



P-488 - LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES ASOCIADO A IMPLANTE MAMARIO: REPORTE DE UN CASO

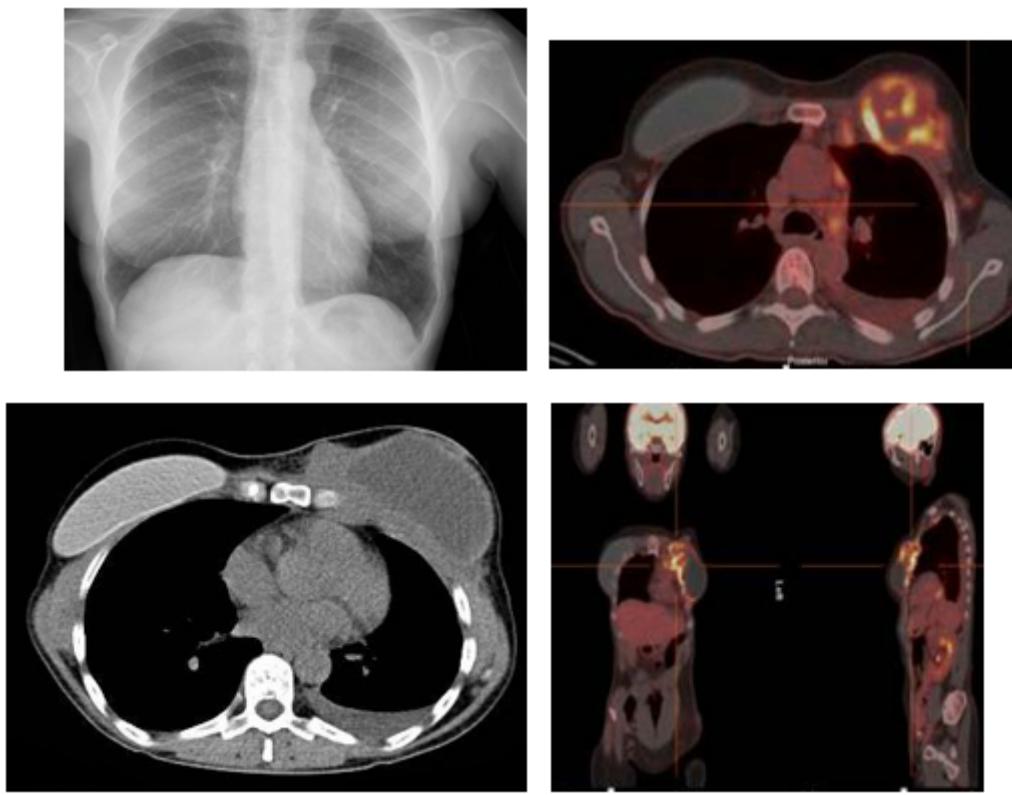
Rodríguez González, Pablo; Becerra Toro, Jose Antonio; Rodríguez Lora, Enrique Juan; Becerra González, Miguel; Pérez Quintero, Rocío; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Resumen

Introducción: Los linfomas de mama representan aproximadamente el 2% de todos los linfomas extranodales. La mayoría es de linaje de células B (de células grandes y asociado a mucosas MALT). El linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes mamarios (BIA-ALCL) es un linfoma periférico de células T poco común que surge alrededor de implantes mamarios colocados tanto por indicaciones reconstructivas como cosméticas. Considerada recientemente como entidad clínico-patológica única, se desconoce la incidencia exacta (estimada en 1% de todos los pacientes con prótesis mamaria). Es de evolución generalmente indolente y suele identificarse en pacientes sometidos a operaciones de revisión de implantes por seroma persistente de aparición tardía, aunque en ocasiones presentan contractura capsular o masas adyacentes al implante.

Caso clínico: Mujer de 52 años intervenida de mamoplastia por motivos estéticos con colocación de implantes retropectoral en 2005. En 2014 debuta con seromas de repetición en mama izquierda, retirándose dicho implante en 2015 en centro privado. Persisten las molestias y sensación de tumefacción por lo que acude a nuestras consultas. A la exploración se palpa la mama izquierda turgente, sin otros hallazgos. No se palpan adenopatías. En pruebas de imagen se observa seroma crónico con engrosamiento capsular y tejido irregular ocupando los bordes de la colección. Se visualiza asimismo masa sólida paraesternal izquierda de 4 × 5 cm, que se biopsia mediante ecografía. El material remitido presenta un infiltrado linfohistiocitario de predominio T, identificándose agrupaciones de células grandes, pleomórficas, de fenotipo CD30+/ALK-, compatible con linfoma anaplásico de células grandes asociado a prótesis. Para estadificación inicial de la enfermedad, se realiza PET-TC destacando un aumento de captación en la periferia del seroma y apreciando múltiples adenopatías hipermetabólicas sugestivas de malignidad en región axilar bilateral, así como en cadena mamaria interna, prevascular, parahiliar, subcarinal y diafragmática del lado izquierdo. Se decide tratamiento neoadyuvante (esquema CHOP 6 ciclos) con respuesta parcial, y posterior cirugía. Se realiza capsulectomía izquierda (la paciente no desea retirarse implante contralateral) y drenaje de seroma. La evolución posoperatoria es satisfactoria dándose de alta hospitalaria a los 2 días. Los hallazgos histológicos de la pieza y líquido son superponibles a los de la biopsia previa. Actualmente en seguimiento por Oncología.



Discusión: El BIA-ALCL es una entidad única rara que afecta la superficie luminal de la cápsula fibrosa que rodea el implante, de mayor incidencia en los implantes texturizados lo que ha motivado su retirada del mercado hace 2 años. Puede mostrar diversos grados de infiltración de la cápsula, tejido blando circundante o Del parénquima mamario. La evaluación de los casos sospechosos incluye examen bilateral de la mama, ecografía, aspiración del seroma y biopsia de la cápsula. El líquido del seroma se envía para cultivo y pruebas patológicas específicas como inmunohistoquímica CD30 y ALK. El tratamiento consiste en la extracción del implante y capsulectomía total. En enfermedad localizada su pronóstico es bueno, no siendo necesario tratamiento complementario. En caso de invasión de pared torácica irresecable o compromiso de los ganglios linfáticos regionales se recomienda quimioterapia complementaria, bien con esquema CHOP o con brentuximab vedotina.