CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):916

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-543 - LINFOMA PRIMARIO DE MAMA: UN DIAGNÓSTICO INESPERADO

Carmona Agúndez, María[1]; Matito Díaz, María José[2]; Rodríguez Díaz, Manuel[2]; Correa Antúnez, María Isabel[2]; Amaya Lozano, José Luis[2]; García Castillo, Enrique[2]; Espada Guerrero, María José[2]

[1]Hospital Infanta Cristina, Badajoz; [2]Hospital Perpetuo Socorro, Badajoz.

Resumen

Introducción: Se presenta el caso de una paciente con tumor de mama el cual fue diagnosticado como linfoma primario no Hodgkin tras su extirpación. Se realizó una búsqueda bibliográfica con los términos: “breast lymphoma” y “folicular lymphomas”.

Caso clínico: Mujer de 67 años con antecedentes personales de diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemia y cardiopatía hipertensiva y antecedentes familiares de cáncer de mama en hermana y ovario en otra hermana. Consulta en nuestra unidad por nódulo palpable no doloroso en mama izquierda de ocho meses de evolución. A la exploración presentaba en cuadrante ínfero-interno hacia surco submamario una tumoración dura de unos 5 cm adherida al pectoral sin retracción cutánea. A nivel axilar no se palpaban adenopatías sospechosas. Se solicitó mamografía para filiar lesión en la cual no se observaban alteraciones patológicas del tejido mamario siendo informada como BIRADS 1. A pesar de ello, dada las características clínicas malignas del tumor se decidió realizar tumorectomía. El análisis anatomopatológico de la pieza fue informado como linfoma folicular grado 1 con afectación macroscópica de márgenes. La paciente fue derivada a Servicio de Hematología que solicitó estudio de extensión no observándose adenopatías patológicas a otros niveles. Fue diagnosticada de linfoma primario de mama estadio IAE de Ann Arbor y tratada con radioterapia sobre mama izquierda con dosis de 30 Gy sin precisar quimioterapia. Actualmente se encuentra asintomática y libre de enfermedad.

Discusión: El linfoma primario de mama es una enfermedad rara, representando el 0,05% de todos los cánceres de mama y el 1-2% de los linfomas extraganglionares. La edad media al diagnóstico es de 55 a 60 años. Aunque se suele presentar como una masa indolora no retráctil unilateral, el polimorfismo clínico es importante: nódulo de características benignas, engrosamiento difuso de la mama, lesión ulcerada... La afectación axilar ipsilateral está presente en el 30-40% de los casos. Los síntomas B son poco frecuentes. Nuestra paciente refería pérdida de 5 kg de peso en 5 meses pero no presentaba fiebre ni sudoración nocturna. La evaluación de la mama contralateral es esencial ya que el 10% de los casos son bilaterales. Los hallazgos radiológicos tampoco son específicos y varían desde la presencia de un nódulo espiculado hasta un aumento de densidad mamaria, por lo que es indispensable la biopsia de la lesión con estudio inmunohistoquímico para llegar al diagnóstico definitivo. La gran mayoría son linfomas no Hodgkin siendo el tipo histológico más frecuente el linfoma difuso de células B, seguido del linfoma folicular y el linfoma tipo MALT. El tratamiento depende del tipo histológico y casi siempre implica el uso de radio y quimioterapia. Se ha demostrado que la mastectomía no mejora la supervivencia ni el riesgo de recurrencia. En el caso

del linfoma folicular en estadio I se recomienda iniciar tratamiento con radioterapia siendo el uso de quimioterapia más controvertido. El pronóstico depende de la etapa clínica y la histología, presentando una supervivencia del 83% el estadio I y del 20% el II, según las series publicadas.

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados