



P-564 - CIRUGÍA PALIATIVA EN CÁNCER DE MAMA LOCALMENTE AVANZADO

Pontes García, Alfonso Carlos; Gómez Infante, Marta; Rioja Torres, Pilar; León Salinas, Carlos; Torres Lorite, Manuela; Briceño Delgado, Francisco Javier

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Introducción: Son numerosos los casos de pacientes oncológicos de la práctica clínica habitual en donde la cirugía deja de ser una opción curativa, y pasa a ser una opción paliativa, para disminuir la carga de enfermedad o la sintomatología. En estos casos, las indicaciones de la cirugía son imprecisas, deben de ser individualizadas y dependen del estado del paciente, las enfermedades concomitantes, la intensidad de la sintomatología y la esperanza de la vida. Por otra parte, influye la dificultad del abordaje quirúrgico en aquellos tumores localmente muy avanzados que comprometen a otras estructuras, donde la cirugía debe de ser muy agresiva y repercute considerablemente en la morbimortalidad. Pero los beneficios desde el punto de vista de la calidad de vida pueden ser considerables, por lo que es necesario hacer una balanza entre el riesgo y el beneficio. Gracias al *screening* establecido del cáncer de mama, es poco frecuente ver pacientes con cáncer localmente avanzado, de ahí la presentación del caso.

Caso clínico: Paciente de 57 años con antecedente de sintomatología depresiva y rasgos esquizoides de la personalidad, que acude a consulta de Unidad de Patología Mamaria, derivada por Médico de Atención Primaria por presentar gran masa excrecente en mama derecha de unos 10 meses de evolución, maloliente y supurativa, que en las últimas semanas ha presentado episodios de hemorragias autolimitadas, asociado a intenso dolor y prurito. Refiere haber notado nódulo sólido en unión de cuadrantes superiores de dicha mama desde septiembre de 2014, pero dados los antecedentes personales no había consultado nunca. A la exploración, tumoración maligna, excrecente y ulcerada, con sangrado activo que ocupa toda la mama derecha extendiéndose a la totalidad hemitórax derecho, y del dorsal ancho sobreponiendo línea media. Se realiza TAC de tórax y abdomen informado de neoformación que provoca engrosamiento cutáneo, infiltrando el pectoral mayor y menor, sin afectación ósea. Una adenopatía infraclavicular derecha de 10 mm y dos adenopatías axilares izquierdas de 10 y 15 mm. Sin evidencia de afectación a distancia de otros órganos. En comité de tumores, se decide realización de mastectomía radical derecha para reducir sintomatología de la paciente y aumentar su calidad de vida. Dada la extensión de la lesión, se interviene junto a Cirugía Plástica, para realización de injertos de piel en zona expuesta una vez extirpada la lesión. Bajo anestesia general se realiza extirpación en bloque de masa tumoral hasta piel macroscópicamente sana, incluyendo región medial mama izquierda, satélites peritumorales, pectoral mayor y menor y pericondrio medial. Vena subclavia con afectación tumoral que se respeta y adenopatías subclaviculares que se extirpan. Se obtienen injertos de piel de piernas para cerrar defecto. En el postoperatorio la paciente evoluciona correctamente, con curas progresivas hasta conseguir cierre de defecto.

Discusión: En este caso, a pesar de la dificultad técnica y el tiempo de recuperación, la cirugía consigue una mejoría importante de la calidad de vida de la paciente. Por otra parte, la carga de enfermedad se disminuye

de manera considerable.