

16th WORLD CONGRESS OF THE SENOLOGIC INTERNATIONAL SOCIETY
29 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SENOLOGÍA Y PATOLOGÍA MAMARIA

Resúmenes de Comunicaciones Pósteres

NUTRIENT PATTERNS AND RISK OF BREAST CANCER: A CASE-CONTROL STUDY IN URUGUAY

Ronco-Ramos A¹, de Stéfani-Cazet E², Aune D³, Boffetta P⁴, Deneo-Pellegrini H²

¹Pereira Rossell Women's Hospital, Montevideo, Uruguay, Unit of Oncology and Radiotherapy; ²School of Medicine, UDELAR, Montevideo, Uruguay, Epidemiology Group, Dept. of Pathology; ³University of Oslo, Oslo, Norway, Dept. of Nutrition; ⁴International Agency for Research on Cancer, Lyon, France, Gene-Environment Cluster

We have previously studied the role of food patterns and their association with the risk of breast cancer (BC) through factor analysis, having described two protective patterns labeled as Traditional and Healthy, and two risk patterns labeled as Western and High-fat [Int J Cancer 2006; 19(1): 1672-8]. There is a need, however, of knowing whether beyond such associations with food groups there are any related with dietary components, namely nutrients.

Objectives: In order to explore the role of nutrient patterns in the etiology of BC we conducted a principal component analysis in Uruguayan women. **Material and methods:** The study included 442 newly diagnosed cases of BC and 442 hospitalized controls. Factor analysis and logistic regression models were performed to the database with the STATA 8 Software.

Results: The factor analysis allowed the extraction of two patterns, labeled as fat-based and antioxidants. Whereas the fat-based pattern (a combination of fats and heterocyclic amines [HCA]) was directly associated with BC risk (OR for the highest quartile *versus* the lowest one = 3.50, 95 % CI 1.94-6.30, p-value < 0.0001), the antioxidants pattern displayed a protective effect (OR = 0.44, 95 % CI 0.27-0.74). The antioxidants pattern displayed a stronger protective effect for postmenopausal patients than for premenopausal ones (OR = 0.89, 95% CI 0.50-1.56 vs. OR = 0.63, 95% CI 0.51-0.79, respectively), with a significant heterogeneity between both strata (p = 0.004).

Patients: with family history of BC displayed much stronger ORs for fat-based pattern compared with participants without family history. Patients with both histologies of BC showed identical ORs for the fat-based pattern. On the contrary, patients with non-ductal carcinoma for antioxidants pattern displayed an OR of 0.50 (95 % CI 0.35-0.69) compared with women afflicted by ductal car-

cinoma (OR = 0.72, 95 % CI 0.58-0.88, p-value for heterogeneity = 0.03).

Conclusions: The study gives evidence supporting the role of HCA and types of fat and suggests that both them could be key constituents in breast carcinogenesis. Furthermore, our findings suggest that gene-environmental interactions could be of utmost importance in BC etiology.

ANTHROPOMETRIC VARIABLES AS RISK CLASSIFIERS OF BREAST CANCER: COMPARING NEURAL NETWORKS AND LOGISTIC REGRESSIONS

Ronco-Ramos A¹, Quarneti A¹, Febles G², Gibbons J¹, de Stéfani-Cazet E³, Alonso I¹

¹Pereira Rossell Women's Hospital, Unit of Oncology and Radiotherapy; ²Pereira Rossell Women's Hospital, Unit of Breast Radiology; ³School of Medicine, UDELAR, Epidemiology Group, Dept. of Pathology, Montevideo, Uruguay

Anthropometry and its associations to risk of breast cancer (BC) were thoroughly studied through analysis of body composition and somatotype during the last years in the Uruguayan population.

Objectives: To explore the usefulness of the registered anthropometric variables, together with reproductive, family history of cancer and selected sociodemographic ones as risk classifiers.

Material and methods: We performed different types of analyses to the database of 1547 women (437 cases and 1110 controls). As a prior step, we preselected 51 variables through univariate statistical analyses which displayed discriminant capability, assigned to a p-value < 0.10. The dependent variable was the binary outcome (0 = control, 1 = case). On one hand, we developed different models of artificial neural networks (ANN), and on the other hand, we ran several models of logistic regressions, with the aim to compare their classificatory performances.

Results: Both methodologies, using combinations of independent predictors which were within a range of 9-51 obtained overall accuracies between 70-79%. A negative classification (absence of disease) was the best performance by far (range 90-95%), as well as a positive classification (presence of disease) was low for both methods (range 19-30%).

Conclusions: Results showed that:

1. Anthropometric data appeared to be more useful for negative classification (a theoretical low-risk situation).

2. For our database ANN models did not achieved better results than logistic regression models. Further analyses performed to different population samples are needed to confirm these results and that is a task for the future.

ANTHROPOMETRY, HORMONAL RECEPTORS AND HER-2-NEU GENE EXPRESSIONS AMONG URUGUAYAN WOMEN

Ronco-Ramos A¹, Gibbons J¹, Caserta B², Terzieff V¹, Silvera J¹, Alonso I¹, Mazal D², Quarneti A¹

¹Pereira Rossell Women's Hospital, Unit of Oncology and Radiotherapy, ²Pereira Rossell Women's Hospital, Dept. of Pathology. Montevideo, Uruguay

Possible associations between anthropometry and pathology features of breast cancer (BC) have been analyzed, mainly focusing on body mass index (BMI). Besides, certain associations between anthropometry and risk of BC, as somatotype (Braz J Epidemiol 2008; 11: 215-27) and body composition (Nutr Cancer 2009; 61: 466-74) were recently reported.

Objectives: In order to refine the analysis of possible interrelationships among findings derived from those methods (BMI, fat amount and fraction, muscle amount and fraction, fat-to-muscle ratio, endomorphy, mesomorphy, ectomorphy) and BC pathologic features, we carried out an epidemiologic case-control study between 2004-2008 at an Uruguayan hospital which is a national reference on breast diseases.

Material and methods: The study included 346 newly diagnosed cases of BC, of which relevant data (metastatic axillary lymphnodes, final histologic grade and score of tumor, estrogen receptors, progesterone receptors, Erb-2 expression) were obtained from the hospital's Pathology Unit. Selected data were analyzed through basic statistical tests.

Results: Almost no significant correlations were found between the anthropometric measures (height, weight, selected skinfolds and diameters) and their derived calculations (fat, muscle, somatotype) on one hand, and the pathologic findings on the other hand. The only significant finding was a moderate direct correlation between muscle mass and positive axillary lymphnodes. In addition, body fat percentage was negatively correlated. The quoted correlations tended to be slightly stronger among the subset of Erb-2(+) than among Erb-2 (-).

Conclusions: Although there would be a theoretical basis to support certain links, e.g., obesity with number of hormonal receptors, we have not found evidence of strong associations in the analyzed population. However, possible roles for anthropometric features can not be ruled out. Further analyses to larger population samples are needed to clarify this point.

RHESUS FACTOR AND FAMILY BREAST CANCER: A CASE-CONTROL STUDY IN URUGUAY

Ronco-Ramos A¹, Stoll M², Maisonneuve J³, de Stéfani-Cazet E⁴

¹Pereira Rossell Women's Hospital, Unit of Oncology and Radiotherapy; ²Honorary Commission for Cardiovascular Health, Unit of Molecular Genetics; ³Pereira Rossell Women's Hospital, Unit of Mastology; ⁴School of Medicine, UDELAR, Epidemiology Group, Dept. of Pathology. Montevideo, Uruguay

We have recently reported an association between negative Rh (Rhesus) blood factor and a positive family history of breast cancer (BC) in first degree relatives found in Uruguayan women (Cancer Det Prev 2009; 32: 277-285). Associations with other epidemiologic items remain still unexplored.

Objectives: To explore possible relationships among Rh factor, family history of BC, selected variables and the risk of the disease, a case-control study was carried out in Montevideo, Uruguay.

Material and methods: Eight hundred one patients were interviewed, including 252 certified cases of BC and 549 frequency-matched controls. Blood groups (ABO, Rh) were obtained from medical records. Multivariate analyses were performed, adjusting for age, selected menstrual and reproductive factors, body mass index (BMI) and family history of BC as well as of other cancers.

Results: Stratified analyses by family history of BC showed a non-significant association for Rh-with a positive history of first degree relatives (OR = 4.27, 95% CI 1.40-12.90), which was stronger among ages 45 and older (OR = 13.6, 95% CI 2.50-73.9). Also stratified analyses displayed positive associations for Rh- with blood hypertension (OR=1.80, 95% CI 0.99-3.28), gallbladder stones (OR = 4.31, 95% CI 1.89-9.82), dyslipidemias (OR=1.83, 95% CI 0.83-4.07) and overweight (OR=1.75, 95% CI 1.08-2.84). It should be taken into account the fact that both the Rhesus system D polypeptide (Rh factor) gene and the BRCD2 suppressor gene (also known as BCDS2, gene ID:7797) share their loci within the short arm of chromosome 1 (1p36), one close to the other. Furthermore, very close to the quoted genes are located the Endothelin converting enzyme 1 gene (implicated in regulation and adaptation of arterial stiffness, which is related to essential hypertension) and the Gallbladder disease 2 gene (related to gallbladder pathology). This is a commonly deleted region in BC, generating loss of heterozygosity. Our findings suggest that locus 1p36 could have Rh- factor as a marker of selected diseases which are frequently associated.

Conclusions: Regarding the implications of an inherited factor like Rh and the described associations with family history of BC, it might increase the probability to generate high-risk individuals if further studies confirm the present preliminary findings.

CARCINOMA IN SITU: HALLAZGOS MAMOGRÁFICOS EN UN PROGRAMA DE CRIBADO

Morales-Olaya F¹, Olmos-Martínez T², Cervera-Deval J¹

Servicios de ¹Radiología, ²Oncología Médica. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia, España

Introducción: Presentamos los hallazgos radiológicos de carcinomas in situ (ductal y lobulillar) en pacientes asintomáticas estudiadas dentro de un programa de cribado para cáncer de mama.

Pacientes y método: En un periodo de 7 años se realizaron un total de 77.093 estudios mamográficos a mujeres asintomáticas pertenecientes al Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama con edades comprendidas entre 45 y 69 años. Se diagnosticaron 362 cánceres (4,69 0/00): 278 infiltrantes y 84 in situ.

Resultados: Los carcinomas in situ se presentaron con microcalcificaciones en 56 casos: 30 PB (37,5%) y 26 PM (30,9%), como nódulo en 20: 11 PB (13,09%) y 9 PM (10,7%), alteración de la estructura hubo en 6 ocasiones (7,1%), 1 caso fue una asimetría de densidad y 1 caso se mostró como alteración de pezón. Por tipo histológico fueron 71 ductales y 13 lobulillares. Los ductales se mostraron 50 como microcalcificaciones: 24 PB (33,8%) y 26 PM (36,6%), 16 como nódulos: 11 (15,5%) y 5 (7,05%), respectivamente, y 5 alteraciones de la estructura (7,05%). Los tumores de alto grado fueron 21 de los que 11 se mostraron como calcificaciones PM y 8 como calcificaciones PB. De los 13 carcinomas lobulillares in situ 6 se mostraron como calcificaciones PB (46,1%), 4 como nódulo PM (30,7%), 1 alteración de la estructura (7,7%), 1 asimetría (7,7%) y 1 caso de alteración de pezón (7,7%).

Conclusiones: El hallazgo más frecuente fue la presencia de microcalcificaciones. Las categorías PB y PM no fueron determinantes para el diagnóstico ni para intuir el alto grado en los CDIs.

OUTPATIENT BREAST SURGERY IN EARLY PREGNANCY-BREAST CANCER PATIENTS IS OPTIMIZED USING PARAVERTEBRAL BLOCK (PVB) ANESTHESIA

Kowalski A¹, Goravanchi F¹, Kuerer H², Milbourne A³, Parris R¹, Kee S¹, Gottumukkala V¹, Adalsteinsson S¹
Services of ¹Anesthesiology, ²Surgical oncology, ³Gynecologic oncology. Anderson Cancer Center. Texas, USA

Objectives: Breast Cancer is the most common cancer in pregnancy, occurring in 1:3000. This is a case series of pregnant females undergoing breast cancer surgery with Paravertebral Block (PVB). Multidisciplinary teams agreed PVB to be less stressful than general anesthesia. Maternal-Fetal Medicine evaluated all patients, and with pregnancies dated at or before 22-23 weeks, no intra-operative monitoring was indicated, as the fetus would not be viable outside the womb.

Materials and methods: Anesthesia in the first or second trimester of gestation is associated with an increase in spontaneous abortion. Paravertebral block (PVB) is used at various institutions to provide operative and postoperative pain management for surgery related to breast cancer. When compared with other forms of neuraxial block, PVB is thought to uniquely block cortical responses, contributing to its prolonged efficacy. Additionally, because of the unilateral sympathetic blockade, hypotension is less likely than with epidural. IV access obtained, full ASA monitors placed, and oxygen administered via face mask. Fetal heart tones documented. Sedation provided. In the sitting position unilateral PVB was performed at levels T 1-6, per Greengrass and Steele technique. After uneventful block, patient placed supine, minutes later, dermatomal loss of sensation confirmed with ice. Patient positioned for surgery with uterine displacement. IV sedation (+/- Propofol infusion, +/- Fentanyl) given throughout each operative procedure, allowing patients to rest comfortably but still respond to name calling. After conclusion, patients brought to PACU, fetal heart tones documented. Of note, all five patients delivered healthy term babies

Results: Tabla I

Conclusion: During gestation physiological and psychological stresses of surgical intervention and anesthesia can be harmful to the mother and the fetus. For breast surgery, an effective PVB is a desirable alternative to general anesthesia. Compared to general anesthesia, PVB patients have shorter recovery, less post-operative pain, require fewer

Table I

Patient number	Maternal age	Weeks gestation	Surgical procedure	PVB levels	Fentanyl mcgs	Propofol mgs	Inhalational agent
1	35yo	23	Lt. total mastectomy	T 1-6	400		
2	36yo - 73 kg	20	Lt. total mastectomy, Lt. LAND	T 1-6	100	1,170	
3	39yo - 71 kg	20	Lt. total mastectomy,	T 1-6	75	1,300	< 1.0 Des (over 20 min)
4	36yo - 56 kg	18	Lt. segmental mast/ IOLM/SnBx	T 1-6	100	630	
5	30yo - 53 kg	7	Lt. segmental mast/ IOLM/SnBx	T 1-6	50	800	
5 (return)	30yo - 53 kg	10.5	Re-Do Rt. segmental mastectomy	Local inj	125	630	

analgesics, greater shoulder mobility, less nausea and vomiting, and are discharged significantly earlier from the hospital. The patients in this case report had favorable outcomes from their care, avoiding the potential threat from untreated carcinoma, while also minimizing the untoward potential complications from general anesthesia in the pregnancy state.

BREAST CANCER SCREENING IN SERBIA

Jovicevic A¹, Milosevic Z¹, Ciraj-Bjelac O²

¹Institute for Oncology and Radiology, ²Institute Vinca, Serbia

Background: Breast cancer is the leading malignancy in females in Serbia with incidence and mortality rates constantly increasing in the last several decades. Late diagnosis is one of the major problems in breast cancer control in Serbia, with over 50% of women having regional or distant metastases at the moment of diagnosis.

Objectives: In order to improve the situation regarding breast cancer in Serbia, Breast cancer expert committee appointed by the Ministry of Health has developed the national breast cancer screening program.

Methods: Breast cancer expert committee carried out the analysis of the epidemiological situation and the assessment of diagnostic and treatment capacities for breast cancer in Serbia. The major obstacles to breast cancer earlier detection and screening were identified and the screening program was developed. The program was adopted by the Government of Serbia in 2009 and the preparations for its implementation are under way.

Results: The program is designed as a population-based decentralized screening program. Coordination of activities, including quality assurance in accordance with European guidelines, data management and evaluation, will be done by the national breast cancer screening center. Invitation letters will be sent by regional public health centers. Target group are women aged 45 to 69; two-way mammography with precedent clinical breast examination should be performed at 2-year intervals in centers accredited for breast cancer screening. One of the major obstacles is a lack of mammographic capacities. The number of mammographic units, although rapidly increasing in the last several years (about 70 at the moment, with 6 digital mammographs and two mobile units obtained in 2009), is still not sufficient—about 130 screening units are needed. The training of radiologists and technicians is under way. Two national breast screening conferences were organized for general practitioners, gynecologists, pathologists and other health professionals involved in screening. In recent years, Ministry of health and health institutions, together with NGOs, local or international foundations, patient support groups and media are constantly organizing campaigns and various activities in order to increase breast cancer awareness. A study has been done in order to determine the obstacles and motivating factors for women in Serbia to go regularly to breast exams.

Conclusions: National program for breast cancer screening is regarded as a healthcare priority in Serbia. Significant increase in breast cancer awareness, continuous professional education and increase in screening capacities should enable the implementation of the screening program and improve the epidemiological situation of breast cancer in Serbia.

BREAST CANCER SURGERY WITH PARAVERTEBRAL BLOCK IN MALIGNANT HYPERTHERMIA PATIENTS

Kowalski A, Veazie M, Goravanchi F, Parris R, Kee S

Service of Anesthesiology, Anderson Cancer Center, Texas, USA

Introduction: Malignant hyperthermia (MH) is a potentially life-threatening, inherited pharmacogenetic disorder of skeletal muscle, initiated by exposing predisposed individuals to triggering agents. All inhaled general anesthetics and succinylcholine are known triggers and should be avoided in MH-susceptible (MHS) patients, and in non-MHS women carrying a potential MHS fetus (MHAUS, 2010). Over the past year at The University of Texas M D Anderson Cancer Center (MDACC), two MHS females presented with invasive ductal carcinoma of the breast. Both were scheduled to undergo modified radical mastectomy (MRM). One patient returned for a successive reconstructive surgery, after a few months. For all three cases, PVB at thoracic levels 1-6 with propofol intravenous infusion was performed, avoiding triggering agents. Further, patients who have mastectomies under PVB are less likely to report postoperative pain than those who undergo general anesthesia alone (Bouchev, 2009). These patients have a longer latency to the first post-operative opioid dose and a lower incidence of post-operative nausea and vomiting (PONV) (Kairaluoma, 2004).

Methods: PVB was performed under aseptic preparation and sedation with midazolam, fentanyl, and propofol. Approximately 30 milliliters of 0.75% ropivacaine with 100 micrograms of clonidine were evenly deposited at the spinal root of thoracic nerves 1-6. Sensory blockade was confirmed at the corresponding dermatomes. Propofol infusion was maintained at 100-150 micrograms/kilogram/minute. Intra-operative anesthetic supplementation, post-operative pain scores, and PONV were observed.

Results: Neither patient required intra-operative anesthetic supplementation. One patient denied pain during her four-hour stay in the post anesthesia care unit (PACU). The second patient initially denied pain but experienced a high pain score of 4/10 one hour post-operatively. Although both patients had histories of protracted PONV, neither reported any during their PACU stay.

Conclusion: Both patients underwent uneventful breast cancer surgical treatment. The PVB and propofol technique is a safe anesthetic option for MHS patients undergoing breast surgery.

BREAST CANCER SURGERY WITH PARAVERTEBRAL BLOCK IN MALIGNANT HYPERTHERMIA PATIENTS

Kowalski A, Veazie M, Goravanchi F, Parris R, Kee S

Service of Anesthesiology. Anderson Cancer Center. Texas, United States

Introduction: Malignant hyperthermia (MH) is a potentially life-threatening, inherited pharmacogenetic disorder of skeletal muscle, initiated by exposing predisposed individuals to triggering agents. All inhaled general anesthetics and succinylcholine are known triggers and should be avoided in MH-susceptible (MHS) patients, and in non-MHS women carrying a potential MHS fetus (MHAUS, 2010). Over the past year at The University of Texas M D Anderson Cancer Center (MDACC), two MHS females presented with invasive ductal carcinoma of the breast. Both were scheduled to undergo modified radical mastectomy (MRM). One patient returned for a successive reconstructive surgery, after a few months. For all three cases, PVB at thoracic levels 1-6 with propofol intravenous infusion was performed, avoiding triggering agents. Further, patients who have mastectomies under PVB are less likely to report postoperative pain than those who undergo general anesthesia alone (Bouchev, 2009). These patients have a longer latency to the first post-operative opioid dose and a lower incidence of post-operative nausea and vomiting (PONV) (Kairaluoma, 2004).

Methods: PVB was performed under aseptic preparation and sedation with midazolam, fentanyl, and propofol. Approximately 30 milliliters of 0.75% ropivacaine with 100 micrograms of clonidine were evenly deposited at the spinal root of thoracic nerves 1-6. Sensory blockade was confirmed at the corresponding dermatomes. Propofol infusion was maintained at 100-150 micrograms/kilogram/minute. Intra-operative anesthetic supplementation, post-operative pain scores, and PONV were observed.

Results: Neither patient required intra-operative anesthetic supplementation. One patient denied pain during her four-hour stay in the post anesthesia care unit (PACU). The second patient initially denied pain but experienced a high pain score of 4/10 one hour post-operatively. Although both patients had histories of protracted PONV, neither reported any during their PACU stay.

Conclusion: Both patients underwent uneventful breast cancer surgical treatment. The PVB and propofol technique is a safe anesthetic option for MHS patients undergoing breast surgery.

CARCINOMA LOBULILLAR INFILTRANTE PATRÓN RADIOLÓGICO EN MAMOGRAFÍA Y ECOGRAFÍA CORRELACIÓN TNM ANATOMO PATOLÓGICO

Dinerstein R¹, Gómez A², Alarcón M³, Quintana C⁴, Gorostidi C⁵, Villalba V⁶, Badía F⁷, Alvira C⁸

¹Hospital Sant Joan de Deu. Martorell, Radiología. Unidad de Mama, ²Hospital Sant Joan de Deu. Martorell, Radiología, ³Hospital Sant Joan de Deu. Martorell, Radiología, ⁴Hospital Sant Joan

de Deu. Martorell, Cirugía. Unidad de Mama, ⁵Hospital Sant Joan de Deu. Martorell, Ginecología. Unidad de Mama, ⁶CAP Sant Feliu de Llobregat, Radiología, ⁷Hospital Sant Joan de Deu Martorell, Anatomía patológica, ⁸CAP Sant Feliu de Llobregat, Radiología. Barcelona, España

Objetivo: Valorar los patrones mamográficos y ecográficos de presentación de los carcinomas lobulillares infiltrantes (CLI) y correlacionar estos con el pTNM. Material y método Se revisan los resultados histopatológicos de 406 pacientes con diagnóstico de carcinoma de mama tratadas en nuestro hospital en el periodo 2001-2009. 31 pacientes presentaron CLI, se excluyen cuatro pacientes, 1 por presentar mamografía normal, 2 por no disponer de iconografía y 1 por presentar un carcinoma ductal y lobulillar infiltrante (sincrónico unilateral).

Resultados: Se analizan 27 pacientes con carcinoma lobulillar infiltrante (CLI) puro. Rango de edad entre 38 y 87 años. De las 27 pacientes, 19 presentaron una densidad de tipo fibroglandular o graso. En 8 pacientes era densa heterogénea y de estos, 7 presentaban patrón de asimetría. En 2 la enfermedad se presentó en forma multicéntrica y en 1 en forma de bilateralidad sincrónica (lobulillar y ductal contralateral). Las lesiones fueron palpables, excepto en 4 (1 con patrón nodular, 1 con patrón distorsionante y 1 con patrón ±fueron retrospectivamente catalogadas como progresivas). -Distorsión parenquimatosa: 9 pacientes. -Nódulos: 7 pacientes (todos presentaron una morfología irregular). Correlación mamografía con ecografía. Las asimetrías se visualizaron en ecografía como áreas hipocóicas en 5 pacientes, 1 como sombra acústica, 2 como nódulo y en 2 pacientes no se visualizó imagen ecográfica. Todos los nódulos visualizados en mamografía lo fueron en ecografía. Las distorsiones presentaron, nódulo en 2, sombra en 3, 4 fueron negativas.

Conclusiones: En nuestra serie el patrón predominante fue la asimetría y el patrón fibroso distorsionante. No hemos encontrado patrón cálcico. - En 7 de las 11 pacientes con asimetría y en 3 con distorsión, y en una con patrón nodular la densidad mamaria era densa heterogénea, lo cual contribuye a disminuir la sensibilidad diagnóstica. - Existe una disociación entre los hallazgos radiológicos en mamografía y ecografía y los pTNM de estos tumores. - En un 43% los nódulos, en un 55% de las distorsiones y en un 45% de las asimetrías presentaron ganglios positivos. Ningún CLI fue localmente avanzado-T4. - La sensibilidad diagnóstica aumenta con: la valoración clínica; las técnicas mamográficas adicionales; el estudio comparativo con mamografías previas y la ecografía mamaria. - La ecografía permite realizar estudio histológico en los patrones nodulares y en un porcentaje alto de las asimetrías, así como en algunas distorsiones. Soporte Técnico (T.E.R.): J. Farré, T. Juan y F. Flores

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA ORGANIZADO DE ALTO RIESGO DE CÁNCER DE MAMA Y OVARIO FAMILIAR

Salas-Trejo D, Goicoechea-Sáez M, Miranda-García J

Dirección General de Salud Pública, Oficina del Plan del Cáncer. Valencia, España

El objetivo: del Programa de Consejo Genético es detectar pacientes con mutaciones genéticas o con historia familiar para reducir la incidencia de cáncer y la mortalidad.

Material y métodos: Análisis descriptivo, desde el inicio, mayo de 2005 hasta diciembre de 2009 a través de indicadores de organización y efectividad: n° de consultantes que acuden a las UCGC, tamaño medio de las familias, porcentajes de: remisión adecuada, familias identificadas, aceptabilidad del estudio por el caso índice o por algún miembro de la familia, familias con mutaciones identificadas, y distribución de los resultados por gen, para casos índice y familiares.

Resultados: Desde el inicio del programa han sido atendidas 7.963 personas. El 76% de los consultantes cumplían criterios para el estudio genético y, de estos, el 57% corresponden al síndrome de cáncer de mama y ovario familiar. Se ha localizado caso índice en 1.403 familias (79,0%) y de ellas en el 89,7% se ha realizado el estudio genético. Se han detectado mutaciones patógenas en el 15,91 de los estudios realizados en BRCA1 y en el 18,32% de estos estudios realizado sen BRCA2. Se ofrece el estudio a los familiares donde se ha encontrado mutación patógena, siendo el tamaño medio de las familias de 2 familiares por caso índice. El porcentaje de mutaciones patógenas diagnosticadas en familiares ha sido cercano al 54,6%.

Conclusiones: El diagnóstico y consejo genético en cáncer de mama en el marco de un programa organizado, son procedimientos que se utilizan para diagnosticar una predisposición hereditaria antes de que éste aparezca de forma que, una vez confirmado el diagnóstico genético, se pueda intervenir precozmente evitando su aparición o diagnosticándolo precozmente en una fase curable Para hacer una evaluación del impacto de este programa en la salud de los pacientes en general y de los sanos en los que se diagnostica la mutación, es necesario hacer seguimientos de los casos detectados a muy largo plazo

SMALL BOWEL OBSTRUCTION AS CLINICAL MANIFESTATION OF METASTATIC LOBULAR BREAST CANCER

Díaz-Brito J, Vasquez-Navarrete S, Romero L, Ulecia J, Recio-Pando H

Servicio de Cirugía General. Hospital La Linea de la Concepción. Cádiz, España

Distant spread of breast cancer is commonly found in bones, liver, lungs and central nervous system. Metastatic involvement of small intestine is unusual and unexpected. The metastatic patterns of lobular and ductal carcinoma of the breast are different, with gastrointestinal system, gynecologic organ, and peritoneum-retroperitoneum metastases markedly more prevalent in lobular carcinoma

Case report: We report the case of a 35 year-old woman who presented with symptoms of changes of bowels habits, and finally with bowel obstruction She underwent a laparotomy for intestinal obstruction, and we found in the intervention, a total compromise of the gastrointestinal tract,

uterus and annexus, by a hard white lesions, and two strictures in the distal ileum. We practiced a resection of distal ileum, right hemicolectomy and ileotransverse anastomosis. The histopathology report of her intervention shown a metastatic lobular breast cancer. We made a careful examination of her breast, and we found a upper outer left breast cancer, confirmed by mammography, ultrasound and biopsy. When she recovered from her abdominal surgery, we performed upper outer quadrantectomy from the left breast. The histopathological report confirm an infiltrating lobular carcinoma. We refer our patient to the oncologist for adjuvant treatment. Given the high prevalence of this disease, breast cancer needs to be considered in any women presenting with new gastrointestinal complaints, especially those with a history of breast cancer, even if the initial diagnosis was made many years previously.

DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA: CHEQUEO POBLACIONAL Y PROGRAMA A DEMANDA RESULTADOS DE UN PERIODO DE DOCE AÑOS (1998-2009)

Morales-Olaya F¹, Olmos-Martínez T², Cervera Deval J³, Pérez Dasí R⁴

¹Instituto Valenciano de Oncología, Radiología. ²Instituto Valenciano de Oncología, Oncología. ³Instituto Valenciano de Oncología, Radiología. ⁴Universidad CEU Cardenal Herrera. Valencia, España

Introducción: Los programas de cribado en mujeres asintomáticas han mejorado el diagnóstico precoz y contribuido al descenso de las tasas de mortalidad por cáncer de mama. Pese a ello existen controversias sobre los beneficios de un screening basado en el censo poblacional frente a los programas de detección precoz a demanda, así como sobre la edad de comienzo y finalización de las exploraciones, el intervalo entre estudios y el número de proyecciones a realizar.

Pacientes y método: Presentamos nuestra experiencia de 12 años (1998-2009) en un Centro de Diagnóstico de cáncer de mama sobre dos grupos de población. El primero corresponde a un cribado poblacional dentro del programa de Prevención del Cáncer de Mama de la Comunidad Valenciana que incluye a mujeres con edades comprendidas entre 45 y 69 años del Área de Salud número 4 de la ciudad de Valencia, citadas por carta según el censo poblacional. En la primera visita se realizaron dos proyecciones por mama (cráneo-caudal y oblicua medio-lateral). Los sucesivos controles fueron bienales, realizándose únicamente la proyección oblicua medio-lateral, hasta el año 2007 en el que se incorporó la realización de cuatro proyecciones en todas las vueltas. Cuando los hallazgos observados lo hicieron aconsejable se realizó un nuevo estudio como cita precoz en el plazo de 6 meses. La interpretación radiológica fue según el método de doble lectura con consenso, basándose en el sistema BI-RADS con algunas modificaciones. La exploración física, proyecciones adicionales, localizadas o magnificadas se realizaron según criterio de los lectores. Las ecografías fueron

solicitadas al Hospital Clínico Universitario de Valencia. El segundo es un cribado oportunista, a demanda, sin limitaciones de edad o de residencia. Las mujeres del segundo grupo acudieron de forma voluntaria al Centro de Diagnóstico, por iniciativa propia o remitidas por su médico. No hubo limitación por edad ni por lugar de residencia. Un 57 % de estas pacientes tenían menos de 45 años en el momento del estudio. Este grupo incluye, por tanto, a pacientes asintomáticas para revisión y a mujeres con clínica, aunque preferentemente son síntomas subjetivos como mastalgia y lesión palpable detectada mediante autoexploración que solo en algunas ocasiones correspondió a verdadera patología nodular. En todos los estudios se realizaron dos proyecciones por mama. Los controles recomendados fueron anuales en mujeres hasta los 45 años y bienales en el resto. Utilizamos consentimiento informado desde 2003. La interpretación mamográfica fue por un único lector. Las exploraciones complementarias como ecografía, resonancia magnética y biopsias dirigidas por métodos de imagen se realizaron en el Servicio de Radiología del Instituto Valenciano de Oncología. En ambos grupos hemos recogido los siguientes parámetros: relación de tumores infiltrantes e in situ, estadio tumoral; edad de las mujeres en el momento del diagnóstico; y la forma de presentación clínica y radiológica.

Resultados: En 12 años se han realizado un total de 105.604 estudios mamográficos: 71.720 in el Programa Poblacional y 33.884 en el Programa a Demanda. Se diagnosticaron 815 cánceres: 657 (80,61%) infiltrantes y 158 (19,39%) in situ. En el Programa Poblacional se diagnosticaron 546 cánceres (4,5 por cada mil estudios). Tumores intraductales fueron 120 (22 %). Infiltrantes, 426 (78%). La media de edad de las mujeres diagnosticadas fue de 55,3 años \pm 7,5 años. Moda de 47 años. Edad mínima de 45 años (edad a la que comienza el Programa) y máxima de 69 (edad a la que finaliza). Todas las pacientes eran asintomáticas e invitadas basándose en el censo poblacional. Un 16,5% tenían antecedentes familiares de primer grado. El hallazgo mamográfico más común fue nódulo/masa: 199 (36,4%) casos; microcalcificaciones fueron 161 (29,5%); distorsión de la arquitectura, 59 (10,8%); los tres hallazgos asociados 94 casos (17,2%); asimetría de densidad: 19 (3,5%) y sin hallazgos patológicos en mamografía se diagnosticaron 14 mujeres (2,6%). El diagnóstico fue por US. En el grupo a demanda fueron 269 los cánceres diagnosticados (5,02 por cada 1000). Los tumores intraductales fueron 38 (14,1 %) e infiltrantes 231 (85,9%). La media de edad fue 57,8 \pm 14 años. (32-87 años). Moda 66 años. La causa más habitual de consulta fue lesión palpable: 155 casos (56,1%). 5 (2%) mujeres acudieron por mastalgia y 2 (0,8%) por retracción del pezón. El resto 101 (41%) eran asintomáticas. El 19,3% tenían historia familiar de primer grado. Hallazgos mamográficos: 164 (61%) casos presentaron nódulo o masa; 49 (18,2%) microcalcificaciones; 17 (6,3%) distorsión de la arquitectura; los 3 signos asociados 26 (9,7%); 11 (4,1%) fueron asimetría de densidad y en 2 ocasiones no hubo hallazgos patológicos. Con respecto al estadio tumoral el in situ y T1 claramente predominaron en ambos programas, aunque en el Programa a demanda hubo un pequeño pico de incidencia de T2.

Conclusiones: En un programa a demanda la tasa de detección del cáncer de mama puede ser mayor que en un programa poblacional, aunque la tasa de tumores in situ y T1 es mayor en este segundo grupo: encontramos relación estadísticamente significativa a favor del Programa Poblacional en lo que respecta al número de cánceres in situ: 22% frente a 14,1% ($p=0,013$). Nuestros resultados también indican un significativo mayor porcentaje de tumores T1 frente a T2 o superior obtenido en el Programa Poblacional ($p = 0,0005$).

CURVAS DINÁMICAS EN RESONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA Y HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN PACIENTES CON CATEGORÍA BIRADS 4 Y 5 DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

Rodríguez-Sardin D, Lazcano Urbina M; Mendoza Niño H, Rodríguez San Martín J, Redondo Santos F; Martín Ramos J, Sánchez Vivar E, Lamothe Ibarra M

Hospital General de México, Imagen Mamaria. Mexico

Introducción: En el análisis de las curvas cinéticas de Resonancia Magnética de Mama (RMM), el BIRADS señala 3 tipos: la tipo 1, que se incrementa después de la fase inicial, y comúnmente indica benignidad. La tipo 2, sin incremento de señal después de los primeros 90 segundos a 2 minutos, observándose una horizontalización de su morfología, y la pueden presentar lesiones benignas y malignas. La tipo 3, muestra una declinación rápida después de los primeros 90 segundos a 2 minutos, y siendo más sugestiva de malignidad.

Objetivo: Describir la frecuencia del tipo de curva cinética por RMM en pacientes con lesiones mamarias categorizadas BIRADS 4 y 5 con el hallazgo histopatológico.

Material y métodos: Estudio prospectivo, realizado del 1º de marzo al 31 de diciembre del 2009 en el Departamento de Imagen Mamaria del Hospital General de México. Se realizaron RMM a pacientes categorizadas BIRADS 4 y 5 mediante mastografía y ultrasonido. Se analizaron los criterios morfológicos y dinámicos agrupándose según el diagnóstico histopatológico.

Resultados: Se incluyen 35 pacientes, con 40 lesiones con los siguientes diagnósticos: 19 CDI (47,5%), 3 CDIS (7,5%), 4 ILC (10%), 4 carcinomas mixtos (10%), 2 enfermedad de Paget (5%), 1 tumor mioepitelial (2,5%), 6 Phyllodes (15%), un absceso (2,5%), siendo las curvas tipo III las más frecuentes en lesiones malignas.

Conclusiones: En este trabajo se demuestra que las curvas tipo II con ascenso rápido y tipo III son más frecuentes en CDI, tumores mixtos, enfermedad de Paget y en un tumor mioepitelial, lo cual sugiere únicamente la capacidad de angiogenesis que tienen dichos tumores. En el CDIS se observan curvas indeterminadas, probablemente por la etapa de esta enfermedad. El ILC muestra un comportamiento más incierto, sin embargo, en estas lesiones se encuentra características morfológicas y hallazgos asociados de malignidad. Las curvas de perfusión tipo II con ascenso rápido y tipo III son características de lesiones malignas. Sin embargo, algunas lesiones malignas pueden

mostrar curvas tipo II con ascenso intermedio o lento, o bien curvas tipo I, por tanto debe considerarse en conjunto los criterios morfológicos y cinéticos al analizar una lesión.

CORRELACIÓN EN LA CUANTIFICACIÓN DE COLINA MEDIANTE ESPECTROSCOPIA EN PACIENTES CON CARCINOMA DUCTAL INVASIVO Y EL GRADO HISTOLÓGICO TUMORAL

Mendoza-Niño H, Rodríguez-San Martín J, Rodríguez-Sardín D, Lazcano-Urbina M, Martín-Ramos J, Redondo-Santos F, Flores-Bobadilla B, Rodríguez-Maya C

Hospital General de México, Imagen Mamaria. Distrito Federal México, México

Introducción: La colina (Co) es el metabolito cuantificable mediante espectroscopia protónica por resonancia magnética (ERM 1H) y es reconocido como un marcador de tejido tumoral activo cuyo incremento refleja la proliferación celular. Se ha comparado el aumento en los nivel de Co con otros factores morfológicos y pronósticos a fin de establecer su valor diagnóstico.

Objetivos: Demostrar el valor diagnóstico de ERM H1 en las lesiones mamarias categorizadas en Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS) 6 del Colegio Americano de Radiología (CAR) y comparar las cifras de colina con el grado histopatológico de malignidad. **Material y métodos:** En 25 pacientes con carcinoma ductal infiltrante (CDI) se cuantificó la integral de colina (ppm) con un método estandarizado de RMH1; se midió el tamaño del tumor (TT) en RM y se realizó la gradación histológica de malignidad con la escala de Scarff – Bloom – Richardson (SBR) modificada por Elston. **Resultados:** En nuestro trabajo la mayor incidencia de CDI ocurrió en mujeres en la quinta década de la vida. El tamaño tumoral oscilo entre 1.0 y 11.1cm (media de 4,2 cm). La presencia de Co fue positiva en el 100% de los casos de CDI. En la clasificación de SBR se obtuvieron 10 tumores con grado I (40%). 11 con grado II (44%) y 4 tumores con grado 3 (12%).

Conclusiones: La realización de exploraciones combinadas de imagen por RM y espectroscopia permiten analizar en forma completa la existencia de alteraciones anatómicas y bioquímicas, mejorando la especificidad de la RM; sin embargo, las capacidades y metodología en el campo del diagnóstico, aún están en desarrollo y no existen protocolos aceptados. **Palabras clave:** Espectroscopia, integral de colina, CDI, tamaño tumoral, grado histológico de malignidad, SBR.

NEOPLASIA LOBULILLAR DE MAMA DISEMINADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Cortés Prados J¹, Corral C², Fernández L³, Arcusa A³, Picas E⁴, Teixido M⁴, Roig I⁵, Laín J²

¹*Consorci Sanitari de Terrassa, Ginecología y Obstetricia;* ²*Consorci Sanitari de Terrassa, Ginecología y Obstetricia;* ³*Institut Oncològic del Vallès, Oncología;* ⁴*Consorci Sanitari de Terrassa, Radiologia;* ⁵*Consorci Sanitari de Terrassa, Anatomía Patológica. Barcelona, España*

Introducción: El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer y principal causa de muerte entre los 35 y 54 años. Puede diseminarse vía linfática y hematológica, y metastatizar en cualquier órgano.

Caso clínico: Paciente de 42 años. Paridad 2002. Fumadora de 3 cig/d. En tratamiento con triclor durante 20 años. Realizó un estudio por tumoración mamaria 6 meses antes, sin encontrar hallazgos patológicos. Consulta por dolor sordo en columna de 2 semanas de evolución, astenia e inestabilidad cefálica, poliuria, polidipsia, náuseas, vómitos y diarrea ocasional. Tras estudio y realización de pruebas complementarias se establece el diagnóstico de carcinoma lobulillar infiltrante de mama izquierda con afectación ósea difusa, ovárica bilateral, peritoneal, SNC y meninges cT2N0M1 Se establece tratamiento con paclitaxel + gemcitabina + trastuzumab asociado a ácido zoledrónico durante 8 ciclos, seguido de trastuzumab + ácido zoledrónico + goserelina + letrozol, y radioterapia holocraneal con evolución favorable a día de hoy.

Comentarios: Este caso pone de manifiesto las características particulares del carcinoma lobulillar de mama, la dificultad diagnóstica que puede llegar a presentar y su tendencia a la diseminación con metástasis en localizaciones diferentes a las habituales para las neoplasias de mama. También pone de manifiesto parte del arsenal terapéutico disponible a día de hoy.

INYECCIÓN MAMARIA DE ÁCIDO HIALURÓNICO

Martínez-Ramos D, Fortea-Sanchos C, Alcalde-Sánchez M, Rivadulla-Serranon I, Daroca-Jose J, Paiva-Coronel G, Queralt-Martín R, Salvador-Sanchos J

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital General de Castellón. España

Introducción: El aumento mamario es una práctica cada vez más frecuente en nuestra sociedad, en la que cada vez prima más el aspecto físico. Desde hace tiempo se están empleando tanto prótesis como distintas sustancias inyectables con tan fin. El ácido hialurónico es la última que ha llegado al mercado, y como tal debemos conocerla.

Objetivos: Comunicar nuestra experiencia en 2 pacientes, en los que el ácido hialurónico fue inyectado mediante distintas técnicas, lo que nos permite comparar los resultados obtenidos.

Caso 1: Mujer de 57 años, a la que se intervino hace 5 años mediante biopsia guiada con arpón por presentar microcalcificaciones sospechosas de malignidad en la mama izquierda, cuyo resultado histológico fue de benignidad. Como secuela de la intervención presentó una asimetría mamaria que se trató en un centro no médico con la inyección de ácido hialurónico de forma subcutánea. Tras la inyección, se realizó a la paciente una mamografía dentro de un programa de cribado poblacional, en la que se observó zonas radiopacas distribuidas de manera dispersa que dificultaban la correcta valoración del parénquima mamario. La palpación demostró un aumento del volumen mamario, con múltiples nodulaciones dispersas

en la región centromamaria. *Caso 2:* Mujer de 35 años, con antecedente materno de cáncer de mama a la que se le había inyectado, 3 meses antes, ácido hialurónico en ambas mamas en un centro de medicina estética. La exploración física de las mamas fue normal. Se le realizó una mamografía de control y una ecografía de ambas mamas, donde se aprecia la inyección subglandular de ácido hialurónico, aumenta la proyección de la mama de manera uniforme pero sin alterar el parénquima mamario.

Conclusiones: El principal problema de la inyección de ésta y otras sustancias radica, fundamentalmente, en la dificultad para la interpretación de lesiones patológicas subyacentes (como ocurrió en nuestra primera paciente). Éstas deberían inyectarse en el espacio prepectoral en una inyección única, con lo que, como puede observarse en las imágenes del segundo caso, se logra un aumento uniforme de la glándula.

FIBROADENOMA GIGANTE. OPCIONES DIAGNÓSTICAS, TRATAMIENTO Y RESULTADOS

Martínez-Ramos D, Fortea-Sanchis C, Alcalde-Sánchez M, Rivadulla-Serrano I, Daroca-Jose J, Paiva-Coronel G, Queralt-Martí R, Salvador-Sanchis J

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital General de Castellón, España

Introducción: Los fibroadenomas gigantes son una variante infrecuente de dicha entidad (0'5-2%), que se caracterizan por un crecimiento muy rápido, alcanzado, por definición, un tamaño mayor a 5 cm de diámetro y que suelen presentarse en mujeres jóvenes. El diagnóstico diferencial debe establecerse con otras entidades benignas y malignas, siendo especialmente importante diferenciarlo del tumor Phyllodes.

Objetivos: Comunicar nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de una paciente joven con una gran tumoración mamaria de rápido crecimiento. *Caso clínico:* Mujer de 23 años que acudió a consulta por presentar un aumento del volumen de la mama izquierda de 2 meses de evolución. Sin antecedentes médico quirúrgicos de interés. En la exploración física se palpaba una gran tumoración de unos 10 cm de diámetro en cuadrante supero-externo de la mama izquierda; la mama derecha y ambas axilas no presentaban hallazgos patológicos. Las pruebas de imagen (mamografía, ecografía Doppler y resonancia magnética nuclear) demostraron una tumoración sólida que ocupaba práctica totalidad de la mama izquierda, de aproximadamente 10 cm, sin calcificaciones, oval, lobulada, de límites bien definidos que desplazaba el resto del parénquima mamario. Tras estas pruebas de imagen, se realizó una biopsia con aguja gruesa cuyo resultado fue de fibroadenoma. Se propuso para cirugía, extirpándose la masa con una incisión periareolar, sin reconstrucción mamaria y con un excelente resultado estético. En el estudio anatomopatológico definitivo se demostró un patrón celular, fibroblástico que incluía espacios glandulares y quísticos, compatible con fibroadenoma juvenil.

Conclusión: La punción con aguja gruesa es una buena opción para el diagnóstico preoperatorio de las tumoracio-

nes mamarias gigantes. Las alternativas de tratamiento estarán condicionadas en gran medida por el resultado de esta biopsia. A pesar del gran tamaño tumoral en casos como el presentado, la incisión periareolar sin reconstrucción mamaria proporciona un buen resultado estético.

BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA SIMULTÁNEA BILATERAL EN PACIENTE CON CÁNCER SINCRÓNICO DE MAMA

Martínez-Ramos D, Fortea-Sanchis C, Alcalde-Sánchez M, Rivadulla-Serrano I, Daroca-Jose J, Paiva-Coronel G, Queralt-Martí R

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital General de Castellón, España

Introducción: El cáncer de mama sincrónico bilateral es una entidad poco frecuente aunque su incidencia parece estar aumentado. Se acepta que la cirugía conservadora puede ser una alternativa en este tipo de tumores, aunque no se ha publicado de manera explícita ningún caso de cáncer de mama bilateral sincrónico en el que se haya utilizado la técnica de la biopsia selectiva del ganglio centinela bilateral simultánea para evaluar la afectación axilar.

Caso clínico: Mujer de 53 años, con antecedente familiar de una tía materna con cáncer de mama unilateral, con 2 lesiones sospechosas de malignidad, de 1,8 y 1,5 en cuadrantes inferoexternos de ambas mamas. En el estudio anatomopatológico se demostró la presencia de carcinoma ductal infiltrante en ambos nódulos, con perfil inmunohistoquímico tipo LUMINAL ER (+) / RPgr (+) / HER2-neu (-). Con el diagnóstico de carcinoma sincrónico bilateral de mama se decidió realizar cuadrantectomía de ambos tumores y biopsia selectiva del ganglio centinela bilateral. El día previo a la intervención se inyectaron nanocoloides marcados con Tc99m, en zona periareolar y peritumoral de ambas mamas. La linfogammagrafía obtenida demostró la presencia de 1 ganglio centinela en axila derecha, con 3 ganglios secundarios. En la axila izquierda se apreció igualmente 1 ganglio centinela, estando los secundarios situados más distalmente y sólo visibles en proyección anterior (profundos). Se practicó cuadrantectomía bilateral reglada con márgenes de seguridad adecuados. Los ganglios centinela fueron informados como negativos en el estudio intraoperatorio. El estudio mediante inmunohistoquímica de los ganglios demostró la presencia de metástasis por carcinoma en 2 ganglios axilares derechos y células aisladas en 2 ganglios axilares izquierdos. Dados los desfavorables factores de riesgo -personales y familiares- y comentado el caso específico de las células aisladas con la paciente, se decidió realizar una linfadenectomía axilar bilateral cuyo resultado fue de 4 ganglios positivos de 15 ganglios analizados en axila derecha y ningún ganglio positivo de 8 analizados en la axila izquierda. Pendiente de estudio genético.

Conclusión: La biopsia selectiva del ganglio centinela bilateral simultánea podría considerarse como la mejor opción en los casos en los que las características de ambos tumores así lo aconsejen.

GINECOMASTIA Y CÁNCER DE MAMA: UTILIDAD DE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA

Martínez-Ramos D, Rivadulla-Serrano I, Alcalde-Sánchez M, Daroca-José J, Paiva-Coronel G, Fortea-Sanchis C, Queralt-Martín R, Salvador-Sanchis J
Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital General de Castellón, España

Introducción: El cáncer de mama en el varón es una rara enfermedad, que representa <1% de todos los cánceres de mama. Por otra parte, la ginecomastia constituye un dudoso factor de riesgo para el desarrollo de un cáncer de mama. La importancia de realizar una biopsia selectiva del ganglio centinela en el varón, del mismo modo que en la mujer, reside en su valor predictivo sobre el estado ganglionar axilar, siendo su objetivo evitar linfadenectomías axilares innecesarias y la morbilidad que éstas conllevan.

Objetivo: Comunicar nuestra experiencia con la biopsia selectiva del ganglio centinela en el cáncer de mama en el varón con ginecomastia.

Caso clínico: Varón de 31 años, remitido a nuestra consulta por ginecomastia unilateral derecha de aproximadamente 1 año de evolución. En la exploración física se apreciaba una clara asimetría mamaria, sin palparse tumoraciones ni adenopatías axilares. La mamografía demostró pequeñas imágenes nodulares en la glándula, sin microcalcificaciones claras, realizando ecografía complementaria en la que se visualizaron pequeñas imágenes de aspecto quístico, alguna de ellas con contenido sólido en su interior. Se practicó BAG, no siendo concluyente. El estudio hormonal y genético resultó normal. Con el diagnóstico de ginecomastia unilateral, se realizó mastectomía subcutánea con preservación del complejo areola-pezones. El informe anatomopatológico demostró la presencia de un carcinoma papilar sin poderse determinar el carácter infiltrante del tumor. Se completó la mastectomía y se realizó biopsia selectiva del ganglio centinela. El estudio de los 3 ganglios centinela detectados resultó negativo para malignidad, con lo que se decidió no completar la linfadenectomía axilar.

Conclusión: A pesar de la ausencia de estudios aleatorizados que lo confirmen, parece razonable y seguro el uso de la BSGC en pacientes varones seleccionados con ginecomastia, cáncer de mama y axila clínicamente negativa. Esta técnica es especialmente útil en casos como el presentado, en el que el nivel de invasión resulta dudoso.

INVASIÓN PERINEURAL NO ASOCIADO A CARCINOMA INFILTRANTE DE MAMA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Muñoz Díaz M1, Noguero-Meseguer M1, Martín-Gutiérrez S1, Carpintero-Franco R1, Nevado-Santos M2
Servicio de ¹Ginecología y ²Anatomía Patológica. Hospital Infanta Cristina. Parla. Madrid, España

Introducción: La invasión perineural es un hallazgo histológico normalmente vinculado a neoplasias. En la mama,

sin embargo, puede asociarse a lesiones benignas como la Hiperplasia intraductal atípica, y también al Carcinoma Ductal in situ. En este contexto el diagnóstico definitivo puede ser controvertido, y debe evitarse una interpretación histológica errónea de carcinoma infiltrante de mama.

Material y métodos: Presentamos un caso de invasión perineural aislada, en una paciente remitida tras un hallazgo radiológico

Resultados: Paciente de 50 años, remitida a nuestra Unidad de Mama por un nódulo ecográfico (tras un Birads 0 en cribado mamográfico), catalogado de Birads 4. Los Antecedentes Familiares y Personales, carecían de interés clínico. La exploración clínica era normal. En la Ecografía de mama: se visualizó un nódulo de reciente aparición de 11 mm en Intercuadrantes externos (ICE) de mama izda. Además existía un nódulo de 8 mm en la unión de cuadrantes internos, ya conocidos y estables desde el 2008. La Biopsia con Aguja Gruesa (BAG) de los nódulos fue "Negativa para malignidad". Programamos una biopsia radioguiada de ambas lesiones. La histología informó de: "Infiltración perineural e intraneural por adenocarcinoma. Mastopatía fibroquística con múltiples microcalcificaciones benignas". La Resonancia de mama izda. solicitada mostró dos imágenes nodulares de 6 y 4 mm, separadas entre sí por 6 mm, con captación precoz e intensa de contraste, adyacentes a la cavidad quirúrgica previa. Sospecha "intermedia" de malignidad. Tras la ampliación del margen quirúrgico, junto con la Biopsia Selectiva del Ganglio Centinela, la anatomía patológica informó de la presencia de "Escasos focos de Carcinoma intraductal micropapilar GI, el más próximo a 0,5 mm del margen posterior. Cambios mastopáticos. Ganglio centinela (1) sin infiltración tumoral". Revisado el caso en Sesión clínica con dos hospitales de nuestra comunidad, y tras consultar la bibliografía, se consideran dos opciones: -Seguimiento estricto -Mastectomía izda y reconstrucción inmediata. Se ofertaron estas dos posibilidades a la paciente, quien decidió finalmente por la cirugía. Pendiente todavía el resultado histológico

Conclusión: A pesar de ser un hallazgo infrecuente, la "Invasión Perineural" puede asociarse en la mama a lesiones no carcinomatosas, y su interpretación y manejo puede ser controvertido.

DISCREPANCIA EN EL RESULTADO DE INMUNOHISTOQUÍMICA (IHQ) VS. TRANSCRIPTASA REVERSA (PCR) Y EL POTENCIAL IMPACTO EN LA DECISIÓN TERAPÉUTICA PARA LA SOBREVIVENCIA POR CÁNCER DE MAMA

Mar-Silva J, Sánchez-Forgach E, Sánchez-Basurto C
Centro de Estudios Mastológicos – Mastológica Lomas. Distrito Federal. Mexico

Introducción: El cáncer de mama es una enfermedad biológicamente heterogénea. Es por esto que el reto actual del manejo de esta enfermedad requiere de la identificación de

las características particulares de la tumoración, siendo esto el pilar central de la estrategia de la terapia dirigida. Los criterios clínico-patológicos tradicionales son una guía importante para la elección de tratamiento adyuvante en fases tempranas. Sin embargo, en muchos casos, estos datos no bastan para la toma de decisiones correctas. Por otra parte, los tratamientos individualizados han progresado rápidamente gracias al desarrollo de plataformas genómicas que proporcionan información esencial respecto a la biología específica de los tumores. Hasta hace poco, la evaluación de factores pronóstico y predictivos incluían un pequeño panel de marcadores con los cuales se toman decisiones para la terapéutica diana. No obstante, y dada la heterogeneidad de las neoplasias, frecuentemente pueden no ser reflejo de la verdadera biología tumoral, con la implicación en la eficacia terapéutica.

Objetivos: Analizar la confiabilidad de la plataforma genómica de 21 genes (Oncotype DX), investigar los posibles mecanismos asociados a la discrepancia entre ésta y la inmunohistoquímica para la detección de receptores de estrógenos y progesterona, y el impacto sobre el tratamiento y pronóstico de las pacientes.

Material y métodos: Se realizó una revisión de la concordancia de resultados de inmunohistoquímica y Oncotype Dx y se discute la implicación de la discrepancia de los mismos en la decisión terapéutica así como en el pronóstico de los casos.

Resultados: Se encontraron 4 casos de discordancia entre IHQ y Oncotype DX (RT-PCR) para receptores de estrógenos, progesterona y HER2-neu en las pacientes atendidas en el Centro de Estudios Mastológicos-Mastológica-Lomas. Los factores principales que influyen en la precisión de los estudios son las variaciones en la medición de expresión genética: fuentes de variación técnica (intrínseca a la plataforma genómica) y pre-analítica (intrínseca a la muestra). Se identificó a la heterogeneidad intratumoral como uno de los principales factores de discordancia entre la IHQ y RT-PCR.

Conclusión: Se han detectado discrepancias importantes en los resultados de inmunohistoquímica y RT-PCR con implicaciones fundamentales en la decisión terapéutica y por ende en el pronóstico. Se discute y analiza cada caso de acuerdo al "error" y el sobretratamiento o subtratamiento de cada uno de ellos.

ERGONOMÍA EN MAMOGRAFÍA PARA REDUCIR LAS MOLESTIAS CAUSADAS POR COMPRESIÓN

Salvador R¹, Romero L¹, Salvador-Izquierdo R¹, Salvador-Izquierdo X¹, Salvador M¹, Irigoyen C¹, Rodríguez-Manfredi A²
¹Radiology, CDI Imagine, Hospital Universitario Vall d'Hebrón.
²Ginecología, Hospital Clínico de Barcelona, España

Introducción: Examinamos, desde el punto de vista de las pacientes, un mamógrafo digital directo, diseñado ergonómicamente para aliviar el dolor originado por la compresión, durante la realización de las mamografías.

Objetivos: Comparar la molestia en el nuevo mamógrafo respecto a los anteriores. Evaluar si el conocimiento de la existencia de un nuevo equipo digital, motivó a las pacientes a acudir a nuestro centro. Comparar la duración de la exploración actual con las anteriores.

Material y método: Valoramos las mejoras percibidas por las pacientes, respecto a la incomodidad durante la realización de sus mamografías, al realizarlas en nuestro centro tras la adquisición de un mamógrafo digital directo con detector de doble capa de Selenio, Amulet (Fujifilm Japón). Se hizo una encuesta a 407 pacientes entre Enero-Febrero 2010, en donde se preguntó sobre grado de molestia y la duración total de la mamografía actual.

Resultados: 21% (87 pacientes) sabían del nuevo mamógrafo en nuestro centro, de ellas, el 64% se motivó a elegir nuestro centro por ésta razón. El 95% (384), afirmaron sentirse más seguras. 66% (267) sintieron menos molestia en el nuevo mamógrafo (gráfico 2), 64% (259), lo vieron más confortable. Para 59% (241) el examen globalmente era más rápido media 15-20 minutos, desde el inicio de la exploración hasta la marcha de la paciente con su informe.

Conclusión: La menor molestia por la compresión favorece la satisfacción de las pacientes. La ergonomía del nuevo mamógrafo es la clave. La cobertura carbono, reduce la fricción de la mama con la platina. La forma elíptica y la posición avanzada del asa mejora la posición de mano y hombro, disminuyendo la tensión del músculo pectoral. La forma ovalada del panel plano, más angosto delante y angulado y ancho detrás, permite, en la proyección MLO, reposar el brazo relajando hombro y pectoral. Los cojines laterales y frontal del panel plano reducen dolor y temor durante la mamografía. Finalmente se reduce la duración de la mamografía y el total del procedimiento, con un promedio de 20 minutos desde que entra al centro hasta que sale de él con su estudio informado.

ESCENARIOS DIVERSOS EN PATOLOGÍA MAMARIA: LO QUE EL RADIÓLOGO, CIRUJANO Y CLÍNICO NECESITA SABER

Maristany M, Ribó J, Blanch J, Badosa J, Muchart J, Riaza L, Inarejos E, Puy R

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Barcelona, España

Objetivos: Aprender a analizar las indicaciones actuales de imagen. Revisar clasificación BIRADS. Valorar importancia de la historia clínica para determinar el uso de las distintas modalidades de imagen. Revisar algoritmos recomendados de imagen.

Revisión del tema: Estadística: Después del cáncer de pulmón, el cáncer de mama es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres. 1/7 mujeres padecerá cáncer de mama en una esperanza de vida de 85 años. Menos del 1% afecta a los hombres.

Introducción: Intentamos un aprendizaje interactivo útil para clínicos/radiólogos a la hora de indicar una prueba radiológica. Revisaremos factores de riesgo cáncer de mama y

las indicaciones de la prueba radiológica: cribado normal, mujer asintomática y en pacientes de alto riesgo. Presentaremos distintos escenarios, comunes en la práctica diaria y surgeriremos algoritmos.

Escenarios:

1. Masa palpable en pacientes < 30 años.
2. Historia familiar de cáncer de mama.
3. Nuevo caso diagnosticado de cáncer de mama.
4. Paciente edad avanzada.
5. Paciente embarazada.
6. Paciente masculino.
7. Posterior a tumorectomía/RT.

Conclusiones: Las guías son recomendaciones y pueden variar dependiendo el equipo o comité que hace la indicación.

INFLUENCIA DEL SUJETADOR CON AROS SOBRE LA MAMA. RESULTADOS PRELIMINARES

Del Álamo C¹, Muñoz F², Romero E², Espejo R³, Palacios E¹, Herrera L¹, Roldan J¹, Fernández P⁴

¹Hospital de Alta Resolución de Écija, Cirugía General y Digestiva. U. de Patología Mamaria; ²Hospital de Alta Resolución de Écija, Cirugía General y Digestiva. U. de Patología Mamaria; ³Universidad de Córdoba., Dpto. de Estadística, Econometría, I.O. y Organización de Empresas; ⁴Hospital de Alta Resolución de Écija, Anatomía Patológica. U. Patología Mamaria

Introducción: El sujetador con aros se creó para escotar las prendas femeninas. Surge con frecuencia la pregunta si los aros causan o no alteraciones en la mama. El objeto de este estudio preliminar es conocer si el uso de los aros en el sujetador produce más alteraciones en la mama de las mujeres que lo utilizan que en aquellas que no lo hacen.

Material y método: En este estudio preliminar se ha tomado como muestra 865 mujeres, siendo el error muestral al 95% del 3,3% Del grupo de pacientes estudiadas 371 utilizaban aros y 494 no lo hacían. Se ha analizado la presencia de dolor, la posible relación con la producción de patología benigna (PB), y dentro de esta última, la mastopatía funcional (MF) que se ha estudiado aparte por su frecuencia, El programa estadístico utilizado es el paquete SPSS V 17.00 y los procedimientos tablas de contingencia (chi-cuadrado, riesgo relativo)

Resultados: En cuanto al dolor se puede afirmar que existe relación ($p = 0.00 < 0.05$) entre tener dolor y el uso o no de aros, el RR (2.125) es más del doble entre las pacientes con aros que las que no lo usan El riesgo relativo (RR) de padecer alguna PB es 1.23 superior entre las pacientes que usan aros que entre las que no, aunque la relación no es estadísticamente significativa ($p = 0.157 > 0.05$) En cuanto a la MF el estudio muestra que existe relación ($p = 0.015 < 0.05$) significativa entre el uso de aros y el padecer una MF, siendo el RR es 1.455.

Conclusiones:

1. Los aros pueden producir dolor en la mama y ser la causa del mismo.

2. No hay motivos para afirmar que el uso de aros produzca patología benigna pues el riesgo relativo es bajo y además no existe significación estadística

3. Aunque existe una relación significativa en padecer mastopatía funcional en las mujeres que usan aros el riesgo relativo es de 1.455 en las que lo usan

4. No hay razones patológicas suficientes, salvo el dolor, para desaconsejar el uso de un sujetador de aros si la mujer quiere usarlo por motivos estéticos.

INFLUENCIA DEL SUJETADOR EN LA MAMA DURANTE EL DESCANSO NOCTURNO. RESULTADOS PRELIMINARES

Del Álamo C¹, Palacios E¹, Romero E¹, Espejo R², Muñoz F¹, Herrera L¹, Roldan J¹, Paredes V²

Hospital de Alta Resolución de Écija, Cirugía General y del Aparato Digestivo. U. Patología Mamaria; ²Universidad de Córdoba, Dpto. de Estadística, Econometría, I.O. y Organización de Empresas; ³Hospital de Alta Resolución de Écija, Radiología.U. Patología Mamaria. España

Introducción: El sujetador es una prenda femenina que en su nombre lleva implícito su significado “sujetar” y su uso está destinado para dicho fin, sin embargo hay mujeres que lo usan permanentemente. El objetivo de este estudio es responder a la pregunta si dormir con el sujetador tiene influencias sobre la mama.

Material y método: En este estudio se ha tomado una muestra de 865 mujeres, siendo el error muestral al 95% del 3,3% De las pacientes registradas 113 duermen con sujetador 66 con aros y 47 sin aros. Se ha analizado la presencia de dolor, la posible relación con la producción de patología benigna (PB), y dentro de esta última, la mastopatía funcional (MF) que se ha estudiado a parte por su frecuencia. El programa estadístico utilizado es el paquete SPSS V 17.00 y los procedimientos tablas de contingencia (chi-cuadrado, riesgo relativo (RR)).

Resultados: En ambos casos, tanto si se duerme con sujetador o no, aunque el RR está algo aumentado en las que duermen con sujetador, y dentro de estas las que usan aros, no existe significación estadística para padecer PB, incluida la (MF), aunque en ésta última la significación se encuentra en el límite. En cuanto al dolor en esta ocasión hay que distinguir entre pacientes que duermen con sujetador y las que no, ya que para las primeras hay que decir que no hay relación entre uso de aros o no para padecer mastalgia, pero ocurre lo contrario para las que no duermen con sujetador ya que en este caso si existe una relación clara entre aquellas que usan aro (o no) y el padecer dolor. También en ambos casos (use aros o no), el RR de padecer dolor es mayor entre aquellas que si duermen con sujetador, siendo aún mayor en aquellas que duermen con sujetador y aros.

Conclusiones:

1. Dormir con sujetador no produce más PB, incluida la MF pero si existe un riesgo relativo mayor en las pacientes que utilizan aros.

2. El sujetador con aros o sin ellos no tiene una relación significativa con el dolor cuando se duerme con él, aunque si riesgo de padecerlo.

3. Entre las mujeres que no duermen con sujetador presentan más dolor aquellas que habitualmente usan aros.

4. No hay motivos suficientes para no dejar que las mujeres duerman con el sujetador si así lo prefieren.

CORRELATION OF THE EXPRESSION OF THE RECEPTOR OF VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR (VEGFR1) AND KI-67 WITH PATHOLOGICAL VARIABLES IN BREAST CANCER PATIENTS

Leite-Xavier N¹, Henrique-Menke C², Crespo-Cavalheiro J³, de Mendonça-Uchôa D³, Braude-Canterji M², Rech-Poltronieri L⁴, Cericatto R⁵

¹University Hospital (HCPA) of the Federal University of RS, Brazil, Gynecology; ²Federal University of RS, Brazil, Gynecology; ³Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brazil; ⁴Federal University of RS, Brazil; ⁵Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brazil

Background: Many studies have been conducted on proteins that have action on cell proliferation, such as VEGF and Ki-67. VEGF acts in the angiogenesis required for tumor growth. The Ki-67 correlates with proliferation of tumor cells, probably reflecting its aggressiveness. **Objective:** To analyze the correlation of VEGFR1 and Ki-67 with pathological variables.

Methods: The study was approved by the Committee on Ethics in research, University Hospital of Porto Alegre/RS. Between March 2008 and April 2009 we included 41 patients with early breast cancer (T1 and T2). We used H & E staining for tumor analysis, histological grade and vascular invasion, and immunohistochemical evaluation with antibodies specific for VEGF receptors, KI-67, P53, ER, according to Alfred score¹. Only the KI-67 was categorized by percentage of stained cells in the IHC and considered positive above 20%.

Statistics: correlation and Pearson's chi square and, for the significant variables, used the multivariate analysis.

Results: The receptor VEGFR1 in both color intensity score and the total score, correlated positively with T1 tumors ($p = .01$), with the estrogen receptor positive ($p = .01$) and negative expression of KI-67 ($p = 0.02$). The expression of KI-67 correlates positively with P53 ($p = .00$) and with estrogen receptor negative ($p = 0.04$) and weak correlation with vascular invasion ($p = 0.09$) and histological grade undifferentiated ($p = .07$).

Discussion: evaluation of tumor markers that may respond to targeted therapy is a goal to be pursued. The positive correlation of VEGF with the status of ER has been reported and is consistent with our results. The expression of KI-67 is associated with poor outcome. The controversial results of the markers reflect the difficulty in standardizing evaluations (used reagents, procedures and score) and prevent its prognostic validation.

Conclusions: The clinical correlation between the results obtained and outcomes of disease-free survival and overall survival could not be measured. However, the data present-

ed can enhance the studies done and seek better methods for standardization of future results and statistical analysis.

References

1. Alfred DC, Harvey JM, Berardo M& Clark GM. Prognostic and predictive factors in breast cancer by immunohistochemical analysis. *Mod Pathol* 1998, 11(2):155-68. This study was supported by the financial of FIPE/HCPA.

RESULTADO QUIRÚRGICO Y DE LA PALPACIÓN AXILAR DE LOS FALSOS NEGATIVOS DEL ESTUDIO ECOGRÁFICO EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

Díaz-Ruiz M¹, Arnau A², Monmany R¹, Soldevila A¹, Valencoso O¹, Coll D¹, Trullas J¹, Yanguas C¹

¹Fundació Althaia, Xarxa Assistencial de Manresa, Servicio de Radiología; ²Fundació Althaia, Xarxa Assistencial de Manresa, Unidad de Innovación e Investigación. Manresa, Barcelona, España

Objetivos: El estudio ecográfico axilar de las pacientes con cáncer de mama se ha extendido en el estadiaje prequirúrgico de estas pacientes desplazando a la palpación axilar, ya que permite la evaluación morfológica de los ganglios observados y dirige la punción de los mismos para su estudio anatomopatológico. Analizar los resultados de la palpación axilar como predictor de metástasis y evaluar el resultado anatomopatológico de la cirugía axilar (biopsia selectiva del ganglio centinela y/o linfadenectomía) en pacientes con cáncer de mama y ecografía axilar negativa para la visualización de ganglios.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 341 pacientes con estudio ecográfico para estadiaje axilar prequirúrgico, se revisaron los resultados de la palpación axilar y de la cirugía de las 169 (49,6%) axilas en las que no se visualizan ganglios durante el estudio ecográfico.

Resultados: De las 169 axilas con ecografía negativa, 17 (10,1%) presentaron adenopatías palpables. En las 55 axilas (32,5%) con ecografía negativa y cirugía positiva para metástasis ganglionar (falsos negativos de la ecografía), la palpación presentó una sensibilidad del 18,2% (10 axilas), especificidad del 93,9%, valor predictivo positivo del 58,8%, valor predictivo negativo del 70,4% y validez diagnóstica del 69,2%. De estas 55 axilas con metástasis axilar ganglionar en la cirugía se obtuvo 5 (9,1%) pNmic, 38 (69,1%) pN1, 8 (14,5%) pN2, 4 (7,3%) pN3.

Conclusiones: Existe un grupo de pacientes con metástasis axilares que no se benefician del estudio ecográfico axilar preoperatorio, en las que la palpación axilar tampoco presenta parámetros de validez diagnóstica óptimos.

A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO: MASTITIS FACTICIA

Iglesias-Bravo E, Borrero-González C, Sánchez-Sevilla M, Gasca-Collado M, Delgado-Jiménez M, Garrido Teruel R
Unidad de Mama, Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital de Valme, Sevilla, España

Se expone el caso de una paciente en cuyos antecedentes destacan: síndrome depresivo con 2 intentos de autolisis y episodios de pérdida de conciencia valorados por neurología sin objetivarse patología. Ingresa en nuestro servicio en 12 ocasiones con diagnóstico de mastitis de mama dcha (e-coli, klebsiella), con repetidos episodios de drenaje y antibioterapia intravenosa. Finalmente se derivó a cirugía plástica para mastectomía y reconstrucción inmediata, momento en que dejaron de aparecer los síntomas. La etiología queda sin resolver, pero nuestra sospecha clínica fue mastitis facticia debido a los antecedentes psicológicos, las características del cuadro y la actitud de la paciente. Se comenta finalmente que el diagnóstico de la mastitis facticia es de sospecha en pacientes con antecedentes psiquiátricos, se asocia a cance-rofobia, con abscesos periféricos o recurrentes tras adecuado tratamiento, que normalmente es de exclusión y que precisa apoyo psiquiátrico, siendo no obstante difícil de tratar. Se aportará iconografía.

CARCINOMA PRIMARIO EN MAMA ECTÓPICA AXILAR

Sánchez-Sevilla M¹, Iglesias-Bravo E¹, Fernández-Argüelles-García A², Tang-Rodríguez K³, Gasca-Collado M¹, Artura-Serrano A¹, Delgado-Jiménez M¹, Garrido-Teruel R¹

Servicio de ¹Unidad de Mama, Servicio de Ginecología y Obstetricia. ² Servicio de Radiología, ³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Valme. Sevilla, España

Se expone el caso de una paciente derivada de consulta de área por nódulo en región axilar que ha aumentado de tamaño. En las pruebas de imagen (senografía, RNM) no se objetiva nada en las mamas, aunque sí un nódulo axilar sospechoso. La bag es compatible con metástasis de origen mamario por histología e inmunohistoquímica, sin poderse descartar otros orígenes. Se realiza estudio de extensión que resulta negativo para otros orígenes. Se programa exéresis y linfadenectomía axilar con el diagnóstico de carcinoma oculto de mama. La histología revela un carcinoma ductal infiltrante sobre tejido mamario ectópico axilar de 2,5 cm, alto grado de malignidad, y metástasis de carcinoma en 5 de 19 ganglios aislados. Inmunohistoquímica: triple negativo inicia quimioterapia adyuvante con 4fec-4taxotere, pendiente de completar tratamiento con radioterapia. Se adjunta iconografía tanto de la exploración clínica, como de las pruebas de imagen e histología. Se recuerda también el algoritmo diagnóstico del carcinoma oculto de mama y se revisa la escasa bibliografía que existe acerca del carcinoma de mama en tejido axilar ectópico.

CARCINOMA INFLAMATORIO DE MAMA EN LACTANTE

Iglesias-Bravo E¹, Sánchez-Sevilla M¹, Tang-Rodríguez K², Amador-Gil A³, Gasca-Collado M¹, Artura-Serrano A¹, Delgado-Jiménez M¹, Garrido-Teruel R¹

¹Unidad de Mama, Servicio de Ginecología y Obstetricia, ²Servicio de Anatomía Patológica, ³Servicio de Radiología. Hospital de Valme. Sevilla, España

Se expone el caso de una paciente de 35 años de edad, que consulta por urgencias por tumoración con signos inflamatorios en mama derecha de 1 mes de evolución, coincidiendo con el 11 mes de lactancia. a la exploración se objetiva una tumoración sospechosa que ocupa todo el cse de mama dcha. la ecografía fue compatible con mastitis. se solicita paaf y se indica tratamiento antibiótico. Es derivada a la unidad de mama donde inicialmente sospechamos un carcinoma inflamatorio por la clínica de la paciente. Se realiza bag y biopsia de piel, informadas como carcinoma ductal infiltrante de alto grado, triple negativo y con afectación de linfáticos cutáneos por carcinoma. Solicitamos PAAF de nódulo axilar compatible con metástasis de carcinoma. Se realiza tac que descarta enfermedad a distancia. inicia quimioterapia neoadyuvante con 4ec-4taxotere. Pendiente de cirugía tras respuesta clínica parcial. Se adjunta iconografía de todo el proceso y se recuerdan los puntos principales del cáncer de mama en el embarazo y puerperio y el diagnóstico diferencial con la mastitis.

PREGANCY ASSOCIATED BREAST CANCER : A CASE REPORT

Filipa C¹, Barros S¹, Pedro C²

¹Centro Hospitalar Tamega Sousa, EPE- Portugal, Departement of General Surgery, ²Centro Hospitalar Tamega Sousa, EPE- Penafiel, Portugal, Departement of General Surgery. Portugal

Pregnancy-associated breast carcinoma is generally defined as a cancer that occurs during pregnancy or within delivery. It's a rare disease with an incidence of 1:3000. There is often a diagnostic delay in detecting pregnancy-associated breast cancer. We present a case of a 26-year -old woman who was diagnosed with cancer of the right breast in the 28 th week of gestation. She was the third delivery. The patient underwent modified radical mastectomy. The concurrent diagnosis of breast cancer and pregnancy is a challenging clinical situation that historically has placed the welfare of the mother in conflict with that of the fetus. Management of breast cancer during pregnancy requires an interdisciplinary care team and careful considerations: patient's stage of the disease, the gestational age of the fetus, and the preference of the patient and her family.

ASOCIACIÓN ENTRE LA EXPERIENCIA DE LOS RADIÓLOGOS Y LA PRECISIÓN EN LA INTERPRETACIÓN DE LAS MAMOGRAFÍAS DE CRIBADO

Maristany M¹, Ferrer F², Macià F³, Castells X³

Servicios de ¹Radiodiagnóstico. Hospital Universitari Sant Joan de Déu, ²Radiodiagnóstico, ³Epidemiología. Hospital del Mar. Barcelona, España

Objetivos: La eficacia de la mamografía (mx) de cribado en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama (c.m.),

depende, entre otros factores, de la precisión en la interpretación de las mamografías. El objetivo del estudio es evaluar la asociación entre el nivel de experiencia de los radiólogos y la precisión en la interpretación de la mamografía de cribado.

Material y método: Se eligió una muestra aleatoria estratificada de 200 mx de mujeres de 50 a 69 a. que habían participado en un programa de cribado de c.m. Las mx fueron leídas por 28 radiólogos con un rango de experiencia amplio. Las lecturas se clasificaron mediante el sistema descriptivo BI-RADS. Se evaluó la precisión de los radiólogos en la interpretación de las mx mediante la sensibilidad y especificidad.

Resultados: Precisión: la experiencia tiene un componente multifactorial y no puede reducirse únicamente al volumen anual de mamografías leídas. Las variables que incrementan sensibilidad y especificidad son: porcentaje de dedicación y el feedback. Concordancia: La lectura de cribaje presenta una variabilidad considerable entre radiólogos; la escasa concordancia es más acentuada en BI-RADS III y 0, y la doble lectura incrementa: 18 % la sensibilidad.

Conclusiones: La pericia en la lectura mamográfica es reflejo de un proceso multifactorial en el que intervienen una gran heterogeneidad de aspectos relacionados con la experiencia de los radiólogos. A los radiólogos lectores de un programa de cribado sería conveniente facilitarles un entrenamiento específico para homogeneizar los criterios de interpretación.

CARCINOMA LOBULILLAR INFILTRANTE: LAS DIVERSAS FORMAS DE PRESENTACIÓN

Maristany M, Ribó J, Blanch J, Badosa J, Muchart J, Rianza L, Inarejos E, Puy R

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Barcelona, España

Objetivos: Enseñar las distintas formas de presentación del Carcinoma Lobulillar Infiltrante (CLI), revisando los hallazgos mamográficos, ecográficos y de resonancia magnética.

Material y métodos: Se repasa la anatomía normal del lóbulo mamario y se muestra la anatomía patológica del CLI, tanto su forma de presentación habitual como las variantes: alveolar, sólida o los tipos pleomórficos. Sabemos que de los carcinomas infiltrantes aproximadamente un 10% serán CLI, que el CLI aumenta el índice de falsos negativos en mamografía y que es un cáncer con tendencia a la multiplicidad y bilateralidad. Se dan pautas para su manejo diagnóstico (ofrece más dificultades clínicas y mamográficas que otros cánceres. Se describen los hallazgos por imagen mamográfica, ecográfica y por resonancia magnética.

Resultados: Se presentan casos clínicos con distintas formas de presentación clínica y mamográfica.

Conclusiones: El diagnóstico y manejo del CLI puede ser excepcionalmente difícil. Se cree que esta relacionado con sus características histológicas. El CLI puede tener diversidad de imágenes y pueden ser mamográficamente ocultas, sobre todo en mamas densas. El CLI, a pesar de estos desafíos de dificultad diagnóstica por imagen, sigue siendo crucial tanto su detección como su manejo.

CONTROL DE CALIDAD MAMOGRÁFICA: VALORACIÓN DE LA POSICIÓN

Maristany M, Ribó J, Blanch J, Badosa J, Muchart J, Rianza L, Inarejos E, Puy R

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Barcelona, España

Objetivos: Nuestro estudio tiene como finalidad evitar la repercusión de los defectos de calidad mamográfica, haciendo hincapié en la posición de la mama durante la exploración. Los falsos negativos por una mala posición son culpa tanto del técnico que la realiza como del radiólogo que la acepta como buena.

Material y método: Se incluyen 1000 mujeres consecutivas en las que se valoran los criterios de calidad mamográfica, que incluyen 10 criterios para la proyección CC y 11 para la OML. Los criterios más relevantes son: la reproducción visualmente nítida del ms. pectoral en el borde de la placa y del tejido adiposo retroglándular en la CC; la correcta angulación del ms pectoral y la visualización del ángulo inframamario en la OML.

Resultados: Visualización nítida del ms. pectoral en el borde de la placa en la CC: 38,1% MD y 31,7% MI. Visualización de la grasa retroglándular en la CC en ambas mamas: 97,1%. Correcta angulación del ms pectoral en la OML: 85,5% MD y 83,7% MI. Visualización ángulo inframamario en OML: 45,4% MD y 56,3% en MI.

Conclusiones: Nuestro estudio demuestra que los resultados obtenidos en nuestro centro se encuentran dentro de los valores aceptados de calidad mamográfica. Finalidad: A: saber la repercusión de los defectos de calidad ya que entre otras cosas aumenta el nº de falsos negativos. B: realizaremos éste estudio de manera aleatoria con menos casos, dos veces al año.

LA IMAGEN CORPORAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

Barreto-Martín P¹, Pintado-Cucarella M², Giménez-Climent J³, Quilis-Gimeno M³, Asensio-Monje I⁴, López-Fando T⁵, García-Lumbreras S⁵, Vázquez-Albaladejo C³

¹Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos; ²Facultad de Psicología, Universitat de Valencia, Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos; ³SESPM; ⁴Hospital Clínico de Salamanca; ⁵AECC Barcelona. España

Introducción: La imagen corporal presenta un papel muy importante en el bienestar emocional de las pacientes con cáncer de mama. Aparecen asociados sentimientos de impotencia e ineficacia personal y alteraciones en el sentimiento de feminidad. El objetivo de nuestro trabajo es estudiar la relación entre la imagen corporal y variables como la edad, el tipo de cirugía, la relación con la pareja y la autoeficacia, con el fin de facilitar las intervenciones que intentan mejorar la calidad de vida. Este estudio está patrocinado por la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria (SESPM).

Material y método:

1. Sujetos de estudio: La muestra de nuestro estudio se compone de 84 mujeres con cáncer de mama. Los criterios de inclusión son: - no encontrarse en estado avanzado de la enfermedad - al menos un año desde el tratamiento con quimioterapia o radioterapia - aceptar y firmar el consentimiento informado 2. Instrumentos de evaluación - Entrevista inicial - Escala BSI (Body Scale Inventory, Hopwood et al 2001)

3. Análisis estadísticos Utilizaremos el programa estadístico SPSS 17 3.

Resultados La muestra del estudio presenta una media de edad de 56,25 años. El tipo de cirugía a las que han sido sometidas son: cirugía conservadora (59,5%) y mastectomía radical (40,5%). En cuanto al tratamiento, el 4,8% de las pacientes ha recibido quimioterapia, el 9,5% radioterapia; el 1,2% braquiterapia; el 3,6% hormonoterapia sola; el 19% tratamiento combinado de radioterapia/braquiterapia más quimioterapia; y el 57,1% tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia más hormonoterapia. Las alteraciones en la imagen corporal correlacionan con la mastectomía radical, el esfuerzo que supone hacer frente a la enfermedad y la autovalía. No hemos encontrado relaciones entre la Imagen Corporal, la edad y la satisfacción con la pareja. 4.

Conclusiones La Imagen Corporal es una variable importante en el Bienestar Psicológico de las pacientes con cáncer de mama, sin embargo se trata de un concepto relativamente nuevo y amplio que es preciso estudiar con mayor profundidad. Sería importante tener en cuenta variables como la ansiedad, la depresión y el apoyo emocional; así como evaluar a una muestra más grande para poder generalizar los resultados.

MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN BILATERAL SIN CICATRIZ VERTICAL. TÉCNICA DEL DR. ALONSO POZA

Alonso A, Diéguez B, Gilsanz C, Losada M, Ramos F, Casado P, Hernández A, Argudo S
Hospital del Sureste, Arganda. Madrid, España

Introducción: La mamoplastia de reducción, es un procedimiento quirúrgico diseñado para reducir el tamaño de las mamas mediante la eliminación de grasa, tejido y piel. En la actualidad existen varias técnicas quirúrgicas reductoras de mama de solvencia demostrada a través de los años. Presentamos una nueva técnica quirúrgica, según protocolo del Dr Alonso Poza con incisión periareolar y submamaria, con la consiguiente ventaja estética que supone.

Caso Clínico: Paciente de 43 años, con antecedentes de colecistectomía y cervicalgia de larga evolución, que acude a consulta por gigantomastia (diámetro mamario de 55cm y distancia pezón-yugulum 35cm). Mamografía sin hallazgos de interés.

Técnica: Se marca el CAP, entre los cm 19 y 23 de distancia a la línea medio clavicular, situada entre 6 y 7 cm del yugulum. Se marca una línea elíptica que comienza donde acaban ambos extremos del surco submamario que llegue a

35 cm del punto medio clavicular. La zona desepidermizada se fija a la parte superior y línea media del pectoral mayor con su fascia, posteriormente se deja caer el colgajo de piel que se sutura al surco submamario, generalmente esto con sutura irreabsorbible o reabsorbible a muy largo plazo. Posteriormente suturamos el CAP a la piel marcada a tal efecto. En la paciente que presentamos se realizó una exéresis del 1.320 g de la mama derecha y 1280 de la izquierda. En las fotos a un mes vista se aprecia frontalmente la sutura periareolar. No existiendo ninguna cicatriz vertical. Con la paciente tumbada si se aprecia la sutura del surco submamario. Se evita por tanto la cicatriz más antiestética de la gigantomastia o hipertrofia mamaria. Con esta técnica no solo resecamos un volumen importante de mama, sino que hacemos la resección del tejido glandular donde más frecuentemente se asientan los carcinomas. Los criterios de inclusión en lista de espera de nuestras pacientes es una distancia del CAP a la línea medio-clavicular de más de 35 cm, con un perímetro mamario de 50 cm. Además del preoperatorio la paciente pasa por consulta de psiquiatría y de traumatología en caso de que exista una artrosis cervical.

Conclusion: Esta técnica aporta a las vigentes un claro beneficio estético al reducir a una las incisiones.

FIBROADENOMA DE MAMA ECTÓPICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA MASA AXILAR SOLITARIA

Prat Calero A; Stoyanov T; Valero-Liñán A; Rueda-Martínez J; Abad Martínez M; Moreno-Flores B; García del Pozo J; Cascales Sánchez P
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. España

Introducción: La presencia de tejido mamario ectópico no es una situación infrecuente (6% de mujeres), siendo más raro el desarrollo de lesiones. Suele aparecer en la línea de desarrollo mamario siendo menos frecuentes en las nalgas, parte posterior del cuello, cara, brazo, hombro o línea media dorsal. La mayoría de las pacientes suelen diagnosticarse durante el embarazo o puerperio ya que es objeto de los mismos cambios hormonales que el tejido mamario normal, por lo tanto susceptible de desarrollar las mismas lesiones.

Objetivo: Comunicar el caso de una mujer con masa axilar solitaria sospechosa de adenopatía, por lo que se realizó biopsia escisional. La AP informó de fibroadenoma en mama ectópica.

Material y métodos: Mujer de 40 años que presenta desde hace 6 meses masa axilar derecha indurada, no dolorosa, que aumenta progresivamente de tamaño. El examen mamario fue normal. Ante la sospecha de adenopatía se decide biopsia escisional.

Resultados: La AP informa de fibroadenoma en tejido mamario ectópico sin evidencias de malignidad y resección completa. Actualmente asintomática y sin evidencias de recidiva.

Conclusiones: El tejido mamario ectópico es una situación relativamente frecuente por lo que hay que pensar en él ante una masa axilar solitaria. El diagnóstico es sugerido por la historia de cambios cíclicos durante el período menstrual o la aparición inicial durante el embarazo. El diagnóstico de fibroa-

denoma es más fácil si existe complejo areola-pezones (mama supernumeraria), mientras que si no existe (tejido mamario ectópico), el diagnóstico de adenopatía es la primera opción. Existe mayor incidencia de lesiones malignas en tejido mamario ectópico en comparación con mamas supernumerarias. La prueba complementaria de elección es la ecografía, diagnóstica en caso de fibroadenoma, pero que puede ser inadecuada en localizaciones ectópicas debido al escaso tejido mamario alrededor de la masa. El tratamiento de las pacientes que se diagnostican durante el embarazo es conservador a menos que haya sospecha de malignidad. Las mujeres asintomáticas deben someterse a los mismos controles que para la mama normal. En caso de lesiones sintomáticas está indicada la tumorectomía. En casos de malignidad hay que seguir el mismo protocolo que para el cáncer de mama.

VALIDEZ DIAGNÓSTICA DE LA PUNCIÓN CON AGUJA FINA EN LA DETECCIÓN DE METÁSTASIS AXILARES EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

Díaz-Ruiz M¹; Arnau A²; Soldevila A¹; Monmany R¹; Coll D¹; Valencoso O¹; Trullas J¹; Yanguas C¹

¹Fundació Althaia, Xarxa Assistencial de Manresa, Servicio de Radiología; ²Fundació Althaia, Xarxa Assistencial de Manresa, Unidad de Innovación e Investigación. Barcelona, España

Objetivos: Evaluar la validez diagnóstica de la punción axilar con aguja fina (PAAF) en la detección de metástasis axilares para el estadiaje quirúrgico del cáncer de mama (CM) y evaluar el impacto en la decisión terapéutica.

Material y métodos: Estudio prospectivo de la ecografía axilar de 341 axilas correspondientes a 332 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama entre julio de 2005 y junio de 2009 que posteriormente fueron operadas. A las pacientes a las que se visualizaron ganglios axilares sospechosos se les realizó una PAAF. A las pacientes con PAAF positiva para metástasis de CM se les practicó linfadenectomía axilar. Las pacientes con ecografía o PAAF negativa y tumores mamarios ≤ 30 mm fueron candidatas a biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC). Como prueba de referencia se consideró el resultado anatomopatológico de la linfadenectomía o de la BSGC.

Resultados: La edad media fue 61,9 años (DE 14,1) con un 98,8% de mujeres. De las 341 axilas evaluadas mediante ecografía se observaron ganglios sospechosos en 172 (50,4%). De éstas, 79 axilas (52,3%) fueron positivas para la PAAF y se les practicó una linfadenectomía. En 151 (44,3%) de las 341 axilas se halló afectación metastásica en la linfadenectomía o BSGC. La PAAF presentó una sensibilidad del 77,5%, especificidad del 100%, valor predictivo positivo de 100%, valor predictivo negativo de 69,3%, y una validez diagnóstica del 85,1%. En el 10,6% de las pacientes con ganglios de aspecto benigno la PAAF fue positiva para metástasis. La PAAF evitó el 18,1% de las BSGC, practicándose en estas pacientes una linfadenectomía. El 51% de las linfadenectomías post-BSGC fueron diferidas.

Conclusiones: La PAAF es una técnica útil en el estadiaje quirúrgico de las pacientes con CM que disminuye el

número de BSGC y cuando es positiva, nos ofrece un diagnóstico axilar rápido y más económico.

INTRAOPERATIVE SENTINEL NODE IN BREAST CANCER: BENEFITS FOR PATIENT, PROFESSIONAL AND INSTITUTION

Cano-Muñoz R; Bernet-Vegué L²; Morell-Quadreny L¹; Casterá-March A³; Martínez-Benaclocha M²

¹Pathology, Hospital de La Ribera., ²Pathology Hospital Lluís Alcanyis; ³Surgery Hospital de La Ribera. Valencia, España

Introduction: Conservative breast cancer surgery by selective sentinel node (SN) procedure has been accepted as adequate staging procedure however depending on how it is performed, either delayed or not exhaustive histopathological, many patients may need a second surgery for axillary lymphadenectomy (ALA). The more sensitive, specific and exhaustive besides intra-operative method the less second axillary surgeries should be performed.

Objectives: To evaluate the efficiency of an intra-operative molecular diagnostic method that combines high levels of both sensitivity and specificity by comparing its costs against the costs of a second programmed surgery.

Material and methods: A new molecular method based on isothermal one step nucleic acid amplification (OSNA) of cytokeratin19 messenger ribonucleic acid (mRNA) is used for the work up and diagnosis of SN. The cost of the reactive used in the procedure are compared to the cost of a second delayed surgery.

Results: The combined cost of materials needed to perform thirty (30) lymph nodes which include reactive, tests tubes, is of € 15.412,50. This means that one lymph node, which is the usual, besides consensus, for each patient has a cost of € 513,75. In the Spanish Health System, an axillary surgery has a value that ranges between € 2.325,75 and € 5.156,36 depending on the difficulty and possible complications of the surgical procedure. Obviously the costs balance is beneficial for the institution. Efficiency could still be improved if operating room booking is adapted to schedule up to four patients with SN per session. Besides, the surgeon solves the case in one single episode and best of all, the patient, adequately informed previously, undergoes the appropriate surgical procedure, whether only SN or SN plus ALA in one single session.

Conclusions: Intra-operative Sentinel Node diagnosis performed with the OSNA molecular method is beneficial for all the parts involved in the process (patient, surgeon and institution).

CARCINOMA IN ECTOPIC BREAST TISSUE

Tresserra F¹; Domínguez M¹; Martínez M¹; Fabra G¹; Fernández-Cid C¹; Castilla M¹; Úbeda B²; Fábregas R³

¹USP Institut Universitari Dexeus, Service of Pathology and Cytology; ²USP Institut Universitari Dexeus, Service of Imaging Diagnosis; ³USP Institut Universitari Dexeus, Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine. Barcelona, España

Introduction: Ectopic breast tissue (EBT) can be found along the mammary line that goes from the axilla to the groin. Its incidence in females ranges from 1 to 6 %. In EBT can occur the same lesion seen in the normal located breast, including carcinoma. The most frequent location of these carcinomas is the axilla, but also can be seen in subclavicular, inframammary and vulvar region. Infiltrating ductal carcinoma is the most common histological type, but medullary, papillary and infiltrating lobular carcinomas have been also reported.

Material and methods: Since 1996, 1570 breast carcinomas in females have been diagnosed at our Institution, four of them involving EBT. The clinical, cytological and pathologic aspects of these cases are reviewed.

Results: Patient's age was 50 to 65 year. The localization was left inframammary in one case and axillary in three. Mammographically the lesion presented as a nodule in all cases. Ultrasonography showed a nodule in two cases and ectopic breast tissue in two. Cytological diagnosis was adenocarcinoma in two cases and benign in other two. The treatment was local wide excision with ipsilateral lymphadenectomy including the inframammary case. Sentinel lymph node biopsy was done in only one case. The size tumor ranged from 0.7 to 1.1 cm and one of them in the axilla was multifocal. All cases were infiltrating duct carcinoma. Intraductal carcinoma was seen in only one case. Histological grade was 2 in three cases and 1 in one. Only in one case the ipsilateral breast was biopsied showing fibrocystic disease. Other patient had been diagnosed of infiltrating duct carcinoma in the ipsilateral breast one year ago. Lymph node metastases could be detected in axillary lymph node in two cases. Three patients are alive and free of disease after 1, 2 and 9 years. One patient died of disease 2 years after diagnosis.

Conclusion: Ductal carcinoma can also occur in EBT. Its treatment is local wide excision with regional lymphadenectomy. SLNB can help to determine the drainage of the tumor in rare locations. The prognosis is the same of the breast carcinoma in its normal localization.

PHYLLODES TUMOR OF THE BREAST: CYTOLOGIC DIAGNOSIS

Fabra G¹; Tresserra F¹; Browne J²; Castella M¹; Domínguez M¹; Fernández-Cid C¹; Ramos C¹; Serrano M¹

¹USP- Institut Universitari Dexeus, Service of Pathology and Cytology; ²USP- Institut Universitari Dexeus. Barcelona, España

Introduction: Phyllodes tumor (PT) of the breast is a well circumscribed biphasic lesion with an epithelial component with leaf-like pattern and a stromal proliferation with variable atypical degrees. It was first reported in 1838 by J. Müller. It is more frequent in Caucasian Latin women, usually unilateral and the incidence of benign PT is higher in younger patients that malignant ones. It has also been described in males.

Material and methods: Four cases of PT have been diagnosed cytologically in our Service from December 2009 until February 2010. The clinical, radiologic, cytologic and pathologic findings of these 4 cases are reviewed.

Results: The age ranged from 29 to 60. Three lesions appeared as a clinically palpable nodule with well circumscribed boundary. Mammographically the tumor was well delimited in all cases measuring from 2.4 to 4 cm. Ultrasonography showed a solid nodule also in all cases. Axillary study was negative in the 4 patients. Cytologically a biphasic cellularity could be detected, epithelial and stromal. The epithelial component showed high density with leaf-like arrangement or in monolayered sheets with hyperplastic features. Stromal cells were enlarged with fine chromatin. Bipolar nuclei were observed. A metachromatic matrix was also present. The pathologic diagnosis of the 4 lesions was: Phyllodes fibroadenoma, benign PT, borderline PT and fibroadenoma.

Conclusions: Cytology is a useful technique for PT diagnosis. Mixoid stroma is seen both in PT and fibroadenomas and it can induce diagnostic confusion. The stroma in PT can be hyperplastic and the cells show cytoplasm and in fibroadenoma there is a predominance of bipolar nuclei.

TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES DE MAMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Muñoz-Díaz M¹; Noguero-Meseguer R¹; Martín-Gutiérrez S¹; Carpintero-Franco R¹; Villarejo-Ramos T²; Nevado M¹

Servicios de ¹Ginecología, ²Radiodiagnóstico ³Anatomía Patológica. Hospital Infanta Cristina, Alcorcón, Madrid, España

Introducción: El tumor de células granulares es un tumor benigno, infrecuente derivado de las células de Schwann de los nervios periféricos. Afecta a mujeres entre 30-50 años. Se presenta con mayor frecuencia en cabeza y cuello, siendo excepcional su localización mamaria (5-8%), en donde puede simular un carcinoma. El tratamiento consiste en la exéresis de la lesión. En una proporción inferior al 1% el tumor puede ser maligno pudiendo metastatizar vía linfática a pulmón, hígado o hueso.

Objetivo: Evaluación diagnóstica de un tumor poco frecuente.

Material y métodos: Se presenta un caso de tumor de células granulares de localización mamaria, diagnosticado en la unidad de mama del Hospital Infanta Cristina.

Resultados: Paciente de 61 años que consultó por nódulo palpable en mama izquierda de reciente aparición. Sin antecedentes familiares, ni personales de interés. A la exploración presentó un nódulo en línea de intercuadrantes de mama izquierda de 1,5 cm, de consistencia dura, con retracción de la piel. La mamografía fue informada de densidad focal asimétrica en mama derecha y mama izquierda sin hallazgos patológicos. BIRADS 0. La ecografía mostró una imagen nodular, hipocóica, de borde irregular, heterogénea de 6 mm, en la mama izquierda. BIRADS 4. Se realizó BAG de dicho nódulo. La anatomía patológica informó de grupos de células sin atipias, citoplasma amplio, granular y eosinófilo, con núcleo pequeño, con pequeño nucleolo. Se realizó estudio inmunohistoquímico, apreciándose expresión en las células descritas para S-100, con negatividad para citoqueratinas (AE1/AE3) y CEA. El diagnóstico de sospecha fue tumor de células granu-

lares. Ante dichos hallazgos se realizó biopsia diferida. En la pieza de tumorectomía se identificó una lesión estrellada de 1 cm de diámetro máximo, cuya anatomía patológica fue concordante con el diagnóstico previo.

Conclusiones: El tumor de células granulares, mioblastoma, neuroma de células granulares, neurofibroma de células granulares o schwannoma de células granulares puede simular tanto por la exploración clínica, como por las pruebas de imagen un carcinoma de mama. Es fundamental hacer el diagnóstico diferencial con dicha entidad.

LINFADENOPATIAS AXILARES POR SILICONA. UNA PATOLOGÍA CADA VEZ MAS FRECUENTE

Hernández-Ramos A¹; Román-Santamaría J²; Moreno Elola-Olaso A²; Franco-Góngora J¹; Benito-Arjonilla E¹; Merchán M²; Romay-Bello A³; Martínez-Brell M¹

¹Cirugía Plástica y Reparadora; ²Ginecología (Patología Mamaria); ³Ginecología; ⁴Cirugía Plástica y Reparadora. Hospital Clínico San Carlos. Madrid, España

La linfadenopatía axilar por silicona es una entidad cada vez más frecuente, debido a un creciente número de pacientes portadoras de implantes durante largo tiempo.

Material y métodos: Se presentan cuatro casos de mujeres con edades comprendidas entre los 48 y 58 años que han sido intervenidas en colaboración con el Servicio de Patología Mamaria por siliconomas axilares, analizando las distintas variables como clínica, tipo de implantes, vía de abordaje, plano de colocación y tiempo transcurrido desde la primera intervención. Se estudiaron como principales pruebas de imagen la mamografía y la resonancia magnética nuclear.

Conclusiones: -La aparición de silicona migrada a región axilar, no se halla relacionada en todos los casos con la rotura del implante, por lo que puede encontrarse por filtración o trasudado a través de la cubierta, lo que nos hace plantearnos la fiabilidad de las envolturas protésicas a largo plazo. -En todas las pacientes las prótesis habían sido implantadas con más de diez años de antigüedad. -La RMN se ha mostrado como la prueba de imagen más sensible para determinar la rotura del implante. -Toda adenopatía axilar en paciente portadora de una prótesis debe ser biopsiada para excluir malignidad. -Recomendamos como tratamiento la retirada de los implantes (con reemplazo de los mismos si la paciente lo desea) y extirpación completa de los ganglios afectados. -La linfadenopatía axilar por silicona es una patología que cada vez trataremos con más asiduidad.

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA INMEDIATA CON PRÓTESIS DIRECTA E INJERTO DE DERMIS ACELULAR (STRATTICE)

Hernández-Ramos A¹; Román-Santamaría J²; Moreno-Elola-Olaso A²; Merchan M²; Domínguez-Bengoas S³; Martínez-Brell M¹

Servicios de ¹Cirugía Plástica y Reparadora, ²Ginecología (Patología Mamaria), ³Estudiante de Medicina. Hospital Clínico San Carlos. Madrid, España

Introducción: La reconstrucción mamaria inmediata es una práctica cada vez más demandada en la actualidad. En la mayoría de los centros y a pesar del auge del empleo de tejido autólogo, se realiza un número elevado de reconstrucciones con implantes (expansor y prótesis o prótesis directa). Esta técnica es más sencilla, menos traumática y con menor morbilidad para la paciente. Sin embargo, es de todos conocida la mayor incidencia de complicaciones en reconstrucción inmediata que en diferida (necrosis cutánea, dehiscencia de sutura, extrusión de implante...) El uso de injerto de dermis acelular (Strattice) mejora significativamente la cobertura del implante en el polo inferior y permite en numerosas ocasiones la reconstrucción en un solo tiempo.

Material y métodos: En nuestro Servicio estamos empleando el injerto de dermis acelular Strattice desde febrero del 2010 para refuerzo del polo inferior en mastectomías ahorradoras de piel y reconstrucción inmediata. Seleccionamos pacientes delgadas en las que el colgajo de la mastectomía es muy fino y la cobertura del implante no va a ser la adecuada. Valoramos pacientes sin otra patología sistémica, sin alergias a antibióticos y con consentimiento informado detallado.

Diseño: Realizamos el diseño de la mastectomía como ahorradora de piel con patrón periareolar enfatizando en la posición del surco submamario. Con la paciente de pie, diseñamos la incisión de abordaje y el marcaje del ganglio centinela.

Conclusiones: Consideramos al igual que numerosos autores que el empleo de injerto de dermis acelular en reconstrucción inmediata permite una total cobertura del implante con la simple creación de un bolsillo subpectoral y desinserción en su zona medial disminuyendo en gran medida la posibilidad de extrusión. Facilita un mayor control en la expansión del polo inferior y asegura una posición estable del surco submamario. Permite en numerosas pacientes el empleo de prótesis directa, con lo que nos evitamos un tiempo quirúrgico y producimos un beneficio psicológico a la paciente. Es de gran utilidad en mastectomías bilaterales por la simetría que nos permite obtener. En nuestra opinión, es un arma a tener en cuenta dentro de las técnicas actuales para mejorar la calidad de los resultados y permitirnos una más rápida y segura expansión.

CÁNCER DE MAMA GESTACIONAL METASTÁSICO

Lain Llach J¹; Arcusa Lanza A²

Servicios de ¹Ginecología y Obstetricia y ²Oncología. Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona, España

Introducción: El cáncer de mama gestacional (CMG) es el que se diagnostica durante la gestación, lactancia o el primer año postparto y se presenta con una incidencia baja (1/3000 gestaciones). La diseminación metastásica coincidiendo con la gestación es aún menos frecuente y tiene mal pronóstico con una baja tasa de supervivencia a los 5 años (< 10%).

Caso Clínico: Paciente de 37 anys con antecedente de carcinoma ductal infiltrante multicéntrico de mama (CM) a los 30 anys. Mastectomía radical modificada y expansor en 1997 (pT1cN1bM0). Receptores hormonales positivos y Her2/Neu negativo. Quimioterapia adyuvante (CMF x 6 ciclos), RT (Co 60 locorreional y cadenas ganglionares) y tamoxifeno 5 años. Reconstrucción diferida con prótesis. A los 8 años del diagnóstico, al no presentar enfermedad clínicamente detectable, se planea gestación. A la semana 13 de gestación refiere cialgia, refractaria al tratamiento que motiva consulta traumatológica y por progresión del dolor se practica RMN (semana 22) donde se evidencian metástasis óseas múltiples en columna, parrilla costal, cráneo y huesos largos. El estudio de extensión no muestra enfermedad extraósea. Se inicia prednisona 30 mgr/día y se plantean opciones terapéuticas. La paciente decide seguir el embarazo. Inicia quimioterapia con epirrubicina 140 mgr y ciclofosfamida 1100 mgr (semana 28). Tras un ciclo, por mala tolerancia (semana 30), previa maduración pulmonar fetal, se obtiene una niña de 1700 g por cesárea. La evolución de madre y hija es favorable. Completa tratamiento con 4 ciclos de docetaxel 75 mgr/m² y epirrubicina 75 mgr/m², y posteriormente tratamiento hormonal con letrozol y análogos de la GnRH asociado a ácido zoledrónico. Radioterapia paliativa de la cadera izquierda. La valoración del seguimiento mostró respuesta parcial que se ha mantenido estable más de 5 años con excelente calidad de vida.

Comentario: El tratamiento del CM durante el embarazo tiene los mismos principios oncológicos: cirugía y quimioterapia con fármacos adecuados a partir del primer trimestre. La radioterapia, hormonoterapia así como los anticuerpos monoclonales están contraindicados. La gestación después de un CM no empeora el pronóstico. La aparición de un CMG se considera que tiene peor pronóstico por la demora en el diagnóstico. La interrupción de la gestación no mejora este pronóstico. El tratamiento debe ser multidisciplinario.

ACCELERATED PARTIAL BREAST IRRADIATION WITH MULTICATHETERS AFTER LUMPECTOMY

Rodríguez-Spiteri N¹; Martínez-Regueira F¹; Cambeiro-Vázquez M²; García-Manero M¹; Pina-Insauti L³; Sola Gallego J⁴; Elizalde A⁵; Bellver M⁶

¹Área de Patología Mamaria; ²Oncología Radioterápica; ³Área de patología Mamaria; ⁴Anatomía Patológica; ⁵Área de Patología Mamaria; ⁶Clínica Universidad de Navarra, Cirugía General. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona, España

Purpose: To implement an accelerated partial breast irradiation (APBI) program using catheters placed during conservative surgery for breast cancer in selected patients.

Material and methods: Between June 2007 and May 2010 29 patients have been evaluated for IPAM. Inclusion criteria were: age over 40 years, unifocal tumor, infiltrating ductal or intraductal carcinoma, tumor size smaller than 3 centimeters and no lymph node involvement.

Results: Treatment was completed in 14 patients and is contraindicated in 15: 10 before placing catheters and other 5 already in place. The reasons for cancelling the IPAM were sentinel node affection (3), extensive in situ component (3), lobular carcinoma (2), benign histology (1), positive margins (1), multifocality (1), bilateral tumor (1) and technical problems (3). The average age of treated patients was 59.46 years (range 44-77). All patients were studied preoperatively with mammography and ultrasonography; 10 cases (66%) also with MRI. The treatment schedule was as follows: conservative surgery (lumpectomy and sentinel node biopsy) with intraoperative frozen biopsy of margins and sentinel node. If the results were favorable, the radiation therapist placed catheters in the tumor bed. When you know the definitive histological result radiation therapy was administered approximately 3-6 days after surgery in two sessions daily for 5 days to complete 34 Gy in 10 sessions. The operating time was 141 minutes (range 97'-194 ') with 8.53 implanted catheters (range 5-12). The patients were hospitalized 5.3 days (range 3-11). There were no complications during surgery or radiotherapy. The tumor size was 10 mm (range 2-17). Of these 12 (80%) were infiltrating ductal and 3 (20%) intraductal carcinomas. Five patients underwent chemotherapy (33%) and in 13 (86%) hormonal therapy is recommended. Mean follow-up is 8.5 months (range 0.5 to 34). So far there have been no local or distant recurrence and the cosmetic outcome is good.

Conclusions: Accelerated partial irradiation of the breast is a feasible and safe in selected patients. Its advantages are: identification of the tumor bed during surgery, shorter radiation time from 6 to 1 week, improving the cosmetic outcome and reducing complications from radiation.

CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO. CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS

Morales-Olaya F¹; Pérez Dasí R²; Martínez Díaz F¹; Labrador Piquer T¹; Olmos Martínez T³

Servicios de ¹Radiología, ²Universidad CEU Cardenal Herrera, ³Oncología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia, España

Introducción: Los cánceres triple negativo representan el 10-15% de los cánceres de mama. Afectan a mujeres más jóvenes. Se caracterizan por ausencia de dianas terapéuticas. Normalmente son diagnosticados en estadios avanzados. El tipo histológico más frecuente es el carcinoma ductal infiltrante, con grado agresivo. Las pacientes tienen peor pronóstico, mayor riesgo de recaída y mayor índice de mortalidad.

Objetivo: Mostrar los hallazgos radiológicos en mamografía, ecografía y resonancia magnética.

Pacientes y método: Entre 2006 y 2009 se han diagnosticado en nuestro Hospital 213 cánceres TN. 153 con estudio radiológico en nuestro Centro. Resultados: Media de edad: 57,78 años, +/- 14,95 (30-92). 84,3% palpables. 132 infiltrantes (86,27 %): 124 ductales y 8 lobulillares. In situ, 6 (3,92%). 5,5% de bajo grado; 94,4% de grados 2 y 3. Estadio: T1: 33,57%; T2: 34,27%; T3: 16,78%; T4: 14,69%. Mujeres con

mamografía: 153. Con mamografía y ecografía: 75. Con mamografía, ecografía y RM, 60. Mamografía: nódulo o masa: 61,2%, microcalcificaciones: 15%, asimetría densidad: 13,7%, alteración de estructura: 3,7%. Sin hallazgos patológicos: 6,2%. BI-RADS: 63,50 BI-RADS 5; 16,06% BI-RADS 4; 16,79%, 3 y 3,65% fueron BI-RADS 2. Ecografía: 82,9% nódulo y 3,7% alteración de estructura. Nódulo más alteración de estructura 2,4%. 8,5% sin hallazgos. BI-RADS: categoría 5: 80%; 4 el 11,1%; 3 el 7,78%; y 2 el 1,1%. RM: nódulo: 46,6%. Captación heterogénea sin nódulo: 36,6%. Captación en anillo: 13,3% y asimetría de captación: 3,3%. Un 10% multicéntricos y un 10% multifocales. No encontramos ningún caso sin alteración patológica. El 70% BI-RADS 5; el 25% como 4 y el 5% como BI-RADS 3. El hallazgo mamográfico de nódulo se correspondió en RM con nódulo en el 89% de casos (de ellos 11,1% multicéntricos y 22,2% multifocales). El resto fue captación heterogénea. Cuando en mamografía fueron microcalcificaciones sospechosas en todos los casos hubo anomalía en ecografía: 76,9% nódulo y 23,1% alteración de estructura. Las microcalcificaciones se correlacionaron con alteración sospechosa en RM: nódulo y captación heterogénea. Cuando los hallazgos en mamografía no fueron concluyentes de malignidad (casos no categorizados como BI-RADS 5) en RM se encontraron siempre alteraciones sospechosas. Un 6,2% no tuvo hallazgos patológicos en mamografía. El 90% fueron palpables. Todos mostraron alteración en ecografía y RM.

Conclusiones: La presentación más habitual de los tumores TN es nódulo o masa, en mamografía, ecografía y en RM. Mayoritariamente tienen características muy sospechosas de malignidad (BI-RADS 5). Cuando la mamografía no encontró hallazgos sospechosos de malignidad sí se observaron en las otras modalidades de imagen: ecografía y RM. No se registró ningún caso sin alteración patológica en RM. Sólo un 5% fue categorizado como BI-RADS 3.

OUTPATIENT BREAST SURGERY IS SAFE: RECENT EXPERIENCE WITH 2,872 PATIENTS AT M. D. ANDERSON CANCER CENTER

Goravanchi F¹; Kowalski A¹; Kee S¹; Lucci A²; Gottumukkala V¹; Robb G³; Berger J¹; Kuerer H²
¹Anesthesiology, ²Breast Surgical Oncology, ³Plastic Surgery. MD Anderson Cancer Center. Texas, USA

Objectives: Over the last 10-years many centers in America have moved toward performing breast and reconstructive surgery as an outpatient (OP) or overnight. This practice is based on patient preference to recover at home, better anesthetic techniques, and increasingly less morbid breast surgery. We present our recent experience of outpatient breast surgery at University of Texas M. D. Anderson Cancer Center.

Material and methods: IRB approved study to collect data from breast and breast reconstructive surgery performed at the M. D. Anderson outpatient surgery center from 2008 to 2010. Patients were either discharged on the day of surgery as OP, or the following morning after spending the night at the observation unit (OBU). Discharge criteria was based on assessment vital signs, pain, nausea, ability

to eat, ambulate, urine output, and surgical dressing. If the patient did not meet discharge criteria the morning after surgery, she was transferred to the hospital ward (SDA). Surgical and anesthetic complications during the 1st 3 post-operative days were collected. Routine patient follow-up was done by the nursing staff by telephone calls the following day, with post-operative clinic visits from day 7 to 10. Patients either received general anesthesia, paravertebral block (PVB) as a regional anesthesia technique along with general anesthesia, or PVB along with sedation. PVB anesthesia was not offered to patients having only segmental mastectomy.

Results: The total number of the patients during this period of time is 2,872. Patients received surgery: Table I: Type of surgery and ratio of types table II: Anesthesia choice and duration of hospital stay * admitted to hospital as SDA secondary to pain management ** admitted to the hospital for social reasons/ patient preference table III Complications

Conclusions: Outpatient breast surgery and use of Paravertebral block can be accomplished with minimal complication rates in an outpatient setting. The majority of the patients were discharged home the day of surgery or the following morning without compromise to patient safety.

Table I

TYPE OF SURGICAL PROCEDURE	NUMBER OF CASES	PERCENT OF TOTAL
Segmental Mastectomy alone	537	18.7
Total Mastectomy	521	18.1
Total Mastectomy with Tissue Expander	201	7
Axillary or Sentinel Node Dissection alone	108	3.7
Segmental with axillary surgery	718	25
Breast Implant Placement or Exchange	454	15.8
Mastopexy	281	9.7
Combination of multiple procedures	45	1.7

Table II

	GENERAL ANESTHESIA	PVB	TOTAL PATIENTS
Number of Patients	2057 (71.6%)	815 (28.4%)	2872 (100%)
OP	1350 (83.9%)	259 (16.1%)	1609 (56.0%)
OBU	706 (56.0%)	555 (44.4%)	1261 (43.9%)
SDA	1 (0.05%)*	1 (0.12)**	2 (0.08)

Table III

COMPLICATION	
Anesthesia-related	4 Pneumothoraciacs: 3 received chest tubes 1 observed and followed with CXRs
Surgical-related	9 Hematomas: evacuated DOS or following morning
	total 2872 cases

UTILIDAD DE LA ELASTOGRAFÍA COMO TÉCNICA COMPLEMENTARIA DE LA ECOGRAFÍA CONVENCIONAL EN LESIONES MAMARIAS BI-RADS 3

Navarro B¹; Úbeda B¹; Vallespí M¹; Wolf C¹; CasasL¹; Browne J¹; Tresserra F²; Rodríguez I³

¹Diagnóstico Ginecológico por Imagen. Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción; ²Departamento de Anatomía Patológica; ³Unidad de Estadística y Epidemiología. Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción. Institut Universitari Dexeus. Barcelona, España

Objetivos: Analizar la aportación de la elastografía como técnica complementaria de la ecografía en modo B en el manejo de las lesiones mamarias clasificadas como BI-RADS 3 (probablemente benignas), siendo el diagnóstico cito-histológico el estándar de referencia.

Material y métodos: Se revisan de forma retrospectiva 45 lesiones mamarias clasificadas como BI-RADS 3 (American College of Radiology, Breast Imaging Reporting and Data System) examinadas con ecografía en modo B y posteriormente con elastografía. El grado de elasticidad de las lesiones se puntuó del 1 al 5 según la escala de Ueno (1-3: benignas; 4-5: malignas). El estándar de referencia fue el diagnóstico citológico obtenido tras punción aspiración con aguja fina y/o el resultado histológico de la biopsia con aguja gruesa o biopsia quirúrgica.

Resultados: La elastografía, en este grupo de lesiones, presentó una sensibilidad de 50%, especificidad de 90.7%, valor predictivo positivo de 20% y valor predictivo negativo de 97.5%. 43 de las 45 lesiones BI-RADS 3 (95.6%) fueron citológica y/o histológicamente benignas; las dos restantes (4.4%) fueron histológicamente malignas. 39 de las 43 lesiones benignas presentaban una puntuación elastográfica benigna (entre 1 y 3) y las 4 restantes tenían puntuación 4 (falsos positivos elastográficos). Todas las lesiones con puntuación elastográfica entre 1 y 3 fueron cito/histológicamente benignas excepto un caso, con diagnóstico histológico de carcinoma ductal infiltrante (falso negativo ecográfico y elastográfico).

Conclusiones: Nuestros resultados indican que la elastografía puede ser de utilidad como técnica complementaria de la ecografía convencional en lesiones mamarias clasificadas como BI-RADS 3. La alta concordancia entre elastografía y cito/histología en el diagnóstico de estas lesiones podría disminuir el número de biopsias innecesarias y permitiría orientar a estas pacientes de bajo riesgo radiológico-ecográfico hacia un seguimiento.

ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS INMUNOHISTOQUÍMICAS DE PACIENTES TRATADAS DE CÁNCER DE MAMA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA PERU

Pinto-Paz M¹; Vigil-Rojas C²; Guerra Millar H³

¹Hospital de Emergencias Grau EsSalud, Cirugía General; ²Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Cirugía Oncológica; ³Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Patología. Lima, Perú

Introducción: El cáncer de mama es una enfermedad cuya valoración pronóstica clásica se ha basado en parámetros clínicos e histopatológicos. En la actualidad, además de la clasificación de TNM, existen los estudios de biología molecular con microarrays, muy costosos y no aplicables en nuestro medio. Es por eso la necesidad de establecer perfiles inmunohistoquímicos a partir de la expresión de receptores hormonales y de la expresión de Her2neu y determinar si existe una utilidad de valor pronóstico.

Objetivo: Establecer una clasificación del cáncer de mama, según las características inmunofenotípicas determinadas por inmunohistoquímica de todas las muestras tumorales del presente estudio.

Materiales y métodos: Se consideraron 356 mujeres con cáncer de mama, en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 1998. Se determinó la presencia de Receptores de Estrógeno (RE), Receptores de progesterona (RP) y C-erB-2 mediante inmunohistoquímica, método DAKO Systems. Se han definido los siguientes 4 perfiles inmunohistoquímicos: Luminal A, Luminal B, Her2neu y Triple Negativo. El análisis estadístico utilizó la prueba de chi cuadrado y análisis de sobrevivencia con regresión de Cox.

Resultados: En este estudio se encontró 217 (61%) de los 356 casos correspondientes a un inmunofenotipo luminal, de los que el 34 % fueron del grupo luminal A y 96 (27%) del luminal B; 99 (28%) casos fueron del inmunofenotipo triple negativo y 40 (11%) fueron Her2-neu positivo. Los subtipos Her2neu y triple negativo están asociados a un alto grado nuclear y una mayor afectación ganglionar, con peor pronóstico. Las pacientes con inmunofenotipo luminal A tienen mayor sobrevida que los otros inmunofenotipos, con diferencia estadísticamente significativa.

Conclusiones: Existe diferencia en el inmunofenotipo tumoral del cáncer de mama, de tal forma que la clasificación mediante estos criterios se pudiera relacionar con la clasificación molecular del cáncer de mama, y permite poder precisar diferentes factores pronósticos y precisar distintas estrategias terapéuticas.

INFLUENCIA DEL AMBIENTE HORMONAL ESTEROIDEO EN PACIENTES POSTMENOPAUSICAS CON CÁNCER DE MAMA

Martín-Gutiérrez S; Muñoz-Díaz M; Carpintero-Franco R; Noguero Meseguer M

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Infanta Cristina. Móstoles, Madrid, España

Introducción: El ambiente hormonal en el que se desarrolla el cáncer de mama influye en la biología y el comportamiento clínico del tumor, especialmente en las pacientes postmenopáusicas.

Objetivos: El objetivo de este trabajo ha sido estudiar en pacientes postmenopáusicas diagnosticadas de cáncer de mama, la correlación entre los niveles séricos hormonas circulantes y las características clínicas y biológicas de los tumores encontrados.

Material y métodos: Previamente a la cirugía, se determinaron los niveles séricos de FSH, LH, 17-beta-estradiol, progesterona y prolactina en 161 pacientes postmenopáusicas con cáncer de mama. Se estudió el grado de afectación axilar de los tumores, el tamaño, el grado histológico y el grado nuclear, así como los siguientes factores moleculares: receptores hormonales de estrógenos y progesterona (RE y RP), ki67, c-erb-B2, p53, expresión de Bax y Bcl-2 mediante técnicas de inmunohistoquímica y la ploidía mediante técnicas de citometría de flujo. Para el análisis de correlación entre las variables continuas del trabajo, hemos utilizado el test de Spearman, considerando que los resultados eran estadísticamente significativos cuando la probabilidad de que fueran debidos al azar fuera menor del 5% ($p < 0.05$).

Resultados: La mediana de las hormonas circulantes en sangre periférica fue la siguiente: FSH 62.9 mIU/ml, LH 25.7 mIU/ml, estradiol 16 pg/ml, progesterona 0.7 pg/ml y prolactina 7.8 ng/ml. Hemos encontrado que en las pacientes postmenopáusicas, los niveles circulantes de estradiol mostraban una correlación inversa respecto a la sobreexpresión tumoral del oncogen c-erb-B2 ($p: 0,03$) y de la proteína proapoptótica Bax ($p: 0,0091$). Observamos que los niveles de FSH mostraron una correlación inversa ($p: 0,041$) respecto al estradiol. Encontramos también, una correlación directa entre los niveles circulantes de progesterona y de estradiol, en nuestro grupo de pacientes.

Conclusiones: Los niveles circulantes de estradiol en pacientes postmenopáusicas con cáncer de mama, parecen asociarse a un fenotipo de tumor menos agresivo.

CÁNCER DE MAMA GESTACIONAL METASTÁSICO

Laín-Llach J¹; Arcusa-Lanza A²

Servicios de ¹Ginecología y Obstetricia, ²Oncología. Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona, España

Introducción: El cáncer de mama gestacional (CMG) es el que se diagnostica durante la gestación, lactancia o el primer año postparto y se presenta con una incidencia baja (1/3000 gestaciones). La diseminación metastásica coincidiendo con la gestación es aún menos frecuente y tiene mal pronóstico con una baja tasa de supervivencia a los 5 a (< 10%).

Caso clínico: Paciente de 37 anys con antecedente de carcinoma ductal infiltrante multicéntrico de mama (CM) a los 30 anys. Mastectomía radical modificada y expansor en 1997 (pT1cN1bM0). Receptores hormonales positivos y Her2/Neu negativo. Quimioterapia adyuvante (CMF x 6 ciclos), RT (Co 60 locorregional y cadenas ganglionares) y tamoxifeno 5 años. Reconstrucción diferida con prótesis. A los 8 años del diagnóstico, al no presentar enfermedad clínicamente detectable, se planea gestación. A la semana 13 de gestación refiere cialgia, refractaria al tratamiento que motiva consulta traumatológica y por progresión del dolor se practica RMN (semana 22) donde se evidencian metástasis óseas múltiples en columna, parrilla costal, cráneo y huesos

largos. El estudio de extensión no muestra enfermedad extraósea. Se inicia prednisona 30 mgr/día y se plantean opciones terapéuticas. La paciente decide seguir el embarazo. Inicia quimioterapia con epirubicina 140 mgr y ciclofosfamida 1.100 mgr (semana 28). Tras un ciclo, por mala tolerancia (semana 30), previa maduración pulmonar fetal, se obtiene una niña de 1700 gr. por cesària. La evolución de madre e hija es favorable. Completa tratamiento con 4 ciclos de docetaxel 75 mgr/m² y epirubicina 75 mgr/m², y posteriormente tratamiento hormonal con letrozol y análogos de la GnRH asociado a ácido zoledronico. Radioterapia paliativa de la cadera izquierda. La valoración del seguimiento mostró respuesta parcial que se ha mantenido estable más de 5 años con excelente calidad de vida.

Conclusiones: El tratamiento del CM durante el embarazo tiene los mismos principios oncológicos: cirugía y quimioterapia con fármacos adecuados a partir del primer trimestre. La radioterapia, hormonoterapia así como los anticuerpos monoclonales están contraindicados. La gestación después de un CM no empeora el pronóstico. La aparición de un CMG se considera que tiene peor pronóstico por la demora en el diagnóstico. La interrupción de la gestación no mejora este pronóstico. El tratamiento debe ser multidisciplinario.

BENEFICIOS DE LOS BLOQUEOS TORÁCICOS EN CIRUGÍA DE MAMA

Martínez-Mateu E¹; Salazar-Zamorano C¹; Scozzari E²; Naranjo-Ramírez F²; Casanovas-Catot P¹; Fulquet-Monet J¹,
Servicios de ¹Anestesiología y Reanimación, ²Ginecología y obstetrica. Hospital de Figueres, Fundació Salut Empordà. Gerona, España

Introducción: Los bloqueos epidurales y paravertebrales a nivel torácico son técnicas anestésicas válidas para el manejo del dolor intra y postoperatorio en cirugía mamaria (1-3). Disminuyen la aparición de dolor neuropático (1-3) y, además, estudios preliminares sugieren que podrían disminuir la recurrencia de metástasis en el cáncer de mama (4).

Material y métodos: Estudio observacional con 30 pacientes sometidas a cirugía oncológica y/o reconstructiva de mama. Antes de la intervención se les realiza un bloqueo paravertebral o epidural, según el procedimiento, con la colocación de un catéter conectado a una bomba de anestésico local en perfusión continua durante 48 horas. Variables evaluadas: incidencias técnicas, tipo de cirugía, valoración del dolor (Escala visual analógica: EVA 0 no dolor hasta EVA 10 dolor insoportable) a la llegada y al alta de la unidad de reanimación postanestésica (URPA) y a las 24 y 48 horas de postoperatorio, tolerancia oral e incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO), capacidad de deambulación precoz (< 12 horas) y satisfacción de la atención recibida (0-10).

Resultados: -Incidencias: 1 cuadro vagal durante la colocación del catéter y 1 hipotensión intraoperatoria corregida. Exclusión del estudio de 3 pacientes: 2 por pérdida del catéter en el postoperatorio y 1 por punción difícil con imposibilidad de introducción del catéter epidural. -Tipo de cirugía,

ver tabla. -Dolor: En los 4 momentos de valoración, un 93,3% de las pacientes no refirió dolor o presentó un dolor leve (EVA \leq 3) que no precisó analgesia suplementaria. Dos pacientes requirieron analgesia endovenosa adicional por dolor moderado (EVA 4-6). -Incidencia de NVPO: 16,7% (5 pacientes) aunque sólo en 6,7% de éstas la tolerancia oral se demoró más de 12 horas. -Deambulación precoz en un 96,7%. Una paciente tardó >24 horas por NVPO. -Satisfacción de la atención recibida (0-10): Puntuación máxima (10) en 93,3% de los casos, en el resto puntuación > 7.

Conclusiones: El bloqueo paravertebral/epidural proporciona una analgesia de calidad en el postoperatorio, sin necesidad de analgesia endovenosa adicional y con una incidencia baja de NVPO, lo que facilita un inicio precoz de la tolerancia oral. Permite una deambulación rápida y mejora la percepción de la paciente sobre la atención recibida.

Bibliografía

1. McElwain, et al. *Anesth Analg* 2008; 107(2): 665-8.
2. Cox, et al. *J. Perioper Pract* 2008; 18(11): 491-6.
3. Shapiro T. *Curr Opin Anaesthesiol* 2008; 21(16): 704-10.
4. Exadakkykis, et al. *Anesthesiology* 2006; 105(4): 660-4.

ESTUDIO HISTOLÓGICO VERSUS MOLECULAR DEL GANGLIO CENTINELA EN EL CÁNCER DE MAMA

Tello A; Miguel MB; Lanchas I; Montero J; García-Arcal D; Cáceres M; Velasco A; Duque JJ

Servicio de Obstetricia y Ginecología Complejo Asistencial de Burgos, España

Introducción: El estudio anatomopatológico (A-P) del ganglio centinela (GC) se realiza mediante el empleo de cortes seriados y técnicas de inmunohistoquímica, con mayor capacidad de detectar micrometástasis que la técnica convencional. Se está implantando de forma progresiva técnicas de biología molecular como One-step-Nucleid-Acid-Amplification (OSNA) para el análisis del GC en el cáncer de mama.

Objetivo: Comparar los resultados del GC en el cáncer de mama con el estudio histológico respecto al OSNA.

Material y método: Se estudiaron de forma retrospectiva 334 pacientes (un varón) diagnosticados de cáncer de mama en estadio I y II sin afectación axilar, a los que se practicó la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) seguida de linfadenectomía axilar completa cuando el GC tuviera macro o micrometástasis. A 241 pacientes se realizó el análisis del GC por estudio histológico y a 93 por molecular. La edad media de los pacientes fue de 52,73 años (rango: 29-86).

Resultados: De los 241 pacientes con estudio histológico del GC fueron positivos 52 pacientes, 36 macrometástasis (14,9%) y 16 micrometástasis (7%). De los 93 pacientes con estudio del GC por OSNA se obtuvieron 37 pacientes positivos, 20 pacientes con macrometástasis (21,5%) y 17 con micrometástasis (18,27%). Se ha realizado la prueba Chi² obteniéndose un resultado de 9,15: p=0,003. La probabilidad de detectar metástasis tanto macroscópicas como microscópicas es 1,71 veces superior

con el método OSNA (RR=1,71 IC95%:1,22-2,4). La probabilidad de detectar micrometástasis es 2,2 veces superior con el OSNA (RR=2,2 IC 95%: 1,21-4,02).

Conclusiones: El método OSNA detecta significativamente más metástasis en el GC, sobre todo micrometástasis, respecto al método histológico.

RELACIÓN ENTRE MICROMETÁSTASIS EN GANGLIO CENTINELA (GC) Y LINFADENECTOMÍA AXILAR POSITIVA EN EL CÁNCER DE MAMA EN ESTADIO INICIAL

Tello A; Lanchas I; Miguel MB; Montero J; García-Arcal D; Cáceres M; Velasco A; Duque JJ

Servicio de Obstetricia y Ginecología Complejo Asistencial de Burgos, España

Introducción: La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) es la mejor herramienta en el estadiaje axilar en el cáncer de mama, evitando linfadenectomías innecesarias cuando el GC es negativo. El análisis cito-histopatológico y con técnicas de biología molecular del GC permite detectar micrometástasis y células aisladas en mayor medida que el análisis anatomopatológico (A-P) convencional de la denostada linfadenectomía sistemática. Según algunos estudios publicados, las micrometástasis en el GC se asocia a baja incidencia de afectación metastásica en el resto de los ganglios de la linfadenectomía, apuntando la posibilidad de evitarla en estos casos.

Objetivo: Valorar la incidencia de metástasis (macro-micro) en ganglios del vaciamiento axilar completo cuando el GC es positivo para micrometástasis, en nuestra Unidad de Mama.

Material y método: Se estudiaron de forma retrospectiva 334 pacientes (un varón) diagnosticados de cáncer de mama en estadio I y II sin afectación axilar, a los que se realizó la BSGC seguida de linfadenectomía axilar completa cuando el GC tuviera macro o micrometástasis, por estudio histológico o molecular. La edad media de los pacientes fue de 52,73 años (rango: 29-86).

Resultados: 89 pacientes (27%) tuvieron GC positivo para invasión tumoral, de los cuales 33 pacientes (10%) mostraron micrometástasis en el GC. De estos 33 pacientes 8 (24%) presentaron macro o micrometástasis en ganglios de la linfadenectomía.

Conclusion: Dada la alta prevalencia de metástasis en ganglios del vaciamiento axilar cuando el GC evidencia micrometástasis, en nuestra Unidad de Mama no se debe prescindir de dicha linfadenectomía en estos casos.

UTILIDAD DEL SPECT-CT EN LA CIRUGÍA DEL CÁNCER DE MAMA

Pérez-Martínez J; Gómez-Fuentes J; Guerrero M; Rodríguez-Alonso J; Carbona-Calvo B

Servicio de Cirugía, Empresa Pública Hospital del Poniente. Medicina Nuclear. Hospital Torrecárdenas. Almería, España

Introducción: La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) es el procedimiento de elección en el estadiaje locorregional del cáncer de mama. Nuestro grupo realiza esta técnica de forma continuada desde marzo del 2009 hasta el corriente. El Spect-CT permite adquirir simultáneamente una imagen morfoestructural de baja dosis (TAC) y un estudio de imagen funcional (SPECT), tomografía computerizada por emisión de fotón único, sin necesidad de mover al paciente, y obtener una imagen compuesta morfofuncional precisa. La adquisición combinada de imágenes posibilita una corrección de atenuación más exacta, y así puede ofrecer una excelente localización anatómica que no era posible hasta ahora con las gammacámaras convencionales.

Objetivo: El objetivo de este estudio es determinar la concordancia de los métodos de imagen prequirúrgica del ganglio centinela con los hallazgos en la cirugía, y evaluar las ventajas que ofrece el estudio SPECT-TAC respecto a la gammagrafía planar convencional en la identificación y localización de los ganglios centinela.

Material y métodos: Durante el periodo comprendido entre marzo del 2009 hasta marzo del 2010 han sido intervenidas un total de 89 pacientes con diagnóstico de Cáncer de mama en nuestro centro. En 42 de ellas se indicó la realización de la BSGC para el estadiaje locorregional de la enfermedad tanto como tratamiento definitivo o bien como biopsia para estadiaje previo a un tratamiento neoadyuvante. El día previo a la intervención se les administró el radiofármaco: ^{99m}Tc -Nanocoloides (IBA molecular), por medio de una inyección peritumoral si la lesión era palpable, o periareolar si no lo era. A la mañana siguiente (protocolo largo), y antes de la cirugía fueron obtenidas las imágenes: un estudio combinado mediante linfogammagrafía planar con proyecciones anterior, oblicua y lateral del lado de la lesión, y un estudio tomográfico SPECT-TAC, en un equipo híbrido Gammacámara-CT Symbia (General Electric Medical Systems). Durante la cirugía, se empleó para la localización axilar de los ganglios centinelas una sonda detectora Gammprobe.

Resultados: Del total de las pacientes consideradas, en 36 pudo demostrarse la presencia de focos de actividad axilar (uno o más ganglios centinela) tanto en el estudio planar como en el tomográfico, mientras que en las 6 restantes solo fueron detectados en el estudio tomográfico (SPECT-CT). En todos los casos pudo localizarse uno o más ganglios centinela durante el acto quirúrgico. Realizamos estudio comparativo entre los dos grupos (1 linfogammagrafía planar) (2 Spect CT) y comparamos con los especímenes obtenidos quirúrgicamente evidenciando, en nuestra experiencia, una mayor correlación clínico radiológica con la utilización de la técnica tomográfica.

MODIFICACIONES TÉCNICAS PREOPERATORIAS EN EL MARCAJE DE LESIONES MAMARIAS NO PALPABLES SUSCEPTIBLES DE BIOPSIA QUIRÚRGICA

Pérez Martínez J¹; Espada J²; Sánchez-Sánchez J²; Villarejo-Ordóñez A²; Rodríguez-Alonso J¹; Carbona-Calvo B¹
Servicio de ¹Cirugía, ²Radiodiagnóstico. Empresa Pública Hospital del Poniente. Almería, España

Introducción: Presentamos nuestra técnica de marcaje en la biopsia de lesiones no palpables de la mama así como el resultado de la misma. Ante la presencia de una lesión no palpable de la mama, nuestra técnica habitual reside en la marcación con marcador radiológico (v.g. Arpón) el cual es colocado en el seno de la lesión o bien en las proximidades de la misma mediante control ecográfico.

Material y métodos: Debido a las peculiares características de la colocación de un marcador en un espacio tridimensional según la técnica habitual, exponemos nuestra variación al mismo mediante la colocación del marcador radiológico con un abordaje cutáneo no habitual (preferentemente surco mamario lateral o inferior, y la marcación en el mismo acto y con control radiológico, de la lesión en un plano anteroposterior, mediante tatuaje cutáneo perpendicular a la lesión. Con este método conseguimos triangular la lesión y poder efectuar un abordaje oncológicamente correcto de la misma así como estéticamente adecuado, limitando la disección cutánea a la mínima cantidad imprescindible, así como minimizar la exéresis del tejido lipoglandular limitándonos exclusivamente a la realización de la biopsia quirúrgica abierta o la tumorectomía oncológicamente reglada. Finalizamos el proceso con el marcaje de la pieza quirúrgica siguiendo un estándar adoptado y asumido por nuestra Unidad.

Resultados: Hasta el momento actual 15 pacientes han sido intervenidas según la técnica descrita, no habiendo demostrado complicación relativa al procedimiento así como durante la cirugía, resecando en todos los casos la lesión con límites oncológicos precisos

Conclusiones: Encontramos una serie de ventajas con nuestra técnica que podemos resumir: Fácilmente reproducible. Mínimo impacto estético. Económicamente atractivo. Oncológicamente correcto en los casos aplicados. Opción válida en aquellos centros que no pudieran disponer de la técnica "roll". Alcanzar la excelencia en la cirugía mínimamente invasiva del cáncer de mama combinada con la biopsia selectiva del ganglio centinela.

IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO DE GCCM: EN EL HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU DE BARCELONA

Ciendones Carbonell M¹; Guardia Milà N²; Rosàs Ferràs V³
¹Gestió Casos Oncologia; ²Cap d'Infermeria Àrea Mèdica; ³Oncologia. Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona, España

Introducción: La Dirección de enfermería del Hospital Santa Creu i Sant Pau (HSCSP) ha apostado siempre por la innovación y calidad en la atención integral. En 1998 se instaura el modelo de V. Henderson como metodología para la documentación de enfermería, facilitando la elaboración de planes de cuidados en función de las necesidades del enfermo. En 2003 se inicia la informatización de los planes de cuidados mediante el programa GACELA. En abril del 2009, se pone en marcha el modelo de Gestión de casos (MGC), elaborando un protocolo que enmarca el rol de enfermería, definido como el profesional de referencia que ga-

rantiza una utilización apropiada de los servicios asistenciales. Este profesional realiza un seguimiento del paciente en el curso de su itinerario clínico, asegurando una continuidad asistencial y una utilización racional de los recursos.

Objetivos: Describir la implementación del MGC en el HSCSP. Analizar los indicadores de actividad de la GCCM durante el primer año.

Material y métodos: Revisión bibliográfica de la literatura sobre el desarrollo y aplicación del MGC. Criterios de selección del profesional de elección para elaborar el protocolo del MGC y desarrollar la puesta en marcha de la GCCM. Stage en centros sanitarios donde se aplica el MGC. Divulgación del proyecto a los profesionales implicados del equipo multidisciplinar. Seguimiento y explotación de la base de datos de los indicadores de actividad de la GCCM.

Resultados: Estudio del resultado de los indicadores de la actividad de la GCCM durante este primer año, así como los cambios que se derivan del análisis de los datos que permiten de forma dinámica reconducir y mejorar el proyecto.

Conclusiones: El rol GCCM es reconocido dentro del equipo multidisciplinar en todas las unidades de cáncer de mama. La figura de la GCCM es imprescindible para la mejora del proceso asistencial. La elección del profesional adecuado, la definición del protocolo y los indicadores bien definidos permiten la reformulación del proyecto para conseguir los objetivos. La accesibilidad de la GCCM proporciona un valor añadido que permite asegurar la transversalidad y la integralidad de los cuidados y aumenta la satisfacción de las personas atendidas y de sus familias.

PREDICTION OF ADDITIONAL NODAL METASTASIS IN BREAST CANCER PATIENTS WITH MICROMETASTASIS IN THE SENTINEL LYMPH NODE (SLN) BY MEANS OF THE APPLICATION OF A NOMOGRAM

Cordero-García J¹; Rabadán-Ruiz L²; Palomar-Ruiz A¹; Pilkington-Woll A¹; Delgado-Portela M³; González-García B¹; A. Nuñez-García¹; Soriano-Castrejón A¹,
Services of ¹Nuclear Medicine, ²General Surgery, ³Pathology. Hospital General de Ciudad Real. España

Objective: To determine if the application of a nomogram may confidently predict the risk of nodal spread beyond the SLN in those patients with low stage breast cancer and micrometastasis in the SLN.

Material and methods: We studied 236 women, diagnosed of breast cancer T1 or T2, without clinical axillary involvement, including axillary ultrasonography or fine needle aspiration, in which we performed SLN study. SLN detection was performed after peritumoral injection of 4 mCi of 99mTc-nanocolloid of albumin, with periareolar or intradermic reinjection when necessary. The lymph nodes identified as SLN were histologically studied using a standard sentinel node protocol, and reported according to the TNM staging. Axillary lymph node dissection (ALND) was performed in all pN1 patients, being classified as negative (ALND-), when no tumoral cells or deposits <0,2 mm were

found, and positive (ALND+), when greater. Those patients initially classified as pN1mic were chosen for the calculation of the risk of further nodal involvement applying the nomogram designed by the Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC). In order to calculate this risk, data were collected about the characteristics of the tumour (nuclear grade, lymphovascular invasion, multifocality, estrogen receptor status, size), method of detection of the micrometastasis (routine hematoxiline-eosine, serial sections, frozen sections, immunohistochemistry) and characteristics of the SLN (number of negative and positive SLN) in these patients.

Results: The number of patients initially classified as pN1mic was 26 (11% of the total). From these, only six (23%) shown ALND+. Among the 20 patients (77%) with ALND-, none of the 15 patients with a calculated risk <0.12 showed further involvement. Conversely, all the ALND+ patients had a risk >0.12, although five ALND- also had it. ALND+ ALND- Total Risk >0.12 6 5 11 Risk <0.12 0 15 15 Total 6 20 26 The negative predictive value and sensitivity for this cut-off is 100%.

Conclusions: The application of the MSKCC nomogram could confidently select the patients at low risk of nodal involvement among those with micrometastasis in the SLN. The use of this nomogram may avoid unnecessary ALND in these low risk patients.

UTILIDAD DE LA GAMMACÁMARA SENTINELLA EN LA TÉCNICA DE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA

Giménez-Climent M¹; Fliquete-Peris M²; Vázquez-Corner C²; Martínez-Carsi C²; Llopis-Martínez F¹; Sancho-Merle F¹; Merck-Navarro B¹; Bolumar-Bosch I¹
Servicios de ¹Cirugía; ²Medicina Nuclear. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia, España

Introducción: La gammacámara portátil sentinella (GCS) permite obtener y almacenar registros en cualquier momento de la técnica de la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) aportando mayor profundidad y superficie de detección que la gammasonda. Hemos analizado comparativamente los resultados de la BSGC antes y después de la adquisición de Sentinella, excluyendo los 256 casos de la fase de validación.

Material y método: Desde octubre de 2002 hasta abril de 2010 se han realizado 1262 BSGC en fase de aplicación. Los primeros 740 casos sin sentinella (grupo 1) y 522 con el apoyo de sentinella en quirófano (grupo 2). Se ha valorado: la media desviación estándar, mediana máximo y mínimo de ganglios centinela (GC) la tasa de detección, la sensibilidad y la tasa de falsos negativos en ambos grupos.

Resultados: La media de GC (m), desviación estándar (DS), mediana (M), máximo y mínimo ha sido equivalentes en ambos grupos: grupo 1: 1,47 m +/- 0,78 DS, 1 M (mínimo 1, máximo 7), grupo 2: 1,47 m +/- 0,74 DS, 1 M (mínimo 1, máximo 5). La tasa de detección, sensibilidad y tasa de falsos negativos fue para el grupo 1: 96%, 97,8% y 2,2% respectivamente. Para el grupo 2: 97,9%, 98,6% y 1,4%.

Conclusiones: Aunque los resultados de la técnica de la BSGC sin sentinella están dentro de los valores exigidos para la buena práctica, con sentinella se ha obtenido una mejora en todos los parámetros. La gammacámara además, permite almacenar las imágenes para el control de calidad, aportando un soporte legal demostrable.

BREAST LEIOMYOMA: CASE REPORT

Pinho Nahum A; Pinho Hanna Nahum D; Veiga Gonzalez M; Basso Alves R; Suzuki Kyoshi R; Milhome Vinicius Liberato M; Zveibil Krutman D

Mattosinho Lab of Pathology, São Paulo, Brazil

Background: The leiomyoma is the most rare benign tumor of the breast, when the peri-areolar lesions are excluded, and it has a few reports of primary leiomyoma of the breast. A case of leiomyoma unrelated to the breast skin or mammary papilla in women is reported.

Case report: Female, 37 years old, with a nodular lesion in the left breast. Mammography revealed a lesion BIRADS 4. Lumpectomy was performed and the intra-operative diagnosis was benign spindle cell proliferative lesion. On this occasion, the differential diagnosis were leiomyoma, fibro-epithelial tumor and miofibroblastoma. On gross examination, a lobulated, yellowish fragment of breast measured 4.5 x 4.0 cm, displaying on the cut surface one nodular, lobulated, whitish and elastic lesion measuring 2.2 x 1.5 cm. On microscopy, the lesion was composed of interlacing, multidirectional fascicles of spindle cells, with ample acidophilic cytoplasm. There were no nuclear atypia, mitoses, necrosis, haemorrhage or vascular infiltration. There was no glandular component. The specimen was then subjected to immunohistochemical examination and expressed the marker for alpha-smooth muscle actin (1A4-Dako R) and vimentin (Dako R), no expression of markers for cytokeratin (AE1/AE3 – Dako R) and CD34 (Dako R). With these data, diagnosis of peripheral leiomyoma of the breast was established.

Conclusion: Although parenchymal breast leiomyoma is a rare neoplasm, its location is in most cases subareolar. Parenchymal leiomyoma has fibroadenoma as differential diagnosis and histological analysis of this neoplasm should be differentiated from its malignant counterpart. The great interest in this neoplasm lies precisely on those of the parenchymatous location as in this case report.

ROLE OF FNA AND US IN THE PREOPERATIVE AXILLARY EVALUATION

Pessoa Carvalho E¹; Pessoa Kamiya Carvalho C¹; Rodrigues Paciencia J¹; Traiman P¹; Uemura G¹; Vieira R²

¹Botucatu Medical School, Breast Diseases; ²Hospital De Câncer De Barretos, Breast Diseases. Brazil

Purpose: To assess the feasibility and diagnostic accuracy of preoperative ultrasound combined with ultrasound-

guided fine-needle aspiration cytology and clinical examination of axillary lymph node in patients with breast cancer.

Material and methods: In this prospective study, 171 axillae of patients with breast cancer were evaluated by clinical examination and ultrasonography (US) with and without fine needle aspiration. Lymph nodes with maximum ultrasonographic cortical thickness > 2.3 mm were considered suspicious and submitted to fine-needle aspiration (US-FNA).

Results: Logistic regression analysis showed no statistically significant correlation between clinical examination and pathologically positive axillae. However, in axillae considered suspicious by ultrasonography, the risk of positive anatomopathological findings increased 12.6-fold. Cohen's kappa value was 0.12 for clinical examination, 0.48 for US, and 0.80 for US-FNA. Accuracy was 61.4% for clinical examination, 73.1% for US and 90.1% for US-FA. ROC analysis demonstrated that a cortical thickness of 2.75 mm corresponded to the highest sensitivity and specificity in predicting axillary metastasis (82.7% and 82.2%, respectively).

Conclusion: Ultrasonography combined with fine-needle aspiration is more accurate than clinical examination associated with ultrasonography in assessing preoperative axillary status in women with breast cancer.

CHEMOTHERAPIC SCHEME (FEC50 OR AC) AND THE RESPONSE TO PRIMARY CHEMOTHERAPY

Pessoa Carvalho E¹; Pessoa Kamiya Carvalho C¹; Traiman P¹; Rodrigues Paciencia J¹; Uemura G¹; Vieira R²

¹Botucatu Medical School, Breast Diseases; ²Hospital De Câncer De Barretos, Breast Diseases. Brazil

Purpose: this work aims to evaluate the loco-regional response to primary chemotherapy in patients with breast cancer at stages II and III. Methods: a retrospective and analytical clinical study was carried out with 97 patients at stages II and III at the CAM- Medical School of Botucatu - UNESP.

Results: the mean age of the population studied was 52.2. There were 56.8% of cases at stage II and 43.2% at stage III. Approximately 50% of the patients received FEC50 and 50% AC]. Objective clinical response with primary chemotherapy was obtained in 64.9% of cases. Complete clinical response occurred in 12.3% of patients, while the complete pathological response occurred in 10.3% of cases.

Conclusion: It was observed a statistically significant correlation between the number of cycles and the response to primary chemotherapy. The patients who received 4 cycles had better response than those who received 3 cycles. It was also observed a statistically significant concordance between the evaluation through clinical examination of the response to primary chemotherapy and the pathological findings. No statistically significant correlation was observed between age, menopausal status, tumoral volume, pretreatment axillar compromise, pretreatment stage and chemotherapeutic scheme (FEC50 or AC) and the response to primary chemotherapy.

POWER DOPPLER STUDY AT BREAST LESIONS

Pessoa Kamiya Carvalho C¹; Pessoa Carvalho E¹; Uemura G¹; Traiman P¹; Rodrigues J¹; Vieira R²; Morceli J³

¹Botucatu Medical School, Breast Diseases; ²Hospital de Câncer de Barretos, Breast Diseases; ³Botucatu Medical School, Radiology. Brazil

Objective: evaluate the role of Power Doppler at breast lesions, studying parameters like number of flow signals, peak flow velocity (Vmax), resistivity index (RI), and pulsatility index (PI).

Methods: The study was conducted in Setor de Diagnóstico e Imagem of Centro de Avaliação em Mastologia (CAM), Department of Gynecology, Obstetrics and Mastology - Faculty of Medicine of Botucatu - UNESP in the period of December 2004 to December 2007. This study is retrospective, observational and analytical.

Results: We studied 613 breast lesions, evaluated by Power Doppler and percutaneous biopsy or aspiration cytology. By PD study, 462 lesions showed no vascularity: 340 benign (26.41%) and 122 malignant (73.59%). Vascularization was observed in 151 lesions: 98 malignant lesions (64.90%) and 53 benign lesions (35.10%). Benign lesions has an average of 1.79 vessels per lesion; Vmax of 15.86 cm / s; PI of 0.99 and RI of 0.61. Already the malignant lesions with Doppler flow, it was observed an average of 5.6 vessels per lesion; Vmax of 21.0 cm / s; PI of 1.45 and RI of 0.74. For the ROC curve, to predict malignancy, was observed a sensitivity and specificity of 64,3% and 73,6% for the presence of 1.5 vessels per lesion; 61,3% and 56,6% for Vmax of 16.50 cm/s, 72,8% and 66,7% for PI of 1.08 and 70,6% and 68,0% for RI of 0.66. It can be concluded that the Power Doppler study of breast lesions to determine boundaries that help in differentiating between benign and malignant lesions Key-words: breast cancer, Doppler, Breast lesion, breast sonography

RECIDIVA LOCAL TARDÍA POR CÁNCER DE MAMA TRATADA MEDIANTE CIRUGÍA CONSERVADORA

Lorenzo-Liñán M¹; Moreno-Serrano A²; Morales-González A³; Canelles-Corell E¹; Tormos-Tronqual B¹; Martín-Martín G¹; Mulas C¹; Lorenzo-Campos M²

Servicios de ¹Cirugía General y Digestiva, Hospital General Universitario de Valencia, ²Cirugía General y Digestiva, Hospital Torrecárdenas, Almería, España

Objetivos: Aportación de un caso y revisión de la literatura.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 37 años intervenida por una tumoración palpable hace 10 años en mama izquierda. Por ecografía y mamografía se describió una tumoración sólida en LICS mayor a 4 cm sin adenopatías axilares T2N0 (IIB) altamente sugestiva de malignidad. El estudio anatomopatológico definitivo concluyó carcinoma ductal infiltrante (CDI) con receptores estrogénicos

(RE) positivos y de progesterona (RP), Cerb B2 y p53 negativos ante lo que se decidió quimioterapia (QT) primaria seguida de cirugía conservadora y radioterapia local. Tratamiento hormonal (TH) posterior con Tamoxifeno. Recientemente refiere tumoración en lecho quirúrgico por lo que se solicita nueva ecografía y biopsia con resultado de tumoración de 18 x 12 mm con afectación del músculo subyacente con histología de CDI, RE positivos y RP negativo sugestivo de recidiva tumoral. El estudio de extensión ha sido negativo. El caso se presenta en Comité de Tumores donde se opta por cirugía conservadora y reconstrucción mamaria inmediata frente a mastectomía radical.

Resultados: Se realiza cuadrantectomía amplia con resección muscular y ampliación de borde afecto tras biopsia intraoperatoria (CDI con afectación de borde cercano) seguida de reconstrucción inmediata mediante colgajo autólogo de Latissimus Dorsi más prótesis mamaria y mastopexia contralateral con buen resultado. Se completa el tratamiento oncológico con una segunda adyuvancia con QT y TH con Anastrozole.

Conclusiones: Presentamos un caso de recidiva tardía verdadera tras tratamiento conservador por cáncer de mama que se abordó mediante cirugía conservadora y reconstrucción inmediata. El índice de recidivas en mujeres jóvenes tras cirugía conservadoras es mayor que con cirugía radical pero el resultado y la aceptación del tratamiento por parte de éstas justifica su empleo. El abordaje aceptado ante recidivas ha sido la mastectomía aunque contrariamente a esto, y tal y como refieren autores con amplias series y largos seguimientos, pensamos que no se puede considerar la recidiva como un fracaso del tratamiento conservador y se debe ofrecer a estas pacientes un nuevo abordaje conservador. Los factores de mejor buen pronóstico son edad inferior a 35 años, tumores pequeños y que la recidiva sea mayor a 48 meses. Otros menos relevantes serían los RE positivos y Ki-67 < 20%. El tratamiento QT de segunda línea es cada día más utilizado dado el mal pronóstico que conllevan algunas recaídas locales. El TH en mujeres postmenopáusicas o tras el uso de Tamoxifeno se puede realizar con Anastrozole.

WHAT CHARACTERISTICS PROPOSED BY BIRADS ULTRASOUND BETTER DISTINGUISH BETWEEN BENIGN AND MALIGNANT NODES?

Pessoa-Carvalho E¹; Pessoa-Kamiya Carvalho C¹; Traiman P¹; Rodrigues-Paciencia J¹; Uemura G¹; Vieira R²

¹Botucatu Medical School, Breast Diseases, ²Hospital de Câncer de Barretos, Breast Diseases. Brazil

Purpose: To analyze which characteristics proposed by BIRADS lexicon for ultrasound have the greatest impact on distinguishing between benign and malignant lesions.

Methods: Ultrasonography features from the third edition of the BIRADS were studied in 384 nodes submitted to percutaneous biopsy from February 2003 to December 2006, at the Medical School of Botucatu. For the ultrasonography, it was used the equipment Logic 5 with a 7.5-12 MHz multifrequency linear transducer. The ultrasonography analysis

of the node considered the features proposed by BIRADS lexicon for ultrasound. The data were submitted to statistical analysis through the Logistic Regression model.

Results: The benign lesions represented 42.4% and the malignant 57.6%. The logistic regression analysis found an odds ratio for cancer of 7.69 times when the surrounding tissue is altered, of 6.25 times when there are microcalcifications in the lesions interior, of 1.95 when the acoustic effect is shadowing, of 25.0 times when there is the echogenic halo, and of 7.14 times when the orientation is non-parallel.

Conclusion: Among the features studied, the lesion limit, represented by the presence or not of the halogenic halo, is the most important differentiator of the benign from the malignant masses.

ENFERMEDAD DE PAGET MEDIANTE TÉCNICA DE GRISOTTI

Lorenzo-Liñán M¹; Gumbau-Puchol V¹; Martínez-Pérez C¹; Cantos-Pallarés V¹; Morales-González A²; Moreno-Serrano A²; Lorenzo-Campos M²

Servicio de Cirugía General y Digestiva,¹Hospital General Universitario de Valencia,²Hospital Torrecárdenas, Almería. España

Objetivos: Tratamiento conservador de la enfermedad de Paget mediante técnica de Grisotti.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 56 años sin antecedentes que consulta por la aparición de una lesión eczematososa a nivel de pezón derecho por lo que es derivada al especialista. Se realiza una biopsia de la escoriación con resultado de infiltrado inflamatorio, epidermotrofismo, fenómenos de exocitosis y queratinocitos epotóticos compatibles con dermatitis crónica que se trató de manera tópica. Un año después acude a consulta de cirugía por presentar una ostensible erosión en piel y sangrado a través del pezón por lo que se realiza biopsia (punch cutáneo). Aporta una mamografía del programa de screening sin hallazgos patológicos donde destacan unas calcificaciones a nivel de pezón de aparición coincidente con el inicio del tratamiento dermatológico tópico. En el informe anatomopatológico no se reconoce cáncer mamario subyacente, la epidermis aparece focalmente colonizada por células de núcleo grande y pleomórfico, citoplasma claro todo ello compatible con enfermedad de Paget (EP).

Resultados: Tras evaluación del caso en Comité se optó por la cirugía conservadora realizando una cuadrantectomía central con extirpación del complejo pezón-areolar (CAP) y reconstrucción mamaria con la técnica de Grisotti. Se realizó también biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) con 4 adenopatías aisladas negativas. El resultado anatomopatológico fue de EP con carcinoma intraductal subyacente de tipo sólido y patrón de crecimiento difuso. Alto grado sin necrosis. RE (-) RP (+10%) p53 (+40%) Ki-67 (+40%).

Conclusiones: El tratamiento conservador se acepta como el indicado para la EP en la mayoría de los casos y debe incluir el CPA y el tejido subyacente aunque no existen ensayos clínicos comparativos frente a mastectomía a largo plazo. La evaluación de la axila mediante BSGC se ha de realizar siempre que se trate de un tumor palpable. El patrón de remodelación mamaria mediante técnica de Grisotti se

indica para tumores centrales con extirpación del CPA. El factor aislado más importante de cara a la recidiva local y al pronóstico en estos tumores es la obtención de unos márgenes quirúrgicos adecuados siendo incluso superior a la edad y tamaño tumoral según el índice de Van Nyus donde una puntuación por encima de 10 predice un elevado riesgo de recidiva local con o sin RT asociada.

ESTUDIO SOBRE EL IMPACTO DE CIERTOS FACTORES DE RIESGO EN EL CÁNCER DE MAMA

Muñoz-Pozo F; del Álamo-Juzgado C; Romero-Vargas E; Palacios-García E; Herrera-Gutiérrez L; Roldán-Aviña J

Servicio de Cirugía. Hospital de Alta Resolución de Écija, Unidad de Patología Mamaria. Sevilla, España

Introducción y Objetivos: Diversos estudios han permitido identificar algunas variables que aumentan o disminuyen el riesgo de desarrollar cáncer de mama. Los resultados de los estudios no han sido siempre consistentes. Nos proponemos, en este trabajo, revisar la bibliografía al respecto y aportar nuestra experiencia analizando los siguientes factores: menarquía precoz, menopausia tardía, paridad y lactancia.

Material y método: Desde el año 2001 al 2009 se han atendido un total de 1860 mujeres en nuestra Unidad de Patología Mamaria de las que 120 han desarrollado cáncer de mama. En todas ellas se ha estudiado la presencia o no de menarquia precoz (< 10 años), menopausia tardía (> 50 años), paridad (nuligesta o no) y lactancia (> 6 meses). El programa estadístico utilizado es el paquete SPSS V 17.00 y los procedimientos tablas de contingencia (chi-cuadrado, riesgo relativo).

Resultados: Se han encontrado 88 mujeres con menopausia precoz de las cuales 10 padecieron un cáncer de mama, lo que supone un riesgo relativo de 1,83. Así mismo, se han detectado 153 casos de mujeres con menopausia tardía de las que 25 padecieron cáncer de mama. El riesgo relativo fue de 2,93. Un total de 544 mujeres no ha tenido hijos, de las cuales 30 padecieron cáncer de mama, con un riesgo relativo de 0,80. Y, finalmente, 520 mujeres realizaron lactancia materna por un periodo superior a 6 meses. De ellas, 35 padecieron cáncer de mama. El riesgo relativo fue de 1,06.

Conclusiones: Nos unimos a aquellos autores que ponen en tela de juicio la paridad y la lactancia como factores que incidan en el cáncer de mama. La menarquia precoz y la menopausia tardía cuentan, en nuestro estudio, con suficiente significación estadística para ser considerados factores de riesgo. Paradójicamente, la falta de paridad se nos ha revelado como un factor protector y, en cuanto a la lactancia, no hemos encontrado significación estadística que avalen su papel beneficioso.

EL CARCINOMA INFLAMATORIO DE MAMA TAMBIÉN EXISTE

Roig-Salgado C; Vilar-Bonacasa E; Fernández-Garrán A

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Obispo Polanco. Teruel, España

Introducción: El cáncer inflamatorio de mama (CIM) es una forma acelerada y agresiva de cáncer poco frecuente. Representa aproximadamente el 1-6% de los cánceres de mama, aunque estudios recientes sugieren que su incidencia está aumentando. Su principal diagnóstico diferencial es con una patología benigna, la mastitis, por lo que resulta imprescindible su conocimiento e identificación.

Objetivos: Revisión de los aspectos fundamentales y últimos avances/investigaciones en este tipo de patología. Identificación precoz de los síntomas de alarma como principal reto, para realizar un correcto diagnóstico diferencial con otras patologías, especialmente la mastitis. Coordinación en el manejo y abordaje multidisciplinar para lograr un tratamiento lo más precoz y efectivo posible.

Material y métodos: Se revisan cuatro casos vistos en nuestro hospital durante los tres últimos años. Se analizan, el motivo de consulta, las técnicas de imagen realizadas en cada paciente y los principales hallazgos obtenidos, que se correlacionan con los hallazgos quirúrgicos. También se consideran el tratamiento empleado y la supervivencia tras el tratamiento.

Resultados: Todas las pacientes presentaron enrojecimiento endurecimiento y engrosamiento de la piel de la mama afectada. Un caso presento como antecedente un cáncer en la mama contralateral. Los hallazgos de imagen más frecuentes fueron el edema del tejido celular subcutáneo y aumento difuso de la densidad del tejido mamario. En el 50 % de los casos se evidenció afectación de los ganglio linfáticos regionales; en un caso la afectación linfática se puso de manifiesto en el estudio anatomopatológico y en el otro caso no se demostró afectación de los ganglios. Tres casos pudieron ser intervenidos quirúrgicamente y tratados con quimioterapia. La mitad de los casos habían fallecido en el momento de la revisión, con una supervivencia de pocas semanas a menos de un año.

Conclusion: El diagnóstico y manejo del CIM supone un gran reto para los facultativos. Su clínica inespecífica, la tendencia a presentarse en mujeres más jóvenes (incluso embarazadas o lactantes) y sin historial de cáncer de mama, hacen que con frecuencia sea confundida con una mastitis. Por ello, la persistencia de síntomas inflamatorios que no responden a tratamiento antibiótico, deben hacer saltar la sospecha. El conocimiento de esta entidad así como un abordaje multidisciplinario resulta fundamental en este tipo de cáncer rápidamente progresivo.

AXILLARY LYMPH NODE STAGING IN OUR BREAST CARCINOMAS DURING YEAR 2009

Sancho-Pérez B; Sanz-Ferrandez M; Gallego-Álvarez M; Arroyo-Vozmediano M; Aragón-Sánchez S; Blanco-Guerrero M; Manosalvas-Martínez P; Hernández-García J
Gynaecology Department. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid, España

Background: In early stage breast cancer, axillary lymph nodes status is one of the most important prognostic factors. Sentinel lymph node biopsy (SLN) when indicated, offers a less morbid method than axillary lymph node dissection (ALND).

Material and methods: We retrospectively analysed 183 consecutive breast carcinomas surgically managed (year 2009) to know clinical and post-surgical axillary staging. Pre-surgically we used ultrasound of axilla, with fine needle aspiration (FNA) biopsy for suspicious nodes, which when negative, permitted SLN. Otherwise we planned ALND. SLN-positive patients (metastases or micrometastases) during surgery, underwent ALND.

Results: 83% patients had no clinical axillary involvement, 14.8% movable ipsilateral lymph nodes and 2.2% fixed axillary nodes. Regarding to primary clinical breast tumor, 11 (60.7%) were palpable lumps, while 72 (39.3%) were not palpable lesions. We had 115 breast conserving surgeries (62.8%) and 68 (37.2%) mastectomies. Breast histology consisted of 32 (17.6%) in situ ductal carcinomas (ISDC), 150 (82.4%) invasive carcinomas. We planned 97 sentinel nodes at surgery (1 was not identified, so finally underwent ALND). 77.3% sentinel nodes were intraoperative histologically negative. The rest underwent ALND. 3.1% had micrometastases and underwent ALND. 2.1% histological definitive analysis found positive result after negative intraoperative (ALND on a second surgery), and 1% definitive analysis found negative result after positive intraoperative. 1 SLN had only definitive positive IHC. 21 ALND were performed after intraoperative positive SLN, 52.4% of which had definitive negative result and 47.6% had positive result (N1a:7; N2a:2 and N3a:1). 31 patients underwent a primary ALND (positive FNA), 41.9% had no histological axillary involvement, 32.4% histological N1a, 16.1% N2a and 9.6% N3a. 22 patients didn't undergo axillary surgery, due to age or comorbidity (45.5%), stable M1 carcinomas (31.8%) or local relapse with previous axillary study (22.7%).

Conclusions: SLN is increasingly being used as a method to determine whether full ALND is necessary. In our patients with axillary surgical study on 2009, 59.6% underwent SLN. 46.6 % of SLN had negative result, so it was the unique technique on the axilla (knowledge of axillary status with much lesser morbidity).

EFICACIA DE LA CITOLOGÍA PEROPERATORIA EN LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA (BSGC) PARA EL DIAGNÓSTICO DE MICROMETÁSTASIS Y MANEJO DE ESTAS PACIENTES.

Vicente-Iturbe M¹; Gómez-Gimeno A¹; Gil-Arribas E²; Colmenarejo-Gonzalez L³; Rodrigo-Conde C³; Vicente-Gomez I³; Sota-Ochoa P⁴; Arroyo-Palomera E⁵
Servicios de ¹Ginecología Y Obstetricia, ²IVI Zaragoza, ³Unidad Patología Mamaria, ⁴Servicio Anatomía Patológica, ⁵Servicio De Medicina Nuclear. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, España

Introducción: El avance en la BSGC y la mejora en el análisis histopatológico e inmunohistoquímico han aumentado la tasa de micrometástasis que se identifican. Sin embargo su significado clínico e implicaciones han sido objeto de debate.

Objetivos: Evaluar la citología peroperatoria del ganglio centinela para la detección de micrometástasis y describir el manejo de estas pacientes.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de las pacientes con cáncer de mama y BSGC realizada en nuestro centro (HUMS, Zaragoza) entre Mayo de 2005 y Abril del 2010. Se analizaron los resultados de la técnica en los casos en los que hubo afectación del ganglio centinela para micrometástasis (se considera micrometástasis cuando ésta mide entre 0,2 y 2 mm).

Resultados: De las 528 pacientes a las que se les realizó la BSGC durante el periodo de estudio, se encontraron 54 casos de afectación por micrometástasis. -Tipo histológico: carcinoma ductal infiltrante 47 (87%), carcinoma lobulillar 4 (7,4%), carcinoma microinvasor 1 (1,9%) y carcinoma papilar 2 (3,7%). -Tamaño tumoral: $14,98 \pm 6,06$ mm rango (0-30). Tmic (3,7%), T1a (5,5%), T1b (9,3%), T1(61,1%), T2(20,4%). -Grado histológico: G1 (22,6%), G2 (64,2%) y G3 (13,2%). De las 54 pacientes en las que hubo afectación del GC por micrometástasis solo 14 fueron resultados positivos intraoperatoriamente, el resto 40 fueron falso negativos. La sensibilidad de la BSGC para micrometástasis en nuestro centro es de 25,9%. La especificidad 98,9%. Los VPP y VPN son 77,7% y 90%. En cuanto a la actitud ante las micrometástasis diagnosticadas, en 18 de los 54 casos no se realizó linfadenectomía. En las 36 restantes sí se llevó a cabo, se extrajeron una media de 17,06 ganglios con un rango (8-38), resultando sólo 2 casos con afectación ganglionar (en un caso 3 ganglios más con micrometástasis y en el otro 1 ganglio más también con micrometástasis) Tras un periodo de seguimiento medio de 28,3 meses (rango 4-58) ninguna de estas pacientes ha presentado recidiva de la enfermedad.

Conclusiones: La causa fundamental de los falsos negativos en nuestra población son las micrometástasis. No obstante, la mayoría de las pacientes que sólo presentaban un ganglio afecto por micrometástasis no tuvieron afectación de más ganglios en la linfadenectomía.

SINGULARIDAD EN LA EXPRESIÓN DE RECEPTORES DE PROGESTERONA EN CARCINOMAS DUCTALES Y LOBULILLARES DEL SUBTIPO LUMINAR A, EN RELACIÓN CON EL TAMAÑO TUMORAL

De Blas-Méndez I¹; Arias-Milla A²; Menéndez P³; González-Caldevila R⁴; Alonso-Martínez B⁵; Buelga J⁶; Vidal B⁷; Arias-Pérez J¹

¹Cirugía General, Hospital Monte Naranco; ²Medicina Interna, Clínica Puerta de Hierro; ³Anatomía Patológica ⁴Ginecología, ⁵Cirugía General, ⁶Hematología, ⁷Radilología. Hospital Monte Naranco. Asturias. España

Introducción: El subtipo luminal A comprende diferentes tipos histológicos, predominando los ductales y lobulillares infiltrantes, CDI y CLI respectivamente. Las características fenotípicas de los mismos mas conocidas son la elevada expresión de receptores hormonales en el núcleo y ausencia de HER2 en la membrana. Aquí analizamos las características

histológicas y biológicas de los carcinomas ductales infiltrantes y lobulillares, luminares A, y su relación con el estadio T, T1 vs T2.

Material y método: El estudio comprende 159 carcinomas luminares A examinados en un periodo de cinco años, en pacientes procedentes de un programa de cribado. De los que 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), 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: En el subtipo luminal A la proporción de grado histológico elevado, invasión vascular y un componente intraductal menos extenso es mas frecuente en CDI con relación a CLI. En ambos tipos histológicos tamaño y afectación axilar se asocian significativamente. La posterior subdivisión de ambas poblaciones de CDI y CLI basada en el estadio, T1 vs T2, revela que en CDI los T2 muestran menor expresión de RP, mayor invasión vascular y afectación axilar con respecto a T1. También en CLI la afectación axilar es proporcionalmente mayor en T2 vs T1, en tanto que la expresión de RP es proporcionalmente mayor en T2 vs T1.

Conclusión: El grado de hormonodependencia en el subtipo luminal varia en función del tipo histológico y su tamaño, observando, en esta serie, mayor expresión del RP en estadios T2 de CLI con respecto a CDI, incremento que no se asocia a factores de proliferación o enfermedad distante y debe ser revisado a la luz de series mas amplias.

VALORACIÓN DE LAS PRÓTESIS DE MAMA POR RM

Viejo-Mira N¹; Barceló-Obregón J²; J. Vilanova-Busquets³; Albanell Mira J¹; Ferrer-Subiros J¹; Castañer-Corretger F¹; Argelaguet Foret M¹; Pérez de Tudela Rodríguez A¹

¹Hospital de Santa Caterina, Girona, Radiodiagnóstico; ²Resonancia Girona. Clínica Girona, Radiodiagnóstico; ³Resonancia Girona. Clínica Girona, Radiodiagnóstico. Girona, España

Introducción: La implantación de prótesis de mama es una práctica cada vez más frecuente ya sea por motivos estéticos o por reconstrucción posttumorectomía o mastectomía. En las pacientes portadoras de prótesis es difícil realizar una correcta valoración de las mamas por técnicas de imagen habituales, sobretudo el diagnóstico de rupturas intracapsulares.

Objetivos: Revisar los hallazgos de la RM en las prótesis de mama normales y en la patología más frecuente propia de las mismas.

Material y método: Se muestra el protocolo de estudio, la técnica quirúrgica y los tipos de prótesis más frecuentes utilizadas (dependiendo del contenido o de la superficie externa).

Resultados: a) Apariencia normal de prótesis por RM: morfología oval, existencia de cápsula fibrosa, pliegues ra-

diales, pequeñas colecciones periprotésicas de agua o silicón. b) Complicaciones: 1- contractura capsular; 2- Hernia capsular; 3- Migración; 4- Ruptura intracapsular con cubierta parcialmente colapsada; 5- totalmente colapsada; 6- Ruptura extracapsular; 7- tumoraciones o recidivas neoplásicas en tejido adyacente; otras.

Conclusiones: La RM de mama incrementa la fiabilidad y seguridad en la valoración y diagnóstico de la patología propia de las prótesis, por lo que es importante reconocer los signos normales y los patológicos. La RM se debe efectuar siempre que la mamografía y/o ecografía no sean concluyentes. Así mismo aumenta la eficacia en el diagnóstico y extensión de tumoraciones del parénquima adyacente.

COLGAJO DE RECTO EN PACIENTE CON CIRUGÍA ABDOMINAL PREVIA TRAS EXÉRESIS DE TUMOR LOCALMENTE MUY AVANZADO

González-Heredia R; Muteb M; Fernández- Balaguer P; Arcos Quirós C; Sánchez-Melo M; Pareja- López A; Pey Camps A; Santonja Garriga J

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Mérida. Cáceres, España

Objetivos: Presentar el manejo quirúrgico de un cáncer de mama localmente avanzado y la reconstrucción del defecto con colgajo de músculo recto abdominal.

Caso clínico: Caso clínico: mujer de 71 años con antecedentes de HTA, DMID y dos cesáreas, que presenta anemia secundaria a sangrado por tumoración avanzada de mama izquierda de 4 años de evolución. Exploración física: neoformación voluminosa sangrante que ocupa gran parte de la mama izquierda de 12 x 8 cm aproximadamente y que ulceró la piel adyacente. Se palpan adenopatías axilares ipsilaterales. Pruebas complementarias: Hb: 7.1, CA 15.3:11.22, TC y Gammagrafía ósea: no se aprecia enfermedad metastásica a distancia. Se decide obviar la neoadyuvancia por el sangrado de la tumoración. Intervención quirúrgica: mastectomía radical modificada con extirpación de parte del m. Pectoral mayor Teniendo en cuenta los antecedentes quirúrgicos de la paciente se realiza colgajo del músculo recto anterior del abdomen longitudinal y contralateral. Se utiliza una malla prolene para corregir el defecto de pared abdominal. Anatomía patológica: pieza de mastectomía + linfadenectomía axilar de 20 x 15 x 10 cm, con carcinoma ductal infiltrante grado III que invade y ulceró la piel, límites quirúrgicos libres. Se identifican 3 ganglios axilares metastásicos de 12 ganglios aislados.

Resultados: La paciente presenta un post-operatorio satisfactorio, a pesar de una isquemia tisular transitoria en extremo lateral. Se le aplica un tratamiento adyuvante con radio-quimioterapia sin presentar a los 12 meses de la intervención quirúrgica signos de recaída locoregional o sistémica. En la actualidad el colgajo miocutáneo presenta una buena vascularización y una completa cicatrización de la herida quirúrgica. No se detectó patologías por defecto de la pared abdominal.

Conclusion: El cierre con colgajos está indicado en mastectomías con gran sacrificio tisular. El colgajo de músculo recto del abdomen longitudinal aporta menos piel que el TRAM, pero está indicado debido a los antecedentes quirúrgicos de nuestra paciente.

EVALUACIÓN DE RECIDIVAS EN PACIENTES CON BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA POSITIVO PARA MICROMETÁSTASIS. RESULTADOS PRELIMINARES

Vicente-Gómez I¹; Arroyo-Palomera E²; Liévano-Segundo P²; Navarro-Beltrán P²; González-Escalante M²; Sangrós-Sahún M²; de la Cueva Barro L²; Abós Olivares M²

Servicio de ¹Ginecología y Obstetricia, Unidad de Mama; ²Medicina Nuclear. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, España

Objetivos: Valorar el número de linfadenectomías realizadas en pacientes con micrometástasis en la biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC). Valorar la evolución clínica de los pacientes con micrometástasis en la BSGC.

Material y métodos: Se revisan 360 pacientes consecutivas diagnosticadas de cáncer de mama desde mayo del 2005 a agosto de 2008 a las que se le realizó BSGC. Analizamos en estas pacientes el % de GC positivos y el número de micrometástasis detectadas (inmunohistoquímica). Se analiza la actuación quirúrgica ante las micrometástasis y la evolución clínica de las pacientes.

Resultados: De las 360 pacientes con cáncer de mama a las que se les realizó BSGC, 79 (21,9 %) tuvieron GC positivo para metástasis y 36 (10 %) para micrometástasis. De estas 36 pacientes, a 20 (55,5%) se les realizó linfadenectomía axilar (LA) donde: En 18 pacientes no se encontraron otros ganglios afectados y en 2 pacientes se demostraron además 1 y 2 ganglios linfáticos respectivamente con micrometástasis. En las 16 restantes (44,4%) no se les realizó LA por los siguientes motivos: En 7 por presentar 3 ó más GC y sólo uno de ellos con micrometástasis, en 5 pacientes por decisión de la paciente tras exponer riesgos/beneficios, en 2 pacientes por edad avanzada y riesgo quirúrgico asociado y en 2 pacientes por presentar micrometástasis en cadena mamaria interna y GC axilar negativo. Durante el seguimiento, con una mediana de 17,5 meses (rango de 19-54 meses), no se han encontrado recidivas locales, axilares ni a distancia en ninguna de las 36 pacientes.

Conclusion: En nuestro centro el motivo más frecuente por el que se decide la no realización de LA en presencia de micrometástasis es la obtención de 3 o más GC. Nuestros resultados preliminares avalan de momento la no realización de LA en presencia de micrometástasis ya que no se han encontrado diferencias en las recaídas locoregionales y a distancia en pacientes con o sin LA y GC con micrometástasis.

BREAST GRANULAR CELL MYOBLASTOMA IN A POST-MENOPAUSAL PATIENT: CASE REPORT.

García-Faura Cirera A¹; Catlla-Sáenz C¹; De las Heras P²; Marqués-Amoros L¹

¹Institut Marques. Fundacio Leonardo Marques, Obstetrics and Gynecology; ²Centro de Patología. Clínica Corachan. Histopatología. Barcelona, España

Background: Granular cell tumor of the breast (GCTB), also described as breast myoblastoma, is a rare benign neoplasm that arises from Schwann cells. It only represents a 5% of all myoblastomas described throughout the body, and around 1% of all breast neoplasms. From a clinical and radiological point of view, GCTB appears frequently as a unique solid lesion, mimicking breast carcinoma. The main histological findings are the presence of granular cytoplasm, and its strong immunoreactivity for S-100 protein and Vimentin. After wide surgical excision, local recurrence is unfrequent.

Material and methods: Review of the clinical, radiologic and histopathological findings in a post-menopausal patient presenting a GCTB.

Clinical cases: We report the case of a postmenopausal caucasian 58 year old patient, that came to our unit for breast exam complaining of a breast mass. Clinical examination revealed a 3 cm well defined mass in the left breast lower quadrants, with a negative axillar exam. Mammography and breast ultrasound showed a unique 25mm lesion, suspicious of malignancy; fine-needle aspirative cytology was insufficient for diagnosis, so that breast 14G thru-cut was performed. Histopathological study revealed a benign neoplastic tumor, composed of compact nests and sheets of cells with well-defined cell borders that contained eosinophilic cytoplasm granules; the immunohistochemical analysis showed strong positivity for Vimentin and S-100 protein, and was negative for epithelial markers and oestrogen and progesterone receptors. After wide local excision of the lesion, normal breast tissue persisted around it, with no signs of malignant disease. No signs of recurrence appeared during the first year of follow-up.

Conclusions: GCTB is a rare benign neoplasm, with a difficult clinical and radiologic differential diagnosis from breast carcinoma. Histopathological and immunochemical studies should always be performed to distinguish this entity from onocytic appearance carcinomas, histiocytic lesions and metastatic carcinomas. Local wide excision is recommended in all cases to prevent recurrences.

STUDY OF THE ROBUSTNESS OF THE INTEGRATED PHOTON BOOST IRRADIATION TECHNIQUE FOR THE TREATMENT OF THE TUMOUR BED FOR BREAST PATIENTS

González A; Granero D; Brualla L; Gordo J; Vicedo A; Trinitat-García M; Rosello J

Radiation Oncology Department. Eresa, Hospital General Universitario Valencia, España

Purpose: The treatment of the breast bed tumour using a simultaneous photon boost is a good alternative to the classical use of electrons. This technique is widely used and provides similar clinic results than the treatment of the bed tumour in a second phase with electrons. The purpose of this study is to evaluate the robustness of this technique studying the uncertainties inherent to the positioning of the patient.

Material and methods: In our institution the classical irradiation using tangential beams is used but using segments instead of wedges. The homogenization of the dose distributions of the entire breast is accomplished using segments selected following an IMRT forward approach. With the use of 8-12 segments dose homogeneity between 95% and 106% is usually accomplished. To give the boost to the tumour bed 5 to 8 fields equispaced 30 are added following the bed tumour contour. 200 and 214 cGy per fraction are prescribed to the breast and to the tumour bed respectively. The total dose to the breast is 50 Gy and 60 Gy to the tumour bed. The patient is positioned with the two arms elevated using the breast board from MED-TEC. To evaluate the robustness of the technique a new CT to the patient is done by the end of the second week of treatment. The new CT is fused with the planning CT. The original structures and irradiation plan are associated to the new CT and a new calculation is done using the second CT as base. The dosimetric discrepancies between both plans and the possible movement of structures are then evaluated. This procedure has been repeated in 15 patients.

Results: The comparison of contours between the planning CT and the verification CT shows good agreement in most cases. In some of them the deviations were significant but they were inside the margins of PTV. The recalculation of the original irradiation plan in the verification CT shows no significant differences with the original planning, the homogeneity in the CTVs continues being good, the covering of the CTVs is similar for both CTs and the OAR do not show significant increases.

Conclusions: In this study the robustness of the technique used in our institution to treat the bed tumour of the breast with an integrated photon boost has been evaluated. The results show that this technique is low dependent of small movements of the patient between fractions and that the clinical positioning protocol used allows a good reproducibility of the patient position taking into account the margins considered.

ESTADIAJE GANGLIONAR DE LA AXILA EN EL CÁNCER DE MAMA. CORRELACIÓN ESTUDIO ECOGRÁFICO PREQUIRÚRGICO Y ESTUDIO GANGLIONAR POSQUIRÚRGICO

Torres-Sousa M¹; Arias-Ortega M¹; Martín-García J²; Rozas-Rodríguez L³; Banegas-Illasca M⁴; González-García B⁵; Aguilar-Galan E⁶; González-García L⁷

¹Hospital General, Radiodiagnóstico; ²Hospital General; ³Hospital General; ⁴Hospital General; ⁵Hospital General, Medicina Nuclear; ⁶Hospital General, Ginecología y Obstetricia; ⁷Hospital General, Anatomía Patológica. Ciudad Real, España

Objetivo: Estudio retrospectivo del estadiaje ganglionar axilar en pacientes con cáncer de mama. Analizar la correlación entre el estadiaje prequirúrgico establecido por ecografía y BAG ecoguiada de los ganglios axilares y el estadiaje posquirúrgico tras examen histológico del ganglio centinela (GC) y/o de la linfadenectomía axilar (LDA).

Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo de 211 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en los 2 últimos años (2008-2009), con ecografía axilar previa a la cirugía, no susceptibles de tratamiento con quimioterapia neoadyuvante. Analizamos los hallazgos ecográficos (engrosamiento cortical, ausencia de grasa mediastínica y/o presencia de flujo cortical no hilar) que en 74 pacientes motivaron la realización de BAG axilar y los resultados histológicos obtenidos. Evaluamos la correlación entre el diagnóstico prequirúrgico de "no afectación axilar" a partir de una ecografía y BAG axilar negativas y el diagnóstico ganglionar posquirúrgico tras el examen histológico (H-E e inmunohistoquímica) del GC y de los ganglios de la LDA. **Resultados:** El estudio incluye 211 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama (148 CDI; 34 CDI + extenso componente CDIS; 11 CDIS extenso y 18 CLI), con una edad media de 51 años (rango: 32-83 años). A todas las pacientes se les realizó ecografía axilar. En 74 mujeres (35,1%) se practicó BAG ecoguiada y en 47 casos (63,5%) la histología confirmó la presencia de metástasis. Analizamos los hallazgos ecográficos que recomendaron la BAG axilar, y los que supusieron confirmación histológica de metástasis, que conllevo LDA. La ecografía y la BAG axilar fueron negativas en 164 pacientes (77,73%), en todas ellas se realizó biopsia del GC. El GC fue negativo en 146 casos (89,02%), y positivo en 18 pacientes (10,98%), completándose con LDA. Analizamos el tamaño de las metástasis ganglionares, así como el número de ganglios afectados en la LDA.

Conclusiones: La ecografía axilar debe formar parte del protocolo de diagnóstico de las pacientes con cáncer de mama, por ser una técnica rápida, inocua, sencilla, con alto valor diagnóstico e importantes ventajas sobre otras técnicas de imagen, incluyendo su utilidad como técnica guía en la BAG de aquellos ganglios con sospecha de estar afectados. La BAG ecoguiada de ganglios axilares tiene una alta precisión diagnóstica, sin complicaciones clínicas importantes. La ausencia de la grasa mediastínica fue el hallazgo ecográfico con mayor VPP, aunque es un hallazgo infrecuente.

BIOPSIA PERCUTÁNEA DE LESIONES MAMARIAS NO PALPABLES CON UN SISTEMA DIRECCIONAL ASISTIDO POR VACÍO GUIADO CON ESTEREOTAXIA DIGITAL EN MESA PRONA

Torres-Sousa M¹; Rozas-Rodríguez L²; Martín-García J³; Banegas-Illescas M²; Arias-Ortega M³; Santos-Hdez M⁴; Martín-Dávila F⁵; Ruiz-Ortega L²

¹Hospital General, Radiodiagnóstico; ²Hospital General, Radiodiagnóstico; ³Hospital General; ⁴Hospital General. Ginecología y Obstetricia; ⁵Hospital General, Anatomía Patológica. Ciudad Real, España

Objetivo: Presentar nuestra experiencia y los resultados obtenidos en biopsias percutáneas de lesiones mamarias no palpables mediante un sistema direccional de vacío (BAV), guiados con estereotaxia digital en mesa prona: correlación radiopatológica con las piezas y evaluación de las complicaciones.

Material y método: En el periodo 2006 hasta 2009 se caracterizaron histológicamente en nuestra Unidad, 352 lesiones mamarias no palpables categorizadas como Bi-RADS 4 (A, B ó C) ó 5, mediante BAV con estereotaxia digital en mesa prona. Utilizamos un sistema direccional de vacío interno (Vacuora) con aguja de 10G, obteniendo no menos de 3 especímenes (media de 8) en cada biopsia. Tras la biopsia se introduce un marcador metálico en la zona biopsiada, salvo que persista suficiente lesión residual para su identificación preoperatoria si fuera necesario, y se realiza una mamografía de control.

Resultados: Hemos estudiado 352 BAV guiadas con estereotaxia digital realizadas a 347 mujeres, entre 29 y 83 años (media: 53 años), con lesiones mamarias no palpables diagnosticadas por mamografía. Analizamos las manifestaciones radiológicas (249 microcalcificaciones (70,74%); 48 mixtas (nódulo o área densa+microcalcificaciones (13,64%) y 55 distorsiones arquitecturales (15,62%)), el resultado histológico (307 neoplasias malignas (87,22%): 187 CDI, 94 CDIS y 26 CLI; 39 lesiones de riesgo (11,08%): lesión esclerosante compleja, hiperplasia ductal atípica (HDA), hiperplasia lobulillar atípica y CLIS y 6 lesiones benignas (1,7%), todas ellas categorizadas como B-4A) y su correlación con el resultado histológico de la pieza quirúrgica (97,42%) (se realizó exéresis de las lesiones malignas, de riesgo ó no concordantes). No se produjo ninguna complicación que impidiese la realización del procedimiento, el incidente más frecuente fue dolor durante la aplicación de la anestesia y reacción vaso-vagal (náuseas, angustia y mareo), y no se produjeron hematomas que requirieran su evacuación o seguimiento posterior.

Conclusiones: La BAV guiada con estereotaxia digital en mesa prona es un procedimiento relativamente sencillo, rápido, seguro, con baja morbilidad y buena correlación con el resultado histológico de las piezas quirúrgicas. Las complicaciones son poco frecuentes y de escasa entidad clínica.

SECRECIÓN MAMARIA. HALLAZGOS EN LA GALACTOGRAFÍA Y CORRELACIÓN RADIO-PATOLÓGICA

Torres-Sousa M¹; Banegas-Illescas M¹; Martín-García J²; Arias-Ortega M²; Rozas-Rodríguez L²; González-López A³; Gil-Orlarte M⁴; Murillo C⁵

¹Hospital General, Radiodiagnóstico; ²Hospital General; ³Hospital General, Ginecología y Obstetricia; ⁴Hospital General, Cirugía General y del Aparato Digestivo; ⁵Hospital General, Anatomía Patológica. Ciudad Real

Objetivo: Realizar un estudio retrospectivo de las galactografías realizadas en los últimos 4 años en nuestra unidad a pacientes con telorrea/telorrágica. Analizar los hallazgos radiológicos y su correlación anatomopatológica.

Material y método: Hemos realizado 46 galactografías a mujeres entre 31 y 73 años (media: 52 años) con secreción mamaria espontánea, unipora, sospechosa de ser patológica. A todas las pacientes se les realizó mamografía y/o ecografía previa a la galactografía y análisis citológico de la secreción. Se practicó la galactografía cuando los hallazgos en la mamografía y en la ecografía no indicaron el origen de la secreción. Se empleó un sistema de canalización con aguja corta y roma de 23G y catéter flexible, introduciendo contraste iodado con pequeños pulsos y realizando proyecciones mamográficas cráneo-caudales seriadas. El estudio se finalizó con una proyección medio-lateral cuando la paciente indicó dolor, sensación de plenitud o quemazón, al observar reflujo del contraste o resistencia y/o cuando comprobamos que todo el conducto estaba contrastado. La exéresis quirúrgica del galactóforo, cuando los hallazgos de la galactografía y/o de la citología lo hicieron recomendable, se efectuó rellenando previamente el conducto con una mezcla de contraste iodado y azul de metileno para facilitar su identificación.

Resultados: Los patrones radiológicos encontrados en las galactografías fueron: 7 (15,22%) pacientes presentaron un conducto dilatado, no tortuoso, sin otros hallazgos; en 13 mujeres (28,26%) el conducto además de estar dilatado era tortuoso con dilataciones quísticas que comunicaban con el ducto; 17 (36,96%) galactografías mostraron uno ó varios defectos de repleción y en 9 pacientes (19,56%) se identificó amputación del conducto, estenosis completa ó cambio de calibre. El resultado citológico de la secreción indicó "escasa celularidad, presencia de macrófagos y no malignidad" en 31 pacientes (67,39%), y atípicas celulares, grupos de células epiteliales o no fue concluyente en las otras 15 muestras (32,61%). Se efectuó exéresis quirúrgica del conducto galactóforo en 26 paciente (56,52%) con resultado histológico de la pieza quirúrgica de: 2 hallazgos compatibles con cambios fibroquísticos (7,69%); 19 papilomas versus papilomatosis (73,08%) y 5 neoplasias (19,23%): 3 carcinomas papilares, 1 CDI NEOM y 1 CDIS.

Conclusión: La galactografía es la técnica radiológica de elección para el estudio de las secreciones mamarias cuando la mamografía y/o la ecografía no aportan datos sobre su origen. Es una técnica sencilla, segura, de bajo coste, que también facilita la identificación en el quirófano del conducto a reseca.

INTERNAL MAMMARY SENTINEL NODE BIOPSY. IT IS USEFUL IN THE DECISION-MAKING PROCESS?

Colmenarejo González F¹; Liévano Segundo P²; de La Cueva Barro L²; González Escalante M²; Arroyo Palomera E²; Navarro Beltrán P²; Sangrós Sahún M²; Baringo Fuentes T²; Abós Olivares M²

Servicios de ¹de Ginecología y Obstetricia. Unidad de Mama, ²Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, España

Aim: To review our data obtained of the identification of internal mammary sentinel node biopsy in order to determine the value changing staging and treatment.

Methods: A retrospective analysis was made in 374 patients from our database, between May 2005 and June 2008 (underwent lymphatic mapping with preoperative lymphoscintigraphy and intraoperative use of a gamma-ray detection probe). In most patients, Tc-99m albumin colloid were injected intra and peri tumoral for sentinel node biopsy.

Results: Internal mammary sentinel node was detected in 62 patients (15.3%). In 18 patients (29%) mammary lymph nodes were not removed due to technical surgery difficulties or comorbidity associated. Internal mammary sentinel node was negative in 36 patients (81.8%) and was positive in 8 cases (18.2%), whereas 4 patients revealed positive axilar lymph nodes, 2 negatives axilar lymph nodes and 2 only migrate to internal mammary nodes.

Conclusions: It is valuable to explore internal mammary sentinel node, has changed the staging and treatment of 4 patients. However, a greater number of cases and randomized studies are required to determine protocols consensus to follow.

DEFINICIÓN DEL LECHO TUMORAL EN LA CIRUGÍA CONSERVADORA DEL CÁNCER DE MAMA MEDIANTE LA COLOCACIÓN DE CLIPS.

Fuster C¹; González A²; García-Vilanova A¹; Cantos M¹; Gordo J²; Lorenzo M¹; Brualla L³; López-Torrecilla J⁴

¹Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Unidad Funcional de Mama; ²Servicio de Oncología Radioterápica-ERESA. Unidad Funcional de Mama; ³Servicio de Radiofísica-ERESA.; ⁴Servicio de Oncología Radioterápica-ERESA. Hospital General Universitario.Valencia, España

Introducción: El boost integrado en el tratamiento del cáncer de mama forma parte de los avances conseguidos en la radioterapia en los últimos años. Para su realización es fundamental la correcta delimitación del lecho tumoral. Aunque la práctica más habitual para la definición del mismo está basada en los estudios radiológicos previos a la cirugía, la cirugía conservadora reparadora que se realiza actualmente provoca cambios en la ubicación del tejido mamario peritumoral, dificultando su localización.

Objetivos: El presente trabajo tiene como objetivo mostrar que el resultado que la definición del lecho tumoral basándose en un TAC previo a la cirugía no tiene la precisión adecuada. Para evitar esta situación es necesaria la colocación de clips en el lecho quirúrgico que permiten identificarlo tras los cambios producidos por la mamoplastia reparadora.

Material y método: Se les realizó a 10 pacientes un TAC previo a la cirugía en la posición de tratamiento y se delimitó el tumor y el PTV del tumor. Posteriormente, fueron sometidas a cirugía conservadora con mamoplastia reparadora. Se realizó marcaje del lecho tumoral con 4-5 clips hemostáticos depositados en el fondo y en cada una de las paredes de la cavidad de la cuadrantectomía previamente a la manipulación del tejido mamario que conlleva la mamoplastia reparadora. Algunas pacientes precisaron quimioterapia adyuvan-

te. En el TAC de planificación de radioterapia se definió el lecho tumoral basándose en la localización de los clips quirúrgicos. Se comparó la delimitación del volumen a irradiar antes de la cirugía con el obtenido en el TAC postquirúrgico de planificación.

Resultados: En el TAC del tratamiento se han obtenido diferencias máximas en la ubicación del centro geométrico del lecho tumoral con respecto al centro del tumor del orden de 2,4 cm 1,7 cm y 2,9 cm en el eje X, Y y Z respectivamente. Las diferencias del volumen en centímetros cúbicos también ha sido constatada siendo la máxima de 100 cc y la mínima de 4,1 cc. A su vez, los histogramas dosis/volumen reflejan unas deficiencias en el cubrimiento del lecho tumoral si se hubiese considerado la ubicación del volumen tumoral previamente a la cirugía. Las diferencias observadas se agudizan al aumentar el tiempo transcurrido entra la realización de los estudios radiológicos y la radioterapia, como ocurre en las pacientes con quimioterapia adyuvante.

Conclusiones: La colocación de 4-5 clips en el lecho quirúrgico garantiza el correcto cubrimiento del lecho quirúrgico. Los estudios radiológicos previos a la cirugía, aunque incluyan un TAC, no permiten una adecuada delimitación del lecho tumoral tras cirugía conservadora reparadora. Cuando el tiempo transcurrido desde la cirugía se prolonga por la quimioterapia adyuvante se aprecian las mayores diferencias en la delimitación de todos los volúmenes.

SERUM LEVELS OF VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR ARE INCREASED IN BREAST CANCER PATIENTS

Leite Xavier N¹; Rech Poltronieri L²

¹Federal University of RS - BR, Gynecology; ²Federal University, Gynecology. Brazil

Background: the vascular endothelium growth factor (VEGF) is a cytokine which has been associated with angiogenesis and promote metastasis in breast cancer.

Objectives: to correlate serum levels of VEGF in patients with and without breast cancer, and those with status axillary and the histologic grade.

Methods: this is the case and control study and was approved by the Committee on Ethics in Research, University Hospital of Porto Alegre, RS/ BR. Between March 2008 and April 2009 were enrolled 83 patients, paired by age and body mass index (BMI). Blood was collected from all participants and serum levels of VEGF were analysed by the ELISA method. In 41 patients with cancer, the assessment of lymph nodes (LN) and histological grade (G) was made by haematoxylin-eosin. For the purposes of analysis with axillary status and histologic grade, the cases were categorized by mean of controls in $> 323.82\text{pg}$ and $\leq 323.82\text{pg}$, establishing the average as cut-off point to VEGF. The statistical analysis of cases and controls was by comparison of variance, and in cases was by chi square (X^2) analysis.

Results: the means for age, IMC and VEGF was 54 years, 28 kg/m² and 356.72pg to cases and 55 years, 28.1 kg/m² and 323.82pg to controls, respectively. The difference, be-

tween serum levels cases and controls, by variance was $p=0,002$. Statistics of cases: $X^2=5,59$ ($p=.01$) for axillary status and $X^2 = 6,05$ ($p = .03$) for histologic grade.

The literature shows that the serum levels of VEGF is higher in cases with cancer than in controls. This occurred in this sample, but the comparison is difficult by using different techniques. The difference between serum levels of cases and controls were statistically significant on comparing variances. This growth factor may be a marker of expression and tumor development requiring follow-up searches for predicting the prognosis of these patients. There are negative correlation of VEGF with axillary status and histologic grade, when examined the group of patients with cancer ($p= 0.018$ and 0.03 , respectively).

Conclusion: The VEGF, in this study, had low levels associated with LN+ and G3. The follow-up of patients can indicate whether these findings influence prognosis.

RELATIONSHIP BETWEEN APOE GENOTYPES AND PLASMA LIPID PROFILES BEFORE AND AFTER TAMOXIFEN TREATMENT

Fernández-Santander A¹; Gaibar M¹; Fernández G¹; Gandariasbeitia M¹; Tejerina A²; Bandrés F²

¹Universidad Europea de Madrid, Ciencias Biomédicas Básicas; ²Fundación Tejerina, Aula de Estudios Avanzados. Madrid, España

Introduction: Tamoxifen is widely used as an adjuvant breast cancer therapy because of its antiestrogenic potential. Although tamoxifen therapy has beneficial effects on lipoprotein metabolism by decreasing plasma total cholesterol and LDL levels, an increase of plasma triglyceride levels has been observed as a very important adverse event. Apolipoprotein E (APOE) has a relevant role in lipid metabolism because of its role as a ligand to hepatic receptors. Some isoforms of the APOE protein, as for instance APOE4, results in faster chylomicron clearance and plasma reduced triglyceride levels, while APOE2 isoform is associated to plasma increased triglyceride levels.

Objectives: The aim of this work is to study the possible influence of the APOE genotypes or alleles over the effects of tamoxifen on plasma lipid levels.

Material and methods: Forty-nine women with breast cancer have been included in the analysis of APOE polymorphism. PCR, with specific primers of APOE gen, have been performed. Product of PCR was digested with HhaI restriction enzyme and visualized by polyacrylamide gel. Plasma lipid profiles were measured before and after tamoxifen treatment.

Results: APOE allele 3 was the most frequent in the studied sample (85%). Alleles 2 and 4 displayed lower values, 4% and 11% respectively. Heterozygosity level observed was 28%, being 3/3 genotype the largest one. Plasma concentration of total cholesterol and LDL decreased significantly with tamoxifen therapy compared with baseline levels. When APOE4-positive patients were compared with APOE4-negative patients, both groups showed significant

decrease in total cholesterol and LDL. Plasma triglyceride levels increased with the uptake of tamoxifen in both groups (APOE4+ and APOE4-), but not with statistical significance.

Conclusions: The beneficial effects of tamoxifen over cholesterol and LDL levels have been demonstrated. Further studies are necessary to clarify if APOE4 allele could be a beneficial effect in breast cancer patients with tamoxifen therapy.

PHARMACOGENETICS IN BREAST CANCER THERAPY: THE ROLE OF CYP2D6 CYTOCHROME

Bandrés F¹; Chicharro L²; del Saz M³; Gandariasbeitia M³; Gómez F²; Tejerina A¹; Fernández-Santander A³

¹Fundación Tejerina, Aula de Estudios Avanzados; ²Universidad Europea de Madrid, Ciencias Morfológicas; ³Universidad Europea de Madrid, Ciencias Biomédicas Básicas. Madrid, España

Introduction: CYP2D6 cytochrome is a very important enzyme in tamoxifen therapy within the context of breast cancer prevention, because of its role in tamoxifen's metabolic activation and efficacy. CYP2D6 is the rate-limiting enzyme catalyzing the conversion of tamoxifen into metabolites with significantly greater affinity for the ER and greater ability to inhibit cell proliferation. The CYP2D6 gene is highly polymorphic, currently with more than sixty different major alleles known, many of which are associated with increased, decreased, or abolished function of the final gene product.

Objectives: The main purpose of this work is to study genotypes and phenotypes of CYP2D6 as well as plasma concentrations of tamoxifen and its major metabolites (N-desmethyl-tamoxifen, 4-hydroxy-tamoxifen and N-desmethyl-4-hydroxy-tamoxifen) in women with breast cancer treated with tamoxifen.

Material and methods: Ninety women with breast cancer who were in treatment with 20 mg/d of tamoxifen in a period lesser than five years, were included in the study. Genotyping was performed by AmpliChip CYP450 Test (Roche diagnostics®), which combines gold standards in PCR and microarray technology, and by multiplex single-base extension (SBE). CYP2D6*3, *4, *5, *6, *7 and *8 were detected in order to find poor metabolizers. Plasma concentrations of tamoxifen and its major metabolites were analyzed by gas chromatography GC/MS-MS.

Results: CYP2D6*4 was the most common null allele and the only one present in PM/PM genotype patients. Other null alleles detected were CYP2D6*3, CYP2D6*5 and CYP2D6*6. Mean plasma concentrations of 4-hydroxy-tamoxifen and N-desmethyl-4-hydroxy-tamoxifen were significantly lower than concentrations of tamoxifen and N-desmethyl-tamoxifen in every genotype. The presence of null alleles was related with lower endoxifene levels.

Conclusions: Our findings suggest that tamoxifen's metabolites levels could be influenced by the CYP2D6 genotype. CYP2D6 gene may provide a means by which the hormonal therapy of breast cancer could be individualized. Further studies about other genes related to tamox-

ifen's metabolism are needed in order to understand and to apply pharmacogenetics in individualized breast cancer therapy.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA EN CÁNCER DE MAMA.

Palop Moscardó A¹; Bañuls Sendra E¹; Portolés Simeón J²; Ruiz Simón A³; Sancho Merle F⁴; Carrascosa Perez M⁵; Llombart Fuertes P⁶

Servicios de ¹Fisioterapia, ²Fisioterapia, ³Oncología Médica, ⁴Cirugía, ⁵Radioterapia, ⁶Psicología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia, España

Introducción: El linfedema en cáncer de mama es una patología frecuente que supone un detrimento importante en la calidad de vida de las pacientes. La incidencia es del 26% y está relacionado con el tratamiento quirúrgico que incluye el vaciamiento axilar así como con la radioterapia.

Objetivos: Dada la incidencia en nuestro centro de pacientes con cáncer de mama (400 mujeres/año intervenidas) y la experiencia acumulada en el tratamiento del linfedema, en 2009 se creó la Unidad de Linfedema en nuestro centro. Se pretendía cubrir 2 objetivos: 1) información para la prevención y diagnóstico precoz 2) tratamiento del linfedema si es posible en las fases más incipientes

Material y método: Para el primer objetivo: Elaboramos un tríptico informativo que se distribuye a todas las pacientes operadas por cáncer de mama durante su ingreso. En él se dan recomendaciones para iniciar la movilidad del brazo y prevenir mediante la aplicación de medidas higiénico-dietéticas la aparición del linfedema. Se recomiendan ejercicios para iniciar la movilización del brazo desde las primeras 24 horas tras la intervención, que se hacen más complejos en los siguientes 15 días de forma progresiva. Se recomiendan medidas higiénico dietéticas centradas en: cuidado de heridas en el brazo-mano del lado operado. Evitar sobreesfuerzos y traumatismos. No utilizar prendas de ropa que compriman el brazo. Evitar exposiciones prolongadas al sol. Evitar deportes bruscos y de competición con el brazo del lado operado. Se contraindican las agresiones en ese brazo: extracciones de sangre, acupuntura, toma de presión arterial siempre que sea posible. Se aconseja hidratación adecuada de la piel. Evitar sobrepeso. Asimismo se indica la necesidad de la consulta inmediata en caso de detectar aumento de volumen o enrojecimiento en el brazo. Para el segundo objetivo: estandarizamos el tratamiento para pacientes con linfedema establecido y que se basa en 4 pilares: Drenaje linfático, manual Presoterapia, Vendajes multicapa compresivos, Mantenimiento con manga elástica compresiva

Conclusiones: La información transmitida con el tríptico sobre la prevención del linfedema después de la cirugía de mama, así como los ejercicios para iniciar la movilización del brazo, pueden disminuir la incidencia del linfedema o permitir detectarlo precozmente con lo que se prevé conseguir unos resultados más satisfactorios.

NUESTRA EXPERIENCIA EN LA FASE DE APLICACIÓN CLÍNICA DE LA TÉCNICA DE BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA (BSGC) EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

Pombo Pasín M¹; Argibay Vázquez S¹; Sanmartín Troitiño L²; Calvache González A³; Garrido Pumar M¹; Pubul Núñez V¹; Sánchez Salmón A¹; Cortés Hernández J¹; Ruibal Morell A¹
Servicios de ¹Medicina Nuclear, ²Ginecología, ³Cirugía General y Digestiva ¹Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. España

Objetivo: Evaluar nuestra experiencia y resultados en la fase de aplicación clínica de la técnica de BSGC en pacientes con cáncer de mama.

Pacientes y método: Evaluamos 327 pacientes con carcinoma mamario a las que se realizó BSGC, entre febrero del 2007 y mayo del 2010. El día anterior a la intervención, se efectuó linfogammagrafía entre 2-3 horas post-inyección de 55,5-111MBq de 99mTc-nanocoloide administrado por diferentes vías según las características del tumor. Se identificó el GC y se realizó marcaje cutáneo. La localización intraoperatoria del GC se realizó mediante sonda de detección Navigator GPS®. Se hizo estudio intraoperatorio de los GC extraídos. En caso de metástasis se realizó linfadenelectomía axilar de nivel I y II.

Resultados: La edad media fue 57,6 años (rango: 30-86), siendo el 71,5% postmenopáusicas. Relataban antecedentes familiares 93 pacientes (28,4%) y 105 referían patología mamaria benigna (32,1%), siendo más frecuente la mastopatía fibroquística (41,9%). Predominó la presentación clínica como lesión no palpable (56,5%), teniendo 28,1% biopsia mamaria previa. El tipo histológico más frecuente fue carcinoma ductal infiltrante (79,5%), siendo el cuadrante superoexterno (36,4%) y la mama izquierda (55,9%) las localizaciones más usuales. El tamaño medio tumoral fue 1,6 cm (rango 0,2-5 cm), estando 227 pacientes en estadio T1 y 83 en T2. Se identificó el GC en todas las pacientes, siendo el drenaje más frecuente a ganglios axilares (99,6%). La mamaria interna se manifestó en 35 casos (10,7%), fundamentalmente en lesiones de CSI: 28,6%. Se visualizaron 16 ganglios intramamarios y 34 claviculares. 115 pacientes tenían metástasis en el GC, completándose la linfadenelectomía. Se extrajeron 16,8 ganglios/paciente (rango, 3-31), existiendo metástasis en otros ganglios en 33 casos (28,69%). Tenían micrometástasis 36 pacientes (11%). El estadiaje ganglionar (N) fue de pacientes 193 N0 y 92 N1, 18 N2 y 7 N3. No se observó ningún falso negativo.

Conclusión: Los resultados obtenidos reflejan que se cumplen los estándares de calidad para este procedimiento, siendo la BSGC una técnica útil y sencilla en el diagnóstico de la enfermedad ganglionar axilar. Ofrece resultados fiables y permite una correcta estadificación, evitando la realización de linfadenelectomías innecesarias en el 64,8%.

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS PRIMARIO DE MAMA

Estévez Fernández S¹; García Vázquez M¹; Fernández Álvarez T¹; Gutiérrez-Solana Perea V¹; Prieto O²; Tomé Espiñeira C¹; Mariño Padín E¹; Piñón Cimadevila M¹

Servicios de, ¹Cirugía, ²Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Pontevedra, España

Introducción: El carcinoma de células escamosas en la mama es extremadamente raro, ya que no es usual encontrar esta extirpe celular en el tejido mamario. Hay antecedentes que pueden explicar este hallazgo.

Caso clínico: Paciente de 68 años que acude por palpase nódulo en mama, con antecedente de traumatismo previo en dicha zona. Se realizó ecografía y mamografía, que informa de lesión nodular de bordes macrolobulados y densidad homogénea, de 5 cm. de diámetro en CSE y que ecográficamente es compleja. Se puncionó obteniendo sangre oscura retenida. Todo esto orienta hacia una lesión benigna complicada, decidiéndose en el comité de mama la exéresis de la misma mediante la realización de una tumorectomía. Después de la intervención, el estudio anatómo-patológico reveló carcinoma escamoso bien y moderadamente diferenciado, grado histológico combinado de nottingham ii con área central quística. Enfermedad fibroquística en el resto del tejido mamario.

Técnicas de inmunohistoquímica: Receptores de estrógenos y progesterona: Negativos. p53: (-) Mib1 (Ki67): >20% Marcadores de mioepitelio: CD10, p63, Actina Muscular específica: positivos. Q 5-6: positiva. CD117: (-) Tras este hallazgo, se realizan pruebas de imagen (TC-cérvico-tóraco-abdomino-pélvico) que descartan otro origen primario del tumor. Se revisa la literatura para obtener posibles explicaciones de este caso tan atípico.

Conclusiones: La forma de aparición del carcinoma de células escamosas de mama puede ser similar al del adenocarcinoma. Los pocos casos descritos de carcinoma de células escamosas podrían tener como origen común, desarrollarse a partir de un quiste de mama complicado, un absceso o traumatismo que altere la estructura glandular. Por todo ello, es fundamental el correcto manejo de estas lesiones aparentemente benignas.

IMPACTOS DE NUEVAS INDICACIONES DE GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER DE MAMA. REVISIÓN SOBRE 100 CASOS

Musetti Laxague E; Di Giovanni Bruno J

Hospital de la Mujer-Centro Hospitalario Pereira Rossell-Montevideo-Uruguay, Unidad de Mastología. Uruguay

Introducción: El ganglio centinela es actualmente el mejor procedimiento para evaluar el estado patológico de la axila y evitar vaciamientos innecesarios en cáncer de mama.

Objetivo: Analizar los resultados obtenidos luego de introducidas las nuevas indicaciones y evaluar su impacto.

Material y métodos: La población objeto del estudio fueron las pacientes operadas en nuestro servicio, con ganglio centinela desde agosto de 2008 hasta abril de 2009.

Resultados: Se efectuaron 100 procedimientos de ganglio centinela entre octubre de 2008 y abril de 2009. Los falsos negativos fueron 6 casos, tasa de falsos negativos de 6% 69 casos fueron operadas con las indicaciones clásicas (69%) y

31 casos con las nuevas indicaciones (31%). El subgrupo de indicaciones clásicas fue de 69 casos (69%), La tasa de falsos negativos fue de 5,8% (4casos). El subgrupo de nuevas indicaciones fue de 31 casos, La tasa de falsos negativos para esta serie fue de 6,4%% (2casos).

Discussion: A pesar de que el número de casos no es significativo para sacar conclusiones, las nuevas indicaciones provocaron un aumento en un 45% el número de casos realizados en el mismo periodo de tiempo, (31 casos nuevos) y un aumento leve de la tasa de falsos negativos de 5,8% a 6,4%. No afectó la tasa de éxito en forma significativa. El grupo con tumores de más de 3cm muestra un porcentaje de casos negativos del 30%, En los casos con cirugía previa siempre se encontró el ganglio centinela. Tienen una tasa de éxito de 100% y un 62% de casos negativos. Los casos multifocales fueron 8 casos con una tasa de éxito de 100%, 4 casos negativos (50%) y 4 positivos (50%).

Conclusiones: Creemos que el aumento en los casos positivos que se vio en la serie con la introducción de las nuevas indicaciones y el costo que esto implica, quedan justificados por los 16 casos de 31 en que se evitó el vaciamiento innecesario. Los resultados obtenidos nos estimulan a seguir con estas indicaciones, bajo estricta vigilancia, ya que los beneficios superan a las desventajas.

GINECOMASTIA Y CÁNCER DE MAMA EN EL VARÓN. ESTUDIO DE 8 PACIENTES

Martínez-Ramos D¹; Fortea-Sanchos C¹; Alcalde-Sánchez M¹; Salvador-Sanchos J¹; Rivadulla-Serrano I¹; Daroca-José J¹; Paiva-Coronel G¹; Queralt-Martín R¹; Arnau M²
Servicios de ¹Cirugía General y Digestiva, ²Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital General de Castellón. España

Introducción: La ginecomastia se define como la presencia en el varón de una o ambas mamas que recuerdan en su morfología, tamaño o función a las de la mama femenina. Aunque no se ha demostrado que los pacientes con ginecomastia presenten una mayor incidencia de cáncer de mama y la ginecomastia no se considera como una lesión precancerosa, los factores etiológicos de ambas entidades pueden coincidir (principalmente exceso de la relación estrógenos/andrógenos), por lo que es necesario considerar esta posible asociación ante los pacientes con ginecomastia.

Objetivos: Comunicar nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de 8 pacientes varones con ginecomastia y cáncer de mama.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo con revisión de los casos de ginecomastia intervenidos quirúrgicamente en nuestro hospital desde Enero de 1996 hasta diciembre de 2009. Entre ellos, se seleccionó a aquéllos con cáncer de mama y se estudiaron sus características clínicas, radiológicas y anatomopatológicas.

Resultados: El número total de casos analizados fue de 68 de los que 8 presentaron un diagnóstico anatomopatológico de cáncer de mama. En el grupo con cáncer de mama, la mediana de edad fue de 64 años con un rango de 34 a 82. La mitad presentó ginecomastia unilateral derecha y la otra

bilateral. La mama neoplásica fue la derecha en el 87,5 %. La mediana de meses de evolución fue de 8 con un rango de 2 a 15. El tamaño medio fue de 2,7 cm con una desviación estándar de 1'2, en ningún caso se palparon adenopatías axilares. La localización más frecuente fue la retroareolar, con una frecuencia del 62,5%, seguida por el cuadrante superoexterno con un 25%. Para su diagnóstico requirieron mamografía el 100% de los casos y de ecografía mamaria el 62,5%. La variedad histológica más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante con un 75% de los casos, y la técnica quirúrgica empleadas fueron: mastectomía radical tipo Halsted en 5 casos, mastectomía radical modificada en 1 caso, mastectomía simple en 1 ocasión y 1 caso de mastectomía simple con biopsia selectiva de ganglio centinela. En cuanto al estadio tumoral el 62,5% correspondían al I y II, y resto a los III y IV. Sólo en un caso se detectaron metástasis a distancia. En ningún caso se demostró la presencia de BCRA1 ni de BCRA2 mediante el estudio genético.

Conclusiones:

1. Aunque no se ha podido demostrar que la ginecomastia sea un factor de riesgo para el cáncer de mama, éste debe ser un diagnóstico diferencial a tener en cuenta en pacientes con ginecomastia.

2. En el tratamiento del cáncer de mama en el varón con ginecomastia, del mismo modo que ha sucedido en el cáncer de mama femenino, las técnicas quirúrgicas más conservadoras como la mastectomía simple o la biopsia selectiva del ganglio centinela han ido reemplazando a anteriores y mutilantes intervenciones.

¿EL BLOQUEO PARAVERTEBRAL TORÁCICO PUEDE INFLUIR EN LA RECURRENCIA DEL CÁNCER DE MAMA DESPUES DE LA CIRUGÍA?

Gil Trujillo S¹; Pascual Ramírez J¹; Villazala R¹; Sarabia R²; Alcantarilla C¹; Yuste A¹; Pardo R³; Bernal G¹
¹Anestesia y Reanimación; ²Cirugía. Hospital General de Ciudad Real. España

Introducción: Existen estudios animales con cáncer de mama y estudios retrospectivos en humanos que sugieren una reducción de riesgo de metástasis por realizar una anestesia regional en la cirugía de mama. La hipótesis de nuestro estudio es si la realización de bloqueo paravertebral torácico (BPVT) asociado a una anestesia general reduce la incidencia de metástasis comparado con una anestesia general en las pacientes sometidas a cirugía oncológica de mama.

Pacientes y métodos: Se recogieron 138 pacientes sometidas a cirugía de mama retrospectivamente (cirugía conservadora y mastectomía con o sin linfadenectomía) en un periodo entre Enero del 2008 hasta Junio del 2009. Se valoraron las siguientes variables: edad, peso, antecedentes personales, tipo de tumor, TNM, tipo de cirugía, tipo de anestesia, metástasis a 6 meses y a 12 meses.

Resultados: En 41 pacientes se les practicó un BPVT más anestesia general y en 97 anestesia general. El 86,9% fueron carcinomas ductales infiltrantes, el 6,6% lobulillar, el 4,4% in situ, y el 2,2% otro tipo. En cuanto al TNM, el 90,6% pre-

sentaban T1-2, el 5,1% un T3 y el 4,3% un T4. Un 62,3% N0, 26,1% N1, 7,2 % N2, y 4,4% N3 y el 100% M0. El tipo de cirugía realizada: 41,9% mastectomía y el 58,1% de cirugía conservadora. La aparición de metástasis a 6 meses fue de 2,4% en el grupo de anestesia +BPVT y de un 13,4% en el grupo de anestesia general, con una $p = 0,065$. Y a 12 meses un 2,4% en el grupo de anestesia general +BPVT, y un 10,3% en el de anestesia general con una $p = 0,175$. Sólo una paciente falleció a los 7 meses de la intervención.

Conclusiones: Este estudio retrospectivo no encuentra diferencias en la aparición de metástasis a 6 meses ni a 12 meses en las pacientes que fueron sometidas a una anestesia paravertebral con respecto a las que no. Sin embargo, el porcentaje de metástasis fue menor tanto a 6 como a 12 meses en las pacientes en las que se realizó un bloqueo paravertebral, probablemente, si hubieramos recogido una muestra superior y un periodo de tiempo más largo hubieramos confirmado esta tendencia.

NEUROENDOCRINE TUMOR OF THE BREAST DETECTED ON HEPATIC METASTASES

Álvarez-Páez A¹; Nogueiras-Alonso J¹; Iglesias-Castañón A²; Loira-Bamio F¹; Barandela-Salgado J¹; Serena-Puig A¹; Guítan-Iglesias R¹; Campos-Villarino L³

¹Nuclear Medicine Departament; ²Radiology Departament; ³Nuclear Medicine Departament Meixotero Hospital. España

Background and Objective: The incidence of neuroendocrine differentiation in breast carcinoma is between 2-5% and can be found in different histotypes, including in situ and invasive ductal, lobular, colloid, papillary breast cancer. They express neuroendocrine markers in more than 50% of the cell population. We describe a rare case reported initially as an infiltrant ductal carcinoma at the breast tumor pathology study, who present at four year of follow up a hepatic lesion reported as a neuroendocrine breast cancer metastases studied with nuclear medicine techniques.

Patient and method: A 37-year-old female presented with microcalcifications seen on a mammogram in the upper outer quadrant of the right breast. An excisional biopsy of the breast lesion showed a 3.8 x 3.5 cm infiltrant ductal carcinoma (Grade II Bloom-Richardson; estrogen and progesterone receptor positive; Cerb-B2 negative; P53 negative; Ki67 less than 10%). The patient underwent a radical mastectomy and ipsilateral axillary lymphadenectomy; the specimen was submitted for a histopathological examination; on cut section, an intraductal carcinoma was observed at upper outer quadrant of the right breast (none evidenced of infiltrant ductal carcinoma) and axillary metastases were found in 12 of the 20 nodes evaluated (Clinical stage pT2N3M0). Chemotherapy, radiotherapy and Tamoxifen was the post-surgical treatment. During initial follow up, no recurrence signs were observed.

Result: Four years after treatment, routine abdominal ultrasound evidence hypoechoic focal hepatic lesions suspicious of metastases. An FDG-PET was performed showing a hypermetabolic focus (< 1 cm) at the VI hepat-

ic segment with 3.9 g/ml of maximum SUV. Resection of the hepatic lesion was made; the pathologist reported a neuroendocrine tumor of the breast (Immunohistochemical staining was positive for synaptophysin, chromogranin, estrogen and progesterone receptors and CK 19). Review of the initial breast tumor histopathological study was performed. Octreoscan study as a complementary test demonstrated non residual tissue or distant lesions with somatostatin receptors.

Conclusion: Breast neuroendocrine tumors are rare. For the correct evaluation of these patients, is necessary a carefully pathological examination at the initial study and the early detection of metastases using functional imaging test (FDG-PET and Octreoscan).

¿TIENE RELACIÓN EL TIPO DE ANESTESIA CON LA APARICIÓN DEL DOLOR CRÓNICO DESPUÉS DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE MAMA?

Gil-Trujillo S¹; Pascual J¹; Villazala R¹; Calatayud L¹; Yuste A¹; González F¹; Rabadán L²; Marín F¹

¹Servicio de Anestesia y Reanimación; ²Servicio de Cirugía. Hospital General de Ciudad Real. España

Introducción: Muchos son los factores relacionados con la aparición del dolor crónico postoperatorio. Los síntomas de dolor crónico en la zona operada y en el brazo ipsilateral son prevalentes 1 año después de la intervención. Un buen control del dolor postoperatorio se ha asociado con una reducción del riesgo de desarrollo de dolor en el área intervenida. El objetivo del estudio es determinar si la realización de un bloqueo paravertebral torácico (BPVT) preincisional reduce la aparición de dolor crónico en la cirugía oncológica de mama.

Material y método: Se registraron 138 cirugías oncológicas de mama entre Enero del 2008 y Junio del 2009 en el Hospital General de Ciudad Real. Se recogieron los siguientes datos edad, peso, antecedentes personales, tipo de cirugía, tipo de anestesia, dolor a los 6 meses y a los 12 meses.

Resultado La incidencia en nuestra serie fue del 10,9%. Del total de pacientes, 39 recibieron un bloqueo paravertebral torácico. En el grupo de anestesia general 11/99 presentó dolor crónico a los 6 meses frente a 1/39 paciente del grupo de paravertebral (IC 95% $p = 0,178$), y a los 12 meses 15/99 frente a 1/39 del grupo del paravertebral (IC 95% $p = 0,04$; número necesario para tratar 4,16). La aparición del dolor si tuvo relación con la realización de linfadenectomía ($p = 0,05$) pero no con el tipo de cirugía ($p = 0,32$).

Conclusión: La incidencia de dolor crónico tras cirugía oncológica de mama es un problema a considerar. En nuestro estudio se ha relacionado con la realización de linfadenectomía axilar. Además el hecho de realizar un BPVT preincisional parece reducir la incidencia del dolor crónico a 12 meses. Sería necesario, la realización del bloqueo a 4 pacientes para prevenir la aparición del dolor crónico en uno de ellos.

MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN CON LA TÉCNICA DEL PEDÍCULO SUPEROMEDIAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA GIGANTOMASTIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL

Rabadán L¹; Pardo R¹; Gil-Olarte M¹; Manzanares C¹; Cordeiro J²; Menéndez P¹; V. Muñoz V¹; Sánchez S¹; Ruescas F¹; García E¹; Martín J¹

¹Servicio de Cirugía General; ²Servicio de Medicina Nuclear. Hospital General de Ciudad Real. España

Objetivo: Mostrar la experiencia en la mamoplastia de reducción con la técnica del pedículo superomedial en nuestra Unidad de Mama.

Material y método: Se han recogido las pacientes intervenidas por gigantomastia sintomática en el Servicio de Cirugía del Hospital General de Ciudad Real. Todas las pacientes fueron remitidas por cervico-dorsalgia en relación con su hipertrofia mamaria. Se realizó estudio preoperatorio mediante ecografía o mamografía para descartar patología mamaria. Se diseñó el patrón de Wise manteniendo un pedículo superomedial, que asegurará la irrigación del CAP. Se extirpa todo el tejido mamario del polo inferior de la mama y parte del polo superoexterno y, tras dotar a la mama de la proyección deseada se cierra la piel siguiendo las marcas preoperatorias, dando a la mama su forma definitiva. Se realiza la técnica en la mama contralateral extirpando la misma cantidad de tejido mamario, buscando la simetría con la mama precedente.

Resultado Desde diciembre de 2006 hasta abril de 2010 se han intervenido 65 pacientes con una edad media de 41 años (rango 18-71). La media del peso extirpado por mama es de 727 gramos (rango 345-1.230). El tiempo medio operatorio fue de 148 minutos y la estancia media hospitalaria 2,4 días (rango 1-7). Seis pacientes tuvieron complicaciones relacionadas con la cirugía: 1 paciente tuvo una isquemia del CAP que originó una pérdida parcial de la areola, 4 pacientes tuvieron una dehiscencia parcial de la rama vertical que se manejaron de modo conservador y 1 paciente tuvo un hematoma postoperatorio. Todas las pacientes tuvieron una mejoría total o parcial de los síntomas derivados de la gigantomastia siendo valorado como bueno o muy bueno este aspecto por el 96% de las pacientes. La satisfacción con el resultado estético, forma y tamaño, fue valorado como bueno o muy bueno por el 92% de las pacientes y el 95% se mostraron satisfechas en general con el procedimiento.

Conclusiones: La mamoplastia de reducción con el patrón de Wise y pedículo superomedial es una técnica aplicable a las pacientes con gigantomastia sintomática, efectiva, segura y con resultados mantenidos a largo plazo. El manejo de esta técnica proporciona las habilidades necesarias para el acceso a procedimientos de mayor dificultad en cirugía oncoplástica y reconstructiva, en el seno de una Unidad de Cirugía Oncoplástica.

CARCINOMA BILATERAL SINCRÓNICO

Acedo-Díaz F; Guerra-Bautista J; Moalla A; Hernández-Oller E; Muñoz-Boo J

Hospital de la Merced, Osuna. Córdoba. España

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

Caso clínico: Paciente de 78 años remitida desde Atención Primaria por tumoración de mama derecha. 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 3cm de eje mayor, y aumento de densidad focal de 1.5cm en mama izquierda. Ecografía: imagen hipocogénica de 12mm en cola axilar derecha, y de similares características la retroareolar izquierda, ambas sospechosas de malignidad. PAAF: células ductales sin linfocitos. BAG: carcinoma infiltrante en ambos nódulos. Se practican cuadrantectomía y vaciamiento axilar bilateral, y el seguimiento actual es por oncología sin recidiva conocida. El estudio AP definitivo demuestra carcinoma ductal infiltrante de 2 cm moderadamente diferenciado y metástasis en 1/20 ganglios positivos, y en mama derecha carcinoma lobulillar infiltrante de 1.5cm, 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: Las mujeres con carcinoma de mama van a desarrollar otro contralateral en 10 años, a razón del 0,5-0,7% anual. Los sincrónicos aparecen en general en pacientes de mayor edad (media de 61 años) y con menor agregación familiar frente a los metacrónicos). Los criterios de bilateralidad son: tipos histológicos diferentes, grados histológicos o de diferenciación nuclear distintos, y carcinoma lobulillar "in situ". La prueba diagnóstica más rentable es la senografía más PAAF, detectándose la paciente por autoexploración en el 15,5% del total de los tumores bilaterales. El diagnóstico diferencial debe realizarse fundamentalmente con la metástasis mamaria del cáncer de mama o incluso de otra localización, debiendo sospecharse ésta 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 debe estar condicionado 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

Acedo-Díaz F; Guerra-Bautista J; Candil-Comesana D; Novales-Vasco G; Gómez-García A

Hospital de la Merced, Osuna. Córdoba. España

Introducción: Supone el 0,2% de los cánceres de mama, manifestándose como una adenopatía axilar metastásica ho-

molateral sin evidencia clínico-radiológica en la glándula, por lo que suele debutar como un hallazgo casual. Las mejoras en las técnicas mamográficas en los últimos años han disminuido su incidencia.

Caso clínico 1: Mujer de 60 años con nódulo axilar derecho y citología concordante con carcinoma. Ecografía y mamografía negativas. En la exploración se aprecia tumoración de 3 cm fija a planos profundos. TAC toracocervical: adenopatía axilar derecha y ganglios satélites. BAG guiada por ecografía: carcinoma infiltrante. RMN-gadolinio: adenomegalia axilar de 2,5 cm con adenopatías satélites de 0,5 cm; hipercaptación retroaxilar externa profunda en mama derecha. Se realiza mastectomía radical modificada. AP confirma metástasis de carcinoma en 1/17 ganglios. El perfil inmunofenotípico de la metástasis es concordante con origen primario en la mama.

Caso clínico 2: Mujer de 72 años que en control rutinario se aprecia zona indurada en cuadrantes superiores de mama izquierda, dolorosa, y que retrae el pezón. La mamografía y ecografía previas no evidencian cambios. En la RMN-gadolinio se aprecia gran adenopatía axilar izquierda, de 2,4 cm, hipercaptante. Se solicita BAG ecodirigida, que confirma metástasis de carcinoma poco diferenciado. Se practica mastectomía radical modificada izquierda. El informe anatomopatológico informa: carcinoma lobulillar que infiltra región de 3-4 cm de tejido mamario sin lesión macroscópica. 4 de 13 ganglios positivos. Conglomerado adenopático de 3 cm. Receptores de estrógenos y progesterona en el 40% de los núcleos. Ki-67 alto.

Discusión: 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. Mayor valor parece aportar la RMN con o sin gadolinio de manera preoperatoria para ayudar a realizar una cirugía conservadora, con sensibilidad de hasta el 95% pero baja especificidad, y que además permite mejorar sus resultados y protocolizar tratamientos con la adaptación de equipos de biopsia. El tratamiento, una vez extirpada la adenopatía y excluido su origen extramamario, actualmente no asume la actitud expectante dado la alta tasa de recidiva local. La radioterapia regional como único tratamiento ha demostrado tasas de control local del 70-100%. La mastectomía radical modificada no ha demostrado un aumento en la supervivencia, pero sí menor tasa de recidiva local. 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. Los demás factores pronósticos del cáncer de mama habituales no siempre pueden ser valorados, por lo que se han descrito otros aplicados a la adenopatía como son focos fibróticos tumorales, densidad microvascular, etc.

RESULTADOS PRELIMINARES TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL MÉTODO *ONE STEP ACID NUCLEIC AMPLIFICATION* (OSNA) EN NUESTRA UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA

Sanz de Pablo M¹; González Alvarez G²; Perez Omeñaca F²; Domínguez F²; Artieda C²; Trujillo R²; De Miguel C²; Ruiz de Azua Y²; Reparaz B²; Apesteguía L²

¹Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Virgen del Camino; ²Hospital Virgen del Camino. Pamplona. España

Introducción: La biopsia del ganglio centinela está aceptada como el procedimiento estándar para la cirugía conservadora de la axila en el cáncer de mama. La gran variabilidad existente en los protocolos de estudio anatomopatológicos han impedido una correcta estandarización. Recientemente, se ha descrito un nuevo método molecular, *One-Step-Acid-Nucleic-Amplification* (OSNA), altamente sensible, específico, aplicable al diagnóstico intraoperatorio y que permite el estudio de la totalidad del ganglio.

Objetivo: Análisis de los resultados, tras implantar dicha técnica en nuestra Unidad de Patología Mamaria, en los 50 primeros casos realizados.

Material y método: 50 pacientes intervenidas de carcinoma de mama con biopsia selectiva del GC, a quienes se les realizó estudio intraoperatorio mediante el método OSNA.

Resultados: Un total de 83 ganglios centinelas analizados con una media 1,66 por paciente (Rango 1-5). Se objetivó afectación en 19 pacientes (38%): 8 presentaban macrometástasis (una paciente presentaba además una micrometástasis), 8 micrometástasis y 3 células tumorales aisladas. El análisis histológico de los tumores en el caso de macrometástasis fue de CDI 87,5%, Tubular 12,5%, 37,5% Grado I, 50% II y 12,5% III. El tamaño medio tumoral 1,6cm (R 1-2,2). En el caso de micrometástasis, el 87,5% CDI y 12,5% Papilar infiltrante. 12,5% Grado I, 37,5% II y 50% III. Tamaño medio 1,95 cm (R 0,9 – 3,5). En tres casos había invasión vascular o linfática. A 9 pacientes se les realizó linfadenectomía axilar en la misma intervención (las 8 con macrometástasis y una paciente con dos ganglios afectados por micrometástasis). En los casos de micrometástasis única nuestra Unidad ha acordado, no realizar linfadenectomía axilar. El tiempo desde la extracción del ganglio, hasta el informe intraoperatorio osciló entre 45 y 50 minutos. Este tiempo se empleó para realizar el tratamiento sobre la mama, por lo que la aplicación del método OSNA no supuso un alargamiento del tiempo quirúrgico.

Conclusiones: El sistema OSNA, es una alternativa válida para el diagnóstico intraoperatorio del ganglio centinela. Evita segundas intervenciones por falsos negativos en el diagnóstico intraoperatorio histológico, que oscila entre el 15-25%. No incrementa de manera llamativa los tiempos quirúrgicos.

GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER DE MAMA: RESULTADOS TRAS 4 AÑOS DE REALIZACIÓN EN UN HOSPITAL SIN SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

Iglesias-Bravo E¹; Delgado-Jiménez M²; Sánchez-Sevilla M²; Gasca-Collado M²; Luque-Martin M²; Garrido-Teruel R²

¹Unidad de Mama. Servicio de Ginecología; ²Unidad de Mama. Hospital de Valme. Sevilla. España

Introducción: La técnica de ganglio centinela ha demostrado sobradamente su validez en cáncer de mama; ha sido reconocida y adoptada por las sociedades científicas e incluida en las guías clínicas e incluso en la clasificación

TNM. Existen indicaciones y contraindicaciones para su realización, así como recomendaciones sobre la técnica, una de ellas, que debe realizarse con el Servicio de Medicina Nuclear.

Objetivo: Demostrar que la técnica es realizable en nuestro medio, con el Servicio de Medicina Nuclear de nuestro hospital de referencia. Valorar la reproducibilidad y validez de la técnica con unos criterios estrictos de selección. Tratar de averiguar si existen factores que puedan predecir la positividad de las adenopatías axilares cuando el centinela es positivo.

Material y método: La población de estudio son pacientes intervenidas por cáncer de mama en estadio clínico I y II. La técnica se inicia sólo con colorante, incorporándose posteriormente la técnica combinada y la ecografía axilar sistemática previa. Se recogen resultados de tamaño tumoral, grado histológico, inmunohistoquímica, existencia o no de invasión vascular y linfática y número de ganglios positivos, para tratar de valorar si existe algún factor capaz de predecir la positividad de los ganglios axilares cuando el centinela es positivo.

Resultados: Desde el año 2006 hemos realizado un total de 182 ganglios centinelas, seleccionando pacientes con cáncer de mama en estadio I y II. Los resultados de la técnica son similares a los de otros estudios, sin que se hayan objetivado complicaciones ni recidivas axilares en pacientes con centinelas negativos. No hemos encontrado ningún factor capaz de predecir la positividad de ganglios axilares en caso de centinela positivo de forma significativa

Conclusiones: La técnica de ganglio centinela es reproducible cumpliendo los criterios de inclusión, ocasionando muy pocas complicaciones comparada con la linfadenectomía clásica. Es por tanto, beneficiosa para las pacientes ya que supone menor agresividad quirúrgica, menor morbilidad y menor número de días de ingreso. Debe realizarse la técnica combinada ya que se facilita la detección y se evitan falsos negativos. Esto es posible aunque no se disponga de un Servicio de Medicina Nuclear en el centro, siempre que se establezcan los circuitos adecuados. Aunque se han propuesto nomogramas que tratan de predecir la positividad de la linfadenectomía, aún son precisos más estudios para validarlos.

PAPEL DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA PARA PREDECIR LA RESPUESTA PATOLÓGICA A LA QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE DE LOS SUBTIPOS MOLECULARES DE CÁNCER DE MAMA Y SU INFLUENCIA EN LA SUPERVIVENCIA DE LAS PACIENTES

Jiménez F¹; Bernal C¹; García C¹; Seral P¹; Gómez R¹; Martínez L¹; Puértolas T²; Lao J²

¹, Servicio de Radiodiagnóstico; ²Servicio de Oncología. Hospital Universitario Miguel Server. Zaragoza. España

Introducción: Estudios recientes han permitido elaborar una clasificación del Cáncer de Mama (CM) atendiendo a su perfil genético, definiendo tres grandes subtipo luminal,

HER2 y triple negativo (TN), con peculiaridades pronósticas y terapéuticas diferentes.

Objetivo:

— Analizar el papel de la Resonancia Magnética (RM) en la predicción de respuesta a la quimioterapia neoadyuvante (QTN) en los tres subtipos moleculares de CM.

— Determinar el impacto de la Clasificación Molecular del CM en la respuesta a QTN y la supervivencia de las pacientes.

Material y método: El estudio incluyó 168 pacientes con CM tratadas con intención neoadyuvante. A todas las pacientes se les realizaron dos RM de mama, antes y tras el tratamiento con QTN, para determinar la Respuesta Radiológica (RR). La Respuesta Patológica (RP) se estableció según la escala de Miller & Payne. Se utilizó un test de correlación de Pearson para comparar la RR y la RP. Se examinó la relación entre la respuesta a la QTN y la supervivencia global y libre de enfermedad de las pacientes.

Resultado: La distribución de las pacientes según el perfil molecular del CM fue: 92 CM subtipo luminal, 44 HER2 y 32 TN. La precisión de la RM para predecir RP completa fue mayor en los subtipos HER2 y TN, 81% y 92% respectivamente, con un índice de correlación de 0,901 en el TN ($p < 0,0001$). El subtipo TN presentó la mayor tasa de recaídas ($p < 0,05$), con una supervivencia libre de enfermedad media de 47,8 meses, significativamente menor que la de los otros subtipos.

Conclusiones:

— Se observó una alta correlación entre la RR y la RP a la QTN en todos los subtipos moleculares, principalmente en el TN.

— A pesar de su mayor quimiosensibilidad inicial, el subtipo TN mostró peor pronóstico que los otros, con un menor tiempo medio de supervivencia libre de enfermedad.

— La alta precisión que la RM ha demostrado para predecir RP a QTN hace de ella una importante herramienta en el manejo prequirúrgico de las pacientes con CM y un factor importante a la hora de predecir la supervivencia de las pacientes.

BREAST CANCER “ASYMPTOMATIC” PATIENTS DIAGNOSED OUTSIDE THE AGE SELECTION

Mallo-Alonso R¹; Cameselle-Teijeiro J²; de Castro-Parga G¹; Sobrino-Montero C¹; Fluiters-Casado E³; Cortizo-Torres M⁴; Paredes J²; Schmitt F²

¹Unidad de Mama, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; ²Unidad de Mama IPATIMUP; ³Atención Primaria -Vigo, C.S. Casco Vello; ⁴Atención Primaria -Vigo, C. S. Vigo-Centro. Pontevedra. España

Objective: We aimed to know the number of patients who were diagnosed with Breast Cancer (BC) outside the age selection according to the criteria established by the Galician Program of BC Early Detection: ≥ 50 years and < 70 years. Our research also took into account the number of the patients who were diagnosed in the asymptomatic stage.

Material and method: We studied all the diagnosed patients at the University Hospital of Vigo from January 1974

until December 2008, reaching a number of 3099 patients with BC. We divided this 35 years span into 4 stage 1974-1983, 1984-1998, 1999-2006 and 2007-2008. Each one of these stages was defined according to the different modalities and strategies used for the diagnosed of the BC in our area. The comparison between the qualitative variables was made through the "Chi-square" test or the Fisher's exact test.

Results: In the four analyzed stages there were left outside the age selection around 55% of the total patients as they were < 50 or ≥ 70 years old in the moment of being diagnosed. During the first years, the youngest patients (< 50 years) represented 38.8%, a percentage which diminished up to the present to 28.2%. Although until the year 1983, none of the patients < 50 years had been diagnosed in an asymptomatic stage; since then, this percentage has progressively increased from 2.3% to 9.8% and 15.4% in the last two years (p = 0.0001). On the contrary, the percentage of patients over 69 years has gradually increased until it reached 28.4% of the BC total number in the last years. Nevertheless, the percentage of asymptomatic patients who were over 69 years is still very scarce (< 3%) in the 35 years span analyzed.

Conclusion: We consider that the opportunistic selection is the reason for the increase of young patients with asymptomatic BC. Maybe, from the primary health care, doctors could increase the percentage of older patients with asymptomatic BC thanks to the selection of older women with a "good quality life expectancy" to get their participation in the opportunistic selection and diminish their morbidity.

¿CONOCEMOS LA INTERACCIÓN ENTRE UNA EMOCIÓN COMO EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA Y EL FUNCIONAMIENTO DEL ORGANISMO?

Charlo-Bernardos M¹; Guillén-Antón J²; Sousa-Domínguez R³; Campos-Ródenas R⁴

¹Bloque Quirúrgico; ²Servicio de Anestesia y Reanimación; ³Servicio de Cirugía; ⁴Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España

Objetivo: Conocer la opinión de pacientes y profesionales sanitarios acerca de la influencia del estrés psicológico sobre el sistema inmunitario, y cómo el sistema nervioso central y neuroendocrino se altera ante el conocimiento del diagnóstico de cáncer de mama (CM). Por otro lado, se ha querido conocer la opinión sobre la importancia del abordaje psicológico desde el momento del conocimiento del diagnóstico para brindar apoyo emocional y la repercusión generada en la imagen sexual y social de la mujer.

Metodología: Se ha diseñado un estudio cualitativo utilizando una Entrevista Clínica Estructurada realizada a 9 pacientes diagnosticados de CM y 12 profesionales sanitarios pertenecientes al equipo multidisciplinar de CM. El estudio se ha realizado en la provincia de Zaragoza durante el año 2008. El método de obtención de la información fue la grabación, aplicada a los informantes clave, profesionales sanitarios y pacientes diagnosticadas de CM. Posteriormente se

realizó la transcripción inmediata de las entrevistas, y a partir de ahí se desarrollaron conceptos y proposiciones teóricas, planteándose la discusión en base a las hipótesis planteadas, la bibliografía consultada y los resultados obtenidos.

Resultado: Las pacientes desconocen la influencia biológica del estrés, a diferencia de los profesionales que consideran que se pone en marcha una respuesta de adaptación en el organismo al conocimiento del diagnóstico de CM. Tanto pacientes como profesionales consideran muy importante el abordaje del factor psicológico en el CM puesto que va a estar muy condicionada la forma de afrontar la situación. La imagen sexual y social está muy afectada en estas pacientes, el aspecto físico les influye mucho, opinión compartida por los profesionales.

Conclusiones:

1. El estrés psicológico que acompaña al diagnóstico de CM altera realmente la inmunidad y desencadena todos los síndromes de adaptación, alterando el sistema nervioso central y neuroendocrino.

2. La interacción entre las emociones y el funcionamiento físico del organismo es cada vez más clara.

3. Es necesario abordar el factor psicológico y trabajar la imagen sexual y social de la mujer.

4. Detectamos una demanda creciente de estos apoyos psicológicos.

¿EXISTE BENEFICIO CON TERAPIAS PSICOLÓGICAS EN LA CALIDAD DE VIDA, PRONÓSTICO Y SUPERVIVENCIA DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA?

Charlo-Bernardos M¹; Guillén-Antón J²; Campos-Ródenas R³; Sousa-Domínguez R⁴

¹Bloque Quirúrgico; ²Servicio de Anestesia y Reanimación; ³Servicio de Psiquiatría; ⁴Servicio de Cirugía. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España

Objetivo: Conocer la opinión de pacientes y profesionales sanitarios acerca de la existencia y beneficios de las terapias aplicadas a pacientes con CM que, según la bibliografía, pueden mejorar el estado anímico de la persona, contribuyendo a su vez a mejorar la calidad de vida y, posiblemente, aumentar la supervivencia.

Metodología: Se ha diseñado un estudio cualitativo utilizando una Entrevista Clínica Estructurada realizada a 9 pacientes diagnosticados de CM y 12 profesionales sanitarios pertenecientes al equipo multidisciplinar de CM. El estudio se ha realizado en la provincia de Zaragoza durante el año 2008. El método de obtención de la información fue la grabación, aplicada a los informantes clave, profesionales sanitarios y pacientes diagnosticadas de CM. Posteriormente se realizó la transcripción inmediata de las entrevistas, y a partir de ahí se desarrollaron conceptos y proposiciones teóricas, planteándose la discusión en base a las hipótesis planteadas, la bibliografía consultada y los resultados obtenidos.

Resultados: Tanto pacientes como profesionales sanitarios otorgan gran valor a las terapias. Las pacientes opinan que las terapias contribuyen a una mejora en la calidad de

vida, son válidas si se aplican bien, teniendo en cuenta cada persona y su entorno y, por supuesto, requiriendo la dirección de un buen profesional para obtener mejores resultados. Los profesionales sanitarios, desconocen en mayor medida que las pacientes todas las terapias existentes, dan validez a cualquier terapia que sea útil, siempre y cuando se individualicen en cada caso...no todas las terapias sirven para todas las pacientes. Ni pacientes ni profesionales reconocen abiertamente que con el bienestar emocional obtenido a través de las terapias mejore el pronóstico y/o aumente la supervivencia en el CM pero sí admiten su contribución a una mejor tolerancia de la situación, por tanto una mejora de la calidad de vida.

Conclusiones:

1. Existe la necesidad de un abordaje integral de las pacientes con CM donde la figura del psicooncólogo se hace indispensable.
2. Si se facilita la inclusión de las intervenciones psicológicas en el tratamiento de CM se producirá una reducción a largo plazo de los costes a nivel sanitario.
3. Las terapias o intervenciones psicológicas mejoran la calidad de vida y pueden predecir la supervivencia de las pacientes con CM.

GLOBAL SURVIVAL REGARDING THE DIFFERENT DIAGNOSIS METHODS OF THE FEMALE BREAST CANCER USED FOR 35 YEARS (1974-2008) IN THE SOUTH OF GALICIA

Mallo-Alonso R¹; Cameselle-Teijeiro J²; de Castro-Parga G¹; Sobrino-Montero C¹; Fluiters-Casado E³; Cortizo-Torres M⁴; Valdés-Pons J⁵; Schmitt F²

¹Unidad de Mama, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; ²Unidad de Mama, IPATIMUP; ³Atención Primaria -Vigo, C.S. Casco Vello; ⁴Atención Primaria -Vigo, C. S. Vigo-Centro; ⁵Servicio de Ginecología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra. España

Objective: We aimed to know the global survival of the breast cancer (BC) patients regarding the different methods and strategies used throughout 35 years (1974-2008) at the University Hospital of Vigo (Southern Galicia, Spain).

Material y method: The research includes a total number of 3099 women diagnosed with BC in the last 35 years. We divided this 35 years span into 4 stage 1974-1983, 1984-1998, 1999-2006 and 2007-2008. Each one of these stages was defined according to the different modalities and strategies used for the diagnosis of the BC in our area. We have used the product limit estimator of the Kaplan-Meier method to estimate the survival function. We have used the log rank test. We analyzed the global survival of the BC: life span of the patient after entering the research (date of diagnosis) until the date of decease –by any cause– or the last clinic check-up in the case of present survival.

Results: The patients with negative axillary nodes showed similar survival rates during the 35 years span of the analysis ($p > 0.05$). Nevertheless, BC patients who showed invasion of the axillary lymphatic nodes, increased the glob-

al survival rates ($p = 0.001$) from 1999 onwards. The average size of the tumour has progressively diminished: 3.89 cm (1974-1983); 2.87 (1984-1998) and 2.52 (1999-2006), being these very significant changes ($p = 0.002$). The percentage of patients with negative axillary nodes has increased (35.0 %; 51.5 %; 56.7 % and 64.3 %) and we have detected a progressive decrease of the group of patients with ≥ 4 affected nodes (31.8 %, 24.1 %, 18.7 % and 12.2 %). Likewise, the percentage of in situ carcinomas has continuously increased in each of the stages (3.7 %; 6.1 %; 10.7 % and 12.9 %) ($p = 0.001$).

Conclusions: We conclude that the introduction in our Hospital radiologic intervention since 1999 – through the use of the Biopsy with Thick Needle and more recently, with the Vacuum Assisted Biopsy, have contributed to an improvement of the BC survival. Further research could try to quantify the responsibility that can be taken by the diagnosis methods and the therapeutical changes throughout these years

NEONATAL GYNECOMASTIA

Mallo-Alonso R¹; Cameselle-Teijeiro J²; de Castro-Parga G¹; Valdés-Pons J³; Cortizo-Torres M⁴; Otero-García M⁵; Corbi-llón-Estévez A⁶; Schmitt F²

¹Unidad de Mama, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; ²Unidad de Mama IPATIMUP; ³Servicio de Ginecología Complejo, Hospitalario Universitario de Vigo; ⁴Atención Primaria -Vigo, C. S. Vigo-Centro; ⁵Servicio de Radiología Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.; ⁶Atención Primaria, Vigo, PAC. Pontevedra. España

Objective: To describe and illustrate the clinical and sonographic findings in unilateral gynecomastia in a paediatric male of 24 days age.

Materials and method: We reviewed the clinical finding and follow-up of a paediatric male of 24 days age presenting with breast mass. The findings were correlated with additional imaging (sonographic findings).

Results and conclusions: The so-called “newborn physiological hypertrophy” – either uni- or bilateral – is something frequent (30% of all the newborn) and it happens both to boys and girls. The newborn might even present a burst blood vessel in the nipple, with a mucous or milky appearance, called “witch’s milk”. Nevertheless, palpable breast masses are rare in the pediatric male population. Neonatal gynecomastia is due to high levels of estrogen in the placental-fetal circulation. After the delivery, the mother’s hormonal stimulus disappears. Enlargement of the breasts is often transient, but may persist longer in breastfed infants. Frequently, the ignorance of the entity – leads to suspect mastitis – and to establish unnecessary treatments. We present the case of a 24 days old male with a big and dramatic unilateral gynecomastia and we show its ultrasound scan image. Although such a striking volume seems impossible to be solved spontaneously, we must calm down the parents, as the gynecomastia will eventually diminish to a normal situation spontaneously within 4 months, without any treatment. In our case, this happened when the baby was three months old.

RELACIÓN ENTRE LOS MÁRGENES INICIALES EN LA CIRUGÍA CONSERVADORA DE CARCINOMA INFILTRANTE DE MAMA Y CARCINOMA RESIDUAL EN LA SUBSECUENTE AMPLIACIÓN

Rodríguez-Manfredi A¹; Caparrós X¹; Pahisa J¹; Fernández P²; Zanón G¹; Martínez S¹; Torné A¹

¹Servicio de Ginecología Oncológica; ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clinic. Barcelona. España

Introducción: La cirugía conservadora es el tratamiento estándar del estadio inicial del cáncer de mama, siendo el margen quirúrgico uno de los factores importantes que afectan el riesgo de recurrencia local. Existen controversias en la literatura con relación a la definición de margen cercano, este en general se refiere a la presencia de células tumorales a 1mm del borde marcado con tinta o borde de la incisión. El éxito de la cirugía conservadora de la mama, depende de la obtención de márgenes negativos adecuados, sin llegar a ser extremadamente amplios.

Objetivo: Revisión del estado inicial de los márgenes en cirugía conservadora de carcinoma infiltrante de mama y correlación con su presencia en las piezas de reexcisión.

Materiales y método: Se realizó un estudio retrospectivo de los informes de Anatomía Patológica (AP) de las piezas quirúrgicas correspondientes a cirugías conservadoras de mama realizadas durante los años 2005 y 2007 en el Hospital Clinic de Barcelona, las cuales necesitaron ampliación de márgenes. Para el análisis, los márgenes de la pieza inicial se estratificaron en contacto focal, < 1 mm, 1-2 mm, > 2 mm.

Resultados: Se realizaron 238 cirugías conservadoras. De estas, a 156 se realizó ampliación de márgenes, por presentar márgenes positivos o muy próximos. El estudio de AP se hizo por biopsia peroperatoria en 85,9% (134), por lo que la ampliación se realizó en el mismo procedimiento quirúrgico, mientras que el restante 14,1% (22) fue en biopsias diferidas necesitando un segundo acto quirúrgico para la ampliación de los márgenes. Al estudiar los márgenes de la pieza inicial, 27,6% (43) correspondía a contacto focal, 27% (42) < 1 mm, 19,8% (31) 1-2 mm y 25,6% (40) > 2 mm. Solo el 25,6% (40) presentaron carcinoma residual en la pieza de reexcisión, de estas, 50% (20) correspondía a márgenes iniciales con contacto focal, 25% (10) < 1 mm, 7,5% (3) 1-2 mm y 17,5% (7) > 2 mm.

Conclusión: Nuestro estudio demostró que el mayor número de carcinoma residual en la ampliación se presenta cuando los márgenes son positivos o menores de 1 mm. A partir de 2 mm la cantidad de carcinoma residual fue muy baja, por lo que se recomienda estudiar otros factores antes de decidir ampliación de márgenes.

BASAL-LIKE OF INVASIVE BREAST CARCINOMA

De Castro-Parga G¹; Cameselle-Teijeiro J²; Mallo-Alonso R¹; Paredes J²; Ricardo S²; Cortizo-Torres M³; Pousa-Estévez L⁴; Schmitt F²

¹Unidad de Mama, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; ²Unidad de Mama IPATIMUP; ³Atención Primaria -Vigo, C. S. Vigo-Centro; ⁴Atención Primaria -Vigo, C. S. Baiona. Pontevedra. España

Objective: Basal-like Breast Carcinoma (BLBC) is defined by the absence of hormone receptors (RE and RP) and HER2 and by the expression basal/mioepitelial differentiation markers. We aimed to research the frequency of the BLBC, its clinic characteristics and the global survival within 10 years, in our area.

Materials and method: We selected at random simple sampling a total number of 443 patients with infiltrating BC between 1978 and 1990. Tissue microarrays (TMA) blocks were formed to facilitate the analysis of the expression of different markers at the same time: RE, RP; HER2, and four basal differentiating markers (CK5, CK14, p-Cadherina and EGFR). The immunohistochemist expression profiles allowed us to make a molecular classification of the BC.

Results and conclusion: When using the four basal differentiating markers together we classified as BLBC 12.4% of the BC. Isolated, the Cytokeratin 5 was the marker which allowed us to classify the greatest percentage of BLBC: 9.2 % of the total of BC in the series. This percentage decreased to 8.8% when it was only used the p-Cadherin, and even lesser (3.8 % or 3.1 %) when the Cytokeratin 14 or the EGFR were used respectively. In our series, the average age of the BLBC (56.7 years) was lower than the average age (60.1 years) of the rest of the patients with non-basal BC (p = 0.03). The average age of the first delivery of the patients with BLBC was lower (22.9 years) than the rest of the patients with non-basal BC (25.9 years) (p = 0.04). In the BLBC it was found a higher rate of Hereditary BC (17.2%) than in the non-basal BC (4.3%) (p = 0.02). These findings partially support the hypothesis of a different carcinogenesis way for the Basal-like Breast Carcinoma. The BLBC showed an average global survival of 10 years less (79.9 vs 97.6 months) and a higher mortality rate (37.3% vs. 23.7%) than the non-basal BC (p = 0.004). In the Cox regression analysis for the BC we found as explanatory prognosis variable the tumoral size, the number of nodes and the molecular subtype (Basal vs non-basal). The molecular subtype grants a greater predictive ability together with the classic features such as size and node affectation. Moreover, we conclude that the behaviour of the analyzed subtype (BLBC) is different from the rest of BC (non-basal) and its survival seems to separate from the size.

MIOFIBROBLASTOMA DE MAMA

Acedo-Díaz F; Guerra-Bautista J; Munoz-Boo J; Mendizabal-Rosales L; Segovia-Cornejo E

Hospital de la Merced, Osuna. Córdoba. España

Introducción: El miofibroblastoma es un tumor primario no linfóide de ganglios linfáticos muy infrecuente y de comportamiento benigno que asienta preferentemente en la región inguinal. Afecta con más frecuencia a pacientes varones y en la 5^a a 8^a década de la vida. Presentamos un caso confinado en la mama de una paciente diagnosticada y tratada en nuestro hospital.

Caso clínico: Mujer de 73 años en seguimiento en nuestras consultas tras mastectomía radical modificada derecha

hace diez años por neoplasia. Hace 4 años se diagnosticó por senografía y esteroataxia de tumor fusocelular benigno en cuadrantes superiores de la mama izquierda, decidiendo seguimiento expectante. A lo largo de éste, se evidencia un discreto aumento de tamaño de la lesión descrita. En ningún momento es palpable.

Mamografía: Imagen pseudonodular de 17 mm, clasificada BiRads II. Ecografía: Lesión sólida, hipocogénica. Se realiza punción con aguja gruesa que informa de tumor fusocelular compatible con miofibroblastoma. Se realiza exéresis-biopsia guiada con arpón. La tumoración está bien delimitada, tiene consistencia elástica y es blanquecina al corte. El informe histológico confirma miofibroblastoma de 13 mm.

Discusión: La forma más habitual de presentación clínica es como un nódulo solitario asintomático de comportamiento benigno, no habiéndose descrito hasta 1990 ninguna presentación extrainguinal. Macroscopicamente se presenta como una lesión circunscrita, a veces encapsulada, de coloración blanco-grisácea con áreas hemorrágicas y un diámetro máximo entre 0,6 y 5 cm. Su histogénesis es desconocida, aunque probablemente se origine de las células mioides estromales, células musculares perivasculares o células musculares de la cápsula. Histológicamente se caracteriza por proliferación de células fusiformes con zonas con núcleos en empalizada y áreas de colágeno denso estrellado similar a las fibras amiantoides. Inmunohistoquímicamente presentan positividad para actina y vimentina, y negatividad para desmina, proteína GFA, proteína S-100, EMAg y citoqueratinas. El diagnóstico diferencial debe realizarse con otros tumores primarios no linfoides que asientan en tejido linfático, como el leiomioma, el schwannoma, y los originados de tejido vascular (sarcoma de Kaposi, el más frecuente), células névicas migradas (melanoma y nevus azul), células del retículo, y con metástasis de otras neoplasias en ganglios linfáticos. La escisión quirúrgica es curativa y el pronóstico es excelente, aunque se han descrito dos casos de recurrencia.

TUMOR PHYLLODES CON DIFERENCIACION LIPOSARCOMATOSA

Acedo-Díaz F; Guerra-Bautista J; Hernández-Ollero E; Candil-Comesana D; Moalla A

Hospital de la Merced, Osuna. Córdoba. España

Introducción: El liposarcoma mamario representa menos del 1% de las neoplasias malignas de la mama, y puede originarse en el tejido mamario normal (liposarcoma primario, más agresivo) o bien, como en este caso tratado en nuestra Unidad, sobre el componente estromal de un cistosarcoma phyllodes, siendo difícil en muchas ocasiones diferenciar uno de otro. El protocolo diagnóstico es el mismo que la de cualquier nódulo mamario, y la población afectada suele ser la femenina a partir de edades medias de la vida.

Caso clínico: Mujer de 46 años sin antecedentes personales de interés, y madre fallecido por cáncer de mama. Consulta por nódulo palpable de 4 cm en cuadrante superoexter-

no de la mama derecha. Senografía: Normal. Ecografía (Doppler): Nódulo ecogénico, ovalado, homogéneo y bien delimitado de 47 mm de diámetro máximo, existiendo en su borde más externo un área pseudonodular de 30mm más heterogénea con aumento de flujo vascular.

PAAF: Sugestivo de fibroadenoma. Se realiza tumorectomía amplia (80 x 37 mm), informando el estudio AP de tumor filodes maligno de alto grado con diferenciación liposarcomatosa. Positividad para vimentina y negatividad para S-100, CD34 y AML en el componente estromal, con índice de proliferación celular del 70%.

Discusión: El cistosarcoma phyllodes es un tumor bifásico con un componente ductal estromal, que define el carácter maligno siendo el más frecuente el fibrosarcoma, y otro epitelial. Su distinción del liposarcoma se basa en la presencia de componente ductal benigno y lipoblastos atípicos. Clínicamente suelen debutar como un nódulo único palpable no sintomático. El diagnóstico diferencial preoperatorio debe hacerse con tumores adiposos benignos. Histológicamente se clasifican en cuatro categorías bien diferenciado (bajo grado de malignidad), mixoide (grado intermedio), de células redondas y pleomórfico (ambos de alto grado), debiendo confirmarse el diagnóstico mediante inmunohistoquímica: positividad para vimentina y proteína S-100. La exéresis completa es importante en todos los casos, siendo preferible la tumorectomía amplia (2 cm³ de margen libre) a la mastectomía, sobre todo en los de bajo grado, ya que existe posibilidad de desdiferenciación. La afectación ganglionar es excepcional y las metástasis a distancia del componente estromal se dan en el 22% de los casos (pulmones y vísceras abdominales). No se ha demostrado el valor de la quimioterapia adyuvante. La diferenciación estromal fibromatosa (*spindle-cell*) presenta un especial curso maligno.

CARCINOMA SOBRE MAMA ACCESORIA

Acedo-Díaz F; Guerra-Bautista J; Novales-Vasco G; Gómez-García A; Mendizábal-Rosales L

Hospital de la Merced, Osuna. Córdoba. España

Introducción: La incidencia de la mama accesoria en la población femenina es del 0.4-6%. El carcinoma que asienta en la mama accesoria es una rara entidad 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.

Caso clínico: Mujer de 59 años con antecedente materno de cáncer de mama que consulta por nódulo en cola mamaria derecha, de dieciocho meses de evolución. La proyección craneocaudal de la senografía es normal. En la proyección oblicua se aprecia en la periferia a nivel axilar una masa polilobulada de elevada densidad, y exagerando dicha proyección se observa que es de bordes mal definidos y con engrosamiento de la piel adyacente. Se practica ecografía informando la imagen como hipocogénica de 5 centímetros de diámetro y con numerosos ecos posteriores, sugestivo de neoplasia, y PAAF compatible con carcinoma de mama. Se

práctica tumorectomía amplia con vaciamiento axilar homolateral, y posteriormente se administra radioterapia y quimioterapia. El informe histológico confirma carcinoma sólido poco diferenciado y múltiples metástasis ganglionares. La paciente presenta supervivencia a los cinco años.

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, y que no ha completado su habitual regresión prenatal; su localización más 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. La mama accesoria es la anomalía congénita de la mama más frecuente y no suele asociarse a otras anomalías habitualmente, pero cuando lo hace éstas son urológicas. El momento del diagnóstico suele ser la pubertad, gestación o lactancia, durante una exploración física o senografía rutinaria. 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 más 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 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 sentido craneocaudal y no tanto en oblicua. El tratamiento consiste en la extirpación completa del tejido mamario ectópico, linfadenectomía 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.

CLINICAL AND PATHOLOGIC ASPECTS OF THE BREAST CANCER HEREDITARY

de Castro-Parga G¹; Cortizo-Torres M²; Cameselle-Teijeiro J³; Mallo-Alonso R¹; Torrón-Casal B²; Anaya-Sifuentes M¹; Álvarez-Piñero M⁵; Schmitt F³

¹Unidad de Mama Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; ²Atención Primaria -Vigo, C. S. Vigo-Centro; ³Unidad de Mama IPATIMUP; ⁴Servicio de Cirugía Vascular, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; ⁵Atención Primaria -Vigo, PAC. Pontevedra. España

Aim: Identify the clinical and pathologic aspects of heredity breast cancer (BCH) in the moment of the diagnosis.

Materials and method: We selected through a random simple a total number of 270 patients with infiltrating BC diagnosed between 1986 and 1990. Apart from analyzing the clinic and histological characteristics and the molecular phenotype of the BC, we could study the cancer familiar aggregation of these patients in for a period of 15 years after the diagnosis of the proven case.

Results: The percentage of relative history (first or second degree) of BC is higher in patients with BC than in

healthy women (20.4% vs. 12.2%). The concept of the BCH is more restrictive than the Family BC, as the family aggregation can be found without any hereditary basis. In our series, the frequency of the BCH was 5% in the moment of the diagnosis, 6% after 5 years and 8% after ending the follow-up of more than 15 years. The frequency of the Family BC (excluding the BCH) was 9% in the moment of the diagnosis, 9% after 5 years and 14% after ending the follow-up of more than 15 years. The BCH was characterized by an average age (47.5 years) slightly lower than the one of the non-hereditary BC (56.6 years), a higher frequency of bilaterality (41.7 % vs. 6.6 % of the non-hereditary BC). Most of the BCH were poorly differentiated carcinomas (Grade III), with an intense nuclear pleomorphism and a high rate of proliferation, with a striking tendency to show from the immunohistochemical point of view a basal-like phenotype. When studying the angiogenetic index in areas with more vessels of the tumour (CD34), we haven't found any differences between the BCH and the non-hereditary BC. Nevertheless, there are not enough clinical or anatomicopathologic features that allow us to globally differentiate and in a significant way the Family BC from the Sporadic BC.

Conclusion: We conclude that we can identify with a positive predictive value of 85% some BC with the greatest "hereditary load" if we select those BC that in the moment of being diagnosed had at least a family record in one relative of first degree or, regardless this, in at least two relatives of second degree, and in addition, are poorly differentiated (Grade III) and negative for the hormonal receptors (RE and RP) and for HER2.

CARCINOMA PAPILAR INTRAQUÍSTICO

Acedo-Díaz F; Guerra-Bautista J; Candil-Comesana D; Muñoz-Boo J; Moalla A; Segovia-Cornejo E
Hospital de la Merced, Osuna. Córdoba. España

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. Adopta la presentación clínico-radiológica típica del cáncer de mama. Su forma de presentación puede ser pura o única, asociada a carcinoma ductal in situ o a carcinoma infiltrante.

Caso clínico: Presentamos cuatro casos de CPI único tratados en nuestro Servicio (ver tabla).

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. Anatomopatológicamente 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 volumen del quiste viene determinado por el volumen del líquido

Table I

Paciente	Edad (mama)	Debut clínico	MT	Senografía (ecografía)	PAAF	Tratamiento
Nº 1 (imágenes)	86 (D)	Dolor y tensión mamaria tras traumatismo (18 meses de evolución)	N	Lesiones nodulares bien definidas (lesión compleja extensa, anecogénica, con áreas densas y tabicadas en su interior)	-	Tumorectomía
Nº 2	79 (D)	Nódulo en CCEExt, fijo a pectoral mayor	N	Nódulo sólido-quístico de 6 cm (gran vascularización)	+	Tumorectomía ampliada
Nº 3	75 (I)	Nódulo en CSE, móvil	N	Masa quística de 4 cm, bien definida (con nódulo adherido a pared interna)	+	CT + VA (+RT, + QT axila positiva)
Nº 4	84 (D)	Aumento tamaño mamario y ulceración (12 meses de evolución)	N	Masa sólida, muy densa y bien definida, sospechosa	+	Tumorectomía simple + VA

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, registrándose supervivencias del 90% a los 5 años y del 55% a los 10. El tratamiento no debe diferir del del resto de los carcinomas a pesar de este hecho

HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERIZATION OF BASAL-LIKE BREAST CARCINOMAS

Cameselle-Teijeiro J¹; de Castro-Parga G²; Mallo-Alonso R²; Anaya-Sifuentes M³; Cortizo-Torres M³; Valdés-Pons J²; Paredes J¹; Schmitt F¹

¹Unidad de Mama, IPATIMUP; ²Unidad de Mama, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Unidad de Mama; ³Servicio de Cirugía Vascular, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; ⁴Atención Primaria -C. S. Vigo-Centro; ⁵Servicio de Ginecología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra. España

Aim: Identify the clinical and pathologic aspects of heredity breast cancer in the moment of the diagnosis.

Objective: In our area, the Basal-like Breast Carcinoma (BLBC) represents 12.4% of the total number of BC, and together with the subtype HER2 it shows the shortest average survival. In this research we aimed to study the histopathological aspects associated with the BLBC.

Materials and method: We studied histological features and immunohistochemical expression profiles of 443 BC. The BLBC was defined through the absence of hormonal receptors (RE and RP), of HER2 and for the expression of basal/mioepithelial differentiation markers. All the cases were revised by two experts in breast pathology. We compared the histopathological features of the BLBC comparing them with the rest of BC in our series.

Reviewed and Conclusion: We identified a tumour subgroup that although has been catalogued as CDI NOS (not otherwise specified) in the histological classification of the WHO, they have among them some features that can be easily identified as BC of basal phenotype and we have grouped them as an independent morphological entity. These BC show vast areas of necrotic tissue neoplastic cells stripes without tubular differentiation. The neoplastic cells show a clear nuclear pleomorphism and numerous figures of atypical mitosis. They are displayed following a syncytial pattern (in rows or stripes) bordering great areas of necrosis. These BC without any other specification, but presenting the features already mentioned, were catalogued by us like "CDI with rows and necrosis" and they represented 10.2% of the total BC series. The "CDI with rows and necrosis" are associated in a very significant way to the basal phenotype (49.1% of the BLBC vs. 8.5% of the rest of the BC) ($p < 0.001$). We also observed a very significant association between the BLBC and the metaplastic carcinoma (7.3% of the BLBC vs. 0.3% of the rest of the BC) ($p < 0.001$). Re-

garding the other studied subtypes, the differences found don't reach statistical significance ($p > 0.05$). From the morphological point of view, in the BLBC there is a near absolute prominence of the poorly differentiated tumours; they show a lesser tubular differentiation, a higher nuclear pleomorphism and a higher number of mitosis compared with the non-basal BC ($p = 0.001$). All the BLBC show a high cellular proliferation index (Ki 67).

VEGF EXPRESSION IN LOCALLY ADVANCED BREAST CANCER SUBMITTED TO NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY IS AN IMPORTANT PREDICTIVE FACTOR

Marana H; Schiavon V; Oliveira de Brito L; Tiezzi DG; Simoes Clagnan W; Moreira de Andrade J

Gynecology and Obstetrics, School of Medicine - Ribeirao Preto - SP - Brazil

Introduction: The assessment of angiogenesis in breast cancer is an important predictive and prognostic factor. Vascular endothelial growth factor (VEGF) expression has been reported as reliable methodology to evaluate the relationship between microvascular density (MVD), VEGF plasma level and the expression of other angiogenesis related genes.

Patients and method: This study examined 30 locally advanced breast cancer patients submitted to neoadjuvant chemotherapy with taxanes and anthracyclines combination and trastuzumab when indicated (HER-2 +++ or CISH positive). We analyzed the correlation between VEGF protein expression and other clinicopathological characteristics.

Results: VEGF expression was significantly correlated to complete pathological response ($P = 0.04$). There were no correlations between pathological complete response and tumor size ($p = 0.76$), axillary involvement ($p = 0.70$), PR ($p = 0.92$), ER ($p = 0.98$), HER-2 overexpression ($p = 0.79$), tumor grade ($p = 0.68$) or menopausal status ($p = 0.07$).

Conclusion: VEGF expression was consistently associated to complete pathological response and may be used as predictive factor to select patients to primary chemotherapy treatment in LABC patients.

EXPRESSION OF HIF-1A IN LOCALLY ADVANCED AND METASTATIC BREAST CANCER PATIENTS

Marana H; Oliveira de Brito L; Schiavon V; Tiezzi DG; Simoes Clagnan W; Moreira de Andrade J

Gynecology and Obstetrics, School of Medicine - Ribeirao Preto - SP - Brazil

Objective: To assess and its associated variables with locally advanced (LABC) a expression of HIF-1 and metastatic (MBC) breast cancer patients.

Patients and Method: Thirty women were submitted to incisional biopsy for histopathological diagnosis of breast

carcinoma and undertaken to neoadjuvant chemotherapy (NACT). It was studied the with age, tumoral size, histological grade, clinical association of HIF-1 stage, hormonal and axillary status, clinical and pathological response after NACT, expression of estrogen and progesterone receptors, as well as the presence of its expression was found in 63.3% of patients a of cerbB2 antigen.

Results: HIF-1 the associated factors with its presence were positive axillary status ($p = 0.02$), women with less than 50 years ($p = 0.03$); axillary status was the unique variable who remained after univariate analysis. The others did not present any significant statistically difference.

Conclusion: There is a significant expression in statistically association between axillary status and HIF-1 LABC and MBC patients, being considered a prognostic factor.

CARCINOMA METAPLÁSICO GIGANTE DE MAMA CON PRESENTACIÓN CLÍNICA INUSUAL

Estepa-Cabello R¹; Medina-Achirica C¹; Meléndez-Vidal B²; Ruiz-Rodríguez E³; Moreno-Vega A⁴; Gil-Quirós F¹; Gutiérrez de La Peña C¹; Mateo-Vallejo F¹

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Jerez de la Frontera; ²Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Jerez de la Frontera; ³Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora, Hospital Jerez de la Frontera; ⁴Servicio de Oncología Médica, Hospital Reina Sofía. Córdoba. España

Introducción: No es frecuente la presentación de tumores de mama de gran tamaño y ulcerados, pero es extraordinario que el diagnóstico del mismo se realice por un sangrado masivo e inestabilidad hemodinámica

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 60 años que es traída a urgencias por sangrado profuso de una tumoración gigante, necrosada y ulcerada de unos 30 cm que ocupa los cuadrantes externos de la mama izquierda. Se decide intervención quirúrgica urgente ante la inestabilidad hemodinámica de la enferma, para realización de hemostasia y biopsia quirúrgica: neoplasia maligna muy indiferenciada. En el estudio inmunohistoquímico las células neoplásicas son negativas para marcadores epiteliales y linfoides. La proteína S-100 fue negativa y la vimentina resultó focalmente positiva. Tratamiento con quimioterapia neoadyuvante ante la imposibilidad de tratamiento quirúrgico inicial, esquema AC cada 21 días por tres ciclos, al cuarto y quinto ciclo se administró Docetaxel. La respuesta fue muy escasa pero suficiente para plantearnos mastectomía higiénica respetando el colgajo cutáneo-graso inferointerno que se adaptó para cubrir el defecto. La evolución fue tórpida con gran tumoración en partes blandas torácica izquierda que ocupa restos mamarios, pared torácica infiltrándola e introduciéndose en mediastino anterosuperior izquierdo, pericardio. Nódulos pulmonares metastásicos, con moderado derrame pleural izquierdo que provocaron el fallecimiento de la enferma al año de tratamiento.

Resultado: La tumoración tenía un tamaño de 18,5 cm. Carcinoma metaplásico mixto, epitelial y mesenquimal con focos de metaplasia condroide y ósea. Grado histológico III

(Bloom-Richardson) con extensa necrosis tumoral e infiltración de piel y pezón. Presencia de focos de invasión vascular linfática y de nódulos satélites. Mínima respuesta linfoplasmocitaria y ausencia de componente intraductal. Estudio inmunohistoquímico de marcadores pronóstico/predictivo Receptores de estrógenos, progesterona y HER2 negativos, p53 positivo, ki67 del 70% (Alto índice proliferativo) Positividad focal a queratina cóctel y negatividad a proteína S-100, CD-99 y CD56.

Conclusiones: El carcinoma metaplásico de mama es un tipo de carcinoma invasor sumamente raro y de alto grado histológico. Incluye un grupo heterogéneo de entidades malignas infrecuentes caracterizadas por mezclar un componente epitelial ductal y escamoso de alto grado con un componente mesenquimal que puede adoptar un fenotipo variable (con producción de matriz ósea, condroide o de células fusiformes indiferenciadas). Estos tumores se caracterizan además por presentar parámetros de comportamiento agresivo, como ser grandes, de alto grado histológico, sin expresión de receptores hormonales ni de Her2. Tiene peor pronóstico que los carcinomas convencionales.

LINFANGIOMA EN UNA RECIÉN NACIDO. REPORTER DE UN CASO

Iriarte M¹; Martínez P²; Guggiari F³

¹Mastología Centro Materno Infantil-Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas. UNA; ²Mastología Centro Materno Infantil-Hospital de Clínicas. UNA; ³Pediatría, Cirugía. Hospital de Clínicas. UNA

Introducción: El linfangioma de la mama es un tumor linfático que raramente se presenta en la mama. Se trata de una malformación inusual del sistema linfático que se caracteriza por uno o varios quistes uniloculares o multiloculares dentro de los tejidos blandos. Más del 50% de estas lesiones están presentes al nacer y el 90% dentro de los 2 primeros años. Sólo el 30% de los casos fueron diagnosticados en la edad adulta. Se localizan por lo general en el cuello 70% y en un 20% en la axila. Puede estar asociado con malformaciones y alteraciones cromosómicas

Objetivo: realizar el reporte de un caso clínico en un recién nacido

Material y método: reporte de un caso clínico N.S.R.D. recién nacido de término, del sexo femenino, APGAR 9/9, peso al nacer 5.890 g y 54 cm. Examen físico: tumor en región pectoral derecha de 8 x 6 cm de diámetro, consistencia blanda renitente, lobulada, bien delimitada. Ecografía mamaria: formaciones redondeadas, anecoicas, bien delimitadas, aglomeradas, con tabiques finos y otros gruesos. Doppler: nula y escasa señal en la periferia. No se constata la presencia de tejido glandular mamario Estudios complementario TAC abdomen completo: Riñones poliquísticos. Resto de la exploración abdominal normal. El tratamiento consistió en la punción aspirativa y esclerosis con bleomicina

Discusión: El linfangioma quístico de la mama es un tumor benigno poco frecuente que afecta al sistema linfático. Muy pocos casos han sido reportados. Los linfangiomas son

tratados por razones estéticas y funcionales. La falta de tratamiento puede llevar a complicaciones tales como infección y hemorragia. Las opciones de tratamiento son muchas y en este caso se ha realizado esclerosis con Bleomicina

IMPLANTACIÓN DE LA CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA EN UN HOSPITAL COMARCAL

Rodríguez-Fernández R; Balsa-Marín T; Díez-Izquierdo J; Cuevas D; Alcaide B; Asanza J; Arriero-Ollero L; Timon-Peralta J

Servicio de Cirugía General. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo. España

Objetivo: Exponer la experiencia de los autores en la aplicación de técnicas oncoplásticas conservadoras y reconstructivas.

Material: Presentamos un estudio observacional sobre 114 procedimientos de técnicas oncoplásticas conservadoras o reconstructivas, realizadas en 104 mujeres entre el 1 enero 2006 y 31 diciembre 2009.

Método: Técnicas oncoplásticas conservadoras (59 pacientes): Criterios de inclusión: tumores < 3 cm, tumores T1-2 tratados con quimioterapia neoadyuvante y reducidos a un tamaño < 3 cm, estadios clínicos N0-N1a-b y procesos multifocales (infiltrante y/o *in situ*). Mastectomía con reconstrucción inmediata con implantes (35 casos): Criterios de inclusión: cirugía de rescate tras cirugía conservadora o falta de criterios para cirugía oncoplástica conservadora. Reconstrucción mamaria diferida con implantes tras mastectomía (9 casos). Reconstrucción diferida con músculo dorsal ancho e implante (7 casos). Simetrización mamaria (4 casos).

Ética: El proceso informativo se centró en la descripción del procedimiento técnico, su objetivo final y sus complicaciones.

Resultados: Estancia media: Oncoplásticas conservadoras, 5 días; Mastectomía y reconstrucción inmediata con implantes, 8 días; Reconstrucción mamaria diferida con implantes, 4 días; Reconstrucción diferida con dorsal ancho e implante 7 días; Simetrización mamaria, 3 días. Complicaciones postoperatorias 16 efectos adversos (15%). Cirugía oncoplástica conservadora: 5 complicaciones (8,5%). 2 hematomas postoperatorios, 1 infección de herida quirúrgica, 1 absceso y 2 seromas. Empleo de prótesis 11 efectos adversos (20%). 3 extrusión de prótesis, 1 desplazamiento de prótesis, 1 seroma, 1 hematoma y 1 pérdida volumen expansor-prótesis. Se retiraron 6 (17,1%) implantes mamarios tras reconstrucción inmediata tras mastectomía (2 extrusión, 3 dolor post-radioterapia y 1 pérdida volumen expansor). Reconstrucción dorsal ancho: 1 seroma en zona donante.

Conclusiones: La cirugía oncoplástica disminuye el impacto emocional de la cirugía por cáncer de mama. La radioterapia puede repercutir negativamente en el resultado de una reconstrucción con implantes. La formación por parte de cirujanos generales en el campo de la cirugía oncoplástica, permite incorporar estas técnicas a la cartera de servicios de un servicio de cirugía general. Las técnicas de cirugía on-

coplástica y reconstrucción mamaria deben formar parte del arsenal terapéutico de un servicio de cirugía general, especialmente cuando el centro carezca de servicio de cirugía plástica.

CÁNCER DE MAMA EN MUJERES JÓVENES

Martínez-Gómez E; Cano A; Arnanz F; Couso A; Medina C; Garrido N; Canseco C; Zapico A

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá. Madrid. España

Objetivo: Revisar nuestra experiencia en el manejo y tratamiento del cáncer de mama en mujeres jóvenes por debajo de 30 años.

Material y método: Hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo entre 1992 y 2008 de 903 mujeres diagnosticadas en nuestro centro de cáncer de mama. Se seleccionaron 13 (1,43%) pacientes, aquellas mujeres cuya edad al diagnóstico era igual o menor a 30 años. Se estudiaron diferentes variables como, datos epidemiológicos, métodos diagnósticos, abordaje quirúrgico, resultados histológicos y tasa de supervivencia. Se realizó análisis estadístico con programa informático SPSS 15.

Resultados: La edad media fue de 27,31 + 0,61 (23-30) años. La edad media de la menarquia fue de 12,43 + 0,27 (11-13) años. Existían antecedentes familiares de cáncer de mama en sólo 2 (15,3%) pacientes. Una paciente había presentado previamente un cáncer de ovario (7,69%). Eran nulíparas 9 (69,23%). 3 (23,30%) habían tenido gestaciones previas al diagnóstico de cáncer de mama y 1 (7,69%) tuvo una gestación tras el diagnóstico-tratamiento de cáncer de mama. Los hallazgos clínicos fueron la presencia de nódulos en todas las pacientes 13 (100%). La ecografía mamaria fue indicada como el primer método diagnóstico por imagen en 12 (92,30%) casos. En 3 (23,30%) la biopsia intraoperatoria fue necesaria para el diagnóstico definitivo histológico. El tratamiento neoadyuvante fue de elección en un caso (7,69%). El tratamiento quirúrgico fue indicado inicialmente en 12 mujeres (92,37%). La cirugía conservadora pudo realizarse en 5 (38,48%) pacientes. El tipo histológico más frecuentemente diagnosticado fue el carcinoma ductal infiltrante en 11(84,46%) pacientes. El número medio de ganglios obtenidos en la linfadenectomía fue de 15,54 + 4,68 (5-60). La hormonoterapia adyuvante fue empleada en 9 (69,2%) casos. Respecto al seguimiento, existieron 2 muertes por causa del cáncer (15,3%) y han sido descritas 2 recurrencias, lo que implica que 9 (69,2%) pacientes continúan vivas y en remisión completa.

Conclusiones: La incidencia del cáncer de mama es elevada y está aumentando también en pacientes jóvenes. El estudio genético debe considerarse y ofertarse a este tipo de pacientes. El tratamiento quirúrgico conservador y el tratamiento sistémico neoadyuvante deben de ser valorados. La cirugía oncoplástica reconstructiva y su impacto psicológico fueron valorados con buenos resultados en la población joven con cáncer de mama.

CÁNCER DE MAMA EN MUJERES ANCIANAS

Arnanz F; Martínez-Gómez E; Valenzuela P; Fuentes P; Guzmán M; Herón S; Martínez-Parrondo N; Zapico A

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá. Madrid. España

Objetivo: Revisar nuestra experiencia en el manejo del cáncer de mama en pacientes ancianas, por encima de 80 años.

Material y método: Hemos realizado un estudio retrospectivo descriptivo de pacientes con cáncer de mama desde 1992 al 2008, de 903 mujeres. Hemos seleccionado aquellas pacientes cuya edad al diagnóstico era igual o mayor a 80 años, 60 casos (6.64%) Hemos estudiado diferentes variables como, datos epidemiológicos, métodos diagnósticos, estudio histológico, procedimiento quirúrgico, tratamientos sistémicos y supervivencia. Hemos realizado un análisis estadístico mediante programa informático SPSS 15.0

Resultados: La edad media fue 84,23 + 0,45 (80-95) años. Existían antecedentes familiares en 8 (13,33%) mujeres. En 46 (76,66%) se describieron factores de riesgo epidemiológico para el desarrollo de cáncer de mama. Sólo 5 pacientes (8,33%) eran nulíparas. La presencia de un nódulo fue descrita en 51 (85%). La mamografía fue indicada para diagnóstico inicial en 59 (98,33%). En 36 (60%) la biopsia intraoperatoria fue necesaria para diagnóstico definitivo histológico. El tratamiento sistémico neoadyuvante fue pautado en 4 pacientes (6,66%). El tratamiento quirúrgico inicial fue utilizado en 56 (93,33%). La cirugía conservadora se empleó en 10 pacientes (16,66%). El tipo histológico más frecuente fue el ductal infiltrante en 38 (63,33%) pacientes. El número medio de ganglios obtenidos fue 11,90 + 0,43 (5-28). La hormonoterapia adyuvante fue indicada en 45 (75%), el Tamoxifeno fue la primera opción en 28 (62,22%). A los 5 años del diagnóstico de cáncer de mama permanecían vivas 27 (45%) de las mujeres estudiadas.

Conclusiones: La edad avanzada está asociada al incremento de la patología oncológica, siendo el cáncer de mama uno de los más prevalentes. La clínica de nódulo o masa en mama suele ser la primera presentación. El diagnóstico precoz radiológico es poco frecuente en esta población mayor ya que no está incluida en los programas de cribado poblacional. La cirugía conservadora en muchos casos no es posible por el diagnóstico avanzado o por la dificultad de realizar tratamiento radioterápico en estas pacientes con mayor patología médica asociada. El tratamiento sistémico neoadyuvante debe valorarse e individualizarse en estas pacientes, siendo la hormonoterapia una opción a considerar en este grupo.

CIRUGÍA TRAS QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN CÁNCER DE MAMA

González-Noguera P¹; Ballester-Sapiña B¹; Casterá-March J¹; Ricart V²; Cano-Muñoz R³; Gómez-García M¹; Mariner S¹; Cuevas-Sanz J⁴

¹Servicio de Cirugía General; ²Servicio de Radiología; ³Servicio de Anatomía Patológica; ⁴Servicio de Oncología. Hospital de la Ribera

Introducción: La quimioterapia neoadyuvante o preoperatoria consiste en la administración de tratamiento oncológico previo al tratamiento locoregional (cirugía) con el fin de conseguir una disminución del tamaño tumoral de manera que el tumor sea más accesible a un tratamiento R0 o bien permitir un tratamiento quirúrgico conservador. Las indicaciones son tumores infiltrantes con confirmación histológica mediante biopsia con aguja gruesa, mayor de 3 cm y/o afectación axilar clínica y/o tumores de alto grado con linfangitis carcinomatosa.

Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo de las pacientes intervenidas quirúrgicamente en nuestro hospital tras tratamiento con quimioterapia neoadyuvante.

Resultados: Durante los 10 años de funcionamiento de nuestro Hospital hemos incluido en este protocolo de quimioterapia neoadyuvante a 277 pacientes. De ellas hemos realizado cirugía conservadora en 110 pacientes (38,7%). La edad media es de 53,6 años (rango 29-74 años). Desde 2000 hasta Junio 2010 el porcentaje de pacientes que se ha incluido en el protocolo de quimioterapia neoadyuvante ha ido variando en un rango de 13,2 % a 26,8%. Ha ido en aumento el porcentaje de cirugía conservadora y la reconstrucción inmediata en caso de mastectomía. Los esquemas de tratamiento neoadyuvante han ido variando a lo largo de estos años en que inicialmente se aplicaban 4 ciclos de FEC previos a la cirugía para después completar el tratamiento hasta la actualidad en que se aplica todo el tratamiento previo a la cirugía. Realizaremos un estudio más detallado sobre las respuestas parciales y el seguimiento de las pacientes.

Conclusiones: La quimioterapia neoadyuvante consigue disminuir el tamaño tumoral en una proporción importante de pacientes con lo que aumenta la posibilidad de realizar una cirugía conservadora. Además en los que no lo consigue sirve como prueba in vivo de respuesta del tumor a la quimioterapia.

EL TUMOR DESMOIDE DE MAMA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Gavilán-Cabello C¹; Aragón-Sánchez S¹; Cabezón-Hedo M²; Arroyo-Vozmediano M¹; Blanco-Guerrero M¹; Manosalvas-Martínez P¹; Sancho-Pérez B¹; Hernández-García J¹

¹Servicio de Ginecología y Obstetricia; ²Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España

Los tumores desmoides son un tipo de tumores conectivos poco frecuentes, también conocidos como fibromatosis. Presentamos el caso de una mujer de 31 años que acudió a la consulta para estudio de un nódulo mamario de reciente aparición. A la exploración presentaba un nódulo de 1 cm, de límites mal definidos, en CII de mama izquierda. La mamografía mostró un nódulo espiculado, BI-RADS 4. La ecografía objetivó un nódulo de 16 mm, con mala transmisión acústica. Se realizó BAG, con resultado de tejido mamario con estroma, predominantemente fibroso, con ocasionales ductos mamarios. Se amplió el estudio con una resonancia magnética, que mostró un nódulo de 26 mm de diámetro mayor, con captación en banda compatible con neo-

plasia, sugiriendo carcinoma ductal in situ (CDIS). Dado que tras la BAG la localización de la lesión resulta complicada, se realiza una tumorectomía marcada con arpón. El resultado anatomopatológico es de tumor desmoide intraabdominal, con afectación de márgenes superior, inferior, posterior y exterior. Dada la agresividad de las recidivas locales, en un segundo tiempo quirúrgico se realiza una tumorectomía amplia con escisión de la fascia del pectoral y del recto anterior del abdomen, así como los músculos pectorales mayor y menor. Los tumores desmoides se presentan tanto en pared abdominal (25%), intraabdominales (15%) como en otras localizaciones (60%), y reperesentan el 0,2% de las lesiones mamarias. Pueden originarse primariamente en el tejido mamario o extenderse desde la fascia o incluso desde el músculo pectoral mayor, lo que tiene importancia a la hora de definir el pronóstico (recurren más los de origen aponeurótico). Clínicamente se presentan como nódulos no dolorosos y anatomopatológicamente no muestran actividad mitótica o aspecto citológico de malignidad, y por lo general el diagnóstico tras BAG es complicado. El tratamiento no está estandarizado, y depende de la localización, aunque dado su poder de recurrencia local, se recomienda escisión amplia, y si se precisa, reconstrucción posterior. Se puede completar el tratamiento posteriormente con radioterapia y quimioterapia, aunque hay que individualizar según cada caso.

ESTUDIO AXILAR PREOPERATORIO EN CÁNCER DE MAMA

González-Noguera P¹; Ballester-Sapiña B¹; Casterá-March J¹; Camps-Herrero J²; Forment-Navarro M²; Martínez-Rubio C²; Cano J¹; Gisbert-Tomás L¹

¹Servicio de Cirugía General; ²Servicio de Radiología. Hospital de la Ribera. Alzira, España

Introducción y objetivo: El estudio axilar preoperatorio en paciente con cáncer de mama es una herramienta que debe estar incluida en los protocolos diagnósticos del cáncer de mama. Exponemos el protocolo que llevamos a cabo en nuestra institución.

Material y métodos: La Unidad de Mama se fundó en el año 2000 y en el año 2003 se incluyó la resonancia magnética en el estudio preoperatorio de todos los cánceres de mama. Posteriormente se utilizó la ecografía axilar con contraste para las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama y hallazgos sospechosos en la ecografía axilar de estadificación y/o punción aspiración con aguja fina (PAAF) negativa.

Resultados: La exploración física es el primer gesto diagnóstico dirigido a la axila aunque su asensibilidad y especificidad son bajas. El pilar fundamental en el estadiaje preoperatorio de la axila es la ecografía axilar junto con la punción aspiración con aguja fina (PAAF) y/o biopsia con aguja gruesa (BAG), en caso de observar ganglios sospechosos de metástasis (morfología nodular, ausencia de hilio ecogénico, nodularidad cortical hipoecoica, patrón periférico en Doppler color, etc.). La resonancia magnética también puede ayudar en el estadiaje preoperatorio de estas pacientes. Por último en ganglios sospechosos con PAAF y/o BAG

no concluyente, se puede utilizar la ecografía axilar con contraste que puede ayudar en la identificación de los focos metastáticos en el ganglio para dirigir la biopsia a dicha zona.

Conclusiones: Hay que disponer de un protocolo de estadiaje axilar preoperatorio para las pacientes con cáncer de mama. La demostración de adenopatías metastásicas es importante para valorar la quimioterapia neoadyuvante en algunos casos y para excluir a estas pacientes del estudio del ganglio centinela.

ANGIOSARCOMA MAMARIO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Gavilán-Cabello C¹; Aragón-Sánchez S¹; Cabezón-Hedo M²; Arroyo-Vozmediano M¹; Sanz-Fernández C¹; Gallego-Álvarez M¹; Sancho-Pérez B¹; Hernández-García J¹

¹Servicio de Ginecología y Obstetricia; ²Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora. Hospital Doce de Octubre. Madrid. España

El angiosarcoma es un tumor mesenquimal que deriva de las células endoteliales presentes en la mayoría de los órganos internos. Es un tumor de incidencia baja, representando el 0,04% de los tumores malignos de mama. Desde su descripción inicial a principios del siglo XX se han recogido en la bibliografía aproximadamente 200 casos. Presentamos el caso de una mujer de 81 años que acudió a la consulta por un tumor de crecimiento rápido en los últimos dos meses, tras un traumatismo. A la exploración se palpaba una masa fluctuante que ocupaba la totalidad de la mama derecha, con axila negativa. Las pruebas de imagen (ecografía y mamografía) mostraron asimismo una imagen compleja de 9 cm, compatible con neoplasia. Se realizó BAG en consulta, complicándose con sangrado activo en el momento, por lo que se realizó hemostasia en quirófano, comprobándose la naturaleza vascular de la neoplasia. La anatomía patológica diferida informó de angiosarcoma de alto grado con afectación de bordes quirúrgicos. El tratamiento definitivo se realizó mediante una mastectomía amplia, con posterior reconstrucción mamaria mediante colgajo de perforante toracodorsal un mes después. Los angiosarcomas son tumores con muy mal pronóstico, cuya supervivencia varía entre 1,9 y 2,1 años tras el diagnóstico, con alta agresividad y tendencia a recurrir incluso tras tratamientos radicales. Existe una forma primaria, de mayor incidencia en edades tempranas, y una secundaria, tanto a linfedema postmastectomía (conocido como el linfangiosarcoma de Stewart-Treves) como posterior a radiación mamaria. La presentación clínica suele ser en forma de nódulo de tamaño variable, pudiendo ser doloroso y con cambios violáceos en la piel, dada su naturaleza vascular. El tratamiento se basa en la escisión amplia. Dada su naturaleza, disemina por vía hematogena, por lo que no está indicada la linfadenectomía, así como tampoco la Biopsia Selectiva del Ganglio Centinela.

EL CÁNCER DE MAMA EN EDADES EXTREMAS DE LA VIDA. NUESTRA EXPERIENCIA EN MAYORES DE 80 AÑOS

Gurrea M; Casanova C; Castillo M; Varo B; Hidalgo J; García-Gamón M; Argudo A; Aznar I
Hospital La Fe. Valencia. España

Objetivo: En España se diagnostican unos 16.000 casos al año de cáncer de mama, lo que representa casi el 30% de todos los tumores del sexo femenino en nuestro país. La mayoría de los casos se diagnostican entre los 35 y los 80 años, con un máximo entre los 45 y los 65. Dado el aumento de la esperanza de vida, que en nuestro medio para las mujeres asciende a 86 años, hay que tener en cuenta la presencia del cáncer de mama en esta población. El objetivo es evaluar las características en nuestro medio del cáncer de mama en mujeres mayores de 80 años

Material y método: Se analizó de forma retrospectiva nuestra casuística, que entre octubre 2001 y junio 2010 englobó un total de 84 pacientes mayores de 80 años diagnosticadas de cáncer de mama en nuestra Unidad Funcional de Mama, con una media de edad de 90 años (80-100 años).

Resultados: Según el estudio anatomopatológico, la mayoría (62 pacientes) tuvieron un carcinoma ductal infiltrante, seguido del carcinoma lobulillar infiltrante (11 pacientes). En el momento del diagnóstico, el 52,3% se encontraban en un estadio II de la enfermedad (44 pacientes). Los receptores fueron positivos en un 79,7% de los casos (67 pacientes). Se llevaron a cabo 45 mastectomías radicales, 21 simples y 18 tumorectomías, llegando la linfadenectomía a nivel I en 21 casos y a nivel II en 28 casos (Tabla II). El 20,2% recibieron radioterapia.

Conclusiones: Desde el punto de vista de la salud pública, es importante incluir a las mujeres de más de 70 años en los programas de prevención y diagnóstico. En el aspecto clínico, es necesario adaptar, con la colaboración de especialistas en oncogeriatría, las estrategias diagnósticas y terapéuticas a este grupo particular de edad.

UTILIDAD DEL PATRÓN CONVERGENTE O DE RETRACCIÓN EN LA VALORACIÓN DE LOS NÓDULOS SÓLIDOS MAMARIOS EN LA ECOGRAFÍA 3D

Úbeda-Hernández B¹; Wolf C¹; Navarro-Hurí B¹; Tresserras-Casas F²; Casas L¹; Fábregas-Xauradó R³; Vallespi-Ferré M¹; Rodríguez I⁴

¹Institut Servei de Diagnòstic Ginecològic per la Imagen; ²Servicio de Anatomía Patológica; ³Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción; ⁴Unidad de Estadística, Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción. Institut Universitari Dexeus. Barcelona. España

Objetivo: Valorar la sensibilidad y especificidad del patrón convergente o de retracción en los nódulos sólidos mamarios como signo de malignidad.

Materiales y método: Se revisaron las ecografías 3D realizadas desde junio de 2008 hasta julio de 2009 de 93 lesiones nodulares sólidas mamarias confirmados cito o histopatológicamente en 86 pacientes (edad: 22-83 años, media: 49,41 años). Las adquisiciones en 3D fueron realizadas de forma manual en un ecógrafo Siemens Modelo Antares con un transductor lineal de alta frecuencia (5-13,5 MHz) a una velocidad de 5 cm/20 seg. Se evaluó el plano coronal de los volúmenes adquiridos analizando el tejido circundante a la lesión para determinar la presencia de retracción o patrón convergente. Las lesiones fueron categorizadas como presencia de retracción, ausencia de retracción o indistinto.

Resultados: De las 93 lesiones evaluadas 30 (32,3%) nódulos fueron benignos y 63 (67,7%) malignos, comprobados histológicamente en 68 casos (73,1%) y en 25 (26,9%) mediante citología y posterior seguimiento en las lesiones benignas (6-24 meses, media: 13,33). Se observó presencia de retracción en 51 (54,8%) nódulos, en 25 (26,9%) ausencia de retracción, 9 (9,7%) lesiones fueron categorizadas como indistintas y 8 (8,6%) nódulos no pudieron ser evaluados por problemas técnicos en la adquisición del volumen 3D. De las 51 lesiones que presentaron patrón convergente, 46 (90,2%) resultaron malignas y 5 (9,8%) benignas. De los 34 nódulos evaluados que no mostraban retracción o fueron indistintos, 22 (64,7%) de ellos fueron confirmados como benignos y 12 (35,3%) como malignos. La sensibilidad y especificidad fueron de 79,3% y de 80,8% con un OR de 16,1 (95% IC, 5,02-51,56).

Conclusión: La ecografía 3D de mama es útil en la valoración de los márgenes de las lesiones mamarias y del parénquima circundante. El plano coronal puede mostrar un patrón convergente o de retracción como signo sospechoso de malignidad.

CÁNCER DE MAMA EN EL VARÓN. NUESTRA EXPERIENCIA EN 13 CASOS

Alises-Sanz R; Anderica-Frias F; Gómez-Juárez Molina M; Cascales-Sánchez P; Rueda-Martínez J; Valero-Liñan A; Pratalero A; Abad-Martínez M

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo; Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. España

Introducción: El cáncer de mama en el varón constituye el 1% de todos los cánceres de mama. Sin embargo su incidencia ha aumentado en las dos últimas décadas. Se presentan trece casos de cáncer de mama en el varón intervenidos en nuestro servicio en un periodo de tres años.

Pacientes y método: Se realizó un estudio retrospectivo de los casos de cáncer de mama en el varón intervenidos en la Unidad de Mama del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete entre enero de 2005 y diciembre de 2008 mediante revisión de historias clínicas.

Resultados: Entre los antecedentes personales destacaba la existencia de HTA en cinco casos, adenoma prostático en tres, cáncer de próstata en uno, diabetes mellitus en 2 casos, IRC en uno y neoplasia de sigma en un caso. En la exploración

física se detectó un nódulo palpable en doce casos, de los cuales seis se asociaban a retracción del pezón por localización retroareolar. El diagnóstico se realizó mediante mamografía y biopsia con aguja gruesa en todos los casos. En todos los pacientes se realizó mastectomía radical modificada con linfadenectomía axilar según técnica de Madden. En cuanto al tratamiento adyuvante, cinco pacientes recibieron quimioterapia, cinco recibieron radioterapia y hormonoterapia todos ellos. El estudio histopatológico demostró carcinoma ductal infiltrante en doce pacientes y melanoma en uno de ellos. El tamaño tumoral estaba comprendido entre 1,4 y 8 cm con una media de 2,3 cm, encontrando afectación axilar en cuatro de ellos, presentando tres invasión perineural. Los receptores hormonales fueron positivos en todos los casos excepto en el melanoma. El HER-2 fue positivo en tres casos. Cuatro de los pacientes han fallecido por metástasis al cabo de dos años de tratamiento y el periodo de supervivencia libre de enfermedad ha sido de dos meses a dos años y medio.

Conclusiones: El cáncer de mama en el varón es una patología rara, siendo el diagnóstico precoz la principal herramienta para mejorar el pronóstico. A pesar de lo cual, el diagnóstico continua siendo tardío. El tratamiento debe ser quirúrgico, siendo en la mayoría de los casos la mastectomía con realización ganglio centinela o linfadenectomía, acompañada de tratamiento adyuvante con quimioterapia y/o radioterapia dependiendo del resultado histológico.

WHAT IS THE BEST TECHNIQUE FOR PERCUTANEOUS ACCELERATED PARTIAL BREAST IRRADIATION?

Duma M; Hugo C; Ertel-Pobianski E; Geinitz H; Winkler C; Molls M

Department of Radiation Oncology. Technische Universität München, Klinikum Rechts der Isar. Nünchen. Germany

Purpose: To identify the best technique for percutaneous accelerated partial breast irradiation (pAPBI), as well as to compare the dose distribution to the organs at risk [OARs] to the conventional whole breast irradiation [WBI].

Material and method: We retrospectively selected 10 breast cancer patients treated with WBI in our clinic. WBI is performed by half-beam, tangential technique. Criteria for inclusion in this study: pT1, pN0, cM0, R0 (> 5 mm), hormone receptor positive, age >60 y.o. (adapted ASTRO/ESTRO criteria), postoperative seroma visible on the planning CT scan. 2 plans were calculated for each patient: a 3D conformal radiotherapy (3D-CRT) plan and an intensity modulated radiotherapy (IMRT) plan. A ratio of the planning target volume [PTV]/ total breast volume [TBrV] was assessed. We analyzed: V50% and V100% to the ipsilateral breast, maximum dose (Dmax) to the contralateral breast, V30% and mean dose (Dmean) to the ipsilateral lung, V5% and Dmean to the contralateral lung, V5% to the heart, Dmax to the thyroid, V 90% and the Dmax to the PTV.

Results: The volumes are given in percent. The findings for the target volume and the ipsilateral breast are depicted

in table I. The PTV/TBrV= 0.27±0.1. Three patients had a PTV/TBrV > 1/3. In these patients the radiation therapy plans were not accepted by the radiation oncologist as feasible. Table II depicts the values of the doses to the OARs. 5 patients had a right sided breast cancer, 5 patients had a left sided breast cancer. All results are presented as the median value. The heart V5% (right-sided tumors): 3D-CRT-1.1%; IMRT-1.9%; WBI-0.0%. Dmean Heart (right-sided tumors): 3D-CRT-2%; IMRT-1.2%; WBI-3.1%. The heart V5% (left-sided tumors): 3D-CRT-37.7%; IMRT-28.8%; WBI-17.6%. Dmean Heart (left-sided tumors): 3D-CRT-4.6%; IMRT-5.3%; WBI-3.7%.

Table 1.

		Ipsilateral breast V50%	Ipsilateral breast Dmean	Ipsilateral breast V100%	Target Dmax	Target 90% of the prescription dose covers xx% of the PTV
3D-CRT	median	50.3	49.6	14.1	105.4	99.5
	min	40.1	40.2	6.2	103.7	91.3
	max	85.6	73.6	38.1	110.1	99.9
	stdDev	16.1	12.1	10.6	2.5	2.8
IMRT	median	44.3	44.7	14.3	110.0	95.8
	min	38.1	38.6	7.8	103.5	58.2
	max	71.3	71.3	29.2	116.1	99.5
	stdDev	12.1	12.7	7.7	3.6	12.3

Table 2.

		Contralateral breast Dmax	Contralateral breast Dmean	Ipsilateral lung V30%	Ipsilateral lung Dmean	Contralateral lung V5%	Contralateral lung DMean	Thyroid Dmax
3D-CRT	median	6.7	0.4	6.4	10.9	0.0	0.6	0.5
	min	3.4	0.1	1.9	5.3	0.0	0.1	0.0
	max	25.6	1.1	24.2	26.0	6.2	2.4	0.7
	stdDev	6.4	0.3	6.8	6.9	1.9	0.7	0.2
IMRT	median	8.8	0.3	8.3	12.6	1.8	0.9	0.5
	min	2.7	0.2	3.6	6.1	0.0	0.1	0.0
	max	24.3	0.5	17.7	18.9	14.8	2.3	0.6
	stdDev	6.7	0.1	3.7	4.1	5.7	0.8	0.2
WBI	median	15.0	0.7	11.7	13.1	0.0	0.2	2.0
	min	13.0	0.0	6.8	9.3	0.0	0.1	0.7
	max	58.4	1.1	19.0	20.2	0.0	0.3	4.2
	stdDev	13.9	0.3	3.7	3.3	0.0	0.1	0.9

Conclusion: IMRT is better than 3D-CRT in sparing the ipsilateral breast. However, for most OARs (contralateral breast, ipsilateral and contralateral lung, thyroid gland) the 3D-CRT approach is better for pAPBI. The conventional WBI is superior to both techniques in sparing the heart and the contralateral lung. Patients with a PTV/TBrV ratio of 1/3 should not be candidates for pAPBI.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA, 17 AÑOS DE ANDADURA: TENDENCIAS POR UNIDAD Y SERIE

Salas-Trejo D; Pons-Sánchez C; Miranda-García P; Ibáñez-Cabanell P
Dirección General de Salud Pública, Oficina del Plan del Cáncer. Valencia. España

Introducción y Objetivo: El cáncer de mama es el tumor mas frecuente y la primera causa de muerte tumoral en la mujer. La incidencia esta en aumento aunque las tasas de mortalidad disminuyen en los últimos años situación atribuible a los programas de cribado y a la mejora en los tratamientos. En la C.V. el Programa de Prevención de Cáncer de Mama (PPCM) se implanta entre 1992 y 2001. 23 unidades cubren toda la población diana. El objetivo de esta comunicación es analizar la evolución del programa en las unidades.

Metodo: Estudio descriptivo que analiza la evolución por unidad del PPCM utilizando indicadores básicos del programa de las Guías Europeas de garantía de calidad del screening de cáncer de mama; participación, adhesión, detección de tumores, proporción de tumores en estadio 0 y 1 y proporción de casos con tratamiento conservador. Los indicadores se analizan por unidad y serie. Las unidades se presentan en 4 grupos según fecha de inicio. Se calculan medias y tendencias para cribado inicial (ci) y sucesivo (cs). **Resultado:** Participación, rango de media por unidad (rmu) de 88,69% a 62,38%, 13 unidades con tendencia creciente. Las unidades con participación más baja y tendencia decreciente se asocian a las grandes ciudades. Adhesión rmu de 96,05% a 89,89%, 6 unidades con tendencia creciente. Tasa de detección en cs rmu de 4,37‰ a 2,44‰, con tendencia creciente en 19 unidades y decreciente en 2. Porcentaje de casos en estadio 0 y 1 en cs rmu de 93,06% a 67,93%, 11 unidades con tendencia creciente y 8 decreciente. Proporción de casos con tratamiento conservador, rmu entre 93,14% y 43,32%, con tendencia creciente en 20 unidades, este indicador esta claramente relacionado con el tiempo cronológico.

Conclusiones: El PPCM esta consolidado en la C.V. con una excelente adhesión, la participación se mantiene estable, con valores dentro del los estándar, disminuye en grandes ciudades, y ante retrasos en la unidad. La tasa de detección en cribado sucesivo mantiene una tendencia creciente y con buena precocidad diagnostica. El incremento del tratamiento conservador refleja la mejora en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en los últimos años

LESIONES PRECURSORAS DE CÁNCER DE MAMA EN ADOLESCENTES. A PROPÓSITO DE UN CASO

Notario Coronel A
Mastología. IPSHC. Paraguay

El propósito del presente trabajo es dar a conocer el manejo clínico-quirúrgico de una paciente adolescente portadora de una formación nodular móvil en seno, precursora de cáncer mamario, como lo es la hiperplasia ductal atípica. La hiperplasia ductal atípica representa un continuo lesional hacia el carcinoma invasor y un factor de riesgo (RR 5) para el mismo. Se realizo mastectomía subcutánea bilateral de reducción de riesgo, con reconstrucción inmediata.

Caso clínico: Paciente de 13 años consulta por tumoración única y móvil de 1 cm en región areolar de seno derecho.

Antecedente: Hermana con histiocitosis X.

Estudio ecográfico: Biopsia excisional: Retumorectomía mas ganglio centinela con azul patente: 1) Parénquima mamario con focos de proliferación epitelial micropapilar atípica intraductal. No se descarta un carcinoma intraductal, hallazgos; hiperplasia intaductal atípica, severa, márgenes comprometidos. 2) Ganglio linfático, benigno. Tomografía de tórax y abdomen: normal RMN: Marcadores tumorales normales. Receptores estrógeno y progesterona: positivos Her2 neu: no amplificado. Alternativa de tratamiento: • Seguimiento estricto, exploración clínica y mamográfica anual. • Mastectomía subcutánea bilateral con reconstrucción inmediata. Anatomía patológica final: Mastectomía subcutánea derecha: focos residuales de hiperplasia intaductal micropapilar atípica severa. Márgenes quirúrgicos sin evidencia de lesión. Mastectomía Subcutánea izquierda: Numerosos focos de hiperplasia intaductal micropapilar atípica severa. Márgenes quirúrgicos sin evidencia de lesión.

Conclusiones: La mastectomía profiláctica es irreversible, no está exenta de riesgos, pudiendo tener complicaciones severas, por lo que debe ser un procedimiento preventivo solo para grupos considerados como de alto riesgo para cáncer mamario, como, antecedentes familiares - genéticos o hiperplasia ductal atípica, Las pacientes deben contar con historia clínica completa, antecedentes familiares de carcinoma mamario y estudios que respalden la indicación (ecografía, mamografía, punción biopsia con aguja fina y “estudios genéticos personalizados”). La decisión de una mastectomía subcutánea profiláctica debe ser tomada de forma conjunta entre paciente, mastólogo, cirujano plástico, psicólogo, y estar plenamente justificada.

LESIONES PRECURSORAS DE CÁNCER DE MAMA EN ADOLESCENTES. A PROPÓSITO DE UN CASO

Notario Coronel A

Mastología. IPSHC. Paraguay

El propósito del presente trabajo es dar a conocer el manejo clínico-quirúrgico de una paciente adolescente portadora de una formación nodular móvil en seno, precursora de cáncer mamario, como lo es la hiperplasia ductal atípica. La hiperplasia ductal atípica representa un continuo lesional hacia el carcinoma invasor y un factor de riesgo (RR 5) para el mismo. Se realizo mastectomía subcutánea bilateral de reducción de riesgo, con reconstrucción inmediata.

Caso clínico: Paciente de 13 años consulta por tumoración única y móvil de 1 cm en región areolar de seno derecho.

Antecedente: Hermana con histiocitosis X.

Estudio ecográfico: Biopsia excisional: Retumorectomía mas ganglio centinela con azul patente: 1) Parénquima mamario con focos de proliferación epitelial micropapilar atípica intraductal. No se descarta un carcinoma intraductal, hallazgos; hiperplasia intaductal atípica, severa, márgenes comprometidos. 2) Ganglio linfático, benigno. Tomografía de tórax y abdomen: normal RMN: Marcadores tumorales

normales. Receptores estrógeno y progesterona: positivos Her2 neu: no amplificado. Alternativa de tratamiento: • Seguimiento estricto, exploración clínica y mamográfica anual. • Mastectomía subcutánea bilateral con reconstrucción inmediata. Anatomía patológica final: Mastectomía subcutánea derecha: focos residuales de hiperplasia intaductal micropapilar atípica severa. Márgenes quirúrgicos sin evidencia de lesión. Mastectomía Subcutánea izquierda: Numerosos focos de hiperplasia intaductal micropapilar atípica severa. Márgenes quirúrgicos sin evidencia de lesión.

Conclusiones: La mastectomía profiláctica es irreversible, no está exenta de riesgos, pudiendo tener complicaciones severas, por lo que debe ser un procedimiento preventivo solo para grupos considerados como de alto riesgo para cáncer mamario, como, antecedentes familiares - genéticos o hiperplasia ductal atípica, Las pacientes deben contar con historia clínica completa, antecedentes familiares de carcinoma mamario y estudios que respalden la indicación (ecografía, mamografía, punción biopsia con aguja fina y “estudios genéticos personalizados”). La decisión de una mastectomía subcutánea profiláctica debe ser tomada de forma conjunta entre paciente, mastólogo, cirujano plástico, psicólogo, y estar plenamente justificada.

VALORACIÓN DE LA RESPUESTA A LA QUIMIOTERAPIA EN EL CÁNCER DE MAMA LOCALMENTE AVANZADO MEDIANTE PET-TAC Y RM

Bernal-Lafuente C¹; Jiménez-Aragón F¹; García-Mur C¹; Cruz-Ciria S¹; Muel-Guerrero C¹; Martínez-Comín L¹; Gómez-Pereda R¹; Lao-Romera J²

¹Servicio de Radiodiagnóstico; ²Servicio de Oncología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España

Introducción: La difusión (DWI), en resonancia magnética (RM), permite valorar el perfil biológico y funcional del cáncer de mama (CM) y obtener información acerca de características histológicas densidad celular, necrosis y mitosis del CM, y su respuesta a la quimioterapia (QT). En neoplasias como CM los cambios metabólicos se observan desde el primer ciclo de quimioterapia (QT), produciéndose en el PET-TC una significativa disminución en las cifras de SUVs.

Objetivo: Valorar los cambios metabólicos y morfológicos en el CM tras el tratamiento QT y correlacionarlo con los resultados de la anatomía patológica (AP) (Gold Standard). Estudiamos la disminución de la captación en el PET-TC el día ocho del primer ciclo y lo correlacionaremos con los resultados de la AP Comparamos el resultado de la respuesta radiológica con RM al final del tratamiento, con el resultado AP ,así como las cifras encontradas en difusión y su variación en el estudio pre y post QT.

Material y método: Se han incluido hasta el momento un total de 34 mujeres con diagnóstico AP de CM localmente avanzado (CMLA). Se les realizó un estudio RM antes y después del tratamiento QT, calculando el CDA y la respuesta radiológica tras la QT. Y dos estudios con PET-TAC, uno inicial de estadiaje y otro al 8º día de haber finalizado el 1 ere ciclo de QT.

Resultados: Se observó que todos los pacientes que tuvieron RPM o Rpm, mostraron un aumento en el valor del ADC. En relación al tipo histológico del CM, el valor medio del ADC aumentó en todos los subtipos tras la QT. Describiremos la variación del SUV la correlación con RM y AP.

Conclusiones: •El CDA aumentó tras el tratamiento con QT en el CMLA con buena respuesta al tratamiento QT •En el CMLA, la DWI y el CDA son un método no invasivo de gran utilidad para monitorizar la respuesta a la QT y evaluar la masa tumoral residual. •Esperamos encontrar una disminución en el valor del SUV en aquellos pacientes con buena respuesta al tratamiento QT.

QUALITY OF LIFE AND SATISFACTION OF PATIENTS DIAGNOSED AND TREATED FOR BREAST CANCER

Sanz C; Manosalvas Martínez P; Gallego M; Arroyo M; Aragón S; Blanco Guerrero M; Sancho B

Servicio de Ginecología- Obstetricia (Unidad de Mama), Hospital 12 de Octubre. Madrid. España

Background: Making quality of life indices in patients treated during the years 2007-2008 using the INDEX EUROQOL and anxiety-depression scale called EVA.

Material and method: Prospective observational cohort study conducted in a cohort of 376 patients diagnosed and treated for breast cancer. EuroQol: a generic HRQoL questionnaire (quality of life related to health). The Visual Analog Scale (VAS). The Chi-square test was used as a tool for statistical analysis and test of Fisher exact probability.

Results: The mean age was 57.7 years, 38.6% underwent mastectomy versus 58.2% conservative surgery. Surgical complications were 4.9%, postoperative complications were 5.4%, 34.9% underwent axillary lymph node dissection (AD) compared to 59.9% which was operated by sentinel node dissection (SBLN). We conducted 181 interviews at the time of the first review post-surgery, 10-15 days after surgery. SCORES RANGE EUROQOL < 65 low score 3.5%, 65-67 medium score 23.3%, high score \geq 95 21.7%. Euroqol: pain after surgery; moderate/severe rates 24.3%, ligh 52.2%. 45% maintain their stated main activity, 37.6% stated they were not anxious or depressed. Mean score of VAS was 5.5 for anxiety and 3.2 for depression. We considered age groups, > 64 (49.9%), 35-64 (57.7%), and < 35 (1.9%). Impact of lymphadenectomy, no significant differences as to whether you have performed an AD and change in scores obtained in these paragraph state of mind, maintaining your core activity, affected their social relationship or Scale score Euroqol/lymphadenectomy and age group, we found statistically significant differences and axillary lymphadenectomy and PAIN (p 0.018). In patients who perform SBLN (175), we found no significant differences with respect to those who do not perform axillary surgery in all age groups, neither EUROQOL scores. Patients taking had lower scores in terms of EUROQOL chance to develop normally its main activity (p 0.026). Significant difference (p 0.027), when we relate the mood as the dependent variable

in the use of hormone therapy by age group, similarly to the patients we administered endocrinotherapy significantly related impairment in social relationships (p 0.030), In quality of life (Regular or "major" good) we found a significant difference in women taking these medications (p 0.017).

Conclusion: Most patients, 181 had a high score on the EuroQol scale, claiming nearly half keep their core business without problems after surgery. We found a significant difference in pain rating scale in the EuroQol and axillary lymphadenectomy RELATIONSHIP (p 0.018), regardless of age group. The performance SBLN makes get test scores similar to those of EuroQol patients suffered no axillary's manipulation.

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PROGRAMAS ESPAÑOLES DE CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA

Ascunce Elizaga N¹; Ederria Sanz M¹; Red Española de Programas de Cribado²

¹Instituto de Salud Pública de Navarra, Detección Precoz; ²Cáncer de Mama. España

Introducción: En 1989 dentro del programa Europa Contra el Cáncer se estableció una red (European Breast Screening Network) en la que una región por cada país puso en marcha un programa poblacional de cribado de Cáncer de Mama (Navarra en el caso de España). A partir de entonces el resto de CCAA fueron iniciando programas similares constituyendo entre ellos lo que se conoce como la "Red española de programas de cribado de cáncer".

Objetivo: Describir el estado actual de los programas de detección precoz de cáncer de mama en España, su grado de implantación, organización y principales resultados.

Material y método: Para realizar este análisis se ha contado con la información aportada por los propios programas de cribado de cáncer de mama de todas las Comunidades Autónomas mediante encuestas de actividad y resultados con información referida al año 2008.

Resultados: La cobertura de los programas de cribado de cáncer de mama en España es del 100%. Durante 2007, en conjunto en toda España la participación en los programas fue del 70%, con una adherencia al mismo de 92%. La tasa de detección hallada se cifró en 3,5 por 1.000 mujeres exploradas. De todos los tumores detectados el 13,8% correspondió a carcinomas *in situ*. El 65% de tumores invasivos no presentaron afectación ganglionar.

Conclusiones: En España el cribado de cáncer de mama se lleva a cabo siguiendo las recomendaciones nacionales e internacionales. Los indicadores predictores de impacto son acordes con las referencias de las guías europeas. Se ha hecho un gran esfuerzo para que los programas funcionen como red lo que ha posibilitado alcanzar un alto grado de consenso en cuanto a la metodología y sistemas de información utilizados.

Otros miembros de la Red Española de Programas de Cribado de Cáncer: R. Fernández (Andalucía); P. Moreo (Aragón); M. Prieto (Asturias); C. Sánchez-Contador (Islas Baleares); M. De la Vega (Islas Canarias); M. Sánchez

(Cantabria); J. L. Carpintero (Castilla-La Mancha); R. de los Ríos (Castilla-León); J. A. Espinás (Cataluña); D. Salas (Comunidad Valenciana); R. López (Extremadura); R. Zubizarreta (Galicia); M. J. González (Madrid); F. Pérez (Murcia); G. Sarriguarte (País Vasco); A. Baroja (La Rioja); J. M. Sánchez (Ceuta) y O. del Toro (Melilla).

LA BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA EN LA DETECCIÓN DE MICROMETÁSTASIS EN PACIENTES CON CARCINOMA MAMARIO

Pombo Pasín M¹; Argibay Vázquez S¹; Sanmartín Troitiño L²; Garrido Pumar M¹; Ciobotaru A¹; Pubul Núñez V¹; Sánchez Salmón A¹; Cortés Hernández J¹; Ruibal Morell A¹

¹Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Medicina Nuclear; ²Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Ginecología. España

Introducción: El estado de los ganglios linfáticos es el factor pronóstico más importante en el cáncer de mama, siendo la biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) la técnica más exacta y sensible para la estadificación ganglionar. Permite realizar un análisis exhaustivo del ganglio, y detectar afectación tumoral entre 0,2-2 mm (micrometástasis) que en un estudio anatomopatológico rutinario podría pasar inadvertida.

Objetivo: Evaluar el número de micrometástasis y la evolución clínica de estas pacientes tras realización de BSGC.

Material y método: Se revisaron retrospectivamente, 327 pacientes consecutivas diagnosticadas e intervenidas de carcinoma de mama entre febrero del 2007 y mayo del 2010. Se les realizó una linfogammagrafía preoperatoria a las tres horas post-inyección de 111 MBq de 99mTc-nanocoloide. Estudiamos los GC positivos objetivados en el análisis intraoperatorio mediante hematoxilina-eosina, así como las micrometástasis detectadas en aquellos casos en los que los GC fueron negativos inicialmente y se estudiaron en diferido por técnicas de inmunohistoquímica. Se evaluó la actuación quirúrgica ante las micrometástasis y la evolución clínica de las pacientes.

Resultados: De 327 pacientes, se detectó GC positivo para metástasis en 115 casos (35,2%), y negativo en 212 (64,8%). Entre los casos positivos, 36 (11%) tenían micrometástasis. En 27 pacientes (75%) las metástasis fueron detectadas en el estudio intraoperatorio y en 9 (25%) en el diferido. En este grupo de pacientes, a 25 (69,5%) se les realizó linfadenectomía axilar (LA), no encontrándose otros ganglios afectados adicionales en 20 pacientes. En las 11 restantes (30,5%) no se realizó LA por: en 2 pacientes por edad avanzada y riesgo quirúrgico asociado, y en 9 por tener extraídos 3 o más GC y sólo uno con micrometástasis. El seguimiento se realizó con una mediana de 19 meses, no encontrándose recaídas locoregionales y a distancia en ninguna de las 36 pacientes con micrometástasis.

Conclusiones: A pesar del corto período de seguimiento, nuestros resultados preliminares apoyarían la no realización de LA en pacientes con micrometástasis. Esta aplicación pue-

de ser controvertida, sin embargo sería justificable sobre todo en pacientes que tras la realización de BSGC, le hayan sido extraídos 3 o más GC y sólo uno presente micrometástasis.

CARCINOMA DE MAMA CON AFECTACIÓN EN PARED TORÁCICA: TRATAMIENTO RADICAL QUIRÚRGICO

Galbis J¹; Fuster C²; Yeste L³; Cantos M²; Martínez N⁴; Rinaldi P⁵; Marín S⁶; Guijarro R⁴

¹Hospital de la Ribera. Hospital General Universitario de Valencia, Servicio de Cirugía Torácica; ²Hospital General Universitario de Valencia, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Unidad Funcional de Mama; ³POVISA, Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora; ⁴Hospital General Universitario de Valencia, Servicio de Cirugía Torácica; ⁵Hospital de la Ribera, Servicio de Cirugía Torácica; ⁶Hospital General Universitario de Valencia, Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora. España

Introducción: La afectación de la pared torácica es una de los lugares de recidiva o diseminación metastásica en los carcinomas de mama.

Objetivo: Valorar los resultados del tratamiento quirúrgico de 6 pacientes con carcinoma mamario y afectación de pared torácica (por contigüidad o metastásica), que precisaron cirugía radical de exéresis y reconstrucción de pared en el mismo acto quirúrgico.

Material y método: Hemos tratado con resección de pared torácica a 6 mujeres con afectación de pared: 2 casos de metástasis únicas, 3 casos de recidiva local y 1 caso de sarcoma radio inducido en cicatriz. La edad media fue de 47,3 años (rango: 33-63). Los casos con afectación esternal precisaron resección parcial. Las prótesis utilizadas para dar estabilidad a la pared fueron: poli tetra fluoro etileno en los casos de pared y prótesis de marlex más titanio en los defectos esternales, con colgajo muscular pediculado (3 con músculo recto y 3 con músculo dorsal). A 5 pacientes se les realizó PET previo a la cirugía para descartar afectación a otros niveles.

Resultados: En 4 casos la cirugía se practicó con intención paliativa. Durante el seguimiento, 4 pacientes han fallecido por extensión de la enfermedad a nivel pleural a los 3, 4 y 16 meses y cerebral (26 meses). La última falleció a las 72 horas de la cirugía.

Conclusiones: El tratamiento de elección en pacientes con afectación localizada de pared por neoplasia de mama es la resección quirúrgica. La supervivencia se encuentra en relación con la intención del tratamiento, siendo más prolongada en las cirugías oncológicas curativas.

DOS TUMORES DE MAMA POCO FRECUENTES. CARCINOMA ADENOESCAMOSO DE BAJO GRADO Y CARCINOMA METAPLÁSICO

Abad Ribalta J; Camps Puigantell J; Besora Canal P; Clavería Puig R; Viñas Trullén X; Torres Cortada M; Marimón García X; Feliu Pala X

Servicio de Cirugía, Hospital d'Igualada. Barcelona. España

Paciente de 60 años con antecedentes de carcinoma de mama derecho intervenido en 1984. Histerectomía. 2 partos eutócicos y a término. En una mamografía de control se aprecia una imagen espiculada en zona yuxtareolar-externa izquierda. BI RADS 4. Ecográficamente se visualiza una área mal definida de 1,4 cm practicándose una BAG con AP de Carcinoma ductal infiltrante. Intervenida quirúrgicamente con tumorectomía y ganglio centinela. AP: Carcinoma adenoescamoso de bajo grado de 1,4 cm. Ganglio centinela sin metástasis. Triple Negativo. Se decidió dada la poca agresividad del tumor practicar únicamente Radioterapia sin Quimioterapia adyuvante. La paciente está asintomática a los 8 meses de la intervención. Paciente de 71 años de edad con antecedentes de Histerectomía, Hipertensión arterial y Dislipemia. Consulta por tumoración palpable de 3 cm en UC Inferiores de mama derecha. Mamografía: Nódulo de 3 cm en UC Inferiores de mama derecha de bordes. BI RADS 4. Ecografía: Tumoración irregular de 2,2 cm en UC Inferiores de mama derecha correspondiente con proceso neofor-mativo, se practica BAG. AP: carcinoma ductal infiltrante. RNM: Tumoración de 3 cm que presenta curvas de captación, claramente sugestivas de malignidad. No adenopatías axilares. Se interviene quirúrgicamente practicándose una tumorectomía y biopsia de ganglio centinela. AP: Carcinoma metaplásico de 37 mm, ganglio centinela libre de metástasis. Triple Negativo. Tratada con Quimioterapia y Radioterapia. Metástasis óseas a los 18 meses y éxitos al cabo de 1 mes con metástasis pulmonares y hepáticas. El carcinoma metaplásico es un tumor de mama poco frecuente, 1% de los tumores de mama y se caracteriza por su agresividad. El carcinoma adenoescamoso de bajo grado es una variante del carcinoma metaplásico pero mucho menos agresivo.

LA NUEVA CLASIFICACIÓN TNM DE MAMA

Romero-Vargas M; del Álamo-Juzgado C; Palacios-García E; Muñoz-Pozo F; Herrera-Gutiérrez L; Roldán J
HAR Écija. España

Objetivo: Presentar de forma sencilla y visualmente explicativa la nueva clasificación TNM publicada por el American Joint Cancer Committee (AJCC), de manera que se facilite la consulta del mismo a la hora de clasificar en estadios pronósticos a las pacientes con cáncer de mama según los estándares internacionales actuales.

Material y método: Para la elaboración del poster resumen se ha empleado el artículo original publicado por el AJCC en su manual 7^a edición publicado en noviembre de 2009 con vigencia a partir de enero de 2010.

Resultados: Se elabora un poster que expone la nueva clasificación TNM por medio de tablas y de ilustraciones en castellano dispuestas de manera que se facilite su comprensión de forma inmediata e intuitiva.

Discusión: La nueva clasificación TNM, al incluir de forma exhaustiva las nuevas técnicas de diagnóstico y los diferentes momentos del procedimiento diagnóstico y terapéutico de la paciente con cáncer de mama, se ha complicado considerablemente. Sin embargo, sigue siendo una herramienta

fundamental en el manejo de estas pacientes y la presentación de la misma de una forma resumida y lógica pone de manifiesto su coherencia y minimiza su complejidad.

UN CASO EXCEPCIONAL DE EVOLUCIÓN NATURAL DE CÁNCER DE MAMA

Alises-Sanz R; Anderica-Frías F; Gómez-Juárez Molina M; Cascales-Sánchez P; Rueda-Martínez J; Valero-Liñán A; Prat-Calero A; Abad-Martínez M

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. España

Introducción: Se presenta el caso excepcional de una paciente de 48 años con un cáncer de mama dejado a su libre evolución sin ningún tipo de tratamiento.

Caso clínico: Paciente mujer de 48 años que acude al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital con gran tumoración de mama izquierda de 5 años de evolución sin consultar con ningún médico. Unos meses antes de acudir apareció gran herida en zona mamaria, pectoral y axilar izquierda, así como lesión en cuero cabelludo de 1 cm sugestiva de cutánea. Entre los estudios diagnósticos realizados destacan: - Rx de tórax: derrame pleural izquierdo. - TAC toracoabdominopélvico: neoplasia gigante de mama izquierda, con importante componente necrótico y con invasión de la pared torácica con osteolisis parcial en parrilla costal homolateral, abundante derrame pleural izquierdo, y masas suprarrenales de 3 cm que pudieran correlacionarse con diseminación metastásica. Se realizó biopsia abierta informada de carcinoma ductal infiltrante grado III con receptores estrogénicos positivos, receptores de progesterona negativos, Ki 67 mayor de 60% y HER 2 positivo. La gammagrafía ósea es compatible con diseminación ósea metastásica con áreas de hipercaptación en borde superior escapular derecho, borde superior escapular izquierdo, 5^o y 7^o arcos costales izquierdos, y tercio medio tibial izquierdo. Se evaluó el caso en el Comité de Tumores de Mama y teniendo en cuenta edad, diagnóstico y estadio, se decidió tratamiento quimioterápico paliativo con esquema de Taxol+Herceptin semanal y Zoledronato de forma ambulatoria. También se realizó valoración y terapia psicológica.

Conclusión: El cáncer de mama en su evolución natural no solo origina metástasis a distancia (óseas, pulmonares, cutáneas y suprarrenales), sino que avanza localmente originando ulceraciones, necrosis, así como osteolisis costal, acabando con la vida de las pacientes.

CÁNCER DE MAMA Y GESTACIÓN

Castillo-Ferrer M¹; Varo Gómez-Marco B¹; Hidalgo-Mora J¹; Gurrea-Sóteras M¹; Martínez A¹; García-Gamón M²; Argudo A²; Aznar I²

¹Hospital Universitario La Fe (Valencia), Servicio de Obstetricia y Ginecología; ²Hospital Universitario La Fe (Valencia), Unidad Funcional de Mama. España

Introducción: Se considera cáncer de mama asociado a la gestación aquel que se diagnostica durante la gestación y/o un año después. Su prevalencia es de 1/3000 gestaciones, siendo el carcinoma ductal infiltrante poco diferenciado el tipo histológico más frecuente, asociado en la mayoría de casos a receptores hormonales negativos. Presentamos los cuatro casos de neoplasia mamaria diagnosticados en gestantes en nuestro hospital desde el año 2002.

Casos clínicos: -Características epidemiológicas En todas las pacientes el diagnóstico se realiza a una edad similar. Dos pacientes, tienen el antecedente de una tía paterna con cáncer de mama. Una paciente presenta como antecedente personal tumorectomía + VAX nivel I en mama izquierda 3 años antes de la gestación y tumorectomía en mama derecha 2 años antes de la gestación, tratándose de una recidiva en la mama derecha. -Características del tumor Las mastectomías se realizan alrededor de las 30-35 semanas, y simultáneamente a la CST en una paciente. En tres de las pacientes se diagnosticó metástasis, hepáticas en 2 casos y pleurales en la restante. -Factores inmunohistoquímicos La mayoría tiene receptores hormonales negativos siendo el resultado variable en los demás.

Discusión: El cáncer de mama debe incluirse en el diagnóstico diferencial de todo nódulo mamario de aparición durante la gestación y se suele diagnosticar por BAG ecoguiada. Se puede realizar mamografía con protección abdominal, así como gammagrafía y RMN, para su estadiaje. El tratamiento se debe realizar sin posponerlo al término de la gestación, evitando la radioterapia durante todo el embarazo y la quimioterapia durante el primer trimestre y las cuatro semanas previas al parto. Se aconseja finalizar la gestación en torno a las 34 semanas, ya que la terminación temprana no mejora el pronóstico de la enfermedad, y se desaconseja la lactancia materna si va a continuar la QT o va a recibir RT.

Conclusiones: Son tumores indiferenciados o escasamente diferenciados. El tamaño en el momento del diagnóstico es mayor que en las no gestantes. Se realiza mastectomía (la cirugía conservadora es una contraindicación relativa) en el momento del diagnóstico y se pospone el tratamiento adyuvante al finalizar la gestación.

BSGC Y MASTECTOMÍA CON MASTECTOMÍA PROFILÁCTICA CONTRALATERAL EN PACIENTE CON ALTERACIÓN DEL GEN R71G BRCA1

Estévez Fernández S¹; Gutiérrez-Solana Perea V¹; García Vázquez M¹; Fernández Álvarez T²; Prieto O³; Mariño Padín E¹; Tomé Espiñeira C¹; Piñón Cimadevila M¹

¹Complejo Hospitalario de Pontevedra, Cirugía; ²Complejo Hospitalario de Pontevedra, Cirugía; ³Complejo Hospitalario de Pontevedra, Anatomía Patológica. España

Introducción: Se ha demostrado la presencia de una alteración específica del gen BRCA1 en el cáncer de mama familiar tras realizar la determinación del gen BRCA1 en diferentes centros de España, Francia y Reino Unido, encontrando una

mutación sin sentido 330A> G que se traducía en un cambio de Arg por Gly en el codón 71 (R71G). Se identificó de forma independiente en 6 familias, todos con antepasados españoles, más concretamente de la Comunidad de Galicia. Esta alteración implica alto riesgo de cáncer bilateral de mama, y cáncer de ovario a edades tempranas, como exponemos en este caso.

Caso clínico: Paciente de 36 años, portadora de alteración genética R71G BRCA1, a seguimiento estricto con mamografía normal hacía 3 meses, que acude por notar un nódulo en la mama. Exploración: se aprecia un nódulo de 1 cm, móvil, no doloroso en CIE de la mama izquierda. Mama derecha y axilas sin hallazgos patológicos. Se realiza ecografía: En el CIE de la mama izquierda se demuestra la existencia de una lesión nodular hipoecoica bien circunscrita de alrededor de 0,9 cm de diámetro que se clasifica como BI-RADS-3. Dados los antecedentes de la paciente se decide biopsia core. Anatomía-patológica: Carcinoma ductal infiltrante de alto grado, grado histológico combinado de Nottingham III. Presencia de necrosis en el tumor infiltrante. Carcinoma intraductal de alto grado con necrosis. Inmunohistoquímica: Receptores de Estrógenos: Negativo. Receptores de Progesterona Negativo. Caderina E Positiva Focal. Marcadores de mioepitelio (CD10 y p63) negativo. BCL2 negativo p53 negativo MIB-1(KI 67) alto. Con estos hallazgos y teniendo en cuenta los antecedentes genéticos se propone a la paciente realizar biopsia selectiva del ganglio centinela de axila izquierda, mastectomía izquierda y mastectomía derecha profiláctica, con reconstrucción inmediata con prótesis bilateral. La paciente acepta y se realiza la intervención.

Conclusiones: La existencia de la mutación del gen R71G BRCA1, implicado en la aparición a edades tempranas de cáncer de mama y ovario, obliga a realizar un seguimiento estrecho del paciente así como proponer de forma preventiva la mastectomía bilateral profiláctica a los portadores de dicha mutación.

EXPERIENCIA INICIAL EN RECONSTRUCCIÓN POSTMASTECTOMÍA MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE COLGAJOS LIBRES

Martín G¹; Caselles E¹; Gumbau V¹; Cantos M¹; Sanz E²; Soler S²; Marín S²; Fuster C¹

¹Hospital General Universitario de Valencia, Cirugía General y Digestiva. Unidad Funcional de Mama; ²Hospital General Universitario de Valencia, Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. Unidad Funcional de Mama. España

Objetivo: Evaluar los resultados iniciales obtenidos mediante reconstrucción postmastectomía empleando colgajos libres tipo TRAM (Colgajo miocutáneo transversal de recto anterior del abdomen microquirúrgico) y DIEP (Colgajo perforador epigástrico profundo).

Material y método: Estudio retrospectivo que incluye 17 pacientes tratadas en la Unidad Funcional de Mama del Hospital General de Valencia entre 2007-10 mediante mastectomía y reconstrucción empleando técnicas microquirúrgicas. La estrategia de tratamiento se lleva a cabo en el co-

mité multidisciplinar de tumores. Posteriormente junto al servicio de Cirugía Plástica se evalúa la indicación, tipo y tiempo de reconstrucción mamaria. Se analizan variables relacionadas con la cirugía oncológica, tratamiento adyuvante y resultados de la reconstrucción microquirúrgica.

Resultado: La media de edad de las pacientes es de 46 años y su índice de masa corporal 28,47 kg/m². En el 94,1% (n=16) la mastectomía se realizó por patología maligna y con mayor frecuencia sobre la mama derecha (76,5%, n=13). El diagnóstico fue de Carcinoma Ductal Infiltrante en el 80% (n=12). Según la clasificación TNM, la mayoría de las pacientes se encontraban en T1-2 (61,6%, n=8), N1 (46,2%, n=6) y M0 (100%, n=16). El 23,1% (n=3) recibió quimioterapia neoadyuvante, el 64,7% (n=11) quimioterapia adyuvante, el 70,6% (n=12) radioterapia y el 47,1% (n=8) hormonoterapia. Se realizaron 17 colgajos libres, 3 TRAM libres y 14 DIEP. El 23,5% (n=4) presentaba una reconstrucción previa. El tiempo medio desde la mastectomía fue de 47,7 meses. En dos pacientes la reconstrucción fue inmediata. El tiempo quirúrgico medio fue de 10,6 horas. El alta se produjo a los 9,5 días. Existieron complicaciones precoces en un 35,3% (n = 6). 3 trombosis venosas con dos necrosis parciales del colgajo, 1 infección de herida, 1 neumonía y una complicación arterial intraoperatoria. El 29,4% (n = 5) de las complicaciones precisó cirugía.

Conclusiones: Los colgajos libres pueden ser una buena opción tras la mastectomía. Permiten la reconstrucción con tejidos autólogos, en un solo tiempo y con una evolución similar a la mama sana. Aportan el beneficio de una abdominoplastia con escasa alteración de la pared. Inconvenientes son el tiempo quirúrgico, las complicaciones del colgajo y la necesidad de un equipo entrenado.

SERUM LEVELS OF LEPTIN IN PATIENTS WITH AND WITHOUT BREAST CANCER

Leite Xavier N¹; Rech Poltronieri L²; Braude Canterji M²; Ceriatto R³; Villanova Biazús J⁴

¹Federal University of RS - BR, Gynaecology; ²Federal University - RS - BR; ³Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, BR.; ⁴Federal University - RS - BR, Gynaecology. Brazil

Background: Breast cancer remains the leading cause of cancer death in women. Estrogen produced by aromatization of androgens in adipocytes is important for developing this disease. Adipocytes secrete adipocinins, such as leptin, and this substance may contribute to increased risk of breast cancer.

Objective: To correlate serum levels of leptin in patients with and without breast cancer and the body mass index (BMI). Analyzing the subgroup of patients with breast cancer comparing serum leptin levels with pathological variable tumor size, axillary and estrogen receptor.

Method: A case-control study, which participated 42 woman diagnosed with breast cancer (cases) and 42 women without breast cancer (controls) matched for age and BMI. Serum levels of leptin were assessed by ELISA and was

used technique of immunohistochemistry to assess expression of tumor antigens. The mean value of controls (36.78 ng) was considered the cutoff point for leptin. The study was approved by the Comitee on Ethics in Research of University Hospital under number 06236. There are no conflicts of interest in this study.

Result: The serum levels of leptin in cases (28.54 ± 14.51 ng) were lower than that of controls (36.78 ± 21.71 ng), with statistical significance (p = .046). Was found a positive correlation between serum levels of leptin (> 36.78 ng) and BMI ≥ 30 kg/m², r = 0.57, p = .00. In those cases, the axillary status showed positive statistical significance compared with leptin levels categorized according to the methodology (p= 0.018). There was no statistical significance to other pathological variables.

Conclusion: Cases and controls had different mean values of serum leptin (p = 0.046). In the literature values of seric leptin varied between serum levels and plasmatic levels, causing difficulty in the comparison of the studies, because lack of standardization of results. Was not found in the literature reference to the axillary status and serum leptin. This finding deserves further study.

CÁNCER DE MAMA DIFÍCIL DE DETECTAR CON TÉCNICAS DE IMAGEN CONVENCIONALES

Gómez Bermúdez V; González Alonso M; García Navarro L; Aynes Suarez C; Martín A; Ariza García R

Hospital de Sabadell - Udiat, Radiología y Patología Mamaria y Ginecológica. España

Introducción: Actualmente el método por excelencia para el estudio de la patología mamaria es la mamografía, aunque su sensibilidad para diagnosticar cáncer de mama no es del 100%. Aproximadamente un 10% de lesiones malignas no las detecta, tanto si se realizan con mamografos digitales como analógicos. Esto es debido, a la densidad de la mama, a las características radiológicas de la lesión, o a la localización de la misma, sobretodo las localizadas en cuadrante superior interno (CSI) y cuadrante ífero interno (CII) ya que estas zonas son más difíciles de registrar en las mamografías. Afortunadamente disponemos de otros métodos de imagen complementarios que pueden detectar estos cánceres, como son, la ecografía mamaria y la resonancia magnética. **Objetivo:** Describir las diferentes técnicas utilizadas y destacar la importancia de la complementariedad de las mismas en la detección de las lesiones mamarias sospechosas de malignidad, seleccionando las más idóneas para cada caso y así realizar un buen diagnóstico.

Material y métodos: Describiremos las diferentes técnicas utilizadas en nuestro servicio para el diagnóstico de dichas lesiones, aportando material gráfico, así como imágenes de los diferentes casos presentados.

Conclusiones: Existen neoplasias mamarias difíciles de diagnosticar con una sola técnica de imagen, por eso, para poder realizar un diagnóstico correcto, es importante conocer todas las técnicas radiológicas.

RECONSTRUCCIÓN MEDIANTE COLGAJO TRAM PEDICULADO EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MULTIDISCIPLINAR

Martínez Pérez C¹; Tormos Tronqual B¹; Lorenzo Liñán M¹; Mulas C¹; Soler S²; Sanz E²; García Vilanova A¹; Fuster Diana C¹

¹Hospital General Universitario de Valencia, Cirugía General y Digestiva; ²Hospital General Universitario de Valencia, Cirugía Plástica y Reparadora

Objetivos: Resultados clínicos tras 65 casos de mastectomía radical por cáncer de mama y reconstrucción diferida (RPMD) mediante colgajo TRAM pediculado.

Material y método: Se han evaluado retrospectivamente 65 pacientes consecutivas tratadas en el Hospital General Universitario de Valencia (HGUUV) analizando en ellas variables relacionadas con la técnica quirúrgica, tratamiento adyuvante, resultados y complicaciones.

Resultados: Se han realizado un total de 65 reconstrucciones diferidas mediante esta técnica desde 1997. Todos los casos han sido evaluados en el Comité de Tumores de la Unidad Multidisciplinaria compuesta por cirujanos generales, oncólogos, radioterapeutas, anatomopatólogos y cirujanos plásticos y todas las pacientes han sido tratadas por el mismo equipo médico y quirúrgico. La edad media es de 48,5 años y el tiempo medio desde la cirugía radical de 66,5 meses (0-258). Tras la mastectomía más del 65% habían recibido quimiorradioterapia (QRT) y el 30,4% sólo quimioterapia (QT). Previamente se recurrió a otras técnicas reconstructivas en 11 pacientes (2 con dorsal ancho y 9 con prótesis). El TRAM se realizó de manera homolateral en 3 pacientes (4,6%) y contralateral en el resto (95,4%). El tiempo quirúrgico medio fue de 240 minutos. Como complicación precoz, la más frecuente ha sido la necrosis parcial del colgajo en 17 casos siendo resueltos en su mayoría de manera conservadora. Sólo un caso (3%) requirió de nueva intervención y recolocación de colgajo. Todas estas pacientes llevaron QRT aunque no se han encontrado diferencias significativas ($p=0,076$). La hemorragia significativa ocurrió en el 8% requiriendo reintervención en un caso. Sólo se evidenció un caso de infección. Se ha realizado evacuación de seroma de la zona donante abdominal en 20 pacientes de manera ambulatoria. Tardíamente la aparición de bulging fue del 7,8% y eventración en un caso. Cicatrices inestéticas (hipertroóficas y queloideas) en 5 casos. En total 16 pacientes (31,4%) han requerido algún tipo de nueva cirugía y en casos 11 (21,6%) fueron necesarias dos reintervenciones.

Conclusiones: La reconstrucción mediante colgajo TRAM ofrece buenos resultados y escasas complicaciones que en su mayoría se resuelven de manera conservadora o ambulatoria por lo que la tendencia de los cirujanos es a su realización cada vez más temprana. La satisfacción de las pacientes es alta en cuanto a la recuperación del volumen mamario y la abdominoplastia asociada. Como inconveniente destacar el tiempo quirúrgico y el largo postoperatorio con respecto a otras técnicas reconstructivas.

CÁNCER DE MAMA EN LA MUJER ANCIANA

Moreno Serrano A¹; Nievas Soriano M²; Morales González A¹; Lorenzo Campos M¹

¹Hospital Torrecárdenas (Almería), Servicio de Cirugía General y Digestiva; ²Hospital Torrecárdenas (Almería), Servicio de Anatomía Patológica. España

Objetivo: Analizar nuestra experiencia en el cáncer de mama en mujeres mayores de 75 años.

Material y método: De forma retrospectiva se han evaluado 76 casos de cáncer de mama en mayores de 75 años entre los años 2000 y 2005. Se han analizado: características del tumor, presentación, comorbilidades, tratamiento, evolución y supervivencia. Se han estratificado en tres grupo sanas (buen estado de salud sin patología asociada), con morbilidad estándar (una o varias patologías sin riesgo vital inminente e independientes) y enfermas (grave patología asociadas).

Resultados: El número de mujeres estudiadas representan el 14 % (76/537) de todos los cánceres diagnosticados durante el mismo periodo. Su edad media fue de 84 años. Se clasificaron 22 como sanas, con morbilidad estándar 18 y enfermas 17. En el 43% la historia era incompleta para deducir su "estado de salud". En el 92 % consultaron por un tumor palpable y el 12% eran localmente avanzados. El tamaño tumoral medio fue de 3,5 cm. (0,8 – 10,5). Axila positiva (N1) en el 54 %. Receptores estrógenicos (RE) y de progesterona positivos en el 81% y 57%. El *HER-2* negativo en el 48% y un 12% de metástasis al diagnóstico. La mastectomía radical modificada se indicó en el 60% de los casos. En once casos no se trató la axila. El tamoxifeno y la QT se indicaron en casos seleccionados. Radioterapia en 26 casos y no se utilizó aún estando indicada en 11 casos. Un total de quince fallecimiento durante el seguimiento; seis por causas distintas al cáncer y 9 causadas directas (metástasis pulmonares, hepáticas o cerebrales).

Conclusiones: Existe una tendencia generalizada a infratratar y no aplicar protocolos a estas pacientes en base a su edad o patología asociada. Las características biológicas del cáncer de mama en esta edad no difieren del de otras edades. Destaca un menor porcentaje de tumores indiferenciados (G III) y un tamaño tumoral mayor al diagnóstico. Proponemos ampliar estudios en este sentido comparando el rango de 65-75 años con mayores de 75 para obtener mejores conclusiones: proponemos el seguimiento periódico –cada dos o tres años– desde su Centro de Salud como parte de los protocolos habituales ya que más del 90% consultan con tumores palpables.

BREAST TUMOUR AND SENTINEL NODE -WHEN SIZE DOESN'T MATTER

Valadas Castellón G¹; Cardoso N¹; Bastos F²; Rivero A¹; Aleixo F³; Martín Parra J⁴

¹Barlavento Hospital, Algarve-Portugal, Surgery; ²Barlavento Hospital, Algarve-Portugal, Surgery; ³Barlavento Hospital, Algarve-Portugal, Radiology; ⁴Barlavento Hospital, Algarve-Portugal, Pathology

Introduction and Objective: In the clinically negative axilla, the relationship between the size of the tumour and the performance or not of the SNB is not yet consensual. In the German Breast Society protocol, the SNB is performed in tumours up to 20 mm in diameter. However, in the ASCO protocol the limit is 50mm and other centres 30 mm is the limit. With reports of a 0.3% rate of recurrence in the axilla after a negative SNB, the authors seek, in the absence of a limit of tumour size for SNB, for the percentage of patients that will have SNB performed.

Material and method: We reviewed 420 clinical cases of breast cancer treated between 2003-2009. Inclusion criteria for SNB was a clinically and imagiologically negative axilla, independent of the size of the tumour. Two groups were analysed; Group I (tumours \leq 29 mm); Group II (tumours \geq 30mm).

Results: SNB was performed in 224 patients, or 53% of the patients of the series. 52 had lymph node metastases, which was 23% of the total of SNB. The size of the tumours with positive nodes varied between 5 mm and 60 mm and in the negative node tumours varied between 5 mm and 100 mm. Group I had 171 cases and Group II, 53 cases. Of the 172 patients with negative SBN, 137 (80%) belonged to Group I and 35 (20%) to Group II. In Group II, 2/3 did not have positive lymph nodes.

Conclusions: Although a greater incidence of lymph node metastases in bigger tumours was seen, the results suggest that SNB can be offered to all patients with negative axillas in pre-operative studies. We verified that without immediate exclusion from SNB, 20% of our patients, with tumour size greater than 3 cm, benefited from SNB.

GUIDANCE IN THE TREATMENT OF VERBAL BREAST PAIN

Novais Dias E; Botelho Amaral K; Leite Montarroyos R; Pinheiro Ribeiro Alves M; Orrico Guimaraes J; Maurilio Santos Oliveira J; Azaro M; Carvalho E

Mastologia. Hospital Sao Rafael Salvador - Ba Brazil

Mastalgia is reported in literature since 1829. It is a common symptom experienced by women attending in breast clinics, oftenly related to psychological reasons, including the fear of underlying breast cancer. Despite a considerable number of drugs suggested for decreasing the severity of mastalgia, there is no standard treatment for the complaint.

Objective: Compare medication treatment to education and reassurance (verbal orientation) in management of mastalgia.

Methods: 358 women were recruited to a non-randomized clinical trial over 6 months. All patients suffering from severe pain were excluded from this trial. Patients were randomly assigned to three groups receiving only common analgesic or in combination with verbal orientation.

Results: The severity of pain was decreased significantly at the end of the study in group who received the combination therapy compared to the women who received only the medication (69% x 48%).

Conclusion: Breast pain is a complex symptom that can be relieved significantly with reassurance, leading drugs treatment in case of severe pain and little response to verbal orientation

COMPLICACIONES DEL AUMENTO MAMARIO CON MATERIAL INYECTABLE

Marti-Toro E¹; Diaz-Ruiz M²; Rubio-Murillo J³; Sánchez-Ponte A³; Solernos-Juanola L⁴; Montes-Usategui T⁵; Tarazona-Ventura J⁴; Culel-Oliveras P¹

¹Althaia. Xarxa Assistencial de Manresa, Cirurgia Plástica; ²Althaia. Xarxa Assistencial de Manresa. Barcelona, Radiología; ³Althaia. Xarxa Assistencial de Manresa. Barcelona, Cirugía Plástica; ⁴Althaia. Xarxa Assistencial de Manresa. Barcelona, Cirugía General y Digestiva; ⁵Althaia. Xarxa Assistencial de Manresa. Barcelona, Ginecología

Introducción: El aumento de las mamas con finalidad estética es un procedimiento en alza y puede realizarse con: Material de relleno encapsulado que requiere intervención quirúrgica para su implantación: prótesis de silicona, de suero fisiológico y distintas variedades de hidrogeles. Material de relleno no encapsulado, generalmente implantados por inyección: grasa, silicona, parafina, poliacrilamida y ácido hialurónico. Los materiales no encapsulados presentan sobre todo complicaciones desde el punto de vista de interpretación de imágenes radiológicas. Se reportan dos caso uno realizado de manera fraudulenta con silicona industrial y otro con Macrolane®: ácido hialurónico autorizado y se analizan las diferencias y similitudes.

Material y métodos: Resultados: Caso 1. Mujer de 43 años con antecedentes familiares de cáncer de mama e inyección de Macrolane®: ácido hialurónico reabsorbible hace 2 años. A la exploración se palpan nódulos suprareolares bilaterales. En la mamografía hay mamas con abundante tejido fibroglandular. En la ecografía y RNM se visualizan diversas imágenes quísticas y un nódulo retroareolar profundo con biopsia confirmativa de benignidad. Se intenta un vaciado parcial mediante punción percutánea obteniendo un gel encapsulado y muy espeso. Caso 2. Mujer de 26 años que acudió a nuestro hospital a los dos años de haber recibido una inyección bilateral de silicona industrial de manera ilegal. A la exploración se evidenciaba flogosis, extrusión de silicona y fístulas e infecciones intermitentes. La mamografía mostraba acúmulos de silicona de forma nodular de diámetros que oscilaban entre los 3 y 94mm; pero que dificultaban extraordinariamente la visualización de la glándula mamaria subyacente. La RNM descartó la patología maligna y confirmó siliconomas bilaterales invadiendo la glándula y ganglios axilares. El tratamiento propuesto y realizado fue la mastectomía subcutánea bilateral y reconstrucción inmediata con prótesis de gel de silicona.

Conclusiones: La silicona líquida inyectada está prohibida y aparte de las imágenes radiológicas su eliminación comporta cirugías estéticamente agresivas. El Macrolane® catalogado como inocuo y reabsorbible puede encapsularse y permanecer artefactando el diagnóstico de un posible cán-

cer de mama. En casos de pacientes de riesgo en que se desee un aumento mamario no es recomendable el uso de materiales no encapsulados por inyección.

ESTUDIO PRONÓSTICO DE VALORES INTERMEDIOS DE ERB-B2 DETERMINADOS POR INMUNOHISTOQUÍMICA

Vicente-García F¹; Guerrero-Setas D²; Córdoba-Iturriagoytia A³; Calvo-Benito A¹; Ibircu-Oroz L¹; Aramendia-García I¹; Batlle-Marín X⁴; Lera-Tericas J¹

¹Hospital de Navarra, Cirugía General; ²CIB (Centro de Investigación Biomédica), Servicio Navarro de Salud; ³Hospital de Navarra, Anatomía Patológica; ⁴Hospital de Navarra, Cirugía General. España

Introducción: Es conocido el valor pronóstico de la expresión de erb-B2 en sus valores claramente positivos. Es más discutido si los valores negativos o de positividad intermedia (positivo 1+, positivo 2+) tiene alguna significación en el pronóstico de la enfermedad. **Objetivo:** valorar si los valores negativos o intermedios de erb-B2 tienen significación pronóstica.

Pacientes y método: Hemos estudiado 610 pacientes con cáncer de mama, diagnosticadas y tratadas entre los años 2004 y 2009, con valores inmunohistoquímicos de erb-B2 negativo, positivo 1+ y positivo 2+. Los datos clínicos, histológicos y de evolución se han obtenido de la base de datos de la Unidad de Mama de nuestro centro. Variables estudiada Edad, Grado histológico, Ki 67, Progresión de la enfermedad, intervalo libre de enfermedad (ILE) y Supervivencia.

Análisis estadístico: La asociación erb-b2 y variables demográficas y patológicas se analizó mediante el test X2 o análisis de la variancia, según el tipo de variable. La comparación de supervivencia e ILE con los grupos de expresión de erb-b2 se realizó de manera univariante mediante curvas de Kaplan-Meier y el log-rank test. Se utilizaron modelos de regresión de Cox para obtener resultados ajustados por Grado histológico, edad, fenotipo y Ki-67. Resultado De las 610 pacientes, 258 (42%) tuvieron erb-B2 negativo, 212 (35%) positivo 1+ y 140 (23%) positivo 2+. El seguimiento medio fue de 30.4 meses (sd = 19.5). La expresión de erb B2 no presenta asociación con la edad (p = 0.224) ni con Ki 67 (p = 0.393). Por el contrario erb-B2 está asociado positivamente con el grado histológico (p = 0.038),

Supervivencia: Las diferencias en supervivencia entre los tipos de expresión de erb-B2 no fueron estadísticamente significativas (p = 0,199) La supervivencia se ha relacionado inversamente con mayor grado histológico (p = 0,001), fenotipo basal (p < 0,001) y Ki 67 positivo 3+ (p = 0,010), Los modelos multivariantes ajustando por edad y grado histológico corroboran la no significación de erb-B2 tomando como categoría de referencia erb-b2 negativo.

Progresión: No se han encontrado diferencias en ILE entre los tipos de expresión erb-B2 (p = 0,992). La progresión se ha relacionado con mayor Grado histológico (p < 0,001) y fenotipo basal (p < 0,001). Los modelos multivariantes ajustando por edad y grado histológico corroboran la no sig-

nificación de erb-B2 tomando como categoría de referencia erb-b2 negativo.

Conclusiones: La expresión de valores intermedios y negativos de erb-B2 no se muestra como pronósticas en la evolución a corto plazo del carcinoma mamario.

INVOLVEMENT OF NON-SENTINEL LYMPH NODES ASSOCIATED WITH THE DETECTION OF BREAST CANCER MACROMETASTASES, MICROMETASTASES AND SUBMICROMETASTASES IN SENTINEL NODES. CONCLUSIONS OF THE CZECH MULTICENTRE STUDY OF SENTINEL NODES IN BREAST CANCER SUPPORTED BY IGA NS10238-3/2009 GRANT

Vachtová M¹; Sůvová B¹; Červinka V²; Gatěk J³; Kubala O⁴

¹University Hospital in Pilsen. Department of Surgery; ²Pardubice Reginal Hospital, a.s., Department of General Surgery; ³Hospital Atlas, Zlín, General Surgery Ward; ⁴University Hospital in Ostrava, Department of General Surgery. Czech Republic

Introduction: Sentinel lymph node biopsy is a standard method used as part of surgical therapy of early breast cancer. Because of its mini-invasive character, this method minimizes the complication rate associated with axillary dissection and provides significant contribution to exact breast cancer staging.

Material and method: The study was performed from 2006 to 2008. Sentinel nodes were detected using either radio-guided sentinel lymph node navigation or the combination of this method with colour mapping. Sentinel nodes were evaluated according to the recommendation of Czech Society of Pathology with hematoxylin and eosin staining or with immunohistochemistry. A total of 636 female patients and 637 carcinomas were evaluated. Mean tumour size was 14.24mm. Mean number of sentinel lymph nodes in a patient was 2.18. 581 patients (91.3%) underwent breast sparing procedures, and 56 patients (8.7%) underwent mastectomy. The patients were further divided into 4 groups. The definitions of the groups were as follow group N0: patients without metastatic involvement of sentinel nodes, group N0I+: patients with submicrometastases, group N1Mi: patients with micrometastases, and group N1: patients with macrometastases.

Results: Non-sentinel lymph nodes positivity in group N0I+ was 6.66%, in group N1Mi 26.67%, and 50% in group N1 50%. There were 15 cases of dissection in group N0I+, while no dissection was carried out in the remaining 10 cases. Of these 15 evaluated patients, positive non-sentinel lymph nodes were detected in only 1 patient (6.66%). Statistical analysis resulted in rejecting the assertion that positivity status of non-sentinel lymph nodes is unrelated to tumour size, but the relationship between the two was demonstrated. It was confirmed that positive status of non-sentinel lymph nodes depends on tumour grading and the number of positive sentinel lymph nodes.

Conclusions: It follows from our results that the finding of a macro- or micrometastasis in sentinel nodes should be

followed by axillary dissection. These cases are associated with the risk of tumour understaging and also the risk of an early recurrence. On the contrary, it is possible to omit axillary dissection in patients found to have submicrometastases in sentinel nodes.

RADIOGUIDED OCCULT LESION LOCALIZATION (ROLL) AND SENTINEL NODE AND OCCULT LESION LOCALIZATION (SNOLL) OF NON-PALPABLE BREAST LESIONS.

Costa Magalhaes M¹; Souza S²; Rocha A¹; Gutfilen B²; Lopes F²; Romano S³; Fonseca L²

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro, Ginecología; ²Universidade Federal do Rio de Janeiro, Medicina Nuclear; ³Instituto Nacional do Câncer, Patologia. Brazil

The use of radiopharmaceuticals in the detection of occult lesions is well-known as a useful method. Radioguided occult lesion localization (ROLL) enables malignant or probably malignant non-palpable breast lesions to be located; biopsy of the sentinel node can also be performed using the sentinel node and occult lesion localization (SNOLL). The aim of this study is to show our experience with ROLL and SNOLL.

Material and Method: 134 suspicious non-palpable breast lesions requiring diagnostic excision were submitted to ROLL (n=106) or SNOLL (n=28). The radiopharmaceuticals used to ROLL and SNOLL were respectively 99mTc-MAA and 99mTc-Phytate. 17 out of 106 patients submitted to ROLL also had its sentinel node assessed after a second injection (periareolar) of 99mTc-dextran. Injections were made in a minimum period of 1 h and a maximum period of 12 h before surgery. The radiopharmaceutical was injected into the non-palpable lesion under mammography, resonance or ultrasound guidance. In addition, 0.5 mL of air were administered to confirm the position of the radiotracer.

Results: All lesions were correctly located. The histological diagnosis obtained in patients submitted to ROLL were: 28 invasive ductal carcinomas (26%), 43 hyperplasias (41%), 3 lipomas (3%) and 32 fibroadenomas (30%). In patients who underwent SNOLL final diagnosis were: 19 invasive ductal carcinomas (68%), 5 hyperplasias (18%) and 3 fibroadenomas (14%). The sentinel node was detected in all cases (n = 28).

Conclusions: Although we didn't compare our patients with wire technique its disadvantages are known. The use of radioguided surgery led us to precisely localization of the lesions and no need of reoperation.

GRAN TUMORACIÓN DE PARED TORÁCICA EN PACIENTE PORTADORA DE PROTESIS DE MAMA

Hernández-Ramos A¹; Hernando-Trancho F²; Jarabe-Sarceda J²; Roman-Santamaría J³

¹Hospital Clínico San Carlos. Madrid, Servicio de Cirugía Plástica; ²Hospital Clínico San Carlos. Madrid, Servicio de Cirugía Torácica; ³Hospital Clínico San Carlos, Servicio de Ginecología (Patología Mamaria). Madrid, España

Los tumores desmoides son raros tumores del tejido conectivo. Presentamos el caso de una paciente portadora de implantes mamarios en la que el aumento alarmante del tamaño de la mama derecha nos obligó a realizar diferentes pruebas hasta conseguir el diagnóstico correcto. Tras cirugía radical extirpando la tumoración e inclusión de tres arcos costales la histología confirmó el diagnóstico de tumor desmoide.

PRIMARY BREAST LYMPHOMA: TWO CLINICAL CASES PRESENTATION

Correia L; Valadares S; Pereira J; Campos F; Sereno P

Unidade de Patologia Mamária. Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Portugal

Introduction: Primary breast lymphoma is a rare disease, representing 0.04-0.5% of all malignant breast tumors. Clinically it can be revealed as a painless palpable mass, most frequently in right breast, or incidentally detected by routine screening. Biopsy is necessary to correct diagnosis. Histologically, primary breast lymphoma is predominately non-Hodgkin B-cell origin and most commonly large cell type. Therapeutic strategy is not yet well-defined but it may include surgery, radiation therapy and chemotherapy. The prognosis is variable and depends on the histologic grade and stage at the diagnosis.

Objective: To present two clinical-cases of primary breast lymphoma Clinical-Cases the first case was diagnosed in December 2008 and the second one in June 2010. Case 1: Sixty-year old post-menopausal woman referred to our institution for right breast lump which appeared after a breast burn. Clinically there was a subcutaneous painless, elastic 3 cm nodule. Breast imaging showed a not pure cystic formation with 10 x 8 mm. An excisional biopsy, under local anesthesia, was performed. Histology revealed a non-Hodgkin diffuse large B-cell lymphoma and the patient was referred to a Hematological Unit. There was no systemic evidence of disease. According to Ann Arbor classification it was a stage IA disease. Radiation therapy was chosen as adjuvant therapy. There was no recurrence after two years. Case 2: Thirty-nine years old woman with a painless palpable right breast lump. There were no palpable nodes in axilla. Breast imaging revealed a heterogeneous breast lymph node with 13 x 6 mm. Fine needle aspiration cytology was performed and histological examination identified a non-Hodgkin diffuse large B-cell lymphoma. Currently the patient is under evaluation in a Hematological Unit.

Conclusion: As described in literature, in our institution primary breast lymphoma is a very rare disease. Both cases occurred in the right breast and were non-Hodgkin diffuse large B-cell lymphoma. High index of suspicion aided with modern investigational modalities is the key in reaching the diagnosis.

HEMANGIOPERICITOMA FUSOCELULAR MAMARIO

Nieves-Merino F¹; Alemán-Navarro C¹; Martínez-Díaz F²

¹Servicio de Radiología; ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España

Objetivos: Mostrar los hallazgos radiológicos y patológicos a propósito de un caso de sarcoma mamario y realiza una revisión bibliográfica al respecto de este caso.

Material y métodos: Se presenta un caso clínico de paciente que presenta un sarcoma mamario. Mujer de 47 años, fumadora y con DM tipo 2 como únicos antecedentes personales, que presenta un nódulo de 4,6 cm y bien delimitado en la mama derecha en una mamografía. Mostramos, asimismo, los hallazgos radiológicos y la evolución de ambas pacientes.

Resultados: El resultado anatomopatológico fue sarcoma fusocelular de bajo grado tipo hemangiopericitoma. Revisamos la bibliografía existente acerca de los sarcomas primarios y secundarios de la mama y comparamos nuestros hallazgos con la literatura para intentar mostrar patrones comunes de presentación clínica y radiológica.

Conclusiones: Los sarcomas pueden presentarse en la mama de forma primaria o secundaria. Existen muchos tipos, aunque nuestro estudio se centra en los sarcomas mesenquimales. Ante cualquier masa de gran tamaño, indolora y móvil, aunque sea bien definida y de semiología benigna en los estudios radiológicos, siempre que presente rápido crecimiento, hemos de pensar en un proceso neoplásico e intervenir sobre la lesión con BAG para su filiación histológica. Los sarcomas secundarios son más agresivos debiendo ser tratados con cirugía radical y radioterapia para prevenir recurrencias.

CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE MAMA CON METÁSTASIS TIROIDEA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE RECIDIVA TUMORAL

Valero-Liñán A¹; Rueda-Martínez J²; Prat-Calero A²; Abad-Martínez M²; Moreno-Flores B²; Usero-Rebollo S³; García-Blázquez E³; Gómez-Juárez Molina J¹

¹Unidad de Mama, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; ²Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; ³Unidad Endocrino-Metabólica, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. España

Objetivos: Las metástasis en la glándula tiroidea procedente de otros tumores es infrecuente siendo su incidencia en la práctica habitual mucho menor que la publicada en series de autopsias (24%).

Material y métodos: Mujer de 52 años intervenida hace 41 meses de carcinoma ductal infiltrante multicéntrico de mama derecha con afectación axilar, a la que se le realizó mastectomía radical modificada y linfadenectomía axilar (pT2 N2 M0), seguida de quimioterapia y radioterapia adyuvantes, con estudios actuales de extensión negativos. Consulta por molestias en región cervical y disfonía ocasional. Exploración: bocio con nódulo de 4x3 cm de consistencia firme que ocupa el lóbulo tiroideo izquierdo. Pruebas complementarias: 1. Ecografía cervical: bocio multinodular (ambos lóbulos) con nódulo mayor en lóbulo tiroideo izquierdo de 3,6 cm. 2. Radiografía de tórax: desviación traqueal derecha secundaria a bocio endotorácico izquierdo. 3. PAAF de nódulo dominante: sin evidencia de malignidad.

Resultados: Con diagnóstico de bocio multinodular sintomático se decide intervención quirúrgica realizando tiroidectomía total. El postoperatorio evoluciona favorablemente siendo dada de alta a las 36 horas. El resultado anatomopatológico reveló hiperplasia nodular múltiple con área irregular que contiene nidos de carcinoma ductal infiltrante de mama. A los 2 meses de la cirugía en TAC de control se objetiva progresión radiológica con adenopatía hiliar derecha, metástasis pulmonares, hepáticas y óseas.

Conclusiones: Las neoplasias primarias más frecuentes causantes de metástasis tiroideas son los carcinomas de mama, riñón, colon y pulmón. En cualquier paciente con un antecedente de neoplasia maligna, un crecimiento de novo de la glándula tiroidea debe ser considerada como metástasis hasta que se demuestre lo contrario (independientemente del intervalo de tiempo del diagnóstico del tumor primario). La enfermedad metastásica de la glándula tiroidea se expresa como un aumento de la glándula tiroidea, aunque su manifestación clínica (disnea, disfagia o disfonía) es infrecuente. La confirmación diagnóstica de metástasis se puede realizar mediante PAAF, pues presenta un buen rendimiento a expensas de una baja morbi-mortalidad. Aunque las metástasis en la glándula tiroidea indican mal pronóstico, véase nuestro caso, ser agresivo tanto en el tratamiento quirúrgico como médico puede ser efectivo en un no desdeñable porcentaje de pacientes.

CIRUGÍA DE REDUCCIÓN DE RIESGO DE CÁNCER HEREDITARIO: ANEXECTOMÍA PROFILÁCTICA

García A; Covisa A; Romero I; Llopis F; Almenar S; García Z; Llombart P; García E

Servicio de Ginecología Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España

Introducción: La determinación de los genes supresores BRCA1 y BRCA2, asociados al Síndrome Hereditario cáncer de mama y ovario, permite a la paciente portadora, la elección de cirugía profiláctica ovárica.

Objetivos: Evaluar las características clínicas e histológicas de las anexectomías profilácticas.

Material y métodos: Nuestro hospital dispone de Unidad de Consejo Genético desde noviembre de 2007, adscrito a la red sanitaria de la Comunidad Valenciana, lo que facilita visitar a pacientes sanas con antecedentes familiares o personales de cáncer de mama que, si cumplen los siguientes criterios de selección, se les determinan los genes BRCA1 y 2:

—Familias un único caso de cáncer de mama: cáncer de mama diagnosticado antes de los 30 años, o primario bilateral antes de los 40 años o un cáncer de mama y un cáncer de ovario en la misma paciente.

—Familias con dos casos en familiares de 1º grado: dos casos de cáncer de mama o cáncer de mama bilateral, al menos uno diagnosticado antes de los 50a; dos o más casos de cáncer de ovario o un cáncer de mama y un cáncer de ovario en dos familiares; o un caso de cáncer de mama en varón y otro de mama/ovario en mujer.

—Familias con tres o más casos afectados por cáncer de mama, al menos dos en familiares de primer grado.

Resultados: Número de pacientes 28, con diagnóstico de cáncer de mama 24. Portadoras 13 de BRCA1 y 11 de BRCA2. A todas se les realizó anexectomía bilateral y lavado abdominal por vía laparoscópica, en 5 se asoció histerec-tomía por patología benigna, en 6 cirugía de mama. Los resultados histológicos de los ovarios de 25 pacientes, fueron normales. En una paciente se diagnosticó un fibroma bilateral de ovario, en otra un tumor de Brenner benigno y una tercera presentó una micrometástasis de su cáncer de mama. Estos tres hallazgos fueron incidentales.

Conclusiones: La ovariectomía profiláctica según la literatura, reduce el riesgo del cáncer de ovario y tiene impacto positivo en el riesgo de cáncer de mama. Nuestra casuística no evidenció ningún cáncer oculto de ovario, pero sí una progresión de un cáncer de mama.

ECTOPIA MAMARIA BILATERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Nieves-Merino F¹; Alemán-Navarro C¹; Martínez-Díaz F²

¹Servicio de Radiología; ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España

Objetivos: Se presenta un caso de ectopia mamaria bilateral en una paciente que mostraba tejido mamario desarrollado en ambos brazos.

Material y métodos: Se muestran los hallazgos clínicos y radiológicos de una mujer que consulta por bultomas en ambos brazos que se diagnostican de ectopia mamaria.

Resultados: Se exponen los hallazgos quirúrgicos y los resultados anatomía patológica correlacionamos los hallazgos con los encontrados por radiodiagnóstico. Revisamos la literatura existente al respecto y discutimos nuestros resultados.

Conclusiones: La polimastia se desarrolla habitualmente en el espacio comprendido entre la axila y la ingle. La presencia de masas fuera esta zona inducen a pensar en otros diagnósticos como más probables, sobre todo en masas de naturaleza lipoidea. El diagnóstico es importante por la posibilidad de desarrollar un cáncer mamario en estas mamas ectópicas.

SILICONOMA VS. CANCER DE MAMA

Nieves-Merino F¹; Alemán-Navarro C¹; Martínez-Díaz F²

¹Servicio de Radiología; ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España

Objetivos: Ilustrar un caso de una paciente con antecedente cosmético de inyección de silicona libre y cuadro clínico de inflamación mamaria.

Material y métodos: Se exponen los hallazgos clínicos, radiológicos y anatomopatológicos en una mujer que acudió al Servicio de Urgencias por cuadro inflamatorio en la mama izquierda.

Resultados: Se revisa la estrategia diagnóstica y terapéutica utilizada. Se comparan nuestros hallazgos y la actuación

con los casos recogidos en la literatura médica, intentado definir un diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuados para pacientes con antecedentes de inyección de silicona libre.

Conclusiones: La presencia de silicona libre en la mama, bien por inyección directa o por rotura de un implante, puede desarrollar cuadros clínicos que requieran diagnóstico diferencial con un carcinoma mamario. Las dificultades para el diagnóstico por la imagen que se deriva la silicona entre los tejidos supone un reto para el manejo de estas pacientes. La imagen por resonancia magnética puede ser de gran ayuda en algunos casos. La biopsia con aguja gruesa es fundamental para el diagnóstico.

HISTIOCOTIOMA FIBROSO MALIGNO DE MAMA.

Nieves-Merino F¹; Alemán-Navarro C¹; Martínez-Díaz F²

¹Servicio de Radiología; ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España

Objetivos: Mostrar los hallazgos clínico-radiológicos a propósito de un caso de sarcoma mamario detectado en el HGU Reina Sofía de Murcia y correlacionarlo con la literatura médica al respecto.

Material y métodos: Se presenta un caso clínico de una mujer de 63 años con antecedentes de carcinoma ductal infiltrante poco diferenciado en la mama izquierda, diagnosticada en el año 2004, tratada con cirugía conservadora y radioterapia, y que en la actualidad, presenta una tumoración palpable de 5 cm en cuadrantes superiores de la mama izquierda. Mostramos, asimismo, los hallazgos radiológicos y la evolución de la paciente.

Resultados: El resultado anatomopatológico de infiltración mamaria por histiocitoma fibroso maligno de alto grado de malignidad del músculo pectoral. Revisamos la bibliografía existente acerca de los sarcomas de mama y comparamos nuestros hallazgos con lo descrito en la literatura.

Conclusiones: Los sarcomas pueden presentarse en la mama de forma primaria o secundaria. Existencia de radioterapia previa puede ponernos en aviso sobre el diagnóstico diferencial con un sarcoma, sobretodo en casos de tumores grandes, de crecimiento rápido o de brusca aparición. El diagnóstico con punción biopsia es de elección y el tratamiento ha de incluir cirugía radical por la agresividad de esta entidad.

ECOGRAFÍA 3D (MODO VOCAL Y AVC) APLICADA A CÁLCULO DE VOLÚMENES TUMORALES EN MAMA. RESULTADOS PRELIMINARES

Payá-Abad A; Martínez-Aspas A; Rubio-Igual M; Millet A; Bonilla-Musoles F

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Clínico Universitario de Valencia. España

Objetivos: Presentar resultados preliminares de estimaciones de volumen tumoral en mama comparando la ecografía 3D – modos AVC y Vocal- y la ecografía 2D y considerando el Gold Standard la anatomía patológica. Actualmente la RMN es el método utilizado para calcular el volumen y extensión de las tumoraciones mamarias. Esta es cara y estresante para la paciente. Pensamos que la ecografía puede llegar a proporcionarnos información similar.

Material y métodos: En 10 mujeres con neoplasia mamaria se calcula el volumen tumoral con ecografía 2D (transductor de 13 MHz para ecografía mamaria) y la ecografía 3D (modos VOCAL y AVC) empleado un equipo de la firma General Electric modelos Voluson E8. La ecografía la realiza un solo operador. El volumen real de la lesión viene dado por el informe definitivo de anatomía patológica (estudio microscópico). En las imágenes obtenidas, se han medido el diámetro longitudinal, antero-posterior y transversal.

Resultados: En 6/10 pacientes estudiadas, obtuvimos volúmenes más cercanos al proporcionado por el informe de la anatomía patológica con ecografía 3D (VOCAL) que con ecografía 2D. En 3/10, el resultado de la ecografía 2D se aproximó más al de los anatomopatólogos. En 1/10 pacientes, el cálculo fue idéntico. Estos datos no varían respecto a la edad de la paciente ni al tamaño tumoral.

Conclusiones: la ecografía 3D no parece ofrecer en nuestra serie una información más fiable en lo que respecta al cálculo del volumen tumoral en pacientes afectas por cáncer de mama. Sería necesario ampliar la muestra para poder llegar a una conclusión estadísticamente significativa.

APLICACIONES DE LOS MODOS 3D (AVC Y VOCAL) PARA EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA MAMARIA

Payá-Abad A; Martínez-Aspas A; Rubio-Igual M; Millet A; Bonilla-Musoles F

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Clínico Universitario de Valencia. España

Objetivos: Presentamos imágenes obtenidas tras estudio ultrasonográfico 3D en pacientes con lesiones mamarias. Utilización de modos 3D AVC y VOCAL para cálculo de volúmenes tumorales.

Material y métodos: Se seleccionan las imágenes obtenidas tras estudio de 17 pacientes del HCU Valencia entre Mayo y Junio de 2010 con lesiones mamarias benignas y malignas. Las ecografías son realizadas por 2 operadores empleando un equipo VOLUSON E8 de la firma General Electric con sonda de 13 MHz para mama y con sistema Doppler color y energía, 3D/4D, modo inverso y modos VOCAL y AVC.

Resultados: En las imágenes que se presentan queda patente la nitidez de la imagen, la perfecta definición de los márgenes, la posibilidad del cálculo de volumen y la imagen espacial.

Conclusiones: La información administrada por la eco 3D (modo VOCAL y AVC) podría en un futuro sustituir a la RNM como método para determinar preoperatoriamente el volumen y extensión local tumorales.

PSEUDOANGIMATOUS STROMAL HYPERPLASIA (PASH) – CASE REPORT

Alves M; Orrico J; Carvalho E; Maurílio J; Montarroyos R; Amaral K; Novais E; Azaro M

Mastologia. Hospital São Rafael. Bahia, Brazil

Introduction: First described in 1986, as a report of nine cases in premenopausal women. It's characterized for stromal hyperplasia with pseudoangiomatous spaces anastomosed, empty and coated of fusiform stromal cells. Until now, it have already been described about a hundred cases all around the world. Generally, they show themselves as a palpable mass and could simulate a fibroadenoma. Recurrence is rare, with only one case of a 36 years old woman with local recurrence after an excisional biopsy after 12 months. There isn't any report of more than one recurrence in the same patient.

Objectives: To report a PASH case twice recurrent.

Material and methods: Report of a 35 years old female patient, with a previous history of two surgeries for resection of breast nodules, diagnosed as pseudoangiomatous stromal hyperplasia (PASH), presented as a 13.0 cm diameter, on the right breast, confirmed by a core biopsy. For treatment, it was indicated a subcutaneous mastectomy with immediate reconstruction, using a breast prosthesis.

Conclusion: It is a rare pathology, with only a few cases reported in literature, especially recurrent ones, making this situation even more relevant. The breast specialist should be guided according to the diagnosis probability, and plus the rare, possibility of malignant degeneration. This way the breast surgeon becomes aware of the treatment options.

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS

Batlle-Marín X; Vicente-García F; Calvo-Benito A; Murature-Stordiau G; Amoza-Pais S; Rico-Arrastia A; Sánchez-Acedo P; Lera-Tricas J

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Navarra. España

Introducción. La edad avanzada de la paciente puede condicionar la elección del tratamiento quirúrgico inicial. La decisión puede estar influenciada por múltiples factores como comorbilidad asociada, tendencia a no someter a un paciente anciano a un tratamiento prolongado en el tiempo, o incluso, y especialmente, que no dispongamos de suficientes estudios randomizados, en este tipo de casos, que definan con exactitud la decisión a tomar.

Objetivo: Realizar un análisis sobre la experiencia de la Unidad de Mama de nuestro centro en el tratamiento del cáncer de mama, en pacientes mayores de 70 años.

Pacientes y métodos: Hemos estudiado 340 pacientes intervenidas en nuestro centro en el periodo comprendido entre 1984-2010. Se efectúa un estudio descriptivo de la serie (edad, modo de presentación, tipo histológico, tipo de tratamiento, ta-

maño tumoral, tipo histológico, tiempo de hospitalización) comparando los resultados distribuyendo las pacientes en grupos de cinco años. Para el estudio estadístico hemos utilizado el programa SPSS15.0 efectuando un estudio de Anova para las variables cuantitativas y Chi cuadrado para las cualitativas.

Resultados. La edad media de las pacientes ha sido 79,4 años habiendo aumentado de 77,26 (periodo 1) a 80,32 (periodo 6) ($p = 0,002$). El tamaño histológico ha pasado de 3,4 a 2,4 cm en el momento diagnóstico ($p = 0,001$). La estancia media de hospitalización se ha reducido significativamente pasando de 13,7 a 2,8 días ($p < 0,001$). Se ha producido un aumento significativo de la cirugía conservadora con un 12,9% en periodo 1 y un 27,3% en el periodo 6 ($p = 0,019$). A pesar de ello aun prima el tratamiento radical, en estas pacientes, con más de un 70% en todos los periodos. No hemos encontrado diferencias significativas en invasión ganglionar axilar, ganglios extirpados ni tipo histológico.

Conclusión: La edad media de las pacientes mayores de 70 años en el momento diagnóstico ha aumentado. La edad no parece ser una contraindicación para proponer un tratamiento conservador en la paciente mayor de 70 años. La afectación axilar no ha sufrido cambios a lo largo de los periodos de estudio lo que nos hace suponer que aún no se ha conseguido concienciar a estas pacientes de que el cáncer de mama es frecuente en estas edades.

GANGLIO CENTINELA EN LA CIRUGÍA CONSERVADORA DEL CÁNCER DE MAMA

Menjón-Beltrán S; García-García J; Hurtado-Sánchez F; del Castillo-Ortiz N; Hurtado-Moya M

Unidad de Ginecología Oncológica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España

Objetivos: Establecer las características epidemiológicas y clínicas de las pacientes en las que se ha realizado ganglio centinela (GC) en nuestro servicio y su validez.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los 160 casos de GC realizados en nuestro servicio desde el año 2006.

Resultados: Desde el año 2006 se han realizado estudio axilar con GC en 160 pacientes. La edad media de las pacientes fue de 54,9 años (rango 27-82) y la de la menopausia 50,4 (rango 37-57). En el 57% de los casos el tumor estaba localizado en la mama izquierda, siendo en el 77,2% de las pacientes de tipo ductal infiltrante. En la mitad de los casos (55%) las pacientes estaban en estadio I, en estadio II el 40,5% y en el III el 3,6%. Únicamente en 4 casos se realizó MRM, realizándose en el resto cirugía conservadora (tumorectomía o cuadrantectomía), de éstas, en el 28% se hizo tumorectomía guiada por arpón. En el 51% de las pacientes el tumor fue moderadamente diferenciado, en el 25,4% fueron pobremente diferenciados y en el 23,7% bien diferenciado. El GC fue negativo hasta en el 58,6% de las pacientes, y de aquellas en las que fue +, en el 51,6% de los casos fue el único positivo. En caso de linfadenectomía axilar, el número medio de ganglios extirpados fue 8 (rango 1-29), en el 79% de las pacientes los RE eran +, en el 73,7% los de RP+. El 81% de las pacientes era cerb-2 negativo. El estadio postquirúrgico fue I en el 58,7%, II en el 37% y III en el 4,4%.

Conclusiones: El ganglio centinela es una técnica que predice con gran exactitud el estado ganglionar de la paciente, evitando así en un 58% la linfadenectomía, y en ocasiones seleccionadas hasta en un 79% (aquéllas con ganglio centinela positivo y bajo riesgo según nomograma).

THREE YEARS EXPERIENCE WITH INTENSITY MODULATED RADIOTHERAPY FORWARD PLANIFICATION, WITH SIMULTANEOUSLY INTEGRATED BOOST, FOR BREAST CONSERVING THERAPY

González-Sanchis A¹; Gordo J¹; Brualla L²; Planells D²; Iñigo R¹; Buedo J¹; López-Torrecilla J¹; Roselló J²

¹Department of Radiation Oncology; ²Department of Radiation Physics. ERESA. Hospital General Universitario, Valencia, España

Purpose: To report target coverage and normal tissue dose with intensity modulated radiotherapy with simultaneously integrated boost (IMRT-SIB) and evaluate incidence of acute skin toxicity.

Materials and Methods: From January 2007 to January 2010, 115 women were treated with IMRT-SIB for breast conserving therapy. The median age was 51 years (range, 32-87). 59 left-sided and 56 right sided breast cancer where treated. The location site in the breast was mainly in superior external quadrant (49), superior internal quadrant (13) and superior interquadrantic line (15). 51 patients were specified as Stage I, 31 as Stage IIA, 14 as Stage IIB and 14 as Stage III. 68 were receiving adjuvant Chemotherapy and 23 neoadjuvant Chemotherapy. All patients had negative surgical margins. All patients had a computed-tomography (CT) treatment planning with dose optimization around target volumes and organs at risk (OAR). The breast and boost planning target volumes (PTVs) received a total dose of 50.4 Gray (Gy) and 60 Gy in 28 fractions, 1.8 Gy/fraction and 2.14 Gy/fraction respectively. When necessary supra and infraclavicular lymph nodes where irradiated to a total dose of 50.4 Gy (24 patients).

Results: All plans had adequate PTV coverage (breast V47.9 > 92 % and tumour bed V57 > 80 %) and maximal acceptable OAR doses where: lung V20 < 20% and heart V20 < 3%. Acute skin toxicity Grade I (83%) and Grade II (17%) where reported. Only 1 patient had local relapse (22 months after RT).

Conclusions: The treatment technique is reliable and easy to apply, and can be used in a standard in clinical practice. The treatment tolerance has been very good presenting as maximum toxicity grade II dermatitis, with no other accompanying symptoms.

METÁSTASIS PULMONAR EN CARCINOMA METAPLÁSICO DE MAMA TIPO FUSOCELULAR

Valero-Liñán A¹; Alises-Sanz R¹; Rueda-Martínez J²; Prat-Calero A²; Abad-Martínez M²; Moreno-Flores B²; Andérica-Frías F¹; Gómez-Juárez Molina J¹

¹Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Unidad de Mama; ²Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. España

Objetivo: El carcinoma metaplásico de la mama corresponde al 1% de los cánceres de mama.

Material y métodos: Mujer, 69 años, que consulta por tumoración de rápido crecimiento de 1 mes de evolución a nivel axilar izquierdo. Se realiza: 1. mamografía: sin hallazgos reseñables, 2. TAC toracoabdominopélvico: aumento de densidad con retracción y borde mal definidos en CIE de mama izquierda, así como en región axilar del mismo lado, y 3. PAAF obteniendo resultado positivo para células tumorales malignas.

Resultados: Se procedió a mastectomía radical modificada a lo Madden siendo dada de alta a las 24 horas sin presentar complicaciones postoperatorias. La anatomía patológica fue informada de carcinoma fusocelular con células tumorales positivas para anticuerpos antivimentina, citoqueratinas (CAM 5,2; AE1-3), y negativas para los anticuerpos anti-desmina, actinas (HHF 35,1 A4), proteína S-100 y receptores de estrógenos y progesterona. LA: 0/9. Posteriormente fue tratada mediante radioterapia adyuvante. A los 24 meses de la cirugía se aprecia en TAC de control nódulo pulmonar izquierdo único que se reseca siendo informado de metástasis de carcinoma fusocelular. En la actualidad, a los 6 años de la cirugía, la paciente se encuentra libre de enfermedad.

Conclusiones: La clasificación, opinión de patólogos expertos, no está consensuada y sigue siendo confusa. Los conocimientos sobre las características clínicas, tratamiento y pronóstico son diversos y limitados pues son extraídos de pequeños trabajos, dada su escasa incidencia. Estos demuestran, de forma grosera, que es una enfermedad agresiva y de mal pronóstico (el factor pronóstico más importante al diagnóstico es el tamaño tumoral) ya que tiende a recidivar localmente y metastatizar con frecuencia en el pulmón. Posee muy bajo potencial de diseminación a los ganglios linfáticos. La mayoría de estos tumores son receptores hormonales negativos (entre un 70-100%). Todavía no existe el patrón oro en el tratamiento quirúrgico, aunque se aboga por la mastectomía radical modificada como técnica apropiada para su control local. En cuanto al tratamiento neo/adyuvante con quimioterapia no se pueden extraer conclusiones firmes respecto a su uso siendo necesaria la realización de ensayos prospectivos multicéntricos para evaluar la influencia sobre la supervivencia. Y se recomienda el uso rutinario de la radioterapia adyuvante.

SENTINEL LYMPH NODE LOCATED ON INTERNAL MAMMARY CHAIN ON BREAST CANCER PATIENTS. IMPACT ON STAGING

Castillo-Morales V¹; Rioja-Martín V¹; Sánchez-Martínez C²; Cabañas-Navarro L³; López-Rodríguez M²; Calderay-Domínguez M²; Rojo-Blanco R³; Díez-Jiménez L⁴; Crespo-Díez A⁵

¹Unidad de Patología Mamaria, Servicio de Medicina Nuclear.

²Unidad de Patología Mamaria, Servicio de Ginecología. ³Unidad de Patología Mamaria, Servicio de Cirugía General y Digestivo.

⁴Servicio de Medicina Nuclear. ⁵Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

The lymph nodes state is the most important prognostic factor in breast cancer. The sentinel lymph node is the hypothetical first lymph node or group of nodes reached by metastasizing cancer cells from a primary tumor. The lymph nodes

assessment through sentinel lymph node biopsy technique has shown the existence of internal mammary drainage (IMN) with or without axillar draining. IMN metastases has similar prognostic importance as axillary nodal involvement AIM Assessment of internal mammary drainage as sentinel lymph node, concerning to cancer staging, on breast cancer patients.

Material and methods: We have retrospectively reviewed 660 patients with breast cancer diagnosis and Sentinel lymph node biopsy. Of these, 126 patients (19.1%) showed internal mammary drainage on the scintigraphy. The day before surgery were performed intratumoral injection of nanocoll-Tc99m stereotactic/ultrasound guided (111 MBq/0.2 ml) in non-palpable lesions, peritumoral injection (4x28 MBq/0.5 ml) in palpable lesions and pericatricial around biopsy cavity in patients with excisional biopsy

Results: (Table I) 75/126 patients (59.5%) underwent to sentinel lymph node biopsy located on internal mammary chain, 11 (14.7%) of them presented lymph node involvement. 6/11 (54.5%) were also carrier of metastases in axillar sentinel lymph node. Four patients (36.4%) did not show axillar sentinel lymph node involvement and one patient had no axillar lymph node draining. These last five patients (9.8%) were restaged from N0 to N1. Five (6.7%) surgical complications were observed, 4 minimal pleura injuries that required no additional treatment and one mild bleeding easily controlled.

Table I

	IM +	IM -	SUBTOTAL	No IM Biopsy	TOTAL
AXILLA +	6 (25%)	18	24	20	44
AXILLA -	4 (9.3%)	39	43	31	74
NO AXILLA	1 (12.5%)	7	8	--	8
TOTAL	11 (14.7%)	64	75	51 (40.5%)	126

Conclusions: The assessment of sentinel lymph node located on internal mammary improve the cancer stadification in a low percentage of the total patients, but represents almost 10% of the patients with sentinel lymph node located in internal mammary chain and no axillar sentinel lymph node involvement. This finding might modify the treatment in this particular group of patients.

VALOR DE LA BIOPSIA SELECTIVA DE GÁNGLIO CENTINELA (BSGC) EN LA ACTITUD QUIRÚRGICA DEFINITIVA EN EL CARCINOMA INTRADUCTAL (CID) DE MAMA

Sánchez-Martínez M¹; Castillo-Morales V²; López-Rodríguez M¹; Rioja-Martín M²; Calderay-Domínguez M¹; Díaz-González E¹; Collado-Guirao M³; Pérez-Rodrigo S⁴; Pascual A⁵

¹Servicio de Ginecología. ²Servicio de Medicina Nuclear. ³Servicio de Cirugía General. ⁴Servicio de Radiodiagnóstico. ⁵Servicio de Anatomía Patológica. Unidad de Patología Mamaria, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

Objetivos: Analizar el impacto de la BSGC sobre la actitud quirúrgica definitiva en pacientes con diagnóstico prequirúrgico de CID de mama.

Material y métodos: De las 600 pacientes a las que se ha realizado BSGC por carcinoma de mama se seleccionan 96 (16%) con diagnóstico prequirúrgico mediante biopsia con aguja gruesa (BAG) era de CID. Se administraron 111MBq de Nanocoll-99mTc, intratumoral guiada por ecografía/estereotaxia en 0,2 ml en las lesiones no palpables 36 (37%) o previamente extirpadas 26 (27%) 4 alicuotas de 28 MBq/0,5 ml, el día previo a la intervención. En 23 pacientes se administró además una dosis retroareolar de 37 MBq/1ml por escaso o nulo drenaje linfático en la imagen a las 2 horas. El tratamiento quirúrgico fue mastectomía en 61 pacientes (63%) y cirugía conservadora en las 35 restantes.

Resultados: La tasa de detección de GC fue del 99%. En una paciente no se identificó drenaje linfático axilar ni extraaxilar. En 28/96 pacientes (29%) el diagnóstico final de la pieza mostró carcinoma invasivo. 12 de ellas (43%) albergaban metástasis al menos en 1 de los GC (8 macrometástasis y 4 micrometástasis) En las 68 pacientes restantes (71%) no se evidenció la presencia de componente invasivo del tumor; sin embargo 3 pacientes presentaron metástasis en GC (2 macrometástasis y 1 micrometástasis) y una paciente más presentó células tumorales aisladas en dos de los GC. Se evitó una segunda cirugía en 28/96 pacientes con carcinoma invasor y se diagnosticó correctamente a 4 pacientes con metástasis ganglionar a pesar de no demostrar tumor invasivo. Además se evitó una linfadenectomía innecesaria en 6/61 pacientes (10%) que en la mastectomía tenían carcinoma invasivo y el GC fue negativo. Dieciséis pacientes (16%) presentaron drenaje a la mamaria interna (MI), biopsiándose 9 (56%), no existiendo metástasis en ninguno de ellos.

Conclusión: 1.- En pacientes con diagnóstico de CID de mama, la realización de BSGC ha ahorrado una segunda cirugía en 34% de nuestras pacientes. Se han evitado un 10% de linfadenectomías innecesarias. 3.- Probablemente el estudio del drenaje a MI tienen dudoso impacto definitivo en las pacientes diagnosticadas de CID

CORRELACIÓN RADIOPATOLOGIA EN LA HIPERPLASIA ESTROMAL PSEUDOANGIOMATOSA DE MAMA

Santos-Romero A¹; Álvarez-Benito M¹; Cara-García M¹; Villar-Pastor C²; Rioja-Torres P¹; Raya-Povedano J¹; García-Ortega M¹

¹Unidad de Mama; ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, España

Objetivos: Analizar los hallazgos clínicos, radiológicos (mamográficos, ecográficos) e histológicos de 20 casos de hiperplasia estromal pseudoangiomatosa de mama.

Material y métodos: Los casos fueron diagnosticados entre los años 2006-2009. La información clínica fue obtenida del médico de referencia. En todas las pacientes se efectuó estudio ecográfico de la mama y en las que tenían más de 35

años también se realizó una mamografía bilateral. Todos los casos fueron confirmados mediante core-biopsia.

Resultados: Quince pacientes eran premenopáusicas y cinco postmenopáusicas en tratamiento hormonal sustitutivo, con edades comprendidas entre 25 y 55 años. La lesión se palpaba en 15 casos y en 5 se detectó en el estudio mamográfico. Ecográficamente eran nódulos sólidos hipoecoicos de bordes bien definidos pero en algún caso resultaba difícil separarlos del resto del tejido. En la mamografía se correspondían con nódulos de baja densidad circunscritos o irregulares. Los nódulos medían entre 2 y 5cm (media de 3 cm). En el estudio AP se objetiva una hiperplasia mesenquimal con espacios pseudovasculares anastomosados, vacíos y tapizados por células estromales fusiformes con receptores de progesterona.

Conclusiones: La forma nodular de la hiperplasia estromal pseudoangiomatosa es una lesión fibrosa de la mama poco frecuente. La hiperplasia estromal pseudoangiomatosa puede presentarse como cambios mínimos difusos, lesión microscópica localizada o masa palpable (forma nodular). El principal problema es su diferenciación de otras patologías, tanto benignas como malignas (angiosarcoma), mediante pruebas de imagen. El diagnóstico requiere confirmación histopatológica en todos los casos.

ECOGRAFÍA AXILAR EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA, ¿CÓMO SON LOS GANGLIOS QUE DEBEMOS PINCHAR?

Díaz-Ruiz M¹; Arnau A²; Valencoso O¹; Coll D¹; Soldevila A¹; Monmany R¹; Trullas J¹; Yanguas C¹

¹Servicio de Radiología; ²Unidad de Innovación e Investigación Althaia. Xarxa Assistencial de Manresa. Barcelona. España

Objetivos: El estadiaje ganglionar axilar en las pacientes con cáncer de mama (CM) es el factor pronóstico más importante. Describir la semiología de las adenopatías axilares en pacientes con CM y evaluar su validez diagnóstica con el resultado de la punción con aguja fina (PAAF).

Material y métodos: Estudio prospectivo de 332 pacientes (341 axilas) con CM a las cuales se realizó ecografía axilar y PAAF entre junio de 2005 y julio de 2009 y posteriormente se realizó cirugía axilar. Se muestra el espectro de cambios morfológicos corticales clasificándolos en 6 tipos (clasificación de Bedi*), siendo considerados benignos el tipo 1-2 y sospechosos de malignidad los tipos 3-6. Se determinaron los parámetros de validez diagnóstica de los hallazgos ecográficos en relación con la PAAF.

