



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-484 - CÉLULAS TUMORALES AISLADAS EN GANGLIO CENTINELA DE UNA LESIÓN PAPILAR BENIGNA

Arrieta Martínez, Clara Maria; Delgado Sánchez, Julia Amparo; Arcas Marín, Luz Maria; Calzado Baeza, Salvador Francisco

Hospital Santa Ana de Motril, Motril.

### Resumen

**Introducción:** Las lesiones papilares son un grupo heterogéneo que incluye el papiloma intraductal solitario benigno, papilomas atípicos y papilomas múltiples. Debido a su componente heterogéneo, se recomienda su extirpación para descartar hiperplasia o cáncer. Se estima que cuando el GC contiene CTA, la probabilidad de que haya metástasis en el resto de los ganglios es del 16%. A continuación, se expone un caso clínico con hallazgo anatomopatológico inesperado.

**Caso clínico:** Paciente de 53 años procedente de Marruecos, sin antecedentes familiares ni personales oