



P-145 - EXÉRESIS DE CARCINOMA PAPILAR INTRAQUÍSTICO MEDIANTE ECOGRAFÍA INTRAOPERATORIA

V. Gumbau Puchol, F. Villalba Ferrer, C. Martínez Pérez, I. Grifo Albalat, A. Melero Abellán, A. García-Vilanova Comas, J. Medrano y C.A. Fuster Diana

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Resumen

Introducción: Las lesiones mamarias intraquísticas son neoplasias infrecuentes, correspondiendo, en su gran mayoría a papilomas mamarios intraquísticos, y con menor frecuencia a carcinomas intraquísticos. El tratamiento quirúrgico mediante ecografía intraoperatoria (EI) permite la exéresis de lesiones palpables y no palpables pero visibles ecográficamente con márgenes amplios. Nuestro objetivo es aportar a la literatura un caso de carcinoma papilar intraquístico con tratamiento quirúrgico ecoguiado.

Caso clínico: Mujer de 43 años con telorrea uniorificial espontánea en mama izquierda de 3 meses de evolución. A la exploración no se palpan nódulos ni adenopatías. La citología muestra un fondo proteináceo con células espumosas sin observar células epiteliales. Se practica una mamografía en la que se observa una tumoración redondeada, bien definida, en LICEExt de mama izquierda. La ecografía evidencia una imagen anecoica de 4 × 3 cm, con formación ecogénica en su interior de 2 × 2 cm, con vasos tortuosos y de distribución penetrante. Se procede a la BAG de la lesión con el diagnóstico anatomopatológico de papiloma intraductal. Se procede a intervenir a la paciente quirúrgicamente. Durante la misma se practica el estudio ecográfico con la paciente en posición supina y brazo ipsilateral en abducción de 90° con transductor lineal de 7,5 MHz. Se localiza la lesión en el plano longitudinal y transversal determinando profundidad de la lesión y la distancia a la pared torácica. Se marca la zona para la incisión. Se prepara el campo operatorio cubriendo el transductor con una funda estéril y gel. Se practica incisión en la zona marcada siguiendo la disección peritumoral guiada por ecografía con límites superiores a 1 cm. Tras la exéresis de la pieza se evalúa con ecografía en inmersión confirmando la presencia de la lesión y los márgenes. La anatomía patológica definitiva informa de un carcinoma papilar in situ intraquístico de 2,5 cm, con márgenes libres a más de 1 cm asociado a mastopatía con áreas de epiteliosis y focos de mastitis lobulillar. La inmunohistoquímica de la tumoración muestra el siguiente perfil: RE(+++), RP(+++), C erb B2 (1+), CK14: (-), CK5/6: (-), Vimentina: (-), EGFR: (-)

Discusión: La ecografía intraoperatoria es un método alternativo a la localización con arpón de lesiones no palpables y es útil para la obtención de márgenes negativos tanto en lesiones palpables como no palpables. Permite realizar la incisión justo sobre la lesión, verificar su exéresis y márgenes sin tener que transportar la pieza al servicio de radiología. Es más cómodo para la paciente, puesto que no requiere la colocación de un arpón. El tratamiento complementario de los carcinomas papilares intraquísticos asociados a carcinoma ductal in situ debe ser manejado siguiendo las pautas de tratamiento del CDIS.