



Cirugía Española

**CIRUGÍA
ESPAÑOLA**
Revista Oficial de la Asociación Española de Cirujanos

Volumen 92, Especial Congreso, Noviembre 2014

30 Congreso Nacional de Cirugía
Madrid, 15-17 de noviembre de 2014



www.elsevier.es/cirugia

P-522 - SARCOMA RADIOINDUCIDO TRAS TRATAMIENTO CONSERVADOR DE CÁNCER DE MAMA

M. Pedrosa Soler, P. González Noguera, S. Martínez Alcaide, M.E. Gómez, S. Mariner, J. Lorenzo, J.A. Casterá y J.B. Ballester Sapiña

Hospital de la Ribera, Alzira.

Resumen

Introducción: Los sarcomas radioinducidos de la pared torácica son una complicación infrecuente con una incidencia acumulada del 0,2% (0,03-1,9%) a los 10 años de la radioterapia. Fue descrito por Chibelius en 1828. En 1948 Cahan estableció unos criterios, modificados posteriormente por Arlen et al, para que un tumor se considere radioinducido: localización en área previamente irradiada, período de latencia de 3-5 años entre la exposición y el diagnóstico de sarcoma y confirmación histológica diferente a la de la neoplasia primaria.

Caso clínico: Describimos una paciente de 55 años remitida en el 2009 desde el screening de mama para valoración de nódulo en línea intercuadrántica externa mama izquierda. Se realizó cirugía conservadora mediante técnica SNOLL (*sentinel node and occult lesion localisation*). El ganglio centinela intraoperatorio resultó positivo con macrometástasis realizándose vaciamiento axilar en el mismo acto operatorio. El informe anatomopatológico definitivo resultó carcinoma ductal infiltrante pT1a (1,4 mm) N1 (1/20) Mx G1 RE 90% RP 90%, c-erb-B2 negativo. Tras ser remitida a Oncología recibió tratamiento adyuvante con quimioterapia (FEC \times 4 + Taxol \times 4) y radioterapia. A los 4 años tras la intervención acudió por presentar nódulo duro y doloroso de 3 cm en cuadrante inferoexterno mama izquierda. Tras ecografía y TAC torácico se identificaba una tumoración de partes blandas con contornos espiculados que infiltraba la musculatura de la pared torácica (músculo serrato anterior, y probablemente intercostales) sin signos de erosión de las costillas subyacentes (5º y 6º arcos costales). La BAG diagnosticó proliferación mesenquimal, sugestiva de tumor estromal de células fusiformes. El tratamiento quirúrgico consistió en resección en bloque de piel, tejidos blandos y pared torácica; y se cubrió el defecto con prótesis y colgajo del músculo dorsal ancho. El estudio anatomopatológico definitivo resultó ser un leiomiomasarcoma pleomórfico (sarcoma de alto grado) infiltrando tejidos blandos. Constituido por áreas extensamente fibroesclerosas y áreas más densamente celulares con células fusocelulares de marcado pleomorfismo, en las que no se observó necrosis, pero se contabilizaron hasta 20 mitosis en 10 campos a 40x. Su estudio inmunohistoquímico mostraba vimentina, actina, desmina y CD-10 positivas, y negatividad para Citoqueratina, S-100, CD-34, CD 45, CKAE1-AE3 p-63 y Desmina. Fue susceptible de QT adyuvante con adriamicina, vincristina y ciclofosfamida. Actualmente tras un año de seguimiento la paciente permanece libre de enfermedad.

Discusión: El leiomiomasarcoma radioinducido es un tumor raro dentro de la patología mamaria. Al igual que en los sarcomas primarios de mama el tamaño tumoral mayor de 5 cm y el grado histológico son los principales factores pronósticos. El subtipo histológico más frecuente es el angiosarcoma aunque se han descrito otros tras el tratamiento de cáncer de mama, como osteosarcomas, condrosarcomas,

rabdomiosarcomas, schwannomas malignos y leiomiosarcomas. La mayoría de estos tumores son de alto grado y suelen diagnosticarse en estadios avanzados, por ello, el diagnóstico precoz es esencial para el tratamiento adecuado. El pilar del tratamiento en estos tumores es la cirugía. Las metástasis en ganglios regionales son raras. Está indicado el tratamiento adyuvante con quimioterapia.