006, 224 en 2007 y 370 en 2008. Realizamos 10 biopsias selectivas de ganglio centinela en 2005, 20 en 2006, 169 en 2007 y 246 en 2008. Llevamos a cabo 20 reconstrucciones mamarias inmediatas en 2005, 25 en 2006, 42 en 2007 y 53 en 2008.

Conclusiones: Con motivo de mejorar la calidad de vida de nuestras pacientes y de seguir la línea de una cirugía oncoplastica, nuestra tendencia en el tratamiento del cáncer de mama ha sido claramente declinada hacia una cirugía conservadora de la mama, una biopsia selectiva del ganglio centinela y una reconstrucción mamaria inmediata, como avalan nuestras cifras.

Todo gracias a la incorporación de equipos multidisciplinarios (Oncología, Radiología, Anatomía Patológica, Cirugía General, Cirugía Plástica...) y al uso de las nuevas tecnologías que permiten un mejor seguimiento, diagnóstico y tratamiento de estas enfermas.

IMPORTANCIA DEL USO DEL SPECT/CT EN LA DETECCIÓN DEL GANGLIO CENTINELA EN EL CARCINOMA DE MAMA

Álvarez AM, Campos L, Loira F, Serena A, Barandela J, Pou J
Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Meixoeiro. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Introducción: Recientemente, los equipos híbridos integrados de tomografía por emisión de fotones y tomografía axial computarizada (SPECT/CT) han evidenciado un valor adicional a la identificación de GC en el Cáncer de Mama. La linfogammagrafía convencional no siempre define la localización anatómica exacta del GC, dado que el drenaje linfático puede ser inusual o que no se evidencie completamente. En una tomografía, un acúmulo del radiotrazador puede correlacionarse a una estructura morfológica, además y por su mayor resolución espacial contribuye a reducir los falsos negativos de la gammagrafía. Adicionalmente, aquellas captaciones debidas a contaminación cutánea pueden ser descartadas disminuyendo los falsos positivos.

Objetivo: Evaluar las ventajas, y por lo tanto el impacto clínico-quirúrgico de la SPECT/CT en la localización preoperatoria de GC en pacientes con cáncer de mama.

Materiales y métodos: Revisión de linfogammagrafías de ganglio centinela realizadas en pacientes con cáncer de mama a partir de la fecha de adquisición del equipo híbrido SPECT/CT Infinia HawKeye GE Healthcare (octubre 2008). A pesar de que el SPECT/CT no está incorporado en el protocolo actual de linfogammagrafía de ganglio centinela, dado el alto volumen de pruebas de medicina nuclear que se efectúan a diario en nuestro servicio, se han realizado 13 estudios tomográficos complementarios a la gammagrafía convencional hasta la fecha. Procedimiento: administración de 4 dosis de 1 mCi / 0,5 ml de ^{99m}Tc-nanocoloides de albúmina mediante inyección peritumoral y subareolar intratitular (lesiones periareolares o cuadránticas no palpables con referencia anatómica de RMN), con posterior adquisición de imágenes precoces y tardías realizadas a los 20-30 minutos y 2-4 horas tras la inyección respectivamente. A todos los pacientes, se complementó estudio con SPECT/CT de baja dosis en fase tardía (Duración del estudio: 25 minutos). Localización intraoperatoria con sonda portátil de ganglios centinelas axilares y exéresis de los mismos. Se completó procedimiento quirúrgico según indicaciones de cada caso.

Resultados: Sexo: 12 mujeres, 1 hombre. Edad promedio: 54,3 años. Visualización en las imágenes del 100% del GC en el total de pacientes (media de 2,9 GC axilares por paciente), de los cuales, 2 casos fueron observados únicamente por SPECT/CT. Ubicación anatómica exacta, teniendo en cuenta la profundidad y relación con otras estructuras morfológicas, del 100% de los GC en la tomografía, concordantes con hallazgos intraoperatorios. Migración a ganglios de la mamaria interna, fue observada en 5 pacientes, de los cuales 2 fueron localizados solo por la tomografía. SPECT/CT determinó correctamente el número de los ganglios en los 13 pacientes, objetivando 2 casos con mayor número de ganglios con actividad no visualizados en las imágenes planares. Interpretación errónea de imágenes planares ocurrió en 1 paciente, por artefacto de contaminación de vestimenta, en donde la adquisición con el equipo híbrido aclaró la captación anómala. Así mismo, se comprobó actividad axilar bilateral (punto de inyección: peritumoral CSI mama izquierda) en esta misma paciente.

Conclusiones: Aunque el número de pacientes estudiados es limitado, se demostró que la identificación y localización del ganglio centinela con SPECT/CT supera a los observa-

dos en la gammagrafía convencional. Así mismo, se comprobó con mayor sensibilidad la migración a ganglios de la cadena mamaria interna y axilares contralaterales, descartando aquellas imágenes de contaminación externa. El SPECT/CT se puede considerar como una gran ayuda diagnóstica preoperatoria dada su alta precisión, facilitando un mapa para la exploración intraoperatoria en la BSGC en pacientes con cáncer de mama.

CONTRIBUCIÓN DE LA ECOGRAFÍA MAMARIA EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE MAMA CLÍNICA Y MAMOGRÁFICAMENTE OCULTO

Llaverias S, Conde MJ, Martínez A, Gallart A, Maristany MT, Querol V, Mauri E

Servicio de Diagnóstico por la Imagen. CRC-Hospital Universitario Sagrat Cor. Barcelona

Introducción: Está bien establecido que la mamografía es la prueba indicada para el *screening* del cáncer de mama, pero se sabe que el mayor grado de densidad del parénquima mamario disminuye su sensibilidad. Por tanto, una modalidad que pueda ayudar a disminuir el número de falsos-negativos deberá considerarse beneficiosa: la ecografía sistemática de toda la mama como complemento de la mamografía, en especial para patrones radiológicos densos, se ha visto que aumenta el número de lesiones detectadas.

Objetivos: Determinar la utilidad de la ecografía sistemática y completa de toda la mama en la detección de lesiones malignas, clínica y mamográficamente ocultas.

Material y métodos: De un total de 165 neoplasias malignas evaluadas en nuestro Servicio en un intervalo de 36 meses, se ha realizado un estudio retrospectivo de 10 casos en que fueron detectadas exclusivamente mediante ecografía, con mamografía y palpación negativas.

Los estudios mamográficos se obtuvieron en un mamógrafo Philips Mammodiagnost, realizándose exámenes estándar con proyecciones cráneo-caudales (C-C) y mediolaterales oblicuas a 60° (MLO) de cada mama.

Las exploraciones ecográficas se realizaron de forma bilateral y por cuadrantes, siguiendo un patrón radial y cortes ortogonales, utilizando un transductor lineal de multifrecuencia (5-12 MHz) en 2 aparatos Philips HDI-4000 y 5000.

Resultados: De estas 10 pacientes, 6 presentaban patrones radiológicos densos en la mamografía, grados 3-4 (ACR BI-RADS) y 4 correspondían a un grado 2.

Las edades comprendidas iban de 44 a 79 (media 55 años). Tres pacientes tenían antecedentes familiares de cáncer de mama.

El tamaño lesional iba desde 3,5 a 14 mm (media 7,8 mm).

Los hallazgos ecográficos fueron 7 pacientes con nódulos hipoeoicos de márgenes irregulares o mal definidos sin atenuación posterior del sonido; 2 eran nódulos espiculados con sombra posterior, y sólo 1 era un nódulo bien delimitado.

En todos los casos se realizó biopsia con aguja gruesa (BAG) prequirúrgica guiada por ecografía resultando 9 car-

cinomas ductales infiltrantes (CDI) y un carcinoma intraductal cribiforme.

Conclusiones:

1. La prueba de *screening* para el cáncer de mama es la mamografía, pero el mayor grado de densidad mamaria puede disminuir su sensibilidad.

2. La realización de ecografías como complemento de la mamografía, en especial en patrones densos, se ha visto que aumenta el número de lesiones detectadas.

3. Los avances técnicos de los ecógrafos en los últimos años han influido decisivamente en este hecho, permitiendo no sólo detectar más lesiones si no sobretodo poder caracterizarlas mejor, seleccionando aquellas que deben ser biopsiadas (BI-RADS-US 4 y 5).

4. El entrenamiento y la experiencia del radiólogo especializado es esencial.

5. Inconvenientes: a) aumento simultáneo de lesiones benignas incidentales detectadas, que generarán punciones, biopsias y/o controles evolutivos posteriores, incrementándose el coste; y b) hasta el momento no hay estudios que permitan demostrar que la ecografía complementaria en el *screening* de mama comporte un aumento de la supervivencia por la propia enfermedad y tampoco que el tamaño de los tumores detectados sean más pequeños.

NUEVAS TÉCNICAS PARA EL CONTROL DE SEROMAS EN CIRUGÍA DE MAMA

Balciscueta Z¹, Pardo J¹, Sotos A², Aguado M¹, Rueda C¹, Ruiz del Castillo J¹

¹Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Arnau de Vilanova. ²Ortopedia Sotos. Valencia

Introducción: El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer en nuestro país. Actualmente, en su tratamiento, juega un papel muy importante la cirugía mamaria, la cual no está exenta de complicaciones, la más frecuente es la formación de seromas postoperatorios. El seroma postmastectomía tiene una incidencia de 2,5-89% y a pesar de ser ampliamente estudiado, todavía existe controversia respecto a su etiología, prevención y tratamiento.

Se define seroma como una colección de líquido seroso dentro de una cavidad residual postquirúrgica. La cirugía mamaria asociada a una disección axilar crea un ambiente extremadamente favorable para la aparición de seromas, debido a la extensa sección de vasos sanguíneos, conductos linfáticos y a la formación de una cavidad virtual entre la pared torácica y los colgajos cutáneos.

La formación de seromas postquirúrgicos se asocia también con trastornos del ánimo por parte de la paciente, mayor estancia hospitalaria, mayor número de controles médicos postoperatorios y puede condicionar un retraso del inicio de la terapia adyuvante, aunque las pacientes lo aceptan bien. Además, el seroma se ha relacionado con el desarrollo de infección y linfedema de miembro superior.

Objetivos: Los objetivos de este estudio son observar el comportamiento de los seromas axilares dependiendo de la utilización de técnicas de compresión axilar estándar o utilizando sistemas de compresión axilar y/o torácica, y demostrar que un sistema de compresión mejora el postoperatorio tras la linfadenectomía axilar.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 70 pacientes intervenidas quirúrgicamente por carcinoma de mama y en las que se realizó linfadenectomía axilar durante los años 2008 y 2009, independientemente en tratamiento con quimioterapia neoadyuvante o no. En todas ellas se colocó drenaje axilar y se registraron datos sobre el débito y duración de dichos drenajes en el postoperatorio. En la mitad de las pacientes se adaptó un nuevo sistema de compresión axilar y en el resto se realizó compresión estándar. Se compararon estos parámetros con los casos en los que se desarrollaron seromas que precisaron punciones evacuadoras.

Resultados: Vamos a presentar nuestra experiencia comprendida entre los años 2008 y 2009.

Conclusiones:

1. Actualmente el seroma se considera un efecto de la cirugía más que una complicación de ella.
2. Este nuevo sistema de compresión axilar y/o torácica consigue reducir la incidencia de seroma en pacientes sometidas a linfadenectomía axilar: disminuye en número de punciones.
3. Disminuye el débito de los drenajes postquirúrgicos.
4. Se deben hacer estudios prospectivos con/sin la compresión axilar.

EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON CARCINOMA DUCTAL *IN SITU* DE MAMA. RIESGO DE RECIDIVA LOCAL

Noguero M, Carrascal A, Arroyo ML, Sancho B, Gallego M, Sanz MC, Aragón S, Blanco M, Ciruelos E, Hernández-García JM

Servicio de Ginecología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Introducción: El carcinoma ductal *in situ* de mama es una patología frecuente, con buen pronóstico, pero que presenta altas tasas de recidiva local. La existencia de un componente microinvasivo supone un factor de riesgo para la recurrencia.

Objetivo: El objetivo de este estudio es evaluar la importancia de la microinvasión y otros factores pronósticos en la evolución de las pacientes diagnosticadas y tratadas de carcinoma ductal *in situ*.

Material y métodos: Se revisaron los registros de pacientes diagnosticadas y tratadas por carcinoma ductal *in situ* (CDIS) de mama entre 1997 y 2007 en el Servicio de Ginecología del Hospital 12 de Octubre de Madrid.

El estudio estadístico se realizó con la prueba de Chi cuadrado para evaluar las asociaciones entre edad, microinvasión, multifocalidad, multicentricidad, fenotipo, tipo de cirugía y radioterapia adyuvante.

Resultados: En este análisis se incluyeron 203 pacientes con CDIS de mama. La mediana de seguimiento fue de 4,26 años. La mediana de edad de las pacientes fue de 55 años, rango: 30-80 años.

Encontramos enfermedad microinvasiva en el 4,4% de las pacientes. Hubo multicentricidad en el 5,1% de los casos y multifocalidad en el 18%.

El fenotipo de enfermedad recidivante fue el siguiente:

- Receptor estrógeno negativo: en un 66,6%.
- Receptor progesterona negativo: en un 66,6%.
- HER2 positivo: en un 50%.

Noventa y nueve pacientes (52,2%) fueron sometidas a una cirugía conservadora y 89 (47,8%) a una mastectomía.

El 66,3% recibió radioterapia adyuvante.

Estudiando la evolución de los casos, hubo 6 recidivas locales, 4 de las cuales fueron carcinoma ductal infiltrante. En el 66,6% de las recurrencias se había descrito microinvasión en el tumor primario. Este resultado fue estadísticamente significativo ($p < 0,001$).

Cuatro de estas recidivas locales se encontraron en las piezas de mastectomía.

No hubo asociación significativa entre multicentricidad, multifocalidad, tipo de cirugía y el riesgo de recurrencia.

Conclusiones: En nuestro estudio la microinvasión fue el único factor pronóstico significativo para la recurrencia local.

No hubo asociación entre otros factores pronósticos y la tasa de recurrencia local.

El pronóstico del CDIS es excelente, con tasas de supervivencia a los 10 años superiores al 95%.

UTILIDAD DE LA SPECT/CT EN LA LOCALIZACIÓN DEL GANGLIO CENTINELA EN EL CÁNCER DE MAMA

Sánchez de Mora E, Delgado JM, López-Martín J, Salgado C, Ortiz S, Ruiz M, Luna A, Jiménez A

Servicio de Medicina Nuclear. Unidad de Diagnóstico por la Imagen. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Introducción: La correcta estadificación linfática es esencial para el pronóstico y el tratamiento del cáncer de mama. La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) ha demostrado ser eficaz en dicho cometido evitando hacer linfadenectomías innecesarias.

En algunos casos la linfagammagrafía convencional no muestra el drenaje linfático axilar o no permite la localización de todos los GC. La SPECT/CT puede ayudar en estos casos difíciles.

La SPECT (*single photon emission tomography*) es una gammagrafía tomográfica con mayor resolución y sensibilidad que la imagen planar convencional. La SPECT/CT integra los datos fisiológicos de la SPECT con los datos anatómicos de la CT (*computed tomography*) no diagnóstica (de baja dosis). La fusión en una única imagen permite la localización anatómica exacta de los focos de captación o GC.

Objetivo: Estudiar el valor adicional de la SPECT/CT en pacientes con cáncer de mama.

Material y método: Se revisan 6 pacientes mujeres diagnosticadas de cáncer de mama con axila clínicamente negativa (3 ductal infiltrante, 1 ductal infiltrante multifocal, 1 lobulillar y 1 carcinoma infiltrante localmente avanzado con QT neoadyuvante previa).

A todas ellas se les realizó una linfogammagrafía convencional con imágenes planares de 5 minutos y un SPECT/CT de axilas y tórax tras la inyección de ^{99m}Tc-albúmina nanocoidal (intratumoral o retroareolar) el día previo de la intervención. A las 24 horas se procedió a la detección intraoperatoria con sonda gamma de los GC tras resear el tumor.

El estudio isotópico se consideró positivo cuando se detectó acúmulos focales del radiotrazador de localización axilar o extraaxilar. La confirmación de metástasis se realizó mediante un estudio intraoperatorio de los GC que determinó la linfadenectomía en aquellos casos positivos.

Resultados: Se visualizaron ganglios centinela en el 100% de los pacientes, mediante linfogammagrafía convencional se observaron 9 GC y 2 adicionales mediante SPECT/CT (11 GC totales) de los cuales dos eran ganglios extraaxilares detectados tanto por imagen planar como por SPECT/CT. La SPECT/CT permitió la exacta localización anatómica de todos los ganglios orientando de inicio el acto quirúrgico para su extirpación, especialmente los ganglios extraaxilares (1 intramamario y 1 en mamaria interna), uno interpectoral y la detección de drenaje axilar en una paciente con drenaje único a mamaria interna en la imagen planar. Por otro lado permitió detectar un caso de captación por contaminación cutánea.

Todos los GC fueron detectados mediante la sonda gamma en el acto quirúrgico. Dos de los 11 GC (18%) fueron metastásicos (uno en la paciente con cáncer multifocal y otro en un ductal infiltrante). Se realizaron 3 linfadenectomías (una de ellas por ganglios clínicamente sospechosos en la cirugía en la paciente con QT neoadyuvante previa). En los 2 casos de GC positivo para metástasis se observaron más ganglios metastásicos en la linfadenectomía axilar (1 en el cáncer multifocal y 2 en el ductal infiltrante) (Tabla I).

Conclusiones: Ante las limitaciones de la linfogammagrafía convencional con imágenes planares, la SPECT/CT detecta ganglios centinela adicionales no visibles en el estu-

dio planar convencional. Mejora la localización de los GC extraaxilares o no visibles aportando al cirujano una información exacta de la localización anatómica de los GC permitiendo orientar de inicio el acto quirúrgico, facilitando la intervención en los casos difíciles.

ÍNDICE DE OCUPACIÓN DE QUIRÓFANO POR EL GÉNERO MASCULINO EN UNA UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA

Tallón L, Martínez-Padilla A, Sousa JM, Madrid L, Fernández-Venegas MA, Bassem M, de León JM

Unidad de Patología Mamaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La enfermedad mamaria no es privativa de la mujer, ya que el varón, aunque en menor frecuencia, también puede sufrirla, lo que requiere una atención y tratamiento adecuado.

Objetivos: El objetivo de nuestro trabajo es estudiar la patología mamaria en el varón, centrándonos en nuestra experiencia, y analizando factores como incidencia de la misma, diagnósticos más frecuente o técnica quirúrgica empleada, entre otros.

Material y métodos: Hemos analizado todos los pacientes sometidos a intervención quirúrgica en nuestra unidad en los últimos cuatro años (septiembre 2005/febrero 2009). De un total de 2.185 intervenciones, sólo 25 se realizaron en pacientes varones (1,15% de los casos).

Resultados: Veintidós pacientes varones fueron sometidos a un total de 25 intervenciones quirúrgicas en este periodo, con una edad media de 57,96 años (rango 16-85) y una estancia media de 5,04 días (rango 0-26). Sólo el 18% de los pacientes presentó antecedentes familiares de cáncer de mama. El 56% de los casos fue por patología cancerosa maligna, siendo el 44 restante por ginecomastia de causa benigna. El 48% de los casos afectó a mama derecha, 40% izquierda y 12 de bilateralidad. Sólo el 8% de los pacientes presentó alguna complicación postoperatoria precoz y hasta la fecha sólo ha existido un éxitus a largo plazo.

Conclusiones: La patología mamaria en el varón sigue representando un porcentaje ínfimo con respecto al género femenino. Aun así, debe tenerse muy presente en todo mo-

Tabla I.

Pac	Cáncer				Linfo nº GC			Cirugía			AP	
	Tipo	Grado	Tamaño (cm)	Local tum.	Planar	SPECT/CT	Inyec.	Mama	Axila	QT	GC	Otros
1	Duct inf	II	0,5	Izquierda	1	2	Areol.	MT	No	No	2 Neg	
2	Duct inf	II	1,8	Derecha	2	3	Intratum.	MS	No	No	2 Neg	1 Neg
3	Lob	II	0,6	Derecha	2	2	Intratum.	MS	No	No	1 Neg	1 Neg
4	Duct inf	II	0,8	Derecha	1	1	Intratum.	MS	Sí	No	1 Pos	1 Pos
5	Duct inf	II	2,3	Izquierda	2	2	Intratum.	MS	Sí	No	1 Pos	2 Pos
6	Ca infiltrante	II	> 5	Derecha	1	1	Areol.	MT	Sí	Sí	1 Neg	5 Neg

Duct inf: carcinoma ductal infiltrante; Lob: carcinoma lobulillar; MT: mastectomía total; MS: mastectomía segmentaria; Areol: retroareolar.

mento debido a la elevada agresividad, la morbimortalidad asociada y los factores sociales y psicológicos que implican este tipo de patología en el varón.

CÁNCER DE MAMA Y BIOPSIA NEGATIVA DE GANGLIO CENTINELA. SEGUIMIENTO DE HASTA 9 AÑOS

Benítez-Segura A, Bajén MT, Ramal D, Mora J, Ricart Y, Ortega R, Soler T, Gil M, Plà MJ, Masuet C, Martín-Comín J
Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

Objetivo: Analizar la tasa de recurrencia axilar, la presencia de enfermedad a distancia y la tasa de supervivencia libre de enfermedad en pacientes (p) operadas de cáncer de mama con biopsia negativa de ganglio centinela (GC).

Material y método: Desde junio de 2000 hasta abril de 2009 se han operado 2.242 p de cáncer de mama y biopsia de ganglio centinela. Del primer periodo (junio 2000/diciembre 2004) se analizan retrospectivamente 417 p (cT < 3 cm) con resultado negativo del GC a las que no se les realizó linfadenectomía axilar. **Edad media:** 54 años (a) (27-85a). Seguimiento hasta los 9 años. Se excluyen 27 p por falta de seguimiento. La biopsia del GC se realizó con radiocoloide y sonda portátil Europrobe. **Estudio anátomo-patológico del GC:** análisis intraoperatorio mediante impronta citológica (Diff-Quick) y estudio diferido con hematoxilina/eosina, inmunohistoquímica y análisis molecular (RT-PCR) cuando los anteriores resultaron negativos. **Seguimiento clínico tras la cirugía:** cada 4 meses (m) durante los 3 primeros años, cada 6 m durante los 2 años siguientes y posteriormente de forma anual. **Tratamiento adyuvante:** según protocolo hospitalario. Se analiza: la recurrencia axilar, presencia de enfermedad a distancia y supervivencia libre de enfermedad (método Kaplan-Meier).

Resultados: Tras un seguimiento medio de 66,47 m (15-105 m) sólo 4/390 p (1%) desarrollaron recurrencia axilar (a los 8, 11, 32 y 37 m de la cirugía), 1 de las 4 en el contexto de una recidiva mamaria. Las 4 p en la actualidad se hallan libres de enfermedad. Once p fallecieron durante el seguimiento: 2 p por metástasis multiorgánica en relación al cáncer de mama, 4 p por una segunda neoplasia y 5 p por otras causas. Supervivencia global a los 9 años: 97,2%.

Conclusión: Los resultados obtenidos en esta serie de pacientes, tras 9 años de seguimiento, confirman la biopsia selectiva del GC como una técnica segura en la estadificación axilar del cáncer de mama en estadios iniciales.

ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO DEL GANGLIO CENTINELA: EVALUACIÓN DE COSTES

Cano R¹, Morell LL¹, Cremades A¹, Alemany P¹, Castera A², Bernet L³

Servicios de ¹Patología y ²Cirugía. Hospital de la Ribera. Alzira. ³Servicio de Patología. Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva. Valencia

Introducción: El estudio histopatológico del GC se acepta ya como el método de elección para el estadiaje axilar del cáncer de mama y debe ser intraoperatorio siempre que sea posible a fin de evitar los costes y la morbilidad de una segunda intervención sobre la axila. El estudio debe ser lo más exhaustivo posible, ya que se ha demostrado que a mayor número de cortes y de inmunohistoquímica, mayor es el número de metástasis diagnosticadas.

Sin embargo, supone una sobrecarga para el Servicio de Patología, tanto en recursos humanos como en fungible.

Este incremento de esfuerzo y de gasto, además de resultar en un claro beneficio para la paciente, puede verse compensado posteriormente al evitarse la morbilidad secundaria a la linfadenectomía axilar (LA).

Material y métodos: Trescientos noventa (72%) casos de una serie de 541 de GC (59,7% intraoperatorios y 40,3 diferidos) realizados entre los años 2000 y 2007, se informaron (72%) negativos para metástasis.

Cada uno de los GC se seccionó totalmente en cortes paralelos de 2 mm de grosor en número variable entre 2 y 6, según el diámetro del ganglio. De cada loncha de tejido se realizaron dos secciones parejas (para H&E y AE1/3) en 6 niveles de profundidad.

Para la evaluación de gastos se utilizan datos de la Ley de Tasas de la Consejería de Salud de la Comunidad Valenciana, valorando el estudio del GC como pieza quirúrgica tipo 4 (103,46 €) y cada AE1/3 como técnica inmunohistoquímica (IHQ) (36,32 €).

Cada LA se consideró como GRD270 valorado en 2.325,75 €.

Resultados: El consumo global entre fungible y recursos humanos para la realización del GC varió entre 176,10 y 321,38 € (pieza quirúrgica tipo 4) según el tamaño del ganglio. Evitar la LA supuso un ahorro de 2325,75 € en cada caso, lo que supone un ahorro global en nuestra serie de 90.7042,5 €.

Además, se evitan los gastos derivados de la morbilidad de la LA, no cuantificados en este trabajo.

Conclusiones: El estudio exhaustivo del GC es un procedimiento tanto eficaz como eficiente al mejorar la calidad de vida de la paciente y ahorrar costes a la institución.

FIBROADENOMA CON ATIPIA EN MAMA ECTÓPICA AXILAR

Valle A, Jiménez V, Márquez L, León R, Carabias A, Fuerte S, Silvestre J, Ortega I, Jover JM, Limones M

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Getafe. Madrid

Introducción: La presencia de tejido mamario ectópico (polimastia o mama aberrante) no es infrecuente, y se describe hasta en el 6% de las mujeres, siendo la localización axilar la más frecuente. Generalmente, la polimastia no aparece hasta que tienen lugar cambios hormonales como la pubertad, la gestación o la lactancia descartando su origen congénito. La fisiología del tejido mamario ectópico es la misma que la glándula mamaria ortotópica y, por tanto, la patología diagnosticada también.

Tabla I.

	Edad	A. P.	1 ^{er} síntoma	Tamaño	Localización	Tipo tumoral	Grado histológico
Paciente 1	77	2 Hermanas: ca. mama. Una: éxitus	Nódulo	1,8 cm	Supraareolar	Ca. ductal infiltrante	Grado III
Paciente 2	68	Madre: ca. mama Familiares con ca. colon	Nódulo	1,5 cm	Infraareolar	Ca. ductal infiltrante	Grado I

A.P.: antecedentes personales.

Presentamos el caso de una paciente con fibroadenoma con atipias sobre mama ectópica axilar.

Material y métodos: Paciente mujer de 50 años, con antecedentes personales de mama ectópica axilar derecha y extirpación de dos fibroadenomas en mama derecha. Sin antecedentes familiares de riesgo para patología mamaria, en seguimiento en nuestra unidad de mama que consulta por nódulo de reciente aparición en mama ectópica.

Exploración física: nódulo bien delimitado, móvil, doloroso de 1,5 cm sobre mama ectópica axilar.

No se objetivan otras lesiones en el resto de la exploración mamaria.

Ecografía: lesión nodular hipocogénica, polilobulada de 2,2 cm en axila derecha BI-RADS 4b

PAAF: fibroadenoma con atipia leve.

Con el diagnóstico de fibroadenoma con atipias se realiza extirpación de la lesión para estudio histológico.

Resultado: La patología que presenta el tejido mamario ectópico es la misma que la patología conocida en la mama ortotópica existiendo casos en la literatura médica de lesiones benignas (fibroadenoma, lesiones quísticas) y lesiones malignas (carcinoma). La patología benigna y maligna tiene las mismas indicaciones quirúrgicas que en la mama ortotópica.

Conclusión: Se realiza exéresis del tejido mamario ectópico sólo si es sintomático o por motivos estéticos.

GANGLIO CENTINELA Y CÁNCER DE MAMA EN EL VARÓN

Delgado JM¹, Sánchez de Mora E¹, López-Martín J¹, Jiménez-Heffernan A¹, Salgado C¹, Ladrero D²

Servicios de ¹Medicina Nuclear y²Cirugía. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Introducción: El cáncer de mama en el varón es una entidad clínica poco frecuente, que representa un 1% aproximadamente de los cánceres mamarios y el 0,2% de los cánceres del varón. La mayoría de los estudios muestran un estadio más avanzado y un peor pronóstico en estos pacientes en relación a las mujeres, probablemente por un diagnóstico más tardío.

Objetivo: Valorar la utilidad de la biopsia selectiva del ganglio centinela en el cáncer de mama en varones de nuestra área hospitalaria.

Material y método: Desde junio de 2006 hasta marzo de 2009 se estudian dos casos de cáncer de mama en varones en los que es plausible la técnica de detección de ganglio centinela.

El día previo a la intervención se realizó la linfogammagrafía. Para ello se realizó la inyección del trazador de forma peritumoral mediante 4 inyecciones de 18,5 Mbq cada una y posteriormente se adquirieron imágenes estáticas a las dos horas de la inyección y hasta la aparición del ganglio, en proyección: anterior, oblicua y lateral. En ambos pacientes se localizó el ganglio centinela.

A las 24 horas se realiza la detección intraoperatoria del ganglio centinela, siendo en ambos pacientes los ganglios (2 y 3 respectivamente) negativos tras el estudio anatomopatológico. Además se extirparon otros ganglios que a la palpación le parecieron sospechosos al cirujano, confirmándose posteriormente la ausencia de células tumorales en los mismos.

Se realizó un estudio de receptores hormonales en la pieza quirúrgica de los pacientes para establecer el tratamiento posterior (Tablas I y II).

Conclusión: A pesar de que el cáncer de mama en el varón, en la mayoría de los casos se encuentra en estadios avanzados, hay que valorar la realización de la técnica de ganglio centinela en aquellos que cumplan las indicaciones para la misma, evitando así linfadenectomías innecesarias.

Tabla II.

	Cirugía	Receptores	Tratamiento
Paciente 1	Mastectomía tipo Madden	Recept. estrogénicos: 60+ Recept. progesterona: 80%+	Hormonal
Paciente 2	Mastectomía tipo Madden	Recept. estrogénicos: 70+ Recept. progesterona: Negativo	Hormonal

CIRUGÍA RADIOGUIADA MAMARIA MÚLTIPLE. ROLL MÚLTIPLES

González-Noguera PJ, Ballester JB, Casterá JA, Ricart V, Camps J, Forment M, Tembl A, Mut T, Giménez A
Unidad de Mama. Hospital de la Ribera. Alzira. Valencia

Introducción: La cirugía radioguiada para lesiones de mama no palpables se va incluyendo en el arsenal terapéutico de muchas unidades de mama, ya que ha demostrado ser un buen método para guiar la exéresis de estas lesiones. En ocasiones hay casos que pueden ser bilaterales o incluso en la misma mama multifocales o multicéntricos y con un diagnóstico temprano puede permitírnos realizar una cirugía conservadora de la mama; lo cual implica tener que marcar 2 o más lesiones para la exéresis.

Métodos: Desde febrero de 2001 hasta abril de 2009 se han intervenido 51 pacientes con más de una lesión para realizar cirugía radioguiada ROLL. Se revisan las distintas indicaciones, técnicas de marcaje y resultados.

Resultados: En 5 casos la cirugía ha sido bilateral, lo cual plantea menos problemas en cuanto al marcaje y la cirugía. Las técnicas empleadas han sido 3 SNOLL bilaterales (3 carcinomas infiltrantes bilaterales) y 2 casos de SNOLL en una mama y ROLL contralateral de nódulo BI-RADS 3. Los 46 casos restantes han sido 2 o más lesiones en la misma mama. Se han utilizado varias técnicas para su marcaje: SNOLL en varias lesiones, SNOLL en una lesión y ROLL en otra o bien ROLL en todas las lesiones y marcaje del ganglio centinela subdérmico. En 3 casos se trataba de lesiones amplias y se marcaron 2 bordes contrapuestos de la lesión. La edad media es de 55 años (33-72). La cirugía se llevó a cabo bajo anestesia general en régimen de cirugía sin ingreso o corta estancia. Para la localización de las lesiones y/o ganglio centinela se utilizó sonda detectora gamma y en algunos casos la gammacámara Sentinella®.

Conclusiones: La cirugía mamaria radioguiada utilizando radiotrazadores es una técnica que ha demostrado su eficacia para la exéresis de lesiones no palpables de mama, y también se puede utilizar en los casos de varias lesiones en la misma mama para conseguir una exéresis correcta.

TELORRAGIA COMO DEBUT DE CARCINOMA INFILTRANTE DE MAMA EN VARÓN

León R, Fuerte S, Márquez L, Jiménez V, Ramos B, Carabias A, Jover JM, Limones M

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Getafe. Madrid

Introducción: El cáncer de mama en el varón es una entidad infrecuente que representa menos del 1% de todos los cánceres de mama. Habitualmente aparece en edades avanzadas de la vida, siendo la variedad histológica más frecuente el carcinoma ductal infiltrante.

Clínicamente puede manifestarse como lesión mamaria palpable o expresarse a través de alteraciones atípicas como telorragia, retracción del pezón, alteraciones cutáneas, prurito, dolor mamario, lo que obliga a establecer el diagnóstico diferencial con otras patologías.

Presentamos el caso de un varón, con telorragia espontánea como manifestación inicial de un carcinoma ductal infiltrante subyacente.

Caso clínico: Varón de 81 años que consulta por episodio de telorragia uniorificial espontánea en mama.

Descata como antecedente cirugía mama derecha por papiloma intraductal e hiperplasia epitelial sin signos de atipia 17 años antes

Exploración mamaria: tumoración CSE-LICS y adenopatía axilar derecha sospechosa.

Citología de secreción mamaria: compatible con lesión papilar intraductal

Mamografía: nódulo radiodenso periareolar externo de borde mal definido, espiculado.

Ecografía: nódulo isoecogénico con tejido graso, vascularización interna y adenopatías en axila derecha de gran tamaño (la mayor de 3,5 cm) con pérdida del hilio graso (BI-RADS 4C)

BAG nódulo mama: carcinoma ductal infiltrante.

PAAF axilar: hallazgos indicativos de adenocarcinoma metastático.

Con resultado de carcinoma infiltrante con adenopatía metastásica axilar (BI-RADS 6) se indican ductoscopia, mastectomía y linfadenectomía axilar derechas que confirman los hallazgos descritos.

Resultados y discusión: El cáncer de mama es un hallazgo infrecuente en el varón.

Aunque la presencia de tumoración mamaria y adenopatías axilares suelen ser los signos de presentación más frecuentes, no debemos olvidar que existen otras manifestaciones atípicas que deben ser consideradas como sospechosas en la exploración clínica.

La causa más frecuente de telorragia son las lesiones papilares de la mama. Con este término se designa un grupo heterogéneo de lesiones mamarias (papiloma, papilomatosis, papiloma atípico, carcinoma papilar no invasivo, carcinoma papilar invasivo) caracterizadas por proliferación epitelial en el interior de los conductos galactóforos. Su incidencia, al igual que la del resto de patología mamaria es escasa en el varón. Cursan con telorragia espontánea uniorificial sin nódulo palpable asociado. Actualmente se acepta que el papiloma intraductal solitario no se asocia con riesgo aumentado de cáncer de mama ni de recidiva mientras que la papilomatosis múltiple puede asociarse con hiperplasia epitelial atípica y hasta en un 40% de casos con cáncer de mama.

La extirpación quirúrgica y posterior biopsia se considera necesaria para la correcta clasificación de estas lesiones, precisando además las formas múltiples (papilomatosis) y las formas atípicas seguimiento posterior por su potencial riesgo de malignización.

Conclusiones: A pesar de su escasa incidencia en el varón, el cáncer de mama debe ser tenido en cuenta en el estudio y diagnóstico diferencial de las secreciones mamarias y de otros síntomas y signos atípicos para evitar retrasos en el diagnóstico y garantizar un tratamiento y seguimiento adecuados.

REVISIONES MAMARIAS PERIÓDICAS EN MUJERES MAYORES DE 65 AÑOS

Naranjo JR, Guadalajara J, Bellido J, Ruiz E, Durán I, Moreno R

Servicio de Cirugía General. Hospital Riotinto. Huelva

Objetivo: Plantear la necesidad de mantener revisiones mamarias en mujeres mayores de 65 años en una Unidad de Mama. Límite superior y la frecuencia de estas revisiones periódicas.

Material: La incidencia del cáncer de mama se incrementa de manera considerable con cada decenio de la vida, la incidencia entre las mujeres de 70 a 74 años de edad es 4 veces más alta que en las de 40 a 44 años y la incidencia anual específica de edad del cáncer de mama en las mujeres mayores de 65 años es donde existe la mayor incidencia.

Método: Las mujeres de > de 70 años varían con amplitud en cuanto al estado global de salud y esperanza de vida, el juicio clínico desempeña una gran función en las decisiones para investigar a las mujeres de este rango de edad.

Es necesario centrar las recomendaciones en la edad fisiológica a juzgar por la edad cronológica, teniendo en cuenta los antecedentes personales y el estado global de salud de la mujer.

Resultado: La ejecución de revisiones mamarias en las mujeres de > 65 años, tiene resultados favorables en relación con lo que ocurre con las mujeres más jóvenes, con un valor predicción positivo más alto de los datos de sospecha clínica obtenidos en las exploraciones mamaria y de los hallazgos significativos en las pruebas de imagen, un rendimiento más alto de las biopsias de mama y tasas altas de detección del cáncer. Las mujeres mayores de 65 años con cáncer de mama localizado disfrutan de una supervivencia semejante a la que tienen las menores de 65 años.

Conclusiones: Los datos con los que se cuentan en la actualidad favorecen las recomendaciones de mantener las revisiones en mujeres mayores de 65 años: mujeres de 65-70 años revisiones bianuales.

Las recomendaciones actuales se inclinan a favor de las revisiones sistemáticas hasta los 70 años y a favor del juicio clínico en mujeres mayores de 70 años, siendo necesario estudiar dentro de este grupo a las mujeres que tienen una esperanza de vida razonable: mujeres de 70-75 años revisiones cada 3 años.

CÁNCER DE MAMA EN EL VARÓN: CARCINOMA PAPILAR INTRAQUÍSTICO

Naranjo JR, Guadalajara J, Bellido J, Ruiz E, Moreno R, Durán I

Servicio de Cirugía General. Hospital Riotinto. Huelva

Introducción: El cáncer de mama en el varón es poco frecuente, representa el 1% de los cánceres de mama y sólo el 0,2% de todos los cánceres. El carcinoma papilar intraquístico es un tumor raro, su incidencia varía entre el 0,5 y el 2% de los cánceres de mama en mujeres, también es poco corriente en los varones, pero es más común en hombres que en mujeres, siendo responsable del 8% de los cánceres de mama masculinos.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 66 años que consulta por tumoración retroareolar de mama derecha, la exploración física reveló ginecomastia unilateral

con masa retroareolar. Senografía con imagen nodular de 40 mm de bordes lisos, en la ecografía imagen quística con polo sólido mural de contornos irregulares, neumoquistografía con tumoración intraquística de 15 mm. En la PAAF grupos de células epiteliales con signos displásicos. Intervención quirúrgica donde se objetiva tumoración quística retroareolar íntimamente adherida al complejo areola-pezones, realizándose mastectomía simple. Biopsia intraoperatoria con tumor papilar intraquístico sin invasión de la pared quística, se difiere el diagnóstico definitivo.

Resultados: Variedad histológica de carcinoma papilar intraquístico. Esta neoplasia se caracteriza por desarrollar en su crecimiento tejido epitelial adenoideo de finas papilas. Su crecimiento puede ser exclusivamente o preferentemente intraductal o bien infiltrar una lesión quística, denominándose este último *carcinoma papilar intraquístico* o *carcinoma intraquístico*, como es el caso que presentamos.

Conclusiones: La razón más frecuente para estudiar la mama masculina es la detección clínica de una masa, habitualmente debida a ginecomastia asimétrica. El carcinoma papilar intraquístico suele presentarse en senografía bajo el aspecto de lesiones benignas, siendo necesaria la ecografía para ver su naturaleza quística y la presencia de un polo sólido de crecimiento interno. Es importante hacer un diagnóstico preciso y sobre todo si esta neoplasia se presenta en su forma pura, ya que esta variedad clinicopatológica tiene un interés de orden pronóstico, pues se consideran *in situ*, siendo suficiente la mastectomía simple para su tratamiento y existiendo un buen pronóstico. El cáncer de mama en el varón es una enfermedad rara, representando el 1,5% de las neoplasias masculinas, más infrecuente es aún en el hombre este tipo morfológico de cáncer (tumor intraquístico) sobre todo si corresponde histológicamente a un verdadero carcinoma papilar intraquístico.

CARCINOMA DUCTAL INVASIVO Y CARCINOMA DUCTAL *IN SITU* DE TIPO LUMINAL A. SIMILITUD EN LA CARACTERIZACIÓN BIOLÓGICA

De Blas I, Menéndez P, Fernández-Vilanova D, González-Caldevila R, Bermejo J, Vidal B, Arias JI

Servicios de Cirugía General, Anatomía Patológica, Radiología y Ginecología. Hospital Monte Naranco. Oviedo

Introducción: Los carcinomas ductales invasivos de mama (CDI) muestran una gran diversidad histológica y biológica y sugiere en relación con las características biológicas halladas en los carcinomas *in situ* (CDIS) que estos sufren alteraciones genéticas, defectos, que se amplifican y son propagadas a los CDI mediando en la progresión e invasión. La actual división taxonómica permite comprender mejor las variaciones biológicas que tienen lugar en la evolución del tumor.

Objetivo: El presente trabajo retrospectivo pretende analizar las características histológicas y biológicas de los CDIS y CDI del tipo luminal A (LUMA).

Material y método: El estudio comprende 77 CDI y 12 CDIS, ambos LUMA, examinados en un periodo de cinco

años. Se registraron las características morfológicas de los tumores, presencia de CDIS, tipo, grado y extensión, así como afectación axilar y metástasis o recurrencia local durante el periodo de seguimiento. La determinación inmunohistoquímica de receptores de estrógenos (RE), progesterona (RP), de bcl2, CK 5/6, p53, Ki 67 y E-Cadherina se llevó a cabo mediante Endovisión Dual-Link (Dako). HER2 se determinó mediante Herceptest (PharmDx Kit Dako). Los resultados fueron determinados mediante el programa RSigma.

Resultados: Los CDI y CDIS ofrecen en general un tamaño inferior a dos cm, siendo escasa la presencia de multifocalidad o multicentricidad. La afectación axilar en los CDI fue inferior al 25% de los casos y la presencia de metástasis se constató en un caso a lo largo de los cinco años de seguimiento. Ambos tumores CDIS y CDI ofrecen gran similitud en la expresión de RA, bcl-2, con escasa alteración de p53. La posterior subdivisión de ambas poblaciones de CDI y CDIS basada en la sobreexpresión de RA no ofrece diferencias biológicas significativas.

Conclusiones: Los resultados resaltan la sobreexpresión de bcl2 y hormodependencia en CDIS y CDI del tipo luminal A, bajo grado y similitud en el tipo de CDIS persisten en los CDI, que muestran escasa alteración de p53, todo lo cual sugiere que las alteraciones morfológicas y biológicas son, al menos en este tipo de tumor, paulatinas y menos agresivas que las descritas en otros tipos de cáncer de mama.

MASTECTOMÍA PARCIAL CON COLGAJO CUTÁNEO ROMBOIDE DE LIMBERG. ALTERNATIVA A LA CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA. REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Martínez-Padilla A^{1,2}, Alfaro L³, Fernández M³, Tallón L⁴, Madrid L⁵, de León JM⁵

¹Hospital de Rehabilitación y Traumatología. ^{2,3}Hospital de la Mujer. ⁴Hospital General. ⁵Servicio de Cirugía Plástica, Reparadora y Grandes Quemados. ^{3,4}Servicio de Ginecología y Obstetricia. ⁵Servicio de Cirugía General y Digestiva. ^{3,4,5}Unidad de Patología Mamaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La mastectomía conservadora conlleva como problemática asociada una deformidad estética mamaria consecuencia de la resección, resultando en gran parte de los casos una situación anómala del CAP y gran desproporción en los diámetros respecto a la mama contralateral, limitando por cuestiones estéticas la limitación de esta técnica. Como alternativa a la vía clásica se ha realizado cuadrantectomía con cierre mediante colgajo romboidal en 40 pacientes a lo largo de los diez últimos años.

Objetivos: Mediante la realización de colgajo romboidal tras mastectomías parciales se pretende minimizar la deformidad postquirúrgica y aumentar el número de casos susceptibles de cirugía conservadora, sin necesidad de aplicación de las técnicas descritas como oncoplásticas. Se valora también la indicación y la posibilidad de obtener bordes libres de enfermedad con dicha técnica.

Metodología: Se han revisado las hojas operatorias de los últimos diez años, encontrándose la aplicación del colgajo

romboidal en mastectomías conservadoras en 40 pacientes. Los colgajos se realizaron siempre en mastectomía conservadora por indicación oncológica. Se aplicaron principalmente para cuadrantectomía de CSE, pero también en cuadrantes inferoexternos, superoexternos e inferointernos. Las lesiones eran nódulos palpables así como lesiones no palpables marcadas con arpón.

Resultados: La mastectomía radical provoca deformidad postquirúrgica de la mama remanente debido a la gran cantidad de tejido mamario extirpado. La realización de colgajo romboidal de Limberg para facilitar el cierre directo tras mastectomía parcial proporciona unos mejores resultados estéticos en cuanto a forma, volumen y posicionamiento del complejo areola-pezones postquirúrgico.

Conclusión: El colgajo romboidal es útil como una alternativa a la cirugía oncoplástica en cuanto a sus resultados de forma, volumen y simetría del CAP respecto a la mama contralateral en el postoperatorio inmediato.

MAMOPLASTIA LATERAL. INDICACIONES Y LIMITACIONES DE TÉCNICAS ONCOPLÁSTICAS PARA CARCINOMAS MAMARIOS

Martínez-Padilla A¹, Tallón L², Villanueva F³, Alfaro L⁴, Fernández M⁴, de León JM⁵

¹Hospital de Rehabilitación y Traumatología. ^{3,4}Hospital de la Mujer. ²Hospital General. ⁴Servicio de Cirugía Plástica, Reparadora y Grandes Quemados. ^{4,5}Servicio de Ginecología y Obstetricia. ^{2,3}Servicio de Cirugía General y Digestiva. ^{2,3,4,5}Unidad de Patología Mamaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La mamoplastia lateral constituye el procedimiento técnico de cirugía oncoplástica, que incidiendo en el cuadrante superoexterno, como un tipo de cuadrantectomía segmentaria, previene la deformidad derivada de la resección tumoral en dicha zona, permitiendo márgenes libres de enfermedad (1). Presenta escasas complicaciones, y permite mantener una morfología mamaria similar a la prequirúrgica. Se extiende de la areola a la axila y puede requerir la movilización medial del CAP (1,2).

Objetivos: La cirugía conservadora no afecta significativamente a la supervivencia. La aplicación de técnicas oncoplásticas proporciona la posibilidad de resecciones amplias deteriorando mínimamente la morfología. La mamoplastia lateral, adicionalmente, siempre que sea bien indicada, provoca escasa asimetría respecto a la mama contralateral, evitando en ocasiones la cirugía de simetrización para el adecuado resultado estético.

Material y método: Son pocos los casos con indicación del patrón lateral, ya que la cirugía convencional, en muchas ocasiones, permite resecciones con escasa deformidad por la posibilidad de realización de colgajos dermoglandulares en dicha zona. Se beneficiarán las mamas de volumen medio con escasa ptosis y tumor situado equidistante entre CAP y axila. Puede aplicarse en procesos multicéntricos tumores reducidos con quimioterapia neoadyuvante. Consiste en la realización de un patrón desde la axila al CAP. Son candidatos los tumores situados en CSE y unión de CCEE (1).

Resultados: Las consecuencias de la resección tumoral con técnicas no oncoplásticas y posible radiación sobre la zona, son una retracción cicatricial y deformidad fusiforme del CAP, que se previene con el patrón lateral (1). En nuestro caso la deformidad fue mínima hasta el punto de no requerir la resituación del CAP.

Conclusiones: La mamoplastia lateral con correcta indicación previene la deformidad asociada a cirugía conservadora sobre mamas de tamaño medio con tumores laterales y ptosis leve a moderada (1). Debido a la doble irrigación que mantiene el CAP, las complicaciones son excepcionales (2).

Bibliografía

1. Acea B. Técnicas oncoplásticas para el manejo quirúrgico del cáncer de mama; 2007. p. 11-7; 29-32; 47-8; 125-37; 195-7. 2007.
2. Sierra A, Piñero A, Illana J. Guía clínica de la Asociación Española de Cirujanos. Cirugía de la mama; 2006. p. 28-34; 74-6; 202-10; 258-60; 362-4; 400-3; 406-13.

HISTOLOGÍA Y CIRUGÍA EN TUMORES PHYLLODES. A PROPÓSITO DE UN CASO

Martínez-Padilla A¹, Tallón L², Alfaro L³, Fernández M⁴, Villanueva F⁵, de León JM⁶

¹Hospital de Rehabilitación y Traumatología. ^{3,5}Hospital de la Mujer. ²Hospital General. Servicio de Cirugía Plástica, Reparadora y Grandes Quemados. ³Servicio de Ginecología y Obstetricia. ^{2,5}Servicio de Cirugía General y Digestiva. ^{2,3,5}Unidad de Patología Mamaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivo: El tumor *phyllodes* de la mama es de crecimiento lento pero puede alcanzar grandes tamaños. El objetivo de la tumorectomía con márgenes suficientes es evitar en la medida de lo posible la recidiva local, muy frecuente aun en formas benignas. Igualmente, es prioritaria la resección en las formas malignas, con capacidad metastásica no linfática (1).

Material y método: Al tratarse de un nódulo palpable en la exploración clínica, se procede a la tumorectomía sin marcaje, con uso de agresividad local para evitar la recurrencia. Se propone un margen de 2 cm en los benignos, cirugía conservadora de la mama o mastectomía simple (según el tamaño relativo del tumor) en los *borderline* y mastectomía simple o radical en los malignos. Las recurrencias no afectan al pronóstico, se practicará mastectomía radical o simple. Sin embargo no hay una buena correlación clínico-histológica. No se considera la linfadenectomía (1).

Resultados: La exéresis con agresividad local es suficiente para evitar la recidiva en parte de los casos, pero la alta tendencia a la recurrencia continúa siendo el mayor de los problemas, requiriendo mastectomía radical o simple, y no influyendo en el pronóstico (1).

Conclusiones: El comportamiento errático de los tumores *phyllodes* pone en discusión la técnica a emplear para su resección (1).

Bibliografía

1. Sierra A, Piñero A, Illana J. Guía clínica de la Asociación Española de Cirujanos. Cirugía de la Mama; 2006. p. 52-3; 189-90.

MAMOPLASTIA VERTICAL DE RAMA ÚNICA CON PEDÍCULO SUPERIOR. CIRUGÍA CONSERVADORA DEL CÁNCER DE MAMA Y RECONSTRUCCIÓN ESTÉTICA

Martínez-Padilla A¹, Villanueva F², Fernández M³, Alfaro L⁴, Tallón L⁵, de León JM⁶

¹Hospital de Rehabilitación y Traumatología. ^{2,3,4,6}Hospital de la Mujer. ⁵Hospital General. ¹Servicio de Cirugía Plástica, Reparadora y Grandes Quemados. ^{3,4}Servicio de Ginecología y Obstetricia. ^{2,5,6}Servicio de Cirugía General y Digestiva. ^{2,3,4,5,6}Unidad de Patología Mamaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La realización de técnicas oncoplásticas permite agrupar en un mismo profesional criterios oncológicos y reconstructivos. La subespecialización en unidades de patología mamaria permite su desarrollo en un ámbito multidisciplinar (1,2). El avance y la aplicación de los programas de detección precoz del cáncer de mama ha permitido un adelantamiento diagnóstico que propicia un control local y regional de la enfermedad con la cirugía conservadora. Así mismo, el importante desarrollo de los tratamientos oncológicos no quirúrgicos ha permitido el abandono en gran parte de los casos de cirugías agresivas de la época halstediana. A pesar de ello, continúan existiendo grupos de riesgo que por sus particulares características requerirán resecciones amplias no conservadoras (1).

Objetivos: La cirugía oncoplástica permite la obtención de resultados estéticos adecuados en cirugía conservadora donde se requiere la extirpación de gran cantidad de tejido, o bien, la localización del tumor resecado según la cirugía conservadora tradicional, puede provocar gran deformidad (2). La mamoplastia vertical de rama única con pedículo superior tiene aplicación en mamas de tamaño medio con tumores situados en la unión de cuadrantes inferiores (2).

Material y método: Se realiza un patrón vertical desde el CAP al surco submamario. Se reseca la zona central del polo inferior mamario y se procede a la realización de colgajos dermoglandulares y cierre directo, estrechándose y disminuyendo el tamaño de las mamas. El CAP mantiene su vascularización a través del plexo subdérmico y el tejido retroareolar (1,2).

Resultados: La biopsia intraoperatoria (1) demostró la presencia de márgenes libres de enfermedad. Desde el punto de vista estético, se produjo mejoría en la proyección y morfología, pero resultando una mama de menor tamaño.

Conclusión: La mamoplastia vertical de rama única con pedículo superior es aplicable a mamas de tamaño pequeño a moderado con tumores en unión de CCII, mejorando el grado de ptosis leve a moderada. Presenta complicaciones excepcionales ya que está garantizada la vascularización del CAP (2).

Bibliografía

1. Sierra A, Piñero A, Illana J. Guía clínica de la Asociación Española de Cirujanos. Cirugía de la mama; 2006. p. 28-34; 74-6; 202-10; 258-60; 362-4; 400-3; 406-13.
2. Acea B. Técnicas oncoplásticas para el manejo quirúrgico del cáncer de mama; 2007. p. 11-7; 29-32; 47-8; 83-102; 195-7.

MAMOPLASTIA CIRCULAR. TÉCNICAS ONCOPLÁSTICAS PARA TUMORES YUXTAAREOLARES

Martínez-Padilla A¹, Villanueva F², Tallón L³, Fernández M⁴, Alfaro L⁵, de León JM⁶

¹Hospital de Rehabilitación y Traumatología. ^{2,4,5,6}Hospital de la Mujer. ³Hospital General. ¹Servicio de Cirugía Plástica, Reparadora y Grandes Quemados. ^{4,5}Servicio de Ginecología y Obstetricia. ^{2,3,6}Servicio de Cirugía General y Digestiva. ^{2,3,4,5,6}Unidad de Patología Mamaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: El uso de técnicas oncoplásticas aplicadas al tratamiento quirúrgico del cáncer de mama ha permitido el desarrollo de nuevas opciones con un mejor resultado estético y seguridad de resección oncológica (1). La mamoplastia circular permite la extirpación de lesiones próximas al CAP. Como técnica oncoplástica, proporciona la posibilidad de resecciones amplias deteriorando mínimamente la morfología y permitiendo una reducción de volumen menos evidente.

Objetivos: Con la aplicación del patrón de mamoplastia circular, podemos prevenir las deformidades yuxtaareolares tras resección de tumores con dicha localización, en mamas de tamaño medio con escasa ptosis. Se modifica poco la altura y el tamaño del CAP.

Material y método: Consiste en la aplicación del patrón periareolar, marcando una circunferencia que demarcará el nuevo contorno areolar y exteriormente, una de tamaño variable según localización y tamaño del tumor, no mayor de 2-3 cm yuxtaareolar. Hemos aplicado el patrón en una paciente cuyas características cumplen los criterios de indicación. La localización del tumor convenientemente debe estar incluida en dicho patrón, aunque es aceptable la aplicación en tumores limítrofes, para lo cual se requerirá tunelización, requiriendo en este caso una mayor disección glandular.

Resultados: Desde el punto de vista oncológico, la técnica fue adecuada (1). Los resultados como técnica de cirugía oncoplástica fueron de una mejoría estética, presentando un mínimo aplanamiento y con muy buena aceptación por parte de la paciente.

Conclusión: La mamoplastia periareolar o circular permite la resección de tumores yuxtaareolares modificando mínimamente la morfología y volumen de la mama, siempre que se aplique sobre mamas de tamaño adecuado. Como efecto indeseable se produce un aplanamiento que se acentúa tras la radioterapia y del cual la paciente debe estar advertida. Requiere mamas de tamaño adecuado y escasa ptosis. La tunelización, si se requiere, aumenta el riesgo de complicaciones por compromiso de la irrigación del CAP. Ofrece muy buenos resultados estéticos cuando la indicaciones correcta, así como seguridad oncológica (1).

Bibliografía

1. Sierra A, Piñero A, Illana J. Guía clínica de la Asociación Española de Cirujanos. Cirugía de la mama; 2006. p. 28-34; 74-6; 202-10; 258-60; 362-4; 400-3; 406-13.

BLOQUEO PARAVERTEBRAL EN UNA PACIENTE TETRAPLÉJICA PARA CIRUGÍA DE MAMA

Kemper M, Sepúlveda A, Marengo ML

Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Maternal. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Caso clínico: Presentamos una paciente de 62 años con tetraplejía incompleta por malformación vascular medular cervical, con anestesia y paresia parcheada de la zona a intervenir, previsto para cuadrantectomía derecha más ganglio centinela. Destacan entre sus antecedentes dos intervenciones quirúrgicas (mastectomía radical izquierda + VA) bajo anestesia general con insuficiencia respiratoria postquirúrgica, necesitando estancias prolongadas en UCI con aplicación de CPAP.

Material y métodos: Bajo control ecográfico realizamos una punción paravertebral Dx a nivel T4 con colocación de un catéter, iniciando una perfusión continua de bupivacaína al 0,5% con VC a 6 ml/h después de un bolo de inicio de 6 ml. A continuación se induce una anestesia general con 180 mg de propofol, asegurando la vía aérea con una mascarilla laríngea tipo Supreme (#4). La anestesia se mantiene con sevoflurano al 2% y prescindimos del uso de mórnicos y relajantes musculares. Además se coloca una vía yugular derecha guiada por ecografía.

Resultados: Observamos una pronta recuperación postquirúrgica con suficiencia respiratoria y analgesia completa, permitiendo el alta de la unidad de reanimación a las dos horas sin oxígeno ni analgesia suplementaria.

Conclusiones: El uso de una técnica locoregional, en este caso un catéter paravertebral, logra evitar mórnicos y relajantes musculares, permitiendo una pronta recuperación respiratoria de la paciente y el alta precoz de la unidad de reanimación.

Por la tetraplejía, la paciente no pudo sentarse y coger la postura óptima para la punción paravertebral; ni se pudo usar el neuroestimulador con seguridad por no saber si los nervios intercostales correspondientes estaban afectados de la parálisis. En este contexto vemos en el uso de control ecográfico una gran ayuda para identificar los procesos transversos y medir la distancia pleura-piel con fin de lograr un bloqueo seguro y eficaz.

COLGAJO EPIGÁSTRICO COMO SOLUCIÓN DE LA NECROSIS PARCIAL DE UN COLGAJO DE DORSAL ANCHO

Gómez-Modet S, Tejedor L, Sánchez-Relinque D, Salas S

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Punta Europa. Algeciras. Cádiz

Introducción: Paciente de 51 años de edad que en 2003 es tratada de un cáncer de mama derecha mediante mastectomía y adyuvancia con quimioterapia y radioterapia. Acude a nuestra consulta para reconstrucción de la mama derecha. Se decide realizar colgajo de músculo dorsal ancho más prótesis. En el postoperatorio sufre hematoma en

la zona del colgajo y tras varias semanas se produce la necrosis parcial del colgajo y extrusión de la prótesis.

Objetivo: Encontrar una solución para evitar la pérdida del colgajo de dorsal.

Material y métodos: Se decide la utilización de un colgajo de la región epigástrica para cubrir el defecto de la zona necrosada y cubrir la prótesis.

Resultados y conclusiones: Conseguimos poder mantener el colgajo de dorsal ancho y cubrir la prótesis con resultados estéticos aceptables, por lo que podemos tener en cuenta el colgajo epigástrico, ante este tipo de problemas, antes de decidir la realización de otra cirugía de más envergadura.