Resultados: Edad media de 61,9 años (DE 14,1), 98,8% mujeres. De las 341 ecografías axilares se observaron ganglios en 172 (50,4%) (ecos +), de las cuales 25 (14,5%) eran tipo 1, 38 (22,1%) tipo 2, 1 (0,6%) tipo 3, 24 (13,9%) tipo 4, 30 (17,4%) tipo 5 y 54 (31,4%) tipo 6. De las 172 ecos +se realizó PAAF en 154. De las 18 sin PAAF 16 presentaban ganglios de tipo 1-2 (2 fueron positivos en la cirugía). De las 79 axilas (51,3%) PAAF+, 2 (2,5%) eran del tipo 1, 3 (3,8%) del tipo 2, 10 (12,6%) del tipo 4, 15 (19,0%) del tipo 5, 49 (62,0%) del tipo 6. La sensibilidad de la semiología

ecográfica fue de 93,7 (IC85,8-97,9), la especificidad del 56,0 (IC44,1-67,5), el VPP=69,2 y elVPN=89,4. Las 5 axilas con ganglios de aspecto benigno (10,6%) fueron PAAF+, tenían CM <25mm cambiando la opción terapéutica ahorrándonos la BSGC.

Conclusiones: La visualización de ganglios sospechosos obliga a realizar PAAF dado el alto porcentaje de positividad. El grupo de ganglios de aspecto benigno, aunque con un porcentaje de positividad menor, no es menos importante ya que en nuestro estudio en todas se cambió la opción terapéutica. La PAAF permite el estadiaje quirúrgico rápido en las pacientes con metástasis axilar por CM, facilitando la toma de decisiones terapéuticas.

*Bedi DG, et al. AJR Am. J Roentgenol 2008; 191(3): 646-52.

CARCINOMA DE MAMA LOCALMENTE AVANZADO SOBRE MAMA ABERRANTE AXILAR

Doblado B; Torres N; Naranjo M; Salido S; Rodríguez A; Posada M; Martín E; Larrañaga E

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España

Introducción: Se denomina mama aberrante a la presencia de tejido mamario, sin areola ni pezón fuera de la línea láctea, que no presenta un sistema ductal bien diferenciado y no suele tener relación con la piel que la cubre. Suele ser asintomática aunque puede desarrollarse algún proceso patológico sobre ese tejido. La localización más frecuente es la axila.

Objetivo: Presentamos un caso de carcinoma ductal infiltrante desarrollado en una mama aberrante de localización axilar derecha.

Caso clínico: Paciente de 62 años que acudió por una lesión en axila derecha, asintomática. Durante años sus revisiones ginecológicas con mamografía anual con/sin ecografía mamaria-axilar fueron normales. Se le efectuó biopsia abierta con resultado de carcinoma ductal mamario. En la mamografía se identificó a nivel axilar derecho una densidad glandular espículada correspondiendo a la zona previamente biopsiada. En RMN de mamas se objetivó un nódulo de 37 x 29 mm en axila derecha con infiltración del tejido celular subcutáneo y piel, con bordes irregulares y adenopatía axilar derecha sospechosa de infiltración neoplásica. Se decidió tratamiento neoadyuvante con quimioterapia con el que se obtuvo respuesta patológica mayor del 50% y desaparición de la adenopatía axilar. Fue entonces, remitida para mastectomía de mama aberrante y linfadenectomía axilar derecha. A la exploración axilar derecha se objetivó una lesión de 6,5 x 7 cm de diámetro que afectaba a la dermis. Se le realizó mastectomía y linfadenectomía axilar derecha en bloque. La paciente evolucionó favorablemente siendo dada de alta al tercer día postoperatorio con drenaje axilar y cobertura antibiótica. El informe histológico fue de carcinoma ductal infiltrante de 1,5 x 0,9 x 0,9 cm de diámetro localizado a nivel dérmico y en tejido adiposo. Micrometástasis (menos de 0,2 cm) en 1 de 16 ganglios linfáticos aislados, sin extensión extracapsular. pT1N1micM0. Estadio IB.

Conclusiones: La incidencia de tejido ectópico mamario en la población general es del 1 al 2% y debido a que responde a estímulos hormonales es susceptible de alterarse. El tratamiento es similar a cuando se desarrolla en mama normotópica. No existe indicación sistemática de radioterapia ni de mastectomía radical de la mama homolateral. Por su frecuencia, el tejido mamario ectópico debe sospecharse en presencia de lesiones axilares y si se diagnostica, proceder a su exéresis completa.

ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE LA CORRELACIÓN DE MAMMAPRINT Y FACTORES PRONÓSTICOS EN CÁNCER DE MAMA

Martínez-Arribas F¹; Martín-Garabato E¹; de Lara A²; Tejerina A³

¹Centro de Patología de la Mama. Fundación Tejerina, Laboratorio de Biopatología; ²Instituto Portugués de Oncología, Oncología Médica; ³Centro de Patología de la Mama. Fundación Tejerina. Portugal

Introducción y Objetivos: La detección precoz es clave para el éxito en el tratamiento del cáncer de mama. Pero, entre los 5 y los 10 años, hasta un 30% de los pacientes diagnosticados en un estadio temprano desarrolla metástasis. Por tanto, la identificación de pacientes con alto riesgo de metástasis es esencial para que el tratamiento a aplicar sea el más efectivo. Mammprint es una prueba de perfiles de expresión génica, que evalúa el pronóstico de esta enfermedad e indica el riesgo de sufrir recidivas, en función de la expresión de una selección de 70 genes en el tumor. Este test permite identificar, en un estadio muy temprano, a los pacientes con un alto riesgo de metástasis tras la cirugía y antes del tratamiento. En el presente trabajo preliminar se han estudiado las posibles correlaciones entre resultados de Mammprint y diferentes factores pronósticos clásicos.

Materiales y métodos: Se han estudiado en 31 tumores de mama de pacientes operadas en el Centro de Patología de la mama de Madrid en el año 2008 los parámetros anatomopatológicos clásicos (tamaño tumoral, el tipo histológico, el grado nuclear, etc.), el ciclo celular y el test Mammprint.

Resultados y Discusión: De los 31 casos analizados, en 17 (55%) se obtuvo un resultado de Mammprint de "buen pronóstico" y en 14 (45%) de "mal pronóstico". Correlacionando estos resultados con el resto de parámetros, observamos que los resultados de "buen pronóstico" se correlacionan con la diploidía, la positividad para receptores hormonales (estrógenos y progesterona), la negatividad para la expresión de p53 mutado y un bajo índice de Ki67 (menor al 20%); todos ellos, factores de buen pronóstico en cáncer de mama. Estudios previos apuntan a que el resultado de Mammprint reduce significativamente el número de pacientes que tradicionalmente se clasificaría como de mal pronóstico y a su vez identifica a aquellos pacientes que podrían tener un riesgo incrementado con respecto a los factores pronósticos clásicos. Este resultado mejoraría la estrategia terapéutica.

Conclusión: Este estudio preliminar parece indicar que el Mammprint podría utilizarse como un nuevo indicador

de prognosis así como una nueva herramienta para orientar la terapia en tumores mamarios.

BREAST CANCER IN MEN: REPORT OF 17 CASES IN A UNIVERSITY HOSPITAL IN RECIFE, PERNAMBUCO - BRAZIL

Figueira-Filho A; Beltrão-Neto J; Araujo R; Saraiva A; Ferraz M; Lóbrega A; Alentar T; Magalhães K; Simões D
Mastology. University Hospital Oswaldo Cruz. Brazil

Background: Because of its higher incidence in females, breast cancer is, mostly, denied by the opposite sex. However, this pathology comes, increasingly, affecting males, with a rate of one man for every 100 women. The disease is silent and slowly progressive.

Material: Will be a retrospective descriptive study, in which will be studied cases of male breast cancer, occurring in the mastology services of Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) and Instituto de Mama do Recife (IMR), from August 1989 until January 2009. Factors that will be evaluated: age, chief complaint, staging, histological type, treatment, prognosis and survival. This evaluation will be done through a pre-coded card, developed for these institutions.

Results: Among the 496 men evaluated, had a higher incidence of breast diseases between 10-20 years old. Among the pathologies found, gynecomastia was most frequent (67.9%), while cancer accounted for 3.8% of cases. Evaluating just breast cancer, its predominated between 50-70 years old. Chief complaint were: nodule (76.4%), skin changes (11.7%), mastalgia (5.8%) and papilar discharge (5.8%). Imaging methods, associated with the biopsy, were used for diagnosis. Most cases were in stage II (69.2%), 30.8% in stage IIA and 38.5% in stage IIB. The most common histological type was infiltrating ductal carcinoma (88.2%). Axillary lymph node were affected in 73.3% of cases. Regarding treatment, all patients underwent radiotherapy and 88.2% underwent mastectomy. Regarding chemotherapy, 29.9% were treated with FAC, 11.7% with CMF and 5.8% with mixed scheme. Hormone therapy was prescribed in 41.1% of cases. Half of patients had a 5 years survival rate or more at diagnosis; three had been diagnosed less than 5 years; one died of another causes.

Conclusion: It's essential that the diagnosis is given early, so that cure rates increase significantly. Due to small number of studies on the subject, currently the treatment follows the same protocol used in female, although good results have been obtained.

COMPLETE REMISSION AFTER NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY IN LOCALLY ADVANCED CARCINOMA IN MAN IN A UNIVERSITY HOSPITAL IN RECIFE, PERNAMBUCO - BRAZIL

Figueira-Filho A; Beltrão-Neto J; Araujo R; Saraiva A; Ferraz M; Nobrega A; Alentar T; Oliveira M; Pereira M
Mastology. University Hospital Oswaldo Cruz. Brazil

Introduction: The male breast cancer is a rare disease. It

represents 1% of breast cancer cases and 0.17% to 1% of all malignant neoplasms in men. The proportion of cancer cases detected at stage III and IV ranges from 10% to 20% of the total, reaching up to 50% of new cases in some countries. Male breast tumors should be treated the same way as female tumors, but thanks to breast size reduced and less concern about aesthetics, the conservative surgery is usually not indicated. Carcinomas are represented by locally advanced tumors larger than 5 cm, associated with skin involvement, chest wall or axillary lymph nodes fixed and adhered to. Are considered of poor prognosis in neoadjuvant chemotherapy and is the standard initial treatment, whose goal is to reduce the tumor volume making them resectable. The chemotherapy regimen used should be based on Anthracyclines associated with regimens containing taxanes, cyclophosphamide and fluorouracil, administered at preferably the full cycles, considering the drugs of choice and the therapeutic response.

Methodology: Case report of a patient with locally advanced infiltrating ductal carcinoma, followed in the outpatient clinic of mastology HUOC submitted to neoadjuvant chemotherapy.

Case Report: A 77 years old male with a history of mass in his left breast two years ago. He had a daughter who died from breast cancer at 29. The physical examination showed a tumor measuring 6.0 x 6.0 cm, mobile, with ulceration of skin in the region of CAM. Left armpit lymph node with bulky, measuring 7.0 x 5.0 cm, fixed. T4bN2M0 clinical stage (IIIb). He underwent a biopsy with histopathologic diagnosis of invasive ductal carcinoma, grade II, infiltrating the skin; RE \ominus , RP \ominus , Her-2 \ominus . Started neoadjuvant chemotherapy with FAC (Fluorouracil, and Cyclophosphamide Adriblastina). The patient had complete remission of the breast and armpit tumors after the 5th cycle of chemotherapy. At the end of six cycles, the patient underwent a left modified radical mastectomy with pathologic stage T1N0M0 (I). Later we performed adjuvant radiotherapy, 28 sessions with telecobalt. Currently, the patient is in good condition and shows no secondary lesions.

Conclusion: It is then observed that in male breast tumors to neoadjuvant chemotherapy may also have a good response, as well as in women, improving overall survival and disease-free.

BREAST CANCER IN WOMEN WITH PATERNAL POSITIVE HISTORY FOR BREAST CANCER IN A UNIVERSITY HOSPITAL IN RECIFE, PERNAMBUCO - BRAZIL

Figueira-Filho A; Beltrão-Neto J; Araujo R; Saraiva A; Ferraz M; Lóbrega A; Alentar T; Souza C; Ribeiro L
Mastology. University Hospital Oswaldo Cruz. Brazil

Introduction: Breast cancer can be hereditary or acquired. It is believed that 90-95% of them are sporadic and arise from somatic mutations that occur throughout life. It is also known that 5% to 10% are hereditary, which gives this group of women susceptible to breast cancer. A positive

family history of breast cancer presents as a significant risk factor, as sisters or daughters of women who have had cancer have a threefold risk of developing this disease. The occurrence of male breast cancer is rare, but increases the risk for breast cancer in first-degree relative's women when that happens, particularly his daughters, and sisters and mothers.

Material and methods: Case report of patient with invasive ductal carcinoma, followed in the mastology ambulatory of the HUOC, having undergone to neoadjuvant chemotherapy.

Case Report: The objective of this study is to presents a case of a 29 years old, female, with a history of mass in the left breast for three months and paternal positive history for breast cancer at age 76 plus a female sibling with positive history for breast cancer at age 25. Physical examination showed a tumor measuring 4.0 x 3.0 cm, no skin lesions, SMQ in the region of the left breast. Armpits free. Clinical stage T2N0M0 (IIA). She underwent excisional biopsy which histopathologic diagnosis result was of invasive ductal carcinoma, grade II; RE \square , RP \square , Her-2 \square . Indicated lumpectomy with sentinel node biopsy, however the tumor grew rapidly, reaching 7.0 x 6.0 cm. Had been started neoadjuvant chemotherapy with four cycles of AC (Adriablastina and Cyclophosphamide) and 4 cycles of taxol. The patient developed a significant clinical remission, with reduction of over 70% of the breast tumor after the 3rd cycle of chemotherapy. Currently, the patient is in good condition and no secondary lesions.

Conclusions: It is then observed that the positive family history of breast cancer is an important risk factor, even when it occurs in men.

IMPROVEMENT AND CLINICAL REMISSION AFTER RADIOTHERAPY OF BRAIN TUMOR IN SECONDARY INJURY IN CNS IN ADVANCED BREAST CARCINOMA IN A UNIVERSITY HOSPITAL IN RECIFE, PERNAMBUCO - BRAZIL

Figueira-Filho A; Santos A; Araujo R; Saraiva A; Ferraz M; Nóbrega A; Alentar T; Sedícias G; Espósito K
Mastology. University Hospital Oswaldo Cruz. Brazil

Introduction: Breast tumors metastasize to the CNS at a frequency ranging 6-30% and 40% of cases metastases are solitary and are more common in women with metastatic lung tumors with high proliferative rate and hormone receptor-negative. The traditional treatment to women with brain metastases has been whole brain irradiation, regardless of the number of injuries. This treatment may prevent or slow the progression of deficits, restore neurological function and reduce dependence on steroids.

Methodology: Case report of a patient with locally advanced infiltrating ductal carcinoma and secondary brain injury, at the ambulatory of the mastology of HUOC, underwent brain radiotherapy.

Case report: L. M. S., 47 years, complaining of headache and vomiting for 2 months. She went to ambulatory of the mastology of HUOC with her skull's CT with a mass in the

left temporal region measuring 4.1 x 3.8 cm. He was treated with phenytoin (300 mg/day) + Paracetamol / Codeine (90 mg/dia) and Dexamethasone (8 mg/day). Physical Examination of the palpable breast tumor is 6 x 6 cm in the right breast, with involvement of skin and nipple inversion, armpits free (CE = T4b N0 M1 IV). Mammography showed up lipid breasts partially, predominance of dense fibro glandular tissue remaining in the right breast and at the ultrasound there is skin thickening in the right breast, just below which is evident in heterogeneous hypoechoic area of irregular borders, superficial, measuring 3.3 x 2.4 cm. She underwent core biopsy and the result was invasive ductal carcinoma grade II, ER +, PR +, Her-2 + and FISH + \square . She was referred for radiotherapy and underwent 28 sessions in the skull with telecobalt 4.000cG. In return, neoadjuvant chemotherapy was initiated with 4 x AC and 4 x Taxol. Has new CT scan of the skull, which showed brain parenchyma within normal limits and the presence of anomalous area of enhancement measuring 0.6 x 0.9 cm in the left frontal region. Patient progressed with no complaints and will be submitted modified radical mastectomy on her right breast.

Conclusion: It is evident, then, increasingly the importance of treatment of metastatic breast cancer to increase survival, symptom control, disease stabilization and improved quality of life.

IDENTIFICATION OF PPGALNAC-T13 ENZYME AS A POTENTIAL NEW MARKER IN BREAST CANCER

Mate M¹; Pegazzano M²; Carzoglio J³; Barrios E⁴; Osinaga E²; Berois N²

¹Centro de Diagnóstico Mamario Asociación Española I^a de Socorros Mutuos, Montevideo; ²Laboratorio de Glicobiología e Inmunología Tumoral, Institut Pasteur de Montevideo; ³Laboratorio de Anatomía Patológica (L.A.P.) de Montevideo; ⁴Depto. de Métodos Cuantitativos, Facultad de Medicina. Montevideo. Uruguay

Objectives: The UDP-N-acetyl-D-galactosamine-polypeptide N-acetylgalactosaminyltransferases (ppGalNAc-T) enzyme family regulates the initial step of mucin O-glycosylation and could be responsible for the altered glycosylation observed in cancer. The ppGalNAc-T13 isoform, characterized previously as a brain specific enzyme, has attracted attention as a new marker for neuroblastoma tumors (Berois et al., Clin. Chem. 2006, 52:1701-12). Considering that we found recently aberrant expression of mRNA of GALNT13 in breast cancer cell lines the aim of this work was to assess ppGalNAc-T13 expression in breast tumors.

Methods: we produced a monoclonal antibody (T13.6) in order to assess the expression profile of ppGalNAc-T13 protein. The enzyme was evaluated in breast cancer cell lines using both RT-PCR and Western blot assays. In formalin-fixed breast tissues ppGalNAc-T13 expression was analyzed by immunohistochemistry.

Results: In Western blot, MA b T13.6 recognized recombinant ppGalNAc-T13 and not ppGalNAc-T1 (the isoform which displays most homology with ppGalNAc-T13). Ex-

pression of ppGalNAc-T13 was found in MCF7 and T47D breast cancer cell lines but did not in the MDA breast cancer cell line. In formalin-fixed tissues ppGalNAc-T13 expression was observed in 85/101 (85%) breast cancers, in 15/16 (93.7%) adjacent ductal carcinoma in situ (DCIS), in 4/10 benign breast lesions, and in 0/5 normal breast samples. We observed a statistically significant association of ppGalNAc-T13 strong expression with T1 tumor stage. This fact, as well as the observation that ppGalNAc-T13 was strongly expressed in sclerosing adenosis and in most DCIS, suggests that ppGalNAc-T13 expression could be an early event during human breast carcinogenesis.

Conclusions: This report is the first evidence of aberrant expression of ppGalNAc-T13 in breast cancer and this enzyme could be a novel immunohistochemical marker for this tumor. In order to determine the potential clinical value of this marker, a follow-up study of a larger number of cases is in progress. Considering that an abnormal O-glycosylation greatly contributes to the phenotype and biology of breast cancer cells, characterization of ppGalNAc-T13 expression could provide new insights about breast cancer glycobiology.

PROFILE OF BREAST CARCINOMA PATIENTS TREATED BY THE MASTOLOGY SERVICE OF THE ABC REGION MEDICAL SCHOOL, SAO PAULO, BRAZIL

Pinho-Nahum A; Filho-Carelli I; Mazzei-Lencioni R; Martins-Garcia M; Martins-Bortolai P; Veiga-Gonzalez M; Nahum-Pinho D

Mastology Department. ABC Region Medical School, São Paulo, Brazil

Introduction: Cancer is a genetic disease related to the loss of control of cell proliferation, characterized by the growth of abnormal masses. Worldwide, breast cancer (BC) is the second most common type of cancer among women, whereas in Brazil it is the most prevalent type, as well as the one with the highest mortality rates. The number of new cases in 2010 is estimated at 49,240, with the highest incidence in the Southeast region.

Objective: To determine the profile of BC patients treated by the Mastology Service of the ABC Region Medical School from January 2005 to October 2009.

Patients and Methods: Research with an epidemiological, descriptive and documentary focus through a retrospective survey of the medical records of patients treated by this service.

Results and conclusions: Three hundred and eighty-eight women aged between 26 and 88, with an average age of 56.73, were analyzed, 80% of whom complained of tumors while 12% did not complain of tumors at the first consultation. Only 47% of these women had annual scans and 60% of the patients took from one to three months between the suspicion of disease and the first consultation. Lesion size ranged from non-palpable to 15 cm, with 46% of the total ranging between 2.1 cm and 5 cm, with an average size of 3

cm. The most prevalent stage was IIa, with 25%, followed by IIb, with 18%. The most common histological type was invasive ductal (75% of the cases), followed by in-situ ductal (12% of the cases). Most patients presented BIRADS IV (34.79%) and V (34.27%) mammogram tests. Patients treated with quadrantectomy and mastectomy represented 80% of the cases, 20% of whom underwent immediate reconstruction. Preventive measures, such as self-examination, periodic consultations and mammograms should be prescribed for this population. We believe it is necessary to improve the service flow between the first suspicion of disease and the first consultation so that appropriate treatment can be administered and we can achieve treatment levels close to those of Europe and the U.S.

SKIN SPARING MASTECTOMY AND IMMEDIATE SINGLE STAGE IMPLANT BASED RECONSTRUCTION USING ACCELULAR DERMAL MATRIX STRATTICE

Linforth R¹; Waterworth A¹; Tait C¹; Stoltz G²

¹*Bradford Teaching Hospitals Foundation Trust, Breast Surgery;*

²*Bradford Teaching Hospitals Foundation Trust, Anaesthesia, Yorkshire, United Kingdom*

Introduction: We report the first European experience of immediate single stage implant based reconstruction using AlloDerm® and Strattice™ in patients undergoing skin sparing mastectomies in the Bradford, UK. The Third report of the National Mastectomy and Breast Reconstruction audit revealed 16,485 women underwent mastectomy between Jan 2008 and 31st March 2009 in England. Of these women, 3,389 (21%) had a concurrent immediate reconstruction, with 1207 being tissue expander/implant based reconstruction.

Objective: A limitation of tissue expander/implant based reconstruction is the lack of muscle cover in the lower pole of the breast relative to the breast skin envelope. Traditionally a partially filled tissue expander is placed under the pectoral muscle and serratus anterior, which is then expander over several months before being exchanged for a permanent silicone implant at a second operation. The creation of acellular dermal matrix grafts from human cadaver (AlloDerm®) and more recently porcine harvest (Strattice™) has enabled single stage immediate breast reconstruction using a permanent silicone implant to be performed.

Method: Porcine hides are obtained from a closed, disease-free isolated herd. The prepared dermis is processed to clear cells and other immunogenic material from the extracellular matrix while preserving the native architecture and key biochemical components of the matrix supporting tissue regeneration. The resulting tissue is then packaged wet in a double foil package and terminally sterilized using electron beam irradiation. Between June 2008 and June 2010, 4 patients underwent unilateral mastectomy and 4 patients had bilateral mastectomies using AlloDerm® (12 mastectomies). In addition 16 patients underwent unilateral mastectomy and 4 patients had bilateral mastectomies using Strattice™ (28

mastectomies). Mean follow up was 11.7 months (range 1-24 months). Results see table I.

Table I

Procedure Performed	number of mastectomies	infection	skin necrosis	no complications
SSM* plus axillary porcedure primary breast disease	29	3	2	24
SSM alone	2	0	0	2
Bilateral ssm with nipple preservation	2 patients BRCA 1 4	0	0	4
ssm recurrent breast cancer with previous radiotherapy	3 patients (2 bilateral) 5	0	2	3
Total	40	3	4	33

*SSM – skin sparing mastectomy

Conclusion: Skin sparing mastectomy and immediate single stage implant based reconstruction using StratticeTM is a safe and highly effective method of immediate breast reconstruction with comparable complications to other reconstructive methods (Cordeiro et al, 2006). Patients benefit from reduced clinic visits, reduced duration and number of operations and lack of donor site morbidity associated with other reconstructive techniques.

¿CÓMO INFLUYE LA BIOPSIA PERCUTÁNEA AXILAR PREVIA CON AGUJA GRUESA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN EL RESULTADO DE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA?

Hidalgo-Ramos F¹; Contreras-Puertas P²; Albalá-González M²; Benítez-Velasco A²; García-Ortega M²; Alvarez-Benito M²; Bascuñana-Estudillo G²; Fuentes-Vaamonde H²

¹Subcomisión Clínica de Cáncer de Mama, Medicina Nuclear; ²Subcomisión Clínica de Cáncer de mama; Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España

Objetivos: Valorar si la biopsia axilar previa con aguja gruesa (BAG) interfiere en la linfogammagrafía y en la detección del ganglio centinela (GC). Determinar si las pacientes con BAG axilar negativa para malignidad tienen mayor probabilidad de afectación del GC. Conocer qué tamaño tienen las metástasis en el GC de las pacientes sometidas a BAG axilar previa.

Material y método: Estudio retrospectivo de revisión en un periodo de 24 meses consecutivos de 270 pacientes sometidas a biopsia selectiva del GC (BSGC) por carcinoma infiltrante de mama. Dos grupos de comparación: (Tabla I) Grupo BAG: pacientes sometidas a ecografía + BAG axilar negativa entre 15-30 días antes de la BSGC. Este grupo BAG a su vez tiene 2 subgrupos: • Subgrupo Ganglio Sospechoso: la ecografía mostraba algún ganglio con criterios de sospecha de afectación. • Subgrupo Ganglio Dominante: en ecografía hay un ganglio axilar dominante pero sin criterios característicos de afectación. Grupo no-BAG: pacientes con ecografía axilar normal y sin BAG axilar.

Tabla I

	Nº pacientes	Edad (años)	Tamaño tumor (cm)
Ganglio Sospechoso	41	54	2,1
Ganglio Dominante	64	51	1,85
GRUPO BAG	105	52	1,94
GRUPO NO-BAG	165	53	1,92

Resultados: La tabla II no muestra diferencias entre los 2 grupos de estudio en cuanto al porcentaje de pacientes en que se identifica el GC en la linfogammagrafía, al porcentaje de pacientes en que se localiza algún GC intraoperatoriamente, al número de GCs biopsiados y a la actividad ex vivo del GC medida con la sonda intraoperatoria. La tabla III muestra la ausencia de diferencias en el porcentaje de pacientes que presentan afectación del GC en ambos grupos, y entre los 2 subgrupos del grupo BAG. Sí encontramos una tendencia a que entre las pacientes con GC positivo, la afectación sea macrometastásica con mayor frecuencia en el grupo BAG que en el grupo no-BAG y también a que las metástasis sean de mayor tamaño en el subgrupo Ganglio Sospechoso.

Tabla II

	Pacientes con drenaje <5 horas	Detección Intraoperatoria GC	Nº de GCs	Actividad GC (cps)
GRUPO BAG	94,2%	100%	2,2	463
GRUPO NO-BAG	95,7%	100%	2,2	397

Tabla III

	Pacientes GC (-)	Pac. GC (+) Macrometástasis	Pac. GC (+) micrometástasis	Tamaño medio y rango macrometástasis (mm)
Ganglio Sospechoso	13 (31,7%)	9 (69,2%)	4 (30,8%)	8,4 (3-15)
Ganglio Dominante	20 (31,2%)	14 (70%)	6 (30%)	5,3 (2,2-7)
GRUPO BAG	33 (31,4%)	23 (69,6%)	10 (30,4%)	6,4 (2,2-15)
GRUPO NO-BAG	50 (30,3%)	28 (56%)	22 (44%)	5,3 (2,1-18)

Conclusiones: La BAG axilar previa no interfiere en el procedimiento linfogammagráfico ni en la detección intraoperatoria del GC. Las pacientes sometidas a BAG con resultado negativo no tienen mayor probabilidad de afectación

del GC respecto a las no sometidas a dicho procedimiento, aunque sí existe una tendencia a que la afectación sea más frecuentemente macrometastásica.

INTERACCIÓN ENTRE TEJIDO ADIPOSITO MAMARIO HUMANO NORMAL O TUMORAL Y CÉLULAS EPITELIALES MAMARIAS NORMALES O TUMORALES: REGULACIÓN DEL CRECIMIENTO Y DE LA PROGRESIÓN TUMORAL

González E¹; Pistone-Creydt V²; Fletcher S²; Sacca P²; Tesone A²; Bruzzone A³; Lüthy I³; Calvo J²

¹Instituto de Oncología "Ángel H. Roffo", UBA; ²Laboratorio de Química de Proteoglicanos y Matriz Extracelular, Instituto de Biología y Medicina Exp; ³Laboratorio de Hormonas y Cáncer, Instituto de Biología y Medicina Experimental, CONICET. Argentina

Introducción: El estroma juega un rol preponderante en el desarrollo y diferenciación del tejido mamario. El tejido adiposo es el tipo estromal predominante en mama.

Objetivo: Fue evaluar medios condicionados (MC) de explantos de tejido adiposo humano normal (EANh) y tumoral (EATH) sobre la proliferación, adhesión, migración y actividad de metaloproteasas (MMPs) en líneas celulares epiteliales mamarias humanas normales (MCF-10A) y tumorales (MCF-7 y T47D).

Material y métodos: Obtuvimos EANh y EATH de pacientes intervenidos quirúrgicamente y recolectamos los MCs de los EANh (n = 3) y EATH (n=5, tumores lobulillar y ductal) luego de 24hs de incubación. Crecimos MCF-10A, MCF-7 y T47D, las incubamos con los MCs y cuantificamos la proliferación por MTS; la migración por cicatrización de la herida y la actividad de MMPs por zimografía. Evaluamos la adhesión de MCF-7 y T47D sobre placas expuestas previamente a los diferentes MCs.

Resultados: La proliferación de MCF-10A, MCF-7 y T47D aumentó significativamente con respecto al control (p < 0,05) luego de incubar 24 hs con los MCs de EATH. El MC de EATH del tumor lobulillar fue el único que aumentó la migración de MCF-7 y T47D ya que cerró significativamente la herida luego de 6hs de incubación (p < 0,05). Los MCs de EATH presentaron actividad de MMP-2 y MMP-9, siendo esta actividad significativamente mayor en el MC de EATH del tumor lobulillar (p < 0,05). Así mismo, la incubación de las células epiteliales con los diferentes MCs de EATH estimuló la actividad de ambas MMPs en MCF-10A, MCF-7 y T47D. Por último, la adhesión de MCF-7 y T47D fue significativamente mayor con los MCs de EANh respecto a los MCs de EATH (p < 0,05).

Conclusión: Observamos que los MCs provenientes de los explantos tumorales fueron capaces de aumentar la proliferación y estimular la actividad de MMP-2 y MMP-9 de las células epiteliales normales y tumorales. El MC de EATH proveniente del tumor lobulillar parece tener un mayor efecto sobre la capacidad metastásica de las células epiteliales tanto por el aumento de la migración como por la mayor actividad de MMPs. Los MCs de EATH parecen tener una expresión significativamente menor de proteínas de adhesión que los MCs de EANh.

BENEFITS OF HYPOFRACTIONATED RADIOTHERAPY AFTER CONSERVATIVE SURGERY IN PATIENTS WITH EARLY STAGE OF BREAST CANCER

Bayo-Lozano E; Muñoz-Carmona D; Domínguez-Rodríguez M; Márquez- García M; Delgado-Gil M; Ortega-Rodríguez M; Sánchez-Segovia J

Radiation Oncology. Hospital Juan Ramón Jiménez. Sevilla. España

Introducción: Actualmente la irradiación de toda la mama tras cirugía conservadora sigue siendo un procedimiento estándar en el cáncer de mama. El esquema considerado clásico hasta la fecha ha sido el utilizado por el NSABP y otros grupos cooperativos en sus ensayos, sin embargo otros esquemas de dosis y fraccionamiento han demostrado al menos la misma eficacia. La relación entre la dosis total administrada, dosis por fracción y control tumoral en el cáncer de mama ha sido ampliamente estudiada siguiendo el modelo lineal cuadrático. A diferencia de lo observado en carcinomas epidermoides, en los que el valor del coeficiente α/β es aproximadamente 10 Gy, en tumores de mama se ha calculado entre 4 y 5 Gy, valor muy similar al observado para la respuesta tardía de los tejidos sanos. Este hecho, junto con la hipótesis del potencial beneficio del hipofraccionamiento en tumores con α/β bajo, ha favorecido el desarrollo de esquemas acelerados en el tratamiento en cáncer de mama.

Objetivos: Determinar la tasa de Recidiva Local y la toxicidad aguda y tardía en pacientes con estadio precoz de cáncer de mama tratadas con cirugía conservadora seguida de radioterapia hipofraccionada.

Material y método: Desde enero de 2004 a diciembre de 2007, todas las pacientes (n=122) que reunían las siguientes características, fueron seleccionadas para recibir radioterapia hipofraccionada a toda la mama (42,5 Gy con fraccionamiento de 2,66 Gy por sesión, 16 sesiones a lo largo de 22 días): Edad \geq 50 años, margen de resección libre de tumor \geq 10 mm y espesor máximo de la mama menor de 23 cm, medido a nivel de la base de la mama. Se incluyeron un total de 122 pacientes con las siguientes características. Edad media: 65,05 \pm 9,2, postmenopáusicas: 89,3%, carcinoma ductal infiltrante: 70,5%, grado 2: 40,08%, T1: 71,2%, N0 89,3%, margen \geq 10 mm: 93,4%, RE positivos 77,9%.

Resultados: Con una mediana de seguimiento de 36,89 meses, el 95% de las pacientes están vivas y libres de enfermedad. La tasa de recidiva local a los 5 años ha sido de 1,7%. 5,8% de las pacientes han presentado un segundo tumor primario en la mama contralateral y 0,8 % en la mama ipsilateral. El porcentaje de metástasis a distancia ha sido de 4,9%. La mayoría de las pacientes (67,2%) han presentado dermatitis grado 1, solo 1 paciente ha desarrollado neumonitis sintomática. No hemos detectado ningún caso de fractura costal.

Conclusiones: 1. El análisis realizado confirma, que en nuestro medio, el tratamiento con radioterapia hipofraccionada, tras cirugía conservadora, en pacientes con cáncer de mama de bajo riesgo, proporciona los mismos beneficios en control local que el tratamiento clásico, así como una baja toxicidad tanto aguda como tardía. 2. Con esta técnica la du-

ración total de la radioterapia se reduce de 5 a 3 semanas lo que supone una mejoría de la calidad de vida de las pacientes y una importante reducción del coste total del tratamiento.

IMPACTO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO EN UNA POBLACIÓN DE HUELVA

Prada-Peña M¹; Bayo-Lozano E²; Bayo-Calero J³; Parralo-Ortiz M³; Gómez-Gómez A³

¹Documentación Clínica; ²Oncología Radioterápica; ³Oncología Médica. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España

The evaluation and improvement of the Quality of Life (QoL) is a very important area and recently in the care offered to people with breast cancer (BC), given the high survival of current treatments This is a major step in measuring the different outcomes of treatments tailored to the needs of patients and know their adaptation to work and social life. To date, no studies have been carried out in Andalusia which show the CV of patients with CM. To realize a quasi-experimental pretest-post test type where the experimental group can be compared with itself before and after a year of treatment. In this way seen as influencing the QOL of patients with CM. We will use standardized instruments such as questionnaires QLQ QLQ-C30 and B23 two Quality of Life questionnaires, validated by the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) questionnaires were passed in two stages of treatment: First will be at the time of initiation of therapy and the second will take place one year after taking the study treatment as primary objective to assess the influence of different treatments of chemotherapy, radiation, hormone therapy in CV these patients and identify secondary targets age groups, social and labor factors, and aesthetics as the breast reconstruction patients affected by the CM in our population and to determine differences in the CVs of the different groups.

ANALYSIS OF THE RESULTS OF VACCUM-ASSISTED GUIDED BIOPSY BY MRI IN THE DIAGNOSIS OF BREAST LESIONS

Gregorio-Calas M

CDPI Centro de diagnóstico por imagens, Breast Imaging. Rio de Janeiro, Brazil

Introduction: Percutaneous image-guided breast biopsy is widely practiced to evaluate predominantly non-palpable breast lesions. There has been steady development in percutaneous biopsy techniques. *Purpose:* To compare the results of vacuum-assisted guided biopsy by Magnetic Resonance Imaging (MRI) of breast lesions only seen by this method with the results of excisional biopsy and/or follow-up.

Material and methods: A retrospective study was carried out in 40 vacuum-assisted guided biopsies by MRI from January 2008 to June 2010. The equipment used was 1.5 Tesla, using a dedicated 8-channel breast coil, with lateral or medial compression grid and a 9-gauge needle, followed by clip placement. The biopsies were performed by 3 radiologists specialized in breast imaging and invasive procedures. The type of lesion, the BI-RADS classification, the procedure duration and the comparison with the surgical diagnosis were analyzed. The present study was approved by the institutional ethics committee and all patients signed an informed consent form.

Results: Out of 40 procedures, four lesions were no more visualized at the moment of the procedures, which were contraindicated. Out of 36 lesions that underwent vacuum-assisted guided biopsy, 13 of them presented as masses and 23 as non-mass-like enhancements, 13 of which focal, 4 segmental, 3 linear, and 3 ductal. Out of 13 masses, 2 classified as BI-RADS 5 showed agreement by percutaneous and surgical procedures (malignant diseases). Of 11 masses classified as BI-RADS 4, 3 were malignant by both types of biopsy, 2 high-risk lesions (lobular carcinoma in situ, surgically confirmed, and 1 papilloma with atypia stable in follow-up), and the 6 remaining with benign results in the percutaneous biopsy are in follow-up. Out of the 22 non-mass-like enhancement classified as BI-RADS 4, 9 lesions were malignant and only one lesion of them was underestimated by the percutaneous biopsy. The 13 remaining non-mass-like enhancement classified as BI-RADS 4 presented benign diagnosis in the vacuum-assisted guided biopsy. Five of these 13 cases confirmed the same histopathological results of the surgical procedure and 8 did not change in the follow-up (3-24 months). The average procedure duration was of the 33 minutes, without complications. All the patients that underwent the two types of biopsy presented concordant results.

Conclusion: Considering the presented data, the vacuum-assisted guided biopsy by MRI of breast lesions has shown an excellent agreement with the surgical biopsy, properly selecting patients for follow-up or for surgical procedure.

BREAST NEEDLE LOCALIZATION GUIDED BY MRI: BI-RADS X HISTOPATHOLOGICAL RESULTS

Gregorio-Calas M

CDPI Centro de diagnóstico por imagens, Breast Imaging. Rio de Janeiro, Brazil

Introduction: Magnetic resonance imaging of the breast has excellent sensibility, and is able to detect breast cancers that cannot be detected by others methods.

Purpose: To correlate the BI-RADS classification with the histopathological results of breast lesions of patients who underwent needle localization guided by Magnetic Resonance Imaging (MRI)

Materials and methods: From January 2007 to June 2010 a retrospective study was performed in 53 patients with 62

lesions only seen by MRI, which underwent breast needle localization guided by MRI. Four lesions were no more visualized at the moment of the procedures, which were contraindicated. The exams were performed by 3 radiologist specialized in breast imaging in a 1.5 Tesla machine, using dedicated 8-channel breast coil, 20-gauge titanium needle and titanium wire in 54 lesions and radiotracer (MAA-99mTc) in 4 lesions. The BI-RADS classifications of the lesions came from different clinics and were compared with the surgical results. The present study was approved by the institutional ethics committee and all patients signed an informed consent form.

Results: Of 62 lesions, 37 were masses (1 of category 2, 4 of category 3, 28 of category 4, 3 of category 5 and 1 of category 6) and 25 non-mass-like enhancements (3 of category 3, 21 of category 4 and 1 of category 5). One lesion classified as BI-RADS 3 and 3 lesions classified as BI-RADS 4 were contraindicated. All the images classified in the categories 2 or 3 were benign. Out of the images of category 4 (46 cases), 36 were benign, 6 were malignant and 4 were lesions of high risk (2 cases of radial scar, 1 case of papilloma with atypia and another case of lobular carcinoma in situ). Out of the images of category 5 (4 cases), 2 lesions were benign and 2 were malignant. The average time for the procedure was 25 minutes, without complications.

Conclusion: All the procedures were considered technically satisfactory. Most lesions of category 4 resulted in benign diagnosis. We conclude that a new assessment of this category is necessary to reduce observer variation and improve the accuracy of the BI-RADS system for MRI.

PAPILLARY LESIONS: DIAGNOSTIC ACCURACY IN PERCUTANEOUS BREAST BIOPSY

Gregorio-Calas M

CDPI Centro de Diagnóstico por Imagens. Breast imaging. Rio de Janeiro, Brazil

Introduction: The assessment of papillary lesions continues to be one of the most challenging areas in breast pathology and radiology. **PURPOSE:** To evaluate retrospectively the accuracy of percutaneous breast biopsy in the diagnosis of papillary lesions.

Materials and methods: A retrospective study of 35 results of papillary lesions, obtained by percutaneous breast biopsy, guided by digital dedicated prone stereotaxic unit or by ultrasonography, performed by 4 radiologists with breast imaging experience ranging from 5 to 15 years. The histopathological results were analyzed by one pathologist specialized in breast diseases. The images were previously classified in accordance with the BI-RADS system and were reclassified by our group (by using the same system) at the moment of the biopsy. The accuracy of the percutaneous biopsy as well as the relevant factors of the method used (vacuum-assisted biopsy, core biopsy, fine needle aspiration-FNA) were assessed.

Results: Twenty-two masses, 8 cysts (4 complex, 3 complicated, 1 simple), 3 cases of microcalcifications and 2 dilated

ducts underwent biopsy. The images were classified in 26 cases as category 4; in 7 as category 3; in 2 as category 2. The procedures were 7 FNA (2 lesions of category 2, 3 of category 3, 2 of category 4); 22 core biopsies (4 of category 3, 18 of category 4); and 6 vacuum biopsies (all the 6 lesions were classified as category 4). Considering all the percutaneous biopsies done, 27 lesions were benign (23 papillomas without atypia and 4 papillomas with atypia) and 8 were malignant (2 papillary carcinomas in situ, and 6 invasive papillary carcinomas). Of the 35 papillary lesions, 21 were surgically removed, 7 are being followed up without any change over the period of 2 years, and the other 7 remaining cases were lost to follow-up. Out of the 21 cases that underwent removal surgery, there was agreement in 20 cases (13 cases were benign and 7 were malignant). Only one lesion was underestimated by core biopsy. There was no significant difference between the biopsy methods used. The accuracy was 77%.

Conclusion: The agreement between the three different types of percutaneous biopsies and the surgical results as well as the follow-up lesions was satisfactory, what proves the diagnostic viability of those lesions by percutaneous biopsy.

THE VALUE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING FINDINGS IN CATEGORIES 4 AND 5 OF THE BI-RADS SYSTEM

Gregorio-Calas M

PRO ECHO, Breast Imaging. Rio de Janeiro, Brazil

Introduction: Recognition and understanding the morphologic and kinetic characteristics of benign and malignant lesions at MRI might improve the detection of early-stage breast cancer.

Purpose: To evaluate the positive predictive value of categories 4 and 5 of the BI-RADS Magnetic Resonance Imaging (MRI) findings in breast lesions.

Materials and methods: A retrospective study of 96 cases of BI-RADS 4 (57 cases) and 5 (39 cases) of magnetic resonance imaging of breast in female patients, aged between 28 and 93 years, from June 2007 to June 2009. The equipment used was 1.5 T, with a dedicated breast coil. The sequences used were STIR, T1 and T2 in the axial plane, T2 FAT SAT in the sagittal plane and dynamic study 1 to 5 minutes after administration of gadolinium (Gd-DTPA 0.1 mmol/kg at 0.2 mmol/kg) using the T1 sequence with fat suppression in the axial plane, with subtraction of images and subsequent reconstruction with slice thickness of 2 mm. We used the BI-RADS, double reading in all examinations. These were compared with subsequent histological examination.

Results: The average size of lesions ranged between 5 and 93 mm. Fifty three cases presented as masses (33 cases in category 4 and 20 category 5), 9 cases of isolated focus (8 cases category 4 and 1 category 5), 17 cases as non-mass-like enhancements (12 cases category 4 and 5 category 5), 10 as lymphadenopathy (5 cases for each category) and 07 as other findings (all category 5). Regarding the evaluation of kinetic curve types, 31 cases

presented curve type III (15 category 4/16 category 5), curve type II 22 cases (16/6) and 9 cases curve type I (8/1). In 33 cases the kinetic curve does not apply. Of the total of 58 lesions classified as category 4, 26 had histopathological confirmation of malignancy (3 cases of carcinoma in situ, 20 invasive ductal carcinoma, 1 invasive papillary carcinoma, 1 infiltrating lobular carcinoma and 1 lymphoma) with a positive predictive value (PPV) of 45%. Of 38 lesions category 5, 37 were positive (24 invasive ductal carcinoma, 13 cases not specified), only one case was negative (complex fibroadenoma) with PPV of 97%.

Conclusion: Despite the small sample of this study, the images category 4 and 5 in breast MRI showed a positive predictive value consistent with the findings of the literature.

FIBROADENOMA EN VULVA

Artura-Serrano A¹; Delgado-Jiménez C²; García-Vidal E³; Estévez González A; Sánchez-Sevilla M; Robles-Frías A⁴; Garrido-Teruel R³

¹Obstetricia y Ginecología; ²Cirugía General; ³Obstetricia y Ginecología; ⁴Anatomía Patológica. Hospital Valme, Sevilla. España

Objetivos: El fibroadenoma en vulva es una lesión infrecuente de la que disponemos escasa bibliografía. Habitualmente no forma parte del diagnóstico diferencial en las masas vulvares. La primera descripción del mismo en literatura médica de habla inglesa la realiza Fisher en 1947. Se han postulado dos teorías etiopatogénicas: tejido mamario ectópico ("milk lines", siguiendo recorrido embrionario desde axila a región inguinal) y glándulas mamarias-like de localización vulvar (de carácter autónomo en región anogenital). La mayoría de los casos se presentan como tumoraciones solitarias que afectan a labio mayor. Habitualmente son lesiones no dolorosas. No existen casos documentados de recurrencia tras su escisión salvo un caso de phyllodes bilateral vulvar.

Material y métodos: Se presenta el caso de un fibroadenoma en vulva. Revisión bibliográfica en Medline. Mujer caucásica de 38 años de edad, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Consulta tras presentar tumoración vulvar de rápido crecimiento que le genera disconfort y dispareunia. Diagnosticada de bartholinitis se procede a exéresis quirúrgica. Presenta tumoración sólida de aspecto benigno cuyo estudio anatomopatológico concluye fibroadenoma mamario. La paciente permanece sin signos de recidiva tras dieciocho meses de seguimiento.

Conclusiones: La posibilidad de tumoraciones propias de la mama deberían tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de las masas vulvares y perianales. Existen dos teorías acerca del origen del fibroadenoma en vulva ("milk lines" y "mammary-like glands"). Las características histopatológicas del fibroadenoma en vulva son las mismas a las de la mama. La escisión quirúrgica simple es suficiente para el tratamiento definitivo.

TUMOR PHILLODES MALIGNO

Artura-Serrano A¹; Delgado-Jimenez C²; Sánchez-Sevilla M¹; Iglesias -Bravo E¹; Gasca-Collado I¹; Garrido-Teruel R¹
¹Obstetricia y Ginecología; ²Cirugía General; Hospital Valme, Sevilla. España

Objetivos: El tumor phyllodes de mama es una entidad poco frecuente que representa el 0,3-0,9% de todos los tumores mamarios. Está constituido por elementos epiteliales y un componente estromal que predomina, fusocelular denso. Fue descrito por primera vez en 1838 por Müller. El comportamiento de esta entidad engloba un amplio espectro biológico que va desde procesos benignos hasta neoplasias con alto componente de agresividad. La cirugía es el pilar fundamental del tratamiento; la radioterapia adyuvante tiene especial sentido para reducir recidivas en tumores con márgenes de escisión inferiores a 1 cm. La quimioterapia adyuvante queda reservada a casos de alto riesgo de malignidad o recurrencia de tumores malignos. Recidivan el 30%-40% de los casos. Aún hoy día se siguen describiendo casos de tumores phyllodes altamente evolucionados.

Material y métodos: Se presenta un caso de tumor phyllodes maligno evolucionado con metástasis pulmonares y recidiva posterior. Revisión bibliográfica en Medline. Mujer de 60 años con anemia severa y tumoración gigante, ulcerada y sangrante en mama derecha. Interrogada por la enfermedad, la paciente presenta negación de la misma; ambiente familiar desestructurado, sin recursos socioeconómicos y cuidadora de dos hijos con minusvalía psíquica severa. Presenta tumoración gigante que ocupa la totalidad de la mama derecha, sin sobrepasar el surco submamario. Úlceras con fondo sucio y sangrado al roce a nivel cuadrantes superiores, externos e inferiores. No adenomegalias. Adenopatías pulmonares compatibles con metástasis evidenciadas en el estudio de extensión. Se procede a mastectomía total simple con márgenes libres de neoplasia. Cuatro meses tras cirugía acude con tumoración excrescente en cicatriz de mastectomía. Se procede a quimioterapia paliativa: cinco ciclos adriamicina como primera línea y tres de ifosfamida como segunda línea. Progresión de la enfermedad.

Conclusiones: Los tumores phyllodes tienen una extraordinaria tendencia a la recidiva. Es necesario un estrecho seguimiento de las pacientes afectadas para detectar precozmente la aparición de recidiva. La actitud proactiva a favor de la exploración mamaria podría detectar algunos casos. La administración de quimioterapia puede ser necesaria en los casos de malignidad.

MASTITIS POR *E. COLI*. AGRESIVIDAD DE UNA PATOLOGÍA BENIGNA

Artura-Serrano A¹; Delgado-Jimenez C²; Marrugal-Sánchez V¹; Sánchez -Sevilla M¹; Robles-Frías A³; Garrido Teruel R¹
¹Obstetricia y Ginecología; ²Cirugía General; ³Anatomía Patológica Hospital Valme, Sevilla. España

Objetivos: Las infecciones necrotizantes de tejidos blandos engloban un conjunto de entidades con diferentes manifestaciones clínicas y con una marcada agresividad. Pueden conllevar incluso la muerte cuando existen factores de riesgo asociados. Su origen radica en una infección sinérgica entre gérmenes aerobios y anaerobios. Los casos descritos en literatura médica con afección en mama no conllevaron la muerte de la paciente pero todos ellos precisaron cirugía radical. Es importante detectar signos tempranos de infección tales como el edema, cambios en el color de la piel y producción de fenómenos tromboembólicos con necrosis coagulativa. Es prioritario el drenaje quirúrgico precoz y la instauración de tratamiento médico intensivo.

Material y métodos: Estudio de un caso de mastitis necrotizante por *Escherichia coli*. Revisión bibliográfica en Medline. Mujer caucásica de 52 años con DMNID en tratamiento con antidiabéticos orales. Acude a urgencias por proceso inflamatorio agudo en mama derecha que no mejora con tratamiento antibiótico habitual. En 48 horas, evolución súbita a un cuadro de mastitis necrotizante que afecta a cuadrantes inferiores de la mama y afectación del estado general. Se aísla en cultivos *Escherichia coli*. Se procede a drenaje quirúrgico de urgencias y tratamiento antibiótico parenteral; se plantea la posibilidad de mastectomía total simple ante la agresividad del cuadro. La buena respuesta al tratamiento y las curas intensivas favorecen la actitud expectante. Tras resolver cuadro infeccioso se procede a cierre primario con buenos resultados estéticos y preservación de mama. Tres meses después, la paciente permanece libre de recidiva.

Conclusiones: Las mastitis son procesos benignos pero una evolución complicada puede tener repercusiones catastróficas. Ante la existencia de colección evidente (absceso) es preceptivo realizar su drenaje. En caso de fascitis necrotizante la mastectomía total simple es el recurso terapéutico definitivo aunque un oportuno y precoz drenaje quirúrgico podría conseguir evitarla. La cobertura antibiótica empírica debe ser de amplio espectro y asociar un anaerobicida. En pacientes inmunodeprimidos la vigilancia del proceso debe ser más estrecha.

LINFOMA EXTRAGANGLIONAR DE LOCALIZACIÓN MAMARIA

Artura-Serrano A¹; Delgado-Jimenez C²; Salazar-Olivares I¹; Robles-Frías A³; Martínez E⁴; Sánchez-Sevilla M¹; Garrido-Teruel R¹

¹Obstetricia y Ginecología; ²Cirugía General; ³Anatomía Patológica; ⁴Hematología Hospital Valme, Sevilla. España

Objetivos: El linfoma tipo MALT suele localizarse en mucosa gástrica y es vinculado a *Helicobacter Pylori*. La localización primaria en mama es infrecuente, un 2,2%. Constituye el 0,04-0,53% de todas las neoplasias malignas de mama y tiene predominio en sexo femenino (> 90%) en la sexta década vital. Las manifestaciones clínicas no son características de linfoma, sino similares a cualquier tumor

mamario. El 75% son unilaterales, bien circunscritos y con un tamaño medio de unos 3 cm. Las pruebas de imagen no son concluyentes. Los criterios diagnósticos de linfoma primario de mama se basan en afección de la mama, tejido mamario adyacente al tumoral sin enfermedad ganglionar concurrente y ausencia de antecedentes linfoides. No existe tratamiento estándar para linfoma tipo MALT no gástrico ni estudios aleatorizados que ayuden a decidir la terapia más adecuada. En los casos con enfermedad localizada la aplicación de tratamiento local, RT o cirugía, permite un excelente control de la enfermedad. La eficacia probada del rituzumab en estudios fase II ha promovido su paso a primera línea de tratamiento.

Material y métodos: Estudio de un caso de linfoma extraganglionar de localización en mama. Revisión bibliográfica en Medline. Mujer de 64 años con nódulo mamario casual en mamografía de screening. La palpación revela nódulo de unos 2 cm con retracción de piel en mismo cuadrante. BAG: fragmentos de mama con infiltración linfoide, sugestiva de linfoma. Biología molecular: estudio de reordenamiento clonal para gen IgH. "Linfoma B de zona marginal de tipo MALT. Estadio I". Estudio extensión negativo. Se procede a tumorectomía y tratamiento con anticuerpo monoclonal anti-CD20 (Rituximab). Tras 18 meses la paciente se encuentra libre de enfermedad sin evidencia de recidiva en sucesivas visitas.

Conclusiones: El linfoma tipo MALT suele ser de localización gástrica y se vincula a infección por *Helicobacter pylori*. La presentación en mama es similar a cualquier otra tumoración mamaria. Las pruebas de imagen no catalogan el proceso como linfoide. No existe una pauta de tratamiento estándar para los pacientes con linfoma MALT no gástrico. La evidencia actual apoya la cirugía local asociada a tratamiento médico con rituzumab.

SINGLE STAGE IMMEDIATE IMPLANT BASED BREAST RECONSTRUCTION USING STRATTICE IS A VIABLE ALTERNATIVE TO AUTOLOGUS RECONSTRUCTION

Linforth R¹; Waterworth A²; Singh M³

¹Bradford Teaching Hospitals Foundation Trust, Breast Surgery;

²Bradford Teaching Hospitals Foundation Trust, Breast Surgery;

³Bradford Teaching Hospitals NHS Trust, Breast Surgery. Yorkshire, United Kingdom

Introduction: The Third report of the National Mastectomy and Breast Reconstruction audit revealed 16,485 women underwent mastectomy between Jan 2008 and 31st March 2009 in England. In keeping with National and International recommendations women requiring mastectomy should be offered immediate reconstruction. The creation of Strattice™ an acellular dermal matrix from porcine harvest, has enabled single stage immediate breast reconstruction using a permanent silicone implant to be performed.

Aim: This study looks at the costs Of Strattice Reconstruction compared to other approved methods.

Method: Within the English National Health Service (NHS), a Healthcare Resource Group (HRG) is a grouping. The HRG system is used by Payment by Results, an activity based costing and payment system rolled out throughout the NHS from 2004 consisting of patient events that have been judged to consume a similar level of resource.

Results: Table I outlines the length of theatre time, hospital visits and the re-embursement costs of each reconstruction technique. Implant based Strattice reconstruction costs no more than a two stage tissue expander reconstruction and has the advantage of fewer out patient visits, no second operation and improved patient outcomes regarding the immediate post mastectomy cosmesis. Whilst autologous flaps are given the same tariff, they take much longer to perform and have donor site morbidity to influence patient choice.

Conclusion: Single stage immediate breast reconstruction using an implant and Strattice with a HRG 4 JA04 tariff is at least as cost neutral as a two stage implant based reconstruction and autologous reconstructions. In addition, the theatre time requirements are significantly less, allowing better use of resources and medical staff time, ultimately offering a saving cost to the hospital providers. Finally the reduced patient morbidity and faster recovery due to lack of donor site makes Strattice™ reconstruction an attractive option to patients compared to autologous reconstruction.

BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA EN PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA Y TRATADAS CON QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE

Menjón-Beltrán S¹; Hurtado-Sánchez F¹; García-García J¹; Gallego-Peinado M²; Rebollo-Aguirre A²; del Castillo-Ortiz N¹; Hurtado-Moya M¹

¹Ginecología Oncológica; ²Medicina Nuclear. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España

Objetivos: Evaluar la validez de la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) en pacientes con cáncer de mama tratadas previamente con quimioterapia (QT) neoadyuvante.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los 62 casos de pacientes tratadas con QT neoadyuvante y posterior BSGC y linfadenectomía axilar entre Enero de 2008 y Abril de 2010. Las pacientes que entraron en el estudio debían estar en estadio T1-3, N-1, MO; Estadio IIA (N : 37) y Estadio IIB (N : 25). El estado ganglionar axilar se estudió con ecografía y se practicó biopsia ecoguiada en aquellas sospechosas de infiltración. Previamente a la cirugía, las pacientes recibieron QT en régimen de epirubicina-ciclofosfamida x 4 ciclos cada 21 días, seguido de 4 ciclos de paclitaxel cada 21 días, en aquellas her2-neu (+) se inició tratamiento con trastuzumab. El día

Table I

Reconstruction technique	Mastectomy and tissue expander/implant reconstruction	Mastectomy and latissimus dorsi flap reconstruction	Mastectomy and tram flap reconstruction	Mastectomy and Strattice™ reconstruction
Resources	Theatre under GA 2 operations 5 night stay for mastectomy 1 night exchange of expander 5 outpatient expansions	Theatre under GA 1 operation 5 night stay	Theatre under GA 1 operation 7 night stay	Theatre under GA 1 operation 5 night stay
Recovery	3-4 weeks (whole process takes 6 months)	2-3 months	3-4 months	3-4 weeks
Operation	Mastectomy 1.5 hours Exchange of expander 0.5 hours	4 hours	8 hours	2 hours
Operation tariff reimbursement	HRG 4 JA06 £2667 x 2 (per operation) £5334 Major breast procedures	HRG 4 JA04 £5132 Pedicled myocutaneous reconstruction of breast with insertion of prosthesis	HRG 4 JA04 £5132 Myocutaneous reconstruction of breast without insertion of prosthesis	HRG 4 JA04 £5132 Pedicled myocutaneous reconstruction of breast with insertion of prosthesis Cost of £1880 per sheet of Strattice

previo a la cirugía se inyectó en la zona periareolar el trazador, permitiendo localizar durante la intervención quirúrgica el GC al emplear la sonda "EUROPROBE".

Resultados: La edad media de las pacientes fue de 48,9 años (rango 31-68). El tratamiento quirúrgico varío, en 58 pacientes (93,5%) se realizó tumorectomía mamaria y en las 4 restantes (6,4%) mastectomía, a todas ellas se les hizo la BSGC y posteriormente linfadenectomía axilar. 26 pacientes (42%) tenían al inicio axilas clínicamente positivas y el resto negativas (58%). En cuanto a las características del tumor, el tamaño medio fue de 34 mm (18-60), 45 tumores (72,5%) fueron carcinoma ductal infiltrante (CDI), 15 carcinoma lobulillar infiltrante (24,2%) y los 2 restantes de tipo mixto. La respuesta clínica del tumor primario tras la QT neoadyuvante fue: remisión completa en 27 casos (43,6%), remisión parcial en 30 (48,4%) y estabilización de la enfermedad en 5 (8%). La respuesta patológica completa se observó en 19 casos (30,6%). En el 100% de los casos la axila fue clínicamente negativa tras la QT inicial. La tasa de localización del GC fue del 91,9% (57 pacientes), en 4 de las 5 en las que no migró, la axila era clínicamente +. El número medio de ganglios centinela extirpados fue 1,7 (1-5), el GC representó con exactitud el estado ganglionar axilar en el 96,5% de las pacientes (22 verdaderos +, 33 verdaderos -). La anatomía patológica definitiva del GC reveló 7 macrometástasis, 15 micrometástasis y 2 con células tumorales aisladas. En 68% el GC fue el único positivo, habiendo una tasa de falsos negativos del 8,3%, los dos casos de falso negativo corresponden a pacientes con axila clínicamente negativa previa a la QT neoadyuvante. La media de ganglios extirpados en la linfadenectomía fue de 13,4 (3-24)

Conclusión: La BSGC tras la QT neoadyuvante puede predecir el estado ganglionar axilar con gran exactitud, pudiendo evitar realizar linfadenectomía sistemáticamente en este grupo de pacientes, evitando así la comorbilidad asociada a esta técnica quirúrgica.

SIMULTANEOUS INTEGRATED BOOST RADIOTHERAPY AFTER CONSERVATIVE SURGERY IN PATIENTS WITH STAGE I AND II OF BREAST CANCER

Bayo-Lozano E; Delgado-Gil M; Ortega-Rodríguez M; Muñoz-Carmona D; Sánchez-Segovia J; Márquez-García M; Domínguez-Rodríguez M

Radiation Oncology. Hospital Juan Ramón Jiménez. Sevilla. España

Introducción: El tratamiento con cirugía conservadora seguida de radioterapia en pacientes con cáncer de mama en estadios precoces presenta una supervivencia a largo plazo superponible a mastectomía. No obstante varios ensayos randomizados han demostrado que determinadas pacientes necesitan una sobreimpresión (boost) del lecho quirúrgico, con una dosis adicional de radiación, con objeto de mejorar el control local. Habitualmente dicha dosis se administra de forma secuencial tras la irradiación de toda la mama. No

obstante diversos estudios radiobiológicos han demostrado que es posible realizar el boost de forma concomitante, reduciéndose así el tiempo total de tratamiento.

Objetivo: Determinar la tasa de recidiva local, cáncer de mama contralateral, metástasis a distancia y toxicidad aguda y tardía en pacientes sometidas a radioterapia tras cirugía conservadora por cáncer de mama estadios I y II en las que se administra boost concomitante.

Material y metodo: Desde mayo de 2003 hasta abril de 2009, 115 pacientes con carcinoma infiltrante de mama estadios I y II fueron tratadas con RT conformada 3 D a dosis de 50 Gy con fraccionamiento de 2 Gy por sesión en 25 fracciones. Simultáneamente recibieron un boost de 10Gy al lecho quirúrgico que fue definido por la curva del 120%. La selección de pacientes se realizó siguiendo el protocolo institucional: todas las mujeres menores de 50 años con margen de resección negativo superior 5 mm, independientemente del estadio ganglionar.

Resultados: Con una mediana de seguimiento de 49,66 meses, el 89,56% de las pacientes están vivas y libres de enfermedad. La tasa de recidiva local a los 5 años ha sido de 6,08%. Segundos tumores primarios en la mama contralateral se han presentado en 5,22% y hubo 2 casos de segundos tumores primarios en la mama ipsilateral con diferente histología que el previo. El porcentaje de metástasis a distancia ha sido de 7,82%. La toxicidad aguda cutánea fue grado 1 en el 73,91% de las pacientes. Hubo tres casos de neumonitis sintomática que se resolvieron espontáneamente y ningún caso de fractura costal.

Conclusiones: El boost simultáneo integrado es una opción de tratamiento que reduce en una semana el tiempo total de tratamiento y proporciona resultados superponibles al tratamiento secuencial tanto en términos de control local como en toxicidad aguda o tardía

ONCOPLASTIC SURGERY IN BREAST CANCER: THE EXPERIENCE OF A GENERAL SURGERY DEPARTMENT

Santos M; Teixeira T; Cardoso F; Santos T; Gonçalves G; Nora M

Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, General Surgery. Portugal

Material and methods: A retrospective study was conducted in all cases of breast cancer patients undergoing oncoplastic breast surgery at our institution in the period between March 2008 and May 2010. Data concerning tumour localization and size, tumour margins, type of oncoplastic technique, neoadjuvant therapy and complications was recorded in a total of 37 patients. Patient satisfaction was assessed in a three-item scale (poor, good, excellent). Photographic records after surgery and after radiation adjuvant therapy were also taken.

Results: All 37 patients were women, with a mean age of 54.2 years. Several techniques were performed, including omega-plasty, lateral mammoplasty, inferior pedicle mam-

moplasty and round-block technique. In thirteen patients symmetrising of the contralateral breast was necessary for optimal aesthetic outcome. One patient underwent modified radical mastectomy to treat the affected breast and contralateral inverted-T mastoplasty. Positive tumour margins were found in three patients; these patients underwent re-operation. Globally patients were satisfied with the aesthetic outcomes.

Conclusion: Oncoplastic breast surgery allows oncologically correct treatment of the breast with the advantage of optimal aesthetic results.

SENTINEL LYMPH-NODE BIOPSY IN BREAST CANCER: 5-YEAR EXPERIENCE

Teixeira T; Santos M; Cardoso F; Santos T; Gonçalves G; Nora M

Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, General Surgery. Portugal

Material and methods: A retrospective study was conducted in all cases of breast cancer patients undergoing SLNB at our institution in the period between January 2004 and December 2009. Identification of the SLN was achieved with combined approach, using lymphoscintigraphy and Patent Blue V dye injection. All lymph nodes appearing blue and/or “hot” or palpably suspicious were considered SLNB and harvested. Axillary lymph node dissection (ALND) was performed when the intraoperative pathological assessment or immunohistochemistry was positive and in cases of failure identifying SLN.

Results: Of the 199 patients included, 197 were women. Breast conserving surgery was possible in 157 patients. “Failed” SLND occurred in 9 patients, with an identification rate of 95.5%. The SLNB was performed prior to neoadjuvant therapy in 14 patients. Among the 47 cases of ALND due to positive SLN, 13 cases revealed micrometastasis of the SLN and the SLN was the only positive node in 20 patients. The false negative rate was 8.5%. No cases of axillary recurrence were found.

Conclusion: SLND has become the gold standard method of axillary staging in breast cancer patients. In our study, this technique allowed 117 patients to be spared of ALND and its upper-limb morbidity.

ROLL – RADIOGUIDED OCCULT LESION LOCALIZATION

Santos M; Teixeira T; Cardoso F; Santos T; Gonçalves G; Nora M

Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, General Surgery. Portugal

Material and methods: Photographic description of the ROLL technique. *Results:*

- Imagiologic identification of the infraclinc breast lesion.
- Injection with ^{99m}Tc- labelled colloid particles of human serum albumin into the center of the suspicious lesion, with ultrasonographic guidance.
- Scintigraphic control after injection.
- Excision biopsy is performed using a gamma detecting probe.
- Localization of the “hot spot”. Incision is planed according to the localization of the breast lesion.
- Control of the specimen clean margins using the gamma detecting probe.
- Checking for lack of radiation on the tumoural bed.
- Histopathologic examination of the specimen. Reduction size of the excised specimen, with good concentricity of the lesion.

Conclusion: Radioguided Occult Lesion Localisation (ROLL) is a method with both diagnostic and local treatment purposes. It allows easier and more accurate localization of impalpable breast lesions, necessary to optimise the cosmetic outcome in breast conserving surgery without jeopardizing sufficient free tissue margins.