BSGC EN CADENA MAMARIA INTERNA. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Chacón C, Madrid L, Fernández-Venegas L, Galán A, Sousa JM, de León JM

Unidad de Patología Mamaria. Hospital de la Mujer. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: No existe consenso internacional sobre el manejo de la metástasis ganglionar en la mamaria interna (MI), y son diferentes las recomendaciones de las sociedades americanas y europeas. Hasta el momento no existe nivel de evidencia suficiente para justificar la radioterapia postoperatoria paraesternal en caso de positividad.

Ante esta controversia, ¿qué pacientes podrían beneficiarse de la BSGC de la MI? Seguramente aquellas pacientes con axila negativa donde la positividad de la mamaria interna cambiaría el estadije y serían pacientes candidatas a tratamiento adyuvante.

Sería interesante seleccionar qué tipo de tumores en pacientes con axila negativa son los que se relacionan con mayor frecuencia con drenaje a la mamaria interna y dirigir a estas pacientes la BSGC de MI. En este sentido, según la literatura el número de pacientes que se beneficiarían de esta técnica sería el 7-10%, y evitaríamos introducir una morbilidad extra sin conseguir un beneficio sustancial para la paciente.

Objetivo: En nuestra unidad seguimos las recomendaciones de la SESPM y realizamos la BSGC de MI ante drenaje positivo. Nuestro objetivo es describir los resultados de la BSGC de mamaria interna en nuestra Unidad, desde la incorporación de la técnica del ganglio centinela (agosto 2006), y analizar nuestros datos y poder estudiar variables en esta muestra, que aunque limitada, puede ser de mayor trascendencia en futuros años.

Material y método: Estudio retrospectivo de las BSGC realizadas en nuestra unidad desde agosto de 2006 hasta mayo de 2008, realizando un análisis descriptivo, mediante el programa estadístico SPSS de las siguientes variables: tipo de drenaje en la linfogammagrafía, edad de la paciente, técnica de inyección del trazador utilizada, localización y características histológicas del tumor, positividad de la BSGC axilar y de MI, necesidad de tratamiento adyuvante.

Resultados: En una muestra de 250 pacientes se hallaron los siguientes resultados: drenaje en la linfogammagrafía:

11 pacientes (4,4%) no hubo drenaje, 219 pacientes (87,6%) sólo tuvieron drenaje axilar, 19 (7,6%) con drenaje axilar y a MI, y un paciente (0,4%) solo tuvo drenaje a la MI. Edad: la media de edad de la muestra fue 56,73 años, y en las pacientes con drenaje a la MI fue de 58,3 años, no existiendo diferencias significativas. Técnica de inyección del trazador: el número de drenajes a la MI fue mayor cuando se uso la inyección intratumoral (8 casos) o peritumoral (8 casos). Tipo histológico: en las pacientes con drenaje a la MI fue de CDI en 17 pacientes, y en las 3 pacientes restantes fue cáncer lobulillar, coloide, intraductal.

Localización tumoral: de las 250 pacientes de la muestra total presentaron drenaje a la MI el 3,6% de las lesiones localizadas en los cuadrantes internos, siendo mayor aunque sin diferencias significativas con el resto de las localizaciones. **Tamaño del tumor:** en las pacientes que no presentaron drenaje a la MI la media del tamaño fue de 1,87 cm y en las pacientes con drenaje a la MI fue de 1,67 cm, sin existir diferencias significativas. **Positividad de la BSGC axilar:** en las 19 pacientes con drenaje a la MI, 14 (73,7%) tuvieron el GC axilar negativo. Sólo una de ellas se informó de forma diferida de células tumorales aisladas, lo que no modificó la conducta. En las otras 5 pacientes (26,3%) el GC axilar fue positivo. **Positividad de la BSGC MI:** de las 20 pacientes en las que hubo drenaje a la MI sólo se realizó la BSGC MI a 9 pacientes, desestimándose en el resto por edad de la paciente, morbilidad asociada o dificultad técnica. La 9 BSGC de MI fueron negativas. **Tratamiento adyuvante:** de las 14 pacientes donde el GC axilar fue negativo 11 pacientes recibieron tratamiento adyuvante sistémico, por las características tumorales, y 3 pacientes no recibieron tratamiento ulterior.

Conclusiones: En nuestra muestra de 250 pacientes, no identificamos ganglios centinelas en MI positivos, aunque existe la limitación de no haberse realizado a todas las pacientes.

Siguiendo el planteamiento anterior expuesto, en nuestra muestra sólo identificamos 3 pacientes que se hubieran beneficiado de la BSGC de la MI, es decir, sólo en 3 pacientes si hubiéramos conocido el estado de la MI, podría haberse añadido tratamiento adyuvante en caso de positividad.

De las variables estudiadas no hubo diferencias significativas encontradas, aunque sí se reveló la importancia de la técnica de inyección del trazador en localización periintratumoral para visualizar el drenaje a la cadena mamaria interna, y la mayor frecuencia de drenaje a la MI en los tumores en los cuadrantes internos.

Resulta revelador poder seguir dirigiendo los estudios en esta línea, conocer más de las características de los tumores que drenan a la MI, y poder seleccionar a estas pacientes que son las que se beneficiarían en realidad de esta técnica.

NEOADYUVANCIA EN EL CÁNCER DE MAMA. REVISIÓN DE 4 AÑOS

Domínguez D, Sousa JM, de León JM, Fernández-Venegas MA, Alfaro L, Madrid L, Villanueva F, Maraví H, Bassem M
Unidad de Patología Mamaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: Analizar los resultados del tratamiento del cáncer de mama localmente avanzado tratado con neoadyuvancia.

Material y métodos: Hemos analizado un periodo de 4 años, desde enero del 2005 hasta diciembre del 2008. En total una población de 52 pacientes. Las variables a estudiar fueron: edad media, antecedentes familiares de cáncer de mama, localización tumoral, tamaño tumoral, estirpe anatómopatológica del tumor, estudios de inmunohistoquímica, estadiaje previo a neoadyuvancia, tratamiento quirúrgico realizado, estadiaje posterior a neoadyuvancia (pieza quirúrgica), grado de regresión tumoral y ganglionar (sistema de Miller y Payne), supervivencia actuarial.

Resultados: La edad media fue de 54 años. No presentaron antecedentes familiares de cáncer de mama el 77% de las enfermas. La localización tumoral más frecuente fue la mama derecha (63%), y el cuadrante afecto con mayor número de casos fue el cuadrante superoexterno (29% en mama derecha y 37% en mama izquierda). El promedio del tamaño tumoral al diagnóstico fue de 6,5 cm. Las biopsias mostraron carcinoma ductal infiltrante en el 87% de los casos, seguido del lobulillar con un 12%. Los estudios inmunohistoquímicos ponían de manifiesto unos receptores estrogénicos positivos en el 56%, receptores de progesterona positivos en el 46%. El índice proliferativo basado en Ki-67 fue menor al 30% en el 69% de los casos. El Herceptest (HER-2) fue positivo en 32 casos (61%). La tasa de triples negativos (receptores estrogénicos negativos, receptores de progesterona negativos, y HER-2 negativos) fue del 5,8%. Los estadiajes previos a la neoadyu-

vancia eran IIIA en 59,6% y IIIB en 40,3%. Se trataron mediante mastectomía y vaciamiento axilar a 38 enfermas, cuadrantectomía y vaciamiento axilar a 12 y se realizaron en 2 casos cuadrantectomía y biopsia selectiva del ganglio centinela. Con respecto a los estadiajes postquirúrgicos, hemos de destacar que el más frecuente fue el IIA (31%), seguido de IIIB en el 25%. Grado de regresión tumoral (sistema Miller y Payne), G1 = (mínimos cambios, sin reducción significativa) en el 30%, seguido de G5 = (no evidencia de tumor invasivo) en el 19%. Grado de regresión adenopático (sistema de Miller y Payne), B = (ganglios positivos sin cambios por quimioterapia) en el 40%, seguido de D = (ganglios negativos, con cambios por quimioterapia) en el 26%. Supervivencia actuarial del 95%.

Conclusiones: El cáncer de mama localmente avanzado tratado con neoadyuvancia, presenta en su comportamiento una dualidad bastante marcada, encontrando cifras del 30% de mínimos cambios tumorales en las piezas quirúrgicas y 19% sin evidencia de tumor invasivo. En la afectación ganglionar ocurre de manera similar, en el 40% apreciamos ganglios positivos sin cambios por la neoadyuvancia, y sin embargo 26% de las piezas con ganglios negativizados gracias a la quimioterapia primaria.

Aun así, concluimos que la neoadyuvancia mejora el pronóstico de estas enfermas, reduciendo el estadiaje en el momento del diagnóstico hasta hacerlas subsidiarias de tratamiento quirúrgico, y muchas veces dando la posibilidad de que dicho tratamiento sea una cirugía conservadora de la mama (un 27% de nuestra serie).