SNOLL – SENTINEL NODE AND OCCULT LESION LOCALIZATION

Teixeira T; Santos M; Cardoso F; Santos T; Gonçalves G; Nora M

Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, General Surgery. Portugal

Material and methods: Photographic description of the SNOLL technique. *Results:*

- Imagiologic identification of the infraclinc breast lesion.
- Injection with ^{99m}Tc- labelled colloid particles of human serum albumin into the center of the suspicious lesion, with ultrasonographic guidance.
- Scintigraphic control after injection.
- Verification of adequate injection into the lesion.
- Identification of lymphatic drainage to sentinel node.
- Excision biopsy of the suspicious lesion is performed using a gamma detecting probe.
- Excision biopsy of the sentinel node is performed using a gamma detecting probe.
- Histopathologic examination of the specimen and sentinel node.
- Reduction size of the excised specimen, with good concentricity of the lesion.
- Examination of SN- axillary dissection is performed if the SN is positive.

Conclusion: Roll is a safe and precise technique allowing definitive therapeutic removal of malignant or premalignant breast lesions. The high detection rate of the sentinel node in cases with concomitant sentinel node biopsy shows that the combination of both procedures is possible and safe.

GALACTOFORITIS SUBAGUDA RECIDIVANTE. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Fernández-Rico L; Artieda-Soto C; Domínguez-Cunchillos F; Trujillo- Ascanio R; Díaz-Chaveli C; Sanz-de Pablo M; Pérez-Omeñaca F; Ortiz -Hurtado H

Cirugía General. Hospital Virgen del Camino, Navarra. España

Introducción: La galactoforitis subaguda recidivante es una afección benigna, caracterizada por inflamación de repetición de la región retroareolar, que puede evolucionar a la formación de fístulas periareolares. Su etiopatogenia no está aclarada, parece relacionarse con el tabaco, siendo más frecuente en premenopáusicas. El tratamiento quirúrgico puede ser complejo por la recidiva, lo que obliga a reintervenir.

Material y métodos: Presentamos los resultados de las técnicas quirúrgicas empleadas en el tratamiento de la galactoforitis subaguda recidivante en nuestra Unidad entre enero de 2004 y enero de 2010. Realizamos conización en pacientes con inflamación del complejo areola-pezones, sin fístula establecida y; puesta a plano, en pacientes con fístula periareolar espontánea o tras fistulización instrumental. 118 pacientes fueron intervenidas, precisando 148 procedimientos quirúrgicos.

Resultados: Se practicó conización a 39 (33%) y puesta a plano a 79 (67%), de las cuales 57 (48%) eran portadoras de sedal. Se constataron 20 recidivas (17%). A 11 (55%) se les había realizado una conización y a 9 (45%) puesta a plano. De las pacientes portadoras de sedal antes de la intervención, se constató recidiva en 8 (40%) casos. De las pacientes con recidiva tras conización, 2 (18%) fueron re-intervenidas con conización y al resto, 8 (73%) se les practicó una puesta a plano, de estas 3 eran portadoras de sedal. 3 casos presentaron una segunda recidiva. De las pacientes con recidiva tras puesta a plano, a 1 (11,1%) se le trató mediante puesta a plano y 7 (78%) mediante conización, 1 paciente presentó una segunda recidiva. Dos pacientes, una con conización y otra puesta a plano no se reintervinieron, pues no acudieron a revisión. Una paciente precisó resección del complejo areola-pezones tras presentar una deformidad importante secundaria a 3 conizaciones previas.

Conclusiones: La galactoforitis subaguda recidivante es una enfermedad relativamente frecuente, que genera problemas de tratamiento, puesto que la recidiva no es despreciable. Ante episodios inflamatorios repetidos del complejo areola-pezones y cuando el proceso no esté localizado en un solo conducto, consideramos la conización como técnica de elección, mientras que en pacientes con fístula periareolar, la puesta a plano parece una alternativa sencilla y con un porcentaje de éxito elevado (88.6%) en esta serie.

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS NEOPLASIAS INTRAEPITELIALES (NI)

Sabadell M¹; Vernet M²; Macià F³; Collet I³; Genovés J²; Carreras R²

¹Servicio de Obstetricia y Ginecología; ²Servicio de Obstetricia y Ginecología; ³Servicio de Epidemiología y Evaluación. Parc de Salut Mar. Hospital Universitario del Mar, Barcelona. España

Objetivos: Valorar la edad de mayor frecuencia, características histo-patológicas, el tratamiento realizado según protocolo y las recidivas locales.

Material y métodos: Entre 1992 y 2009 se diagnosticaron 229 pacientes de NI, 226 DIN y 3 LIN. Todas tienen mamografía, cirugía, radioterapia si tratamiento conservador y hormonoterapia si receptores positivos.

Resultados: Edad: Entre 30 y 89 años, el 67'24% entre 50 y 69 años. Motivo de visita: Programa de cribado 64,19%, control oportunista 18,77%, tumor palpable 13,10% y 0,87% telorragia. Exploración clínica: Negativa en 79,91%. Mamografía: Microcalcificaciones Birads 4 ó 5 en 67,29%, un 3,34% multifocales. Microcalcificaciones asociadas a otras lesiones en 10,09%. Diagnóstico: Por PAAF anterior a 1996. Por PBAG el 67,24%. Resultado PBAG: 5 casos negativa, 21 sospechosa, y 128 DIN (DIN1c 22,65%, DIN2 39,06% y DIN3 38,28%). Histología de pieza quirúrgica: DIN: 97,32% (DIN1c 22,47%, DIN2 30,73%, DIN3 46,78%), LIN2 y lesión intraquística en 1,33%. Lesión multifocal en 5,24% y multicéntrica 0,87%. Las PBAG negativa o de sospecha, todas ellas tenían en la cirugía DIN. La concordancia entre ambas es: para DIN1c del 55,17%, DIN2 48% y DIN3 83,67%. Cirugía: conservadora en 84,07%, con biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) según protocolo, en 26,31%. Mastectomía en el 15,92%, (26,6% por multifocalidad y 6'06% multicentricidad), con BSGC en el 72,20%. Tamaño quirúrgico: 71,52% de los casos < a 20 mm, 21,52% entre 21 y 50 mm y 6,94% mayor. Receptores hormonales (RE y RP): En caso de positividad o negatividad el Her2 ha sido negativo en el 76,14% y 25% respectivamente, indeterminado en 8,25% y 13,33% y positivo en 7,33% y 46,66%. Recidivas locales: 15. Se ha realizado mastectomía en 85,71%, nuevo conservador en 13,33%, una paciente no ha deseado tratamiento. La histología ha sido el 64,28% DIN, y el 35,71% lesión invasiva.

Conclusiones: La edad del programa de cribado es la más frecuente. La mamografía sigue siendo la principal prueba de imagen. El tratamiento conservador junto con la BSGC debería considerarse de elección según tamaño y clasificación de la NI. En nuestra serie, la lesión más frecuente en las recidivas locales es NI.

TUMOR PHYLLODES GIGANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Tejerina A; Vieira E; Cantante I; Rocha J; Bicha-Castelo H
Cirugía II. CHLN, Hospital Santa María. Lisboa. Portugal

Introducción: El tumor phyllodes es un tumor fibroepitelial de la mama descrito como una "hidatide quística" por Cheiuis en 1828. Se trata de un tumor estacionario de crecimiento rápido, poco frecuente, < 1% de los tumores. Histológicamente tiene estructura de un fibroadenoma, pero se diferencia por la disposición característica de su componente mesenquimatoso que confieren un aspecto foliáceo. La agresividad histológica esta determinada por el aumento de la actividad mitótica y por la hiperplasia estromal.

Los criterios histológicos en los que se basan el establecimiento de malignidad de los tumores Phyllodes han sido a menudo motivo de controversia, en un intento por relacionar con las características clínicas clasificaron al tumor en benigno, borderline o maligno. Se ha intentado definir factores pronósticos, clínicos, histológicos, inmunohistoquímicos. Los cambios epiteliales son más frecuentes en los benignos, los cambios estromales afectan tanto a los benignos como a los malignos.

Pacientes y método: Paciente de 43 años de edad, que acude a consulta de mastología por presentar una tumoración que ocupa toda la mama derecha, de crecimiento rápido y progresivo de 3 años de evolución sin otra sintomatología acompañante. Se realizó estudios por ecografía y RM. La RM mostró en secuencia T2 axial + contraste, un tumor de contornos bien definidos de 21,3 cm x 18,6 cm, polilobulado con captación de contraste de forma heterogénea en focos multinodulares con áreas de degeneración quística. No se evidenciaron adenopatías radiologicamente significativas. No se observaron alteraciones en mama contralateral.

Debido al tamaño del tumor ocupando la totalidad de la mama y sabiendo que la diseminación por vía linfática es extremadamente rara, fue sometida a una mastectomía simple. El resultado histológico confirmó tratarse de un tumor phyllodes, exofítico, polilobulado, con un diámetro de 25x21x16 cm y 4470 gr. de peso con presencia de estroma heterogéneo, celularidad moderada y 7 mitosis x campo. Catalogado como "borderline".

Conclusiones: El tumor Phyllodes debe ser tenido en cuenta ante todo tumor mamario que aumenta bruscamente de tamaño. La biopsia por congelación tiene baja sensibilidad. Se acepta que el tratamiento inicial para todos los tipos histológicos es la exéresis con amplio margen de tejido mamario sano, es necesario realizar mastectomía simple en los casos extensos. Los tumores phyllodes que presentan necrosis, zonas de proliferación del estroma y recuentos mitóticos altos (más de 10 mitosis por campo por 100 aumentos) deben clasificarse como malignos y tratarse de manera agresiva. La punción con aguja fina, punción con aguja gruesa y las biopsias intraoperatorias, pueden ser de difícil interpretación debido a la variabilidad estructural de estos tumores.

MIOFIBROBLASTOMA MAMARIO: HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓGICOS DE 4 CASOS

Tortoledo-Bruni M¹; Stanescu-Neghina R²; Pozo-Parilli J³; Tortoledo M⁴; Aramendi-Sánchez T¹; Casado-Fariñas I¹; Rivera-García T¹; Gimeno -Aranguéz M¹

¹Hospital Infanta Leonor, Anatomía Patológica; ²Hospital Universitario Doce de Octubre, Anatomía Patológica; ³Clínica El Avila, Cirugía General; ⁴Clínica El Avila, Anatomía Patológica. Madrid, España

Introducción: El miofibroblastoma es un tumor mesenquimal benigno e infrecuente. La localización más frecuente es la mamaria, sin embargo se han descrito casos excepcionales en otras localizaciones. Se creyó inicialmente que el miofibroblastoma mamario (MM) era más frecuente en va-

rones, aunque actualmente se ha visto que su incidencia es similar en ambos sexos.

Objetivos: Estudiar los hallazgos citológicos, histopatológicos, inmunohistoquímicos y de microscopía electrónica (ME) del miofibroblastoma mamario.

Materiales y métodos: Tres varones de 53, 63, 67 y años y una mujer de 41 años. Presentaban una lesión mamaria, nodular, cuyos tamaños oscilaban entre 1,8 y 3 cm.

Resultados: Los MM son macroscópicamente bien delimitados, ligeramente lobulados y no encapsulados. Microscópicamente las células se disponen en fascículos cortos separados por bandas gruesas de colágeno hialinizado. Los núcleos son irregulares, con cromatina dispersa y nucleolo pequeño. Se observan frecuentemente células gigantes multinucleadas "florete-like". Se han descrito cinco variantes morfológicas: celular, fibrosa, epitelioide, infiltrante y lipomatosa, pudiendo existir incluso diferentes áreas en el mismo tumor. No se identifican áreas de necrosis y las mitosis son poco frecuentes. Los hallazgos de ME muestran células estrelladas con abundantes y largas prolongaciones citoplásmicas. Dentro del citoplasma se observan abundantes haces de filamentos de actina y marcado desarrollo del retículo endoplásmico rugoso.

Conclusiones: El diagnóstico diferencial se plantea con otros tumores de células fusiformes, tales como el lipoma de células fusiformes, el tumor fibroso solitario (TFS) y la hiperplasia pseudoangiomatosa estromal. En los casos en los que sólo se cuenta con una biopsia con aguja gruesa (BAG) puede confundirse con el carcinoma sarcomatoide, miofibrosarcoma, fascitis nodular, nódulo de células fusiformes reactivo posterior a PAAF y carcinoma mioepitelial de células fusiformes, entre otros. En estos casos el estudio de la tumorectomía es fundamental. Se ha discutido su relación con el TFS y la posibilidad de que se trate de dos entidades del mismo espectro, mostrando el TFS una diferenciación predominantemente fibroblástica y el MM miofibroblástica. Los hallazgos citológicos en la PAAF deben interpretarse con cautela con el fin de evitar falsos diagnósticos de malignidad. Su pronóstico es excelente. No se han descrito casos de recidiva tumoral.

DETECCIÓN DE GANGLIO CENTINELA AXILAR CON AZUL DE METILENO COMO ÚNICA TÉCNICA: NUESTRA EXPERIENCIA EN 200 CASOS

Márquez-Ruiz R¹; Fuentes A¹; Videla A²

¹Ginecología; ²Anatomía Patológica Ital. Dr. M. Quiroga, San Juan, Argentina

Objetivos: Identificar el ganglio centinela axilar, utilizando azul de metileno; para evaluar su eficiencia, al no contar con otros métodos.

Material y método: Se incluyeron las pacientes con carcinoma mamario T1 y T2, con axila clínicamente negativa. Se inyectaron 3-4 cc de azul de metileno al 1% en área subdérmica periareolar, se realizó masaje de la zona durante 5 minutos y se exploró la axila a los 20 minutos posteriores. Se

extirparon todos los ganglios linfáticos teñidos, los no teñidos con conducto aferente teñido y todos los ganglios palpables. Intraoperatoriamente los ganglios fueron cortados en fetas de 1,5-2 mm, imprimiendo ambas caras y/o realizando corte grueso y coloreando con H-E. Posteriormente se incluyeron en parafina en su totalidad, realizándose un solo nivel de corte en cada taco y coloración de H-E, no se realizó IHQ.

Resultados: La detección fue del 97%. En 2 oportunidades se tiñeron 3 ganglios, en 7 casos se tiñeron 2, en el resto sólo uno (95,4%). Los falsos negativos 4%, correspondieron a micrometástasis y macrometástasis de hasta 3 mm. En estos casos se procedió a realizar linfadenectomía en un segundo tiempo; en dichas ampliaciones no encontramos otros ganglios positivos. Dos falsos positivos se debieron, uno a contaminación de la impronta y otro a la presencia de histiocitos. Complicaciones: hematoma axilar 1%, linfocele 4%, reacción inflamatoria en el sitio de la inyección 4%, linfedema leve del brazo 0,5%. No comprobamos difusión del colorante al resto de los ganglios cuando estuvo indicada la linfadenectomía; tampoco dificultó el diagnóstico intraoperatorio ni el estudio anatomopatológico posterior.

Conclusiones: El azul de metileno es útil para identificar el ganglio centinela axilar, accesible en cualquier Centro de Salud. El porcentaje de identificación fue comparable con la experiencia internacional, utilizando otros métodos. En ningún falso negativo, la linfadenectomía posterior, resultó positiva, lo cual sugiere considerar la conveniencia de realizarla. La conformación de un equipo idóneo y bien integrado de mastólogos y patólogos, resulta crucial para la obtención de óptimos resultados.

LOCALIZACIÓN PREQUIRÚRGICA DE MICROCALCIFICACIONES CON EL SISTEMA DE COORDENADAS, A MANO ALZADA.

Márquez-Ruiz R

Técnica Radióloga. Servicio de Ginecología. Hospital Dr. M. Quiroga, San Juan, Argentina

Objetivo: Se localizaron las microcalcificaciones sospechosas, con la técnica de coordenadas y a mano alzada, se evaluó su eficacia.

Material y método: De Enero 2004 a Diciembre 2009, realizamos 108 biopsias radio quirúrgicas (BRQ), por no contar con dispositivo de esterotaxia, se utilizó la siguiente técnica: se mide la distancia de la lesión a una línea horizontal desde el pezón al plano posterior, en incidencia cráneo caudal, se obtiene la posición hacia cuadrantes externos o internos y el perfil estricto da la posición en cuadrantes superiores o inferiores, se marcan los cm de esa distancia, luego se traza una perpendicular a esas marcas y el punto donde se entrecruzan es donde se introduce una aguja 50/8; la profundidad se calcula midiendo la distancia a piel, con la aguja colocada, se sacan placas cráneo caudal (CC) y perfil para confirmar que la punta de la aguja este a no más de 1cm de la lesión, a través de la aguja se deposita 0,5cc de solución de carbón al 3%. Extirpada la pieza, se orienta y se radiografía enviándola al patólogo

con la placa de confirmación. Tanto la lectura mamográfica, la indicación de la marcación, la localización prequirúrgica y la cirugía, las he realizado personalmente, con la asistencia de una técnica radióloga.

Resultados: Las lesiones se extirparon en el 100% de los casos, se requirieron solo 2-4 placas adicionales, para confirmar la posición de la aguja, el acceso a la zona marcada resulto sencillo y rápido, ya que la marca de entrada queda en la proyección a piel de la lesión, la solución utilizada no interfirió con el estudio anatomopatológico. Las piezas quirúrgicas fueron orientadas, coloreadas y estudiadas en forma seriada. Se encontraron: 64 mastopatías no proliferativas, 20 lesiones proliferativas, 8 CDIS, 3 Ca. micro invasores, 13 Ca. Invasores. **Conclusiones:** Se lograron BRQ con gran eficacia, los carcinomas in situ, invasores y lesiones proliferativas, constituyeron el 40% de la patología encontrada. Si bien se requiere de 2-4 placas adicionales, este es un costo mínimo comparado con el de un sistema de esterotaxia, lo que lo hace aplicable en cualquier centro de salud que tenga un simple mamógrafo, la marca con carbón es más económica y a nuestro criterio más segura que el arpón, finalmente el acceso a la zona marcada nos parece más fácil al poder hacer la incisión, directamente en la proyección a piel de la lesión.

TEST GIVES 70 GENES IN CANCER OF BREAST

Hernández-Muñoz G; Paredes R; Marín E; González C; Hernández J

Unidad de Mastología. Clínica Leopoldo Aguerrevere. Venezuela

The genetic studies of the breast cancer, have demonstrated to be factors prognosis and predictive of great usefulness, determining a group of patients of good prognosis who do not benefit from chemotherapy, establishing with better precision the group that if he require it. In this preliminary information we show our experience with the test of 70 genes (Mammaprint®), in the evaluation and the treatment of the patients with breast cancer.

Methods: 48 patients were evaluated with breast cancer of Mastología's Unit of the Leopoldo Aguerrevere Clinic, St I the II, with clinical negative ganglions with Mamma Print's test (70-gene prognosis signature, those who were realized mastectomy or surgery preserved plus ganglion sentry and dissection underarm in the cases in which this one was positive.

Results: Of 48 patients 3 turned out to be inadequate for the test by what they were excluded. 88.8 % was treated by surgery preserved plus ganglion sentry. 57.9 % of the patients, had ages understood between 41 and 60 years (average of age 53,8 years). The tumors were 55.6% in the Infiltrating Ductal and Lobular 17.7%. 51.1% of the cases were node-positive micro metastases including 3 (6.7%). Hormone receptors were expressed as positive for both estrogen and progesterone in 55.6% for estrogen alone in 11.1% and both negative in 33.3%. The Her2-neu expression was positive in 22.2% of cases. Of the 45 patients, 31 (68.8%) were classified as high genetic risk, being indicating the

chemotherapy in spite of what established the pathological clinical factors. 14 patients (31.2%) were classified as low risk and were considered pathological and clinical factors that result MammaPrint deciding adjuvant therapy.

Conclusion: MammaPrint Genetic testing is a tool of high utility, to complement the decision of adjuvant treatment in patients with breast cancer.

UNA INDICACIÓN DE MASTECTOMÍA PROFILÁCTICA BILATERAL

Janer J¹; Cristobal E¹; Ribas J¹; Blancafort J²; Pérez M²; Grande N³; Juan-Torres M⁴; Cano C⁴

¹Cirugía General; ²Radiología; ³Cirugía Reparadora; ⁴Enfermería Unidad de Mama. Fundació Hospital de l'Esperit Sant, Barcelona. España

Objetivos: Las indicaciones de la mastectomía profiláctica bilateral suelen ser controvertidas.

Material y método: *Caso clínico:* Mujer de 53 años con antecedente familiar de madre fallecida por cáncer de mama, con antecedentes personales de tratamiento con THS en los últimos 5 años y fumadora de más de 1 paquete diario. Tras seguimiento ginecológico habitual, una mamografía demostró la existencia de microcalcificaciones extensas y dispersas bilaterales con aparición de un nuevo foco de ellas en CSE de mama derecha. Se realizó tumorectomía de lesión no palpable marcada con arpón, cuya anatomía patológica demostró un carcinoma intraductal de bajo grado con múltiples microcalcificaciones dispersas con enfermedad fibroquística e hiperplasia ductal atípica. El marcador tumoral C.A. 15.3 fue normal y los receptores hormonales fueron positivos. Dados los antecedentes familiares, su cancerofobia y los resultados de la intervención, se propuso a la paciente la realización de una mastectomía profiláctica bilateral con colocación de expansores en la misma intervención. En un segundo tiempo se le colocaron las prótesis mamarias con reconstrucción del complejo areóla-pezones con buen resultado.

Conclusiones: Dentro de la cirugía de prevención en patología mamaria estarían los casos de neoplasma lobulillar, hiperplasia ductal o lobulillar atípicas, papilomatosis múltiple, tumor phyllodes primario o recidivado, o en caso de mutaciones en genes BRCA-1 y BRCA-2. Las técnicas para ello empleadas serían la mastectomía simple bilateral, la mastectomía económica de piel o skin sparing y la mastectomía subcutánea, siempre con reconstrucción mamaria, a poder ser inmediata.

LA ACUPUNTURA EN LA PATOLOGÍA MAMARIA

Ribas J¹; Tellez J²; Cristobal E¹; Vinagre M³; Juan-Torres M⁴; Cano C⁴; Romeo M⁵; Janer J¹

¹Cirugía General; ²Anestesia; ³Ginecología; ⁴Enfermería Unidad de Mama; ⁵Oncología. Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Barcelona. España

Introducción y Objetivo: La acupuntura es una técnica de tratamiento que implica la inserción de finas agujas en la piel o tejidos subyacentes, en puntos específicos, con fines terapéuticos o preventivos. Hasta principios de los años 70 la evidencia a favor de la acupuntura era principalmente clínica, sin embargo, en las 3 últimas décadas ha conocido una expansión considerable en occidente, por varias razones: -Se han empezado a demostrar sus bases científicas -Aumento de la demanda poblacional como complemento a la medicina alopática -Reconocimiento de su validez por organismos nacionales e internacionales (OMS, National Institute of Health) Se revisan las indicaciones actuales de la acupuntura en el tratamiento de procesos mamarios.

Material y método: Búsqueda de publicaciones indexadas en MEDLINE que aporten rigor científico y expliciten la eficacia de la AA en el tema que nos ocupa, en los últimos años (Medicina Basada en la Evidencia: estudios clínicos controlados, revisiones sistemáticas, metanálisis) Palabras clave: acupuntura, breast disease, cancer.

Resultados: Se describen las referencias bibliográficas con evidencia clínica en relación a los beneficios en casos de dolor agudo, del dolor crónico y del beneficio en los efectos secundarios de la quimioterapia.

Conclusiones:

- La acupuntura desempeña un papel cada vez más importante en el tratamiento del dolor y síntomas no dolorosos en pacientes con cáncer. El perfil de efectos secundarios es muy favorable en comparación con el tratamiento farmacológico.

- Aunque la acupuntura encierre la posibilidad de aliviar muchos síntomas, en algunos casos podría enmascarar la progresión de la enfermedad. Debido a ello, la acupuntura en cuidados paliativos debería ser administrada o estrechamente controlada por un médico especialista del dolor que esté al corriente del estadio clínico y el tratamiento actual de sus pacientes.

- Para actuar de forma segura y responsable, la acupuntura ha de ser usada en el contexto de un modelo de integración con la medicina convencional.

BIOPSIA MAMARIA GUIADA POR ESTEREOTAXIA DIGITAL CON SISTEMA DE VACÍO INTERNO (SVI) Y CAMILLA ESPECIAL DE PUNCIÓN MAMARIA, NUESTRA EXPERIENCIA

Kohan S; Nahum-Malvar C; Milla-Rallo L; Escobar-Ulloa J; Rebenaque -Figueras E; Borda G; Montero-Jesús M; Pascual A

Diagnóstico por Imágenes. Hospital Universitario Sant Joan. Reus. Tarragona, España

Objetivo: Se revisan las biopsias realizadas desde el 2008 hasta la fecha en nuestra institución, combinando el sistema de Estereotaxia Digital, Biopsia con SVI y una camilla eléctrica para posicionamiento especial para procedimientos mamarios.

Material y métodos: Entre diciembre de 2007 y julio 2010, realizamos 54 biopsias en 53 pacientes con edades comprendidas entre 28 y 80 años (media 50 años). Se utilizó

Estereotaxia Vertical Digital (GE Delta 32) acoplada en mamógrafo GE Diamond. Se practicó biopsia con SVI (Vacora-Bard) con aguja 10G y cánula coaxial 9G obteniendo entre 3 y 6 muestras por procedimiento (media: 4,3) Se biopsió en posición sentada o en decúbito lateral utilizando Camilla Eléctrica DBI Table (GE-Medical Positioning Inc.)

Resultado: De los 53 casos resulto el diagnóstico de benignidad en 29 casos (3 con enfermedad fibroquística, 13 fibrosis y/o Adenosis, 9 calcificaciones estromales, 1 cicatriz radial, 2 Fibroadenomas hialinizados y 1 Hiperplasia Ductal Atípica) y de carcinoma en 24 casos (14 Carcinoma Intraductal, 9 Carcinoma Ductal Infiltrante y 1 Proliferación Papilar Atípica). Una paciente requirió re biopsia por discordancia anátomo-radiológica (mamografía con microcalcificaciones sospechosas de malignidad, en la biopsia se obtuvieron microcalcificaciones benignas, en re-biopsia se diagnóstico Carcinoma Ductal) Se observó concordancia en el tipo histológico entre la biopsia con SVI y la cirugía en los 24 casos operados. La posición mas utilizada fue el decúbito lateral (51 biopsias). La posición sentada se utilizo en 3 casos. Todos los procedimientos transcurrieron sin complicaciones importantes y con una media de duración de entre 30 y 60 minutos (media: 48 minutos).

Conclusiones: De un total de 54 biopsias realizadas se obtuvo material satisfactorio en el 100 % de los casos. Una sola requirió repunción por discordancia anátomo radiológica. El sistema de Estereotaxia Digital combinado con el SVI y la camilla especial es un sistema altamente fiable, útil y accesible que nos permite un mejor posicionamiento de la paciente, disminuyendo el disconfort y sin presentar complicaciones importantes.

CÁNCER DE MAMA PRIMARIO ECTÓPICO AXILAR CON LINFEDEMA DE MIEMBRO SUPERIOR COMO MANIFESTACIÓN INICIAL

Alises-Sanz R; Cascales-Sánchez P; Martínez-Moreno A; Anderica-Frías F; Rueda-Martínez J; Valero-Liñán A; Prat-Caleiro A; Abad-Martínez M; Moreno B

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario. Albacete. España

Introducción: El cáncer primario de mama ectópica axilar es extraordinariamente infrecuente. Se presenta una paciente con cáncer primario de mama ectópica axilar con linfedema de miembro superior izquierdo como manifestación inicial.

Caso Clínico: Mujer de 72 años remitida a la Unidad de Mama desde Medicina Interna por tumoración axilar izquierda de tres meses de evolución. Acudió inicialmente enviada por su médico por inflamación de miembro superior izquierdo compatible con linfedema. Antecedentes personales: alergia a penicilina, HTA, safenectomía bilateral, exéresis de mioma uterino hace 20 años y exéresis de nevus cutáneos. A la exploración, tumoración en región axilar izquierda de consistencia dura, irregular y adherida a planos profundos de 10 cm de diámetro mayor. La mamografía evidenció distorsión parenquimatosa espiculada de bordes irre-

gulares en región axilar izquierda con microcalcificaciones en su interior. Sin otros hallazgos patológicos. RMN sin hallazgos en mamas. PAAF positiva para células tumorales malignas compatible con carcinoma. Se intervino encontrándose tumoración axilar dura y con retracción de vena axilar izquierda y de paquete vasculonervioso subescapular. Se realizó exéresis completa de la tumoración en bloque liberándola de vena axilar y paquete subescapular así como linfadenectomía axilar izquierda. El informe anatomopatológico fue de carcinoma ductal infiltrante con receptores hormonales positivos intensamente para estrógenos y progesterona, proteína HER-2 positiva y p53 negativo, sin evidencia de infiltración ganglionar. Posteriormente se administró quimioterapia y radioterapia adyuvante.

Conclusiones: El cáncer primario de mama ectópica axilar es muy infrecuente siendo el tipo histológico más frecuente carcinoma ductal infiltrante. La presentación inicial como linfedema de miembro superior es excepcional y no la hemos encontrado descrita previamente en la literatura. La mamografía permite su diagnóstico. Una vez demostrada su existencia se debe proceder a la extirpación completa acompañado de linfadenectomía axilar. El pronóstico es similar al cáncer de mama pectoral aunque con mayor tasa de afectación linfática.

EVOLUCIÓN RADIOLÓGICA DE UN CASO DE NECROSIS GRASA

Ribas J¹; Pérez M²; Amores S²; Blancafort J²; Torné M²; Janer J¹; Tapia G²; Tous F²

¹Cirugía General; ²Radiología; ³Anatomía Patológica. Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Barcelona. España

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

Objetivos: 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 controles ecográficos) y el estudio citológico de la lesión. Dada la presentación radiológica inicial y los antecedentes familiares de la paciente (2 hijas 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 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 cantidad 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.

CAUSAS DE PATRÓN DE EDEMA MAMOGRÁFICO. A PROPÓSITO DE UN CASO DE HERPESVIRUS CUTÁNEO

Cristóbal E¹; Pérez M²; Torné M²; Blancafort J²; Amores S²; Janer J¹; Ribas J¹; Tous F²

¹Cirugía General; ²Radiología. Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Barcelona. España

Objetivos: Exposición de las típicas entidades benignas y malignas que causan patrón de edema y engrosamiento cutáneo en la mamografía. Aportación de una nueva entidad benigna que causa también patrón de edema y que no ha sido descrita anteriormente: afectación cutánea de la mama por herpesvirus.

Material y método: Como causas benignas de patrón de edema en la mamografía presentamos: 1 hematoma, 1 caso de mastitis, 2 casos de cambios por radioterapia y 1 caso de herpes cutáneo afectando la mama. Como causas malignas presentamos: 1 caso de carcinoma localmente avanzado y 1 caso de linfoma secundario de mama.

Resultados: Mamográficamente se visualiza piel engrosada, aumento difuso de la densidad radiológica y un patrón de líneas irregulares que representa el aumento de la trama intersticial. Tanto en las causas benignas (radioterapia, insuficiencia cardíaca/renal, hematoma y mastitis) como malignas (carcinoma localmente avanzado, carcinoma inflamatorio, metástasis y linfoma) se produce una afectación de los vasos linfáticos de la piel, lo que produce el patrón reticular y el engrosamiento de la piel. La afectación cutánea por herpesvirus también produce una afectación de los linfáticos de la piel.

Conclusión: En el diagnóstico diferencial de patrón de edema en la mamografía también debemos incluir el herpesvirus cutáneo.

ADENOMIOEPITELIOMA DE MAMA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Cristóbal E¹; Ribas J¹; Molina C²; García L²; Quer A³; Tapia G³; Pérez M²; Janer J¹

¹Cirugía General; ²Ginecología; ³Anatomía Patológica; ⁴Radiología. Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Barcelona. España

Introducción: El adenomioepitelioma de mama es una rara lesión neoplásica, generalmente benigna, caracterizada por proliferación mioepitelial. Puede asociarse a una proliferación adenósica pseudoinfiltrativa, que puede recaer en caso de extirpación incompleta. Su aspecto macroscópico y sus rasgos microscópicos dejan entrever un comportamiento benigno, pero radiológicamente puede plantear sospechas diagnósticas de malignidad. Algunos autores, por el limitado número de casos aportados por la literatura, lo consideran un tumor de bajo grado de malignidad, siendo raras las metástasis linfáticas y sistémicas.

Material y método: Caso Clínico: Paciente mujer de 63 años en la que se detecta en mamografía de cribaje nódulo no palpable de aspecto benigno de 1 cm. Se practica BAG

con OD de lesión proliferativa de elementos epiteliales y mioepiteliales con patrón de crecimiento tubular sugestivo de adenomioepitelioma. Se decidió exéresis quirúrgica (tumorectomía marcada con arpon) que confirmó el diagnóstico con márgenes correctos.

Conclusiones: En mujeres en que el diagnóstico histológico de una tumorectomía sea de adenomioepitelioma debemos de procurar una exéresis completa. El comportamiento es frecuentemente benigno.

CYTOLOGIC DIAGNOSTIC OF HIGH-GRADE DUCTAL CARCINOMA IN SITU (DCIS): A REPORT OF TWO CASES

Miše I¹; Vučić M²; Maričević I¹; Lambaša S³

¹University Hospital Sestre milosrdnice, Zagreb, Croatia, Department of Cytology; ²University Hospital Sestre milosrdnice, Zagreb, Croatia, Department of Pathology Ljudevit Jurak; ³Clinical Hospital Dubrava, Department of Pathology. Croatia

Objectives: Within the current medical practice is a controversial opinion about accuracy of cytologic diagnostic of DCIS of the breast as well as of distinguishing DCIS from invasive carcinoma. The main reason for exclusion of invasive breast carcinomas by FNAC is in planning of extensiveness of surgical treatment. The cytologic grading of DCIS is based on histology. It is heterogeneous entity with whole spectrum of different growth patterns, cellular and nuclear atypia, ranged from low-grade lesion with discreet nuclear abnormality to severe high-grade nuclear atypia. More than 75% of DCIS was notified as a high-grade lesions. About 20% of DCIS diagnosed with FNA or CNB have additional invasive component on definitive histopathological finding, what is much probable in larger extent of DCIS.

Cases presentations: Our cases include 64 year old women with wide area of suspect microcalcifications by mammography and ultrasound, also with abundant dense nipple discharge and 65 year old women with equivocal round lesion showed by radiological methods. Both aspirates were of average cellularity with three dimensional solid aggregates and monolayer sheets of large, polymorphic irregular cells and scattered single malignant cells. The nuclei were large, mostly > 5 x RBC, with irregular blue macronucleol, irregular nuclear outlines and dense chromatin. The cytoplasm was bluish, dense and variable in amount. In the background there was ample of comedo necrosis and gray, sharp microcalcs. There were no myoepithelial cells overlaying cells clusters, not even in the background. The cytologic diagnosis in both cases was DCIS high-grade, comedo type. On histopathologic finding, first tumor was 6 cm large, it was comedo carcinoma with foci of microinvasion. Second tumor was small, 0.6 cm in diameter, it was pure high-grade DCIS, comedo type.

Conclusions: This presentation reflect to date knowledge about cytologic diagnostic of high-grade DCIS including necessary morphologic criteria: high-grade nuclear atypia, abundance of comedonecrosis and microcalcifications. It

also confirms our limitation in presumption of invasion status in cases with large extent of DCIS and proves that FNAC is the primary, reliable and irreplaceable tool in diagnostic of breast lesions, even in such sophisticated and required diagnostic issue like DCIS.

CÁNCER DE MAMA EN LA FUNDACIÓN IVO: PATOLOGÍA GINECOLÓGICA DIAGNOSTICADA EN SU SEGUIMIENTO EN EL PERIODO DE 2002-2008

García A; Atero D; Boch JM; Covisa A; Estelles E; Martínez P; Zorrego C; García E

Instituto Valenciano de Oncología. España

Objetivo: Estudio retrospectivo de patología ginecológica diagnosticada y tratada en el IVO en mujeres cuyo diagnóstico primario fue de cáncer de mama (CM)

Material: Revisión de archivos informáticos del hospital.

Resultados: En el periodo de tiempo de 2002 – 2008 el número total de visitas generadas en cualquier servicio clínico – quirúrgico del hospital por mujeres con diagnóstico de cm fue de 45.417. Se realizaron en el servicio de ginecología un total de 611 procesos quirúrgicos ginecológicos aplicados a mujeres con un diagnóstico previo de cm que consultaron por sintomatología ginecológica. Se diagnosticaron y trataron 475 casos de patología ginecológica benigna y 51 procesos ginecológicos neoplásicos, primarios o metastásicos de su CM.

Conclusiones: La mujer afecta de cm debe seguir, además de las revisiones inherentes a su neoplasia primaria de mama, seguimiento clínico para el diagnóstico y prevención secundaria de patología ginecológica.

TELEPATOLOGÍA Y MICROSCOPIA VIRTUAL EN ESTUDIOS INTRAOPERATORIOS DE PATOLOGÍA MAMARIA: REQUERIMIENTOS DE EFICIENCIA.

Alfaro L¹; Roca M²; Tena S³; González E³; Gómez L⁴

Pathology; ¹Hospital Rey Don Jaime. Castellon; ²Hospital Arnau de Vilanova. Valencia; ³Hospital Rey Don Jaime. Castellon; ⁴Fundación Oftalmológica del Mediterraneo. Valencia. España

Objetivos: Valorar los requerimientos técnicos más adecuados para la realización de estudios intraoperatorios de patología mamaria, comparando dos procedimientos, uno de ellos basados en telepatología dinámica con transmisión de imágenes microscópicas de video en tiempo real, y un segundo con obtención de preparaciones virtuales completas con un scanner.

Material y Métodos: Se realizaron exclusivamente estudios intraoperatorios no programados, en 20 casos entre 2007 y 2010. Las piezas operatorias a estudiar se fotografiaron con una cámara digital Panasonic LumixTZ6. Las imágenes se transmitían a través de una red privada virtual (VPN), o en su defecto por e-mail, al patólogo responsable. Con ellas se se-

leccionaban las áreas para ser cortadas en el criostato, teñidas y sometidas a examen microscópico. De los cortes por congelación se obtuvieron preparaciones virtuales con un scanner Mirax Midi (Zeiss), que se examinaban remotamente a través de Internet. En el procedimiento alternativo los cortes se situaban en un microscopio manejado por los técnicos que transmitía imágenes en forma de video en tiempo real. Se utilizó un microscopio Olympus BX45 con cámara Nikon P5100, y software de transmisión VLCplayer. El patólogo visualizaba de forma remota en tiempo real las imágenes (resolución PAL) y orientaba a los técnicos la selección de campos, enfoque y aumento requerido.

Resultados: Las preparaciones virtuales proporcionaron una calidad equivalente al de un estudio presencial, pero con un tiempo de obtención 15 minutos de media. Los estudios con video en tiempo real no proporcionaron resolución suficiente para el diagnóstico en el 25% de los casos, pero se solventó con imágenes estáticas, siendo necesario diferir el diagnóstico en 1 único caso. En ningún caso se produjo error de interpretación de las imágenes, y sólo en dos casos hubo muestreo insuficiente del tejido a estudiar.

Conclusiones: La telepatología y la microscopía virtual han alcanzado un nivel tecnológico suficiente para poder realizar estudios intraoperatorios sin especial dificultad. Los factores más importantes son: (I) la adecuada formación de los técnicos para manejar los equipos y las piezas quirúrgicas, (II) El proveer un adecuado procedimiento para obtener imágenes macroscópicas que con frecuencia aportan más información relevante que el estudio microscópico.

A PRELIMINARY MODEL TO THE AUTOMATIC PREDICTION OF AESTHETIC RESULT IN BREAST CANCER CONSERVATIVE TREATMENT

Cabral-Costa S¹; Sousa R²; Magalhães A³; Sousa-Cardoso J⁴; Cardoso M⁵

¹Hospital de São João, Porto - Portugal, Breast Unit; ²INESC-Porto, Portugal; ³Hospital de São João, Porto -Portugal, Breast Unit; ⁴INESC - Porto, Portugal; ⁵Hospital de São João, Porto, Portugal, Breast Unit

Introduction: Breast cancer conservative treatment (BCCT) is the standard of care for early-stage breast cancer. However, many women report breast asymmetry after this procedure. If a decade ago, a bad or fair aesthetic result may have been accepted as preferable to the often sole alternative of simple mastectomy, nowadays with the development of oncoplastic techniques, an excellent or good result has become the objective of both patients and caretakers. The prediction of a fair or bad result after classical choice can be determinant.

Material and methods: Four measures of asymmetry captured in digital photographs from 30 patients with breast cancer (each of them in 4 positions: face arms down, face arms up, both sides arms up), taken before BCCT, were subjectively evaluated aiming at the prediction of their transformation due to treatment. Based upon given clinical informa-

tion (age, tumour size and location, axillary status, thoracic perimeter, bra number and cup size) and the expert subjective evaluation of displayed photographs, we developed a learning model to predict the degree of asymmetry over those 4 measures: (Breast Retraction Assessment: BRA; Breast Contour Difference: BCD; Lower Breast Contour: LBC; Breast Area Difference: BAD), the final global asymmetry and the aesthetic result. In each case we assumed that a "standard" breast-conserving procedure would be performed. Each intelligent system was trained to predict the aforementioned asymmetries measures from 60% of the patients as well to ascertain the final global asymmetry and the aesthetic result. Agreement between expert subjective and objective prediction (model) was calculated using the Linear Coefficient Correlation ($p = 1$ means highest agreement). Correlation between clinical information and prediction of results was also analysed.

Results: A moderate performance was obtained: BRA ($p = 0.76$), LBC ($p = 0.75$), BAD ($p = 0.38$), BCD ($p = 0.49$), final global asymmetry ($p = 0.50$) and aesthetic result ($p = 0.70$). From provided clinical factors, tumour size alone correlated well with: BRA, BAD, final global asymmetry and aesthetic result. LBC required age, tumour size, thoracic perimeter and bra number and BCD required tumour size, thoracic perimeter, bra number and cup size.

Conclusions: The developed algorithm was capable, with moderate agreement, to predict the 30th postoperative day asymmetry measures. The most important clinical information for each measure was studied. A larger number of patients and a subjective evaluation from a larger group of experts are needed to validate the model.

TÉCNICA MINI-INVASIVA PARA LA BIOPSIA DE LA CADENA MAMARIA INTERNA

Garello N¹; del Castillo A¹; del Castillo S²; Pierotti E³; Gorostiaga B²; Medeot V⁴; Valfré R⁴

¹Instituto Modelo de Ginecología y Obstetricia. Maternidad Nacional. Universidad Nacional de Córdoba, Senología; ²Instituto Modelo de Ginecología y Obstetricia, Senología; ³Instituto Modelo de Ginecología y Obstetricia. Maternidad Nacional. Universidad Nacional de Córdoba; Senología; ⁴Instituto Modelo de Ginecología y Obstetricia. Maternidad Nacional. Universidad Nacional de Córdoba, Senología. Argentina

Introducción: El abordaje quirúrgico de la cadena mamaria interna comenzó a principios del siglo XX con Handley. Grandes resecciones de cartílagos y esternón junto con la remoción de los ganglios intercostales fueron las técnicas desarrolladas por Urban, Margottini y Veronesi asignándole el nombre de mastectomía radical extendida. Veronesi et al. comunicaron en 1999, los resultados a 30 años donde informan que no mejora la supervivencia pero le atribuyen un protagonismo activo en la estadificación. En conjunto con la biopsia del ganglio centinela axilar el estudio de estos 2 filtros primarios permite el conocimiento preciso de la extensión de la enfermedad para planear a medida el tratamiento radiante y sistémico adyuvante. Su compromiso exclusivo es

infrecuente (< 10%) siendo más frecuente en tumores de cuadrantes internos y centrales y más aun cuando hay compromiso axilar.

Objetivo: Mostrar técnica mini-invasiva de biopsia de ganglios de la cadena mamaria interna.

Material y métodos: En primera instancia se realiza la cirugía correspondiente al tumor mamario (mastectomía o cuadrantectomía) mas el abordaje de la axila (ganglio centinela y/o vaciamiento axilar). Todos los tumores fueron de cuadrante internos y centrales y cuando se realizó el tratamiento conservador se utilizó la misma incisión. La investigación de los ganglios de la cadena mamaria interna puede realizarse de 2 maneras: guiados por el gamma probe (previa inyección de Tc 99 peritumoral y en la fascia profunda) o guiados por un criterio anatómico según los trabajos de Veronesi et al. La linfa de los cuadrantes internos drena a diferentes espacios intercostales dependiendo de los cuadrantes. Al 1° y 2° espacio drena la linfa de los cuadrantes superiores y al 3° y 4° espacio la de los cuadrantes inferiores. Una vez que encontramos el músculo pectoral mayor identificamos con reparos anatómicos el 2 y 3 espacio intercostal. Realizamos una pequeña apertura de las fibras esternas del pectoral mayor. Luego separamos los músculos intercostales a veces liberando una de sus inserciones a nivel costal. Se identifican los vasos mamarios internos. Si contamos con el gamma probe, la búsqueda es más sencilla. Caso contrario buscamos los ganglios según su localización más frecuente: paravascular externos e internos, rara vez intervásculos y retrocondrales. Estudio patológico en diferido. Se controla hemostasia y se sutura el músculo pectoral.

Conclusión: Esta técnica mini-invasiva permite estadificar correctamente a la paciente con casi nulas complicaciones y excelente tolerancia durante el postoperatorio.

DISMINUCIÓN DEL FACTOR DE TRANSCRIPCIÓN TWIST EN CÉLULAS DE CÁNCER DE MAMA INDUCIDA POR DEFICIENCIA NUTRICIONAL Y EL TRATAMIENTO CON 5-FLUOROURACILO

Escobar-Cabrera J¹; Rodríguez-Torres A²; Berumen-Segura L²; García-Alcocer M²

¹Universidad Autónoma de Querétaro, Facultad de Química, Facultad de Ciencias Naturales; ²Universidad Autónoma de Querétaro, Facultad de Química. México

El cáncer es la segunda causa de muerte a nivel mundial, que se caracteriza por el incremento en la proliferación celular (OMS, 2009) y el posible desarrollo de metástasis. En el cáncer de mama aumenta el factor de transcripción Twist, el cual participa en la regulación de la migración celular, y ha sido asociado con el desarrollo de metástasis (Cheng et al., 2007). Entre los tratamientos para el cáncer de mama se encuentra la quimioterapia con 5-Fluorouracilo, que inhibe la síntesis proteica y la duplicación del DNA (Matuo et al., 2009). Las pacientes tratadas con quimioterapia frecuentemente presentan desnutrición (García-Luna et al., 2006). Con base a lo anterior, en este trabajo se estudió en cultivos de la línea celular de cáncer de mama MDA-MB-231, el

efecto de la desnutrición y el tratamiento con 5-Fluorouracilo, en la viabilidad celular y los cambios en la proteína Twist con Western Blot. Los resultados obtenidos indican que el 5-Fluorouracilo (50 micromolar) induce disminución significativa en la viabilidad celular. En los estudios proteómicos se observó la disminución del factor de transcripción Twist en las células tratadas con 5-Fluorouracilo y con deficiencia de aminoácidos no esenciales. Con estos resultados se concluye que el factor de transcripción Twist disminuye en las células tratadas con deficiencia nutricional y 5-Fluorouracilo.

RESULTADOS EN LA AUTOEVALUACIÓN DE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA EN LA UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA DEL HOSPITAL DE LA MUJER (HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO) PERIODO 2008-2009.

Fernández-Macías R¹; Alarcón-del Agua I²; Sousa-Vaquero J³; de León -Carrillo J³; Alfaro-Galán L³; Fernández-Venegas M³; Fernández-López R⁴; Torrejón-Cardoso R¹

¹Hospital de la Mujer (HUVR), Ginecología, Obstetricia, Patología Mamaria y Oncología de la Mujer; ²Hospital General (HUVR), Cirugía General y Digestivo; ³Hospital de la Mujer (HUVR), Unidad de Patología Mamaria; ⁴Hospital General (HUVR), Medicina Nuclear. Cádiz. España

Objetivos: Evaluar la calidad de la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) en nuestro centro.

Material y métodos: Se incluyeron de forma consecutiva y prospectiva 416 pacientes diagnosticadas de carcinoma infiltrante de mama y carcinoma intraductal extenso, con comedonecrosis y/o de alto grado, en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital de la Mujer, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, en el período de tiempo comprendido entre 2008 y 2009. Se analizaron los resultados de la prestación de acuerdo con los criterios de evaluación y los estándares de calidad propuestos en la reunión de consenso sobre la BSGC en el cáncer de mama de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria (SESPM) de Madrid, 2007.

Resultados: Hemos obtenido una mejora en el 45% de los estándares, independientemente de si se produciría o no un cambio de nivel. La autoevaluación continuada nos ha permitido mejorar estándares como son la eficacia de detección en un 3%, la tasa de ganglios extra-axilares se ha incrementado en un 79% y la tasa de micrometástasis ha pasado del 1.5 al 10%. Actualmente, en cuanto al valor más prevalente en los 32 criterios de evaluación, hemos obtenido 16 de ellos con un estándar III, 15 con un estándar II y 1 con un estándar 0, justificado por tratarse del criterio "Estudio diferido del GC con cortes seriados e IHQ", dado que en nuestro centro se realiza el análisis intraoperatorio del GC con la técnica OSNA ck-19, eliminando la necesidad de estudio postoperatorio. En cuanto al criterio "Promedio de casos anuales por equipo profesional", se prevé alcanzar un nivel III este año, dado que hemos aumentado nuestra casuística sensiblemente (200 casos de BSGC de Enero a Julio de 2010).

Conclusiones: La autoevaluación continuada nos permite mejorar nuestra práctica clínica diaria y utilizando los estándares de calidad podemos homogeneizar todas las series. Actualmente nos encontramos en un Nivel III Valor 65.

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA INMEDIATA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

Ocón-Moraleda E; Benítez-Toledo L; Maañon-Di Leo J; Carrasco-Trigueros M

Ginecología y Obstetricia; Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España

Objetivos: la reconstrucción mamaria forma parte del tratamiento integral de la mujer con cáncer de mama. Puede realizarse de forma inmediata durante la cirugía oncológica o de forma diferida después de los tratamientos adyuvantes. El objetivo de esta comunicación es aportar y describir nuestra experiencia en mujeres con mastectomía y a las que se realiza reconstrucción mamaria inmediata y las complicaciones de esta cirugía.

Material y métodos: es un estudio descriptivo de las pacientes con cáncer de mama diagnosticado desde el año 2005, a las que se ha realizado reconstrucción mamaria. Se registraron el tipo de reconstrucción, la localización de la prótesis, la estancia media hospitalaria y las complicaciones que presentaron las pacientes.

Resultados: Durante el periodo de estudio, desde enero de 2005 y mayo de 2010, un total de 105 mujeres con cáncer de mama fueron sometidas a una mastectomía con reconstrucción mamaria. En 90% de los casos se realizó una reconstrucción mamaria con prótesis y en 10% se llevó a cabo una reconstrucción con un colgajo de músculo dorsal ancho y prótesis. Casos de reconstrucción inmediata La inserción de la prótesis fue submuscular total en 80 %casos Y submuscular parcial en 20%. Las complicaciones asociadas a las reconstrucciones que requieren reintervención, reingreso o prolongación de la estancia alcanzan un 13,3% de los casos. Fallos de la reconstrucción con retirada de prótesis se registraron en un 21,9% de los casos. La estancia media fue de 4,5 días (rango 3-7 días).

Conclusiones: Actualmente, la reconstrucción mamaria inmediata en enfermas seleccionadas forma parte del tratamiento integral de la mujer con cáncer de mama. Las complicaciones generales registradas alcanzan hasta un 45%, siendo los factores de riesgo asociados más importantes la quimioterapia neoadyuvante y la edad de la paciente. La utilización de una mastectomía ahorradora de piel en la reconstrucción mamaria favorece el resultado final al conservar el contorno mamario original y resistir los tratamientos adyuvantes.

MICROMETÁSTASIS EN BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA

Benítez-Toledo L¹; Ocón-Moraleda E²; Rohde-Calleja J¹; Maañon-Di Leo J¹

Ginecología y Obstetricia; Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga. España

Objetivos: Determinar en las pacientes con cáncer de mama que han presentado micrometástasis en la biopsia selectiva del ganglio centinela, si se requiere linfadenectomía axilar completa y tratamiento adyuvante. Factores de riesgo asociados.

Material y método: Se trata de un estudio descriptivo, observacional, realizado mediante revisión de historias clínicas de pacientes diagnosticadas de cáncer de mama, en las que se han identificado micrometástasis en la biopsia selectiva del ganglio centinela. Se recogen pacientes intervenidas desde Enero de 2008 hasta Mayo de 2010, con un total de 124 pacientes a las que se les realiza BSGC. La edad media de las pacientes comprendió un rango entre 28-82 años. Se aplicó en estadios iniciales de la enfermedad, en tumores menores de 3cm, y con axilas clínica y ecográficamente negativas.

Resultados: Un total de 124 casos, de los cuales 22 casos tuvieron afectación metastásica en la biopsia intraoperatoria, y 6 casos fueron falsos negativos con hallazgo de micrometástasis en la biopsia diferida. De los casos que se sometieron a linfadenectomía axilar en el mismo acto quirúrgico, en 4 casos había 2 ganglios linfáticos axilares afectados, sólo en un caso hubo más de 3 ganglios afectos, y en el resto sólo había afectación de micrometástasis en el GC. En ningún caso de los falsos negativos hubo hallazgos de afectación axilar, con el diagnóstico de micrometástasis en el GC.

Conclusiones: La BSGC presenta alta sensibilidad y eficacia técnica, que son los que determinan la eficiencia de la misma. La BSGC, no sólo es un método alternativo a la linfadenectomía axilar, sino que mejora significativamente la estadificación, por su capacidad de detectar micrometástasis o bien metástasis en GC extraxilares.

TÉCNICA DEL GANGLIO CENTINELA EN PACIENTE CON CARCINOMA DE MAMA CON AUMENTOPLASTIA MAMARIA PREVIA POR VÍA AXILAR

del Castillo A

Instituto Modelo de Ginecología y Obstetricia (IMGO). Milano, Italy

Introducción: En los últimos años, se ha debatido sobre la factibilidad de investigar el ganglio centinela en aquellas pacientes con cirugías axilares previas. La cirugía axilar previa se considera una contraindicación relativa para realizar esta técnica

Material y métodos: Se presenta un caso clínico de una mujer de 53 años con diagnóstico de cáncer de mama ductal microinvasor en cuadrante superointerno de mama izquierda en la que 4 años antes se había realizado aumentoplastia mamaria con colocación de prótesis por vía axilar. Se describe la técnica del ganglio centinela axilar y mamaria interna con método combinado (coloide radioactivo y azul patente)

Conclusiones: El procedimiento se pudo desarrollar sin inconvenientes, detectando el ganglio centinela axilar por ambos métodos.

TUMORACIÓN MAMARIA COMO MANIFESTACIÓN DE UN CARCINOMA POBREMENTE DIFERENCIADO DE OVARIO O PERITONEAL

González-Álvarez G; Pérez-Omeñaca F; Domínguez-Cunchillos F; Sanz-de Pablo M; Artieda-Soto C; Trujillo-Ascanio R; Fernández-Rico L; Segura-Pujolar L; Díaz-Chaveli C; Ortiz-Hurtado H

Cirugía General. Hospital Virgen del Camino. Almería. España

Mujer de 40 años de edad que consultó a su ginecólogo por nódulo en CSE de la mama derecha, indoloro, menor de 1 cm, móvil, de unos 20 días de evolución, motivo por el cual fue enviada a nuestra Unidad para estudio. Dos meses antes había acudido a Urgencias por tumoración suprapúbica, etiquetada de probable hernia inguinal, y 3 días antes de nuestra consulta nuevamente acudió a Urgencias por dolor en la zona suprapúbica. Se le realizó ecografía abdominal, informada como “pequeña cantidad de líquido libre intraperitoneal ecogénico, hemático o con alto contenido proteico, y formación sólida adyacente a la pared de la vejiga urinaria, sugestiva de tumor vesical”. E. Física: nódulo redondeado, bien delimitado, no doloroso, de unos 10 mm de diámetro mayor, no sospechoso de malignidad. Mamografía: no se observan imágenes sospechosas en el tejido mamario, destacando la existencia de imágenes sugestivas de adenopatías en la axila izquierda. Ecografía: adenopatías axilares bilaterales de gran tamaño, y adenopatías sospechosas supraclaviculares y laterocervicales bilaterales. El nódulo mamario en CSE de la mama derecha presenta características morfológicas similares a las adenopatías y un tamaño mayor de 8 mm. PAAF del nódulo mamario: informada como “citología maligna compatible con metástasis ganglionar linfática de carcinoma”. RMN: no demuestra imágenes de captación anormal en las mamas, a excepción del nódulo mencionado, localizado en CSE de la mama derecha. Biopsia del nódulo mamario: “metástasis por adenocarcinoma de probable origen ovárico”. TC toraco- abdominal: tumoración en cúpula vesical en su porción anterior, sugestiva de tumoración de uraco y masa en colon ascendente de 3,6 cm de diámetro. Adenopatías retroperitoneales múltiples. Con el diagnóstico de sospecha de tumoración ovárica o peritoneal, la paciente fue remitida al Servicio de Ginecología. La laparoscopia realizada objetivó ascitis moderada, útero normal, ovarios de aspecto quístico, aumentados de tamaño y con implantes tumorales en la superficie del ovario izquierdo, en Douglas, peritoneo parietal de la pelvis, cúpulas diafragmáticas, omento mayor, apéndice y serosa de intestino grueso. Se tomaron muestras informadas como “carcinoma pobremente diferenciado con patrón papilar focal compatible con carcinoma de ovario o primitivo de peritoneo”. El tratamiento propuesto fue quimioterapia con Carboplatino-AUC 5-Taxol durante 3 ciclos y cirugía citorrreductora si fuese posible. En el TC de control realizado dos meses después de la laparoscopia se observó disminución de toda la enfermedad descrita en el estudio previo sin clara enfermedad medible que permitiera valoración cuantitativa y criterio de respuesta parcial. Desaparición del derrame pleural y la ascitis y persistencia similar del engrosamiento de pared vesical. En el

momento actual la paciente sigue en tratamiento con quimioterapia.

CIRUGÍA DE REDUCCIÓN DEL RIESGO DE CÁNCER DE MAMA MASTECTOMÍA SUBCUTÁNEA PROFILÁCTICA CONTRALATERAL

Llopis-Martínez F; Giménez J; Arnal JL; Vázquez C
Cirugía. Instituto Valenciano de Oncología. España

Introducción: La Mastectomía Subcutánea Contralateral (MSPC), es una opción terapéutica indicada cada vez con mayor frecuencia por el aumento de la incidencia del Cáncer de Mama (CM) y su presentación en mujeres más jóvenes.

Objetivos: Evaluar los resultados de las MSPC intervenidas en el Instituto Valenciano de Oncología.

Material y métodos: Desde Noviembre de 1982 hasta Diciembre de 2009, se han realizado 45 MSPC a 45 mujeres con CM previo con una edad media de 43 años, con diagnóstico de CDI en 31, CLI en 10 y CDIS en 4 casos. 9 pacientes tenían mutación patogénica BRCA 1 ó 2. La MSPC se practicó una media de tres años del tratamiento del CM inicial. El informe patológico fue de benignidad en 31 casos, hiperplasia ductal atípica en 5, CLIS en 4, papilomatosis en 1, HLA en 1 y CDIS en 3.

Resultados: Con un seguimiento medio de 7,5 años, presentaron complicaciones 6 pacientes (13%) por extrusión de prótesis y una necrosis parcial del complejo areola-pezones. 9 pacientes fueron reintervenidas tardíamente por motivos estéticos. 4 pacientes presentaron recidiva local de la mama tratada de CM, 3 locales y 1 axilar y, 2 enfermedad metastásica (1 hepática y otra ósea). Solo 1 paciente de MSPC desarrollo CM en la zona retroareolar que se rescató con exéresis del tumor y vaciamiento axilar. 43 pacientes están actualmente vivas, 42 libres de enfermedad, 1 con enfermedad metastásica ósea y 2 fallecieron, 1 de cáncer gástrico y 1 de CM diseminado.

Conclusiones: La MSPC es una opción terapéutica en pacientes con CM previo y con alto riesgo de desarrollar CM contralateral. Nuevos estudios establezcan mejor las indicaciones, que deben ser individualizadas y consentidas por la paciente informada de su riesgo posibles complicaciones y beneficios.

CICATRIZ RADIAL DE LA MAMA: NUESTRA EXPERIENCIA CON 35 CASOS

Alarcón I¹; Fernández-Venegas M²; Fernández-Macías R²; Flores M¹; Sousa J¹; Alfaro L²; de León J¹; Padillo J¹
¹Cirugía General y del Aparato Digestivo; ²Ginecología y Obstetricia; ³Hospital Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

Objetivos: Presentamos una revisión de nuestra experiencia en cicatrices radiales de la mama. Analizando las importancia de dicho hallazgo y su asociación con cáncer.

Pacientes y Métodos: Realizamos la revisión de todos los casos de cicatriz radial con diagnóstico histológico que se presentaron en nuestro centro durante el periodo comprendido entre el año 2000 y marzo del 2008. Se encontraron un total de 35 casos. Para el análisis de los datos hemos realizado una base de datos incluyendo los siguientes parámetros: datos personales, antecedentes personales y/o familiares de interés para el cáncer de mama, motivo de consulta o procedencia del programa de detección precoz, localización y hallazgos mamográficos de la lesión, actitud diagnóstica/terapéutica, diagnóstico anatomopatológico y la asociación o no con cáncer.

Resultados: El rango de edad de nuestras pacientes diagnosticadas histológicamente de cicatriz radial osciló entre 29 y 75 años, de ellas la mitad se encuentran entre 50 y 60 años (P25-P75) y un promedio de 54 años. 14 de las 35 pacientes en estudio (un 40%) presentaba algún antecedente familiar considerado de riesgo para el cáncer de mama. 16 pacientes (45,71%) provenían del programa de detección precoz de cáncer de mama (PDP). El 80% se presentaron como imagen mamográfica sospechosa y un 20% como nódulo palpable. La forma más frecuente de presentación fue como distorsión arquitectural con 11 casos (31,43%), aunque en seis se hallaba asociada con una imagen estrellada con espículas más o menos finas. De las 35 pacientes con cicatriz radial 12 padecían cáncer de mama en el estudio histológico postquirúrgico (34,29%), mientras que el resto (65,71%) no presentaban cáncer, pero estaban asociadas a una amplia gama de fenómenos proliferativos (atípicos y no atípicos).

Conclusiones: A pesar de que la forma de presentación más frecuente de la cicatriz radial es en estudio mamográfico, la mayoría provenientes de programas de detección precoz, un 20% de nuestras pacientes debutaron con un nódulo palpable como sintoma inicial. La asociación con el cáncer de mama en nuestra serie del 34% se corresponde con las series encontradas en la literatura. Creemos aconsejable una actitud quirúrgica en los casos de cicatriz radial por su tasa de asociación con el cáncer de mama.

PROGNOSTIC FACTORS FOR TUMOR REDUCTION IN BREAST CANCER NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY

Baulies-Caballero S¹; Cusidó-Gimferrer M¹; González-Cao M²; Fargas -Fábregas F¹; Tresserra-Casas F³; Rodríguez-García I⁴; Úbeda-Hernández B⁵; Ara-Pérez C¹; Fábregas-Xaudaró R¹

¹Department of Obstetrics, Gynecology and Human Reproduction; ²Department of Medical Oncology; ³Department of Pathology; ⁴Statistics and Epidemiology Unit; ⁵Gynecologic Diagnostic Imaging. Institut Universitari Dexeus. Barcelona. España

Introduction: The addition of chemotherapy in breast cancer surgical treatment has shown a clear benefit in overall survival even if administered both before and after surgical procedure. The NSABP B-18 study demonstrated

an improved rate of neoadjuvant versus adjuvant chemotherapy in breast conservative surgery, including the benefit in terms of survival Study design: From 2000 to 2010, 78 patients in our Institution received neoadjuvant chemotherapy. The demographic data, tumor size, lymph node involvement, hormone receptors, radiological and pathological response according Miller and Payne (MP) classification and survival were reviewed.

Conclusions: The T2 group shows the same radiological and pathological response as the T3-T4 group. -Tumor size does not imply a difference in chemotherapy response. Chemotherapy can be given in small tumors. There is a tendency towards a greater pathological size reduction in those tumors treated with anthracyclines and taxanes. -Taxanes addition increases the effectiveness of chemotherapy

CIRUGÍA CONSERVADORA DE MAMA, APLICANDO PATRONES ONCOPLÁSTICOS: EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA GRUPO HOSPITEN.

Caballero R, García Robayna H, López C, Galván R, Morales M, Cabrera M.

Unidad de Patología Mamaria Grupo Hospiten

Se ha calculado que hasta el 40% de las cirugías conservadoras de la mama dejan problemas estéticos serios que recuerdan permanentemente la enfermedad y, en muchas ocasiones con peores efectos emocionales que la misma mastectomía. Esto se puede evitar con la planificación quirúrgica de la resección tumoral y valorar la mejor opción reconstructiva.

La cirugía oncoplástica permite la simultaneidad de procedimientos oncológicos y reconstructivos con el objetivo de lograr procedimientos que preserven la forma de la mama lo más cercana a una mama normal con una eficacia que cumpla los criterios oncológicos estrictos.

Se presenta una serie de resultados quirúrgicos de cirugía conservadora de nuestra unidad, aplicando criterios y patrones Oncoplásticos.

AXILLARY WEB SYNDROME

Gago FE, Orozco JIJ, Menciondo B

Gynecology Department, Universidad Nacional de Cuyo – Gynecology and Mastology Department, Hospital Italiano, Mendoza, Argentina

Introduction: Axillary web syndrome is a relatively frequent complication after axillary surgery, but documentation of this phenomenon is virtually nonexistent. It is characterized by axillary pain which generally goes down to the elbow or the hand and wrist, limiting shoulder abduction. Semiologically, palpation reveals painful tight cords in the inner arm, corresponding to a lymphovenous inflammation in the arm.

Objectives: To assess the frequency of this syndrome after axillary surgery, age, time of onset, clinical manifestations, the surgery which produced it and duration.

Material and methods: An observational study was carried out where we evaluated 238 axillary surgeries performed in our Department during 2008 and 2009, detecting this syndrome in 24 (10.1%) patients. We evaluated age, type of axillary surgery, time of onset, body mass index, clinical manifestations and evolution. The diagnosis in all patients was clinical and there was no need to perform any specific complementary tests.

Results: The mean age of onset was 51 years, the time of onset ranged from a minimum of 7 days to a maximum of 53 days, being the mean time 14.7 days. Of the 24 patients, a sentinel node biopsy was performed in 15 and axillary clearance was performed in 9. None of the patients had a BMI over 30. Most of the patients consulted after the first postoperative week because of pain in their arm, different degrees of limitation in shoulder abduction and, at clinical examination, thick and tight cords were detected in the inner part of the arm without painful and inflammatory signs during palpation. The treatment was symptomatic with anti-inflammatory and flebotonic drugs. All cases were completely resolved within 15 days to 1 month, and so far we have not observed any sequelae such as lymphedema.

Conclusions: Axillary web syndrome is a frequent complication during the early postoperative period in axillary surgery (10%); the age of onset was 51.2 years, which is slightly below the mean age of our patients operated for breast cancer (56.7 years), predominating in thin patients. This entity compels us to be attentive to the postoperative period in order to make an early diagnosis and prevent possible long term sequelae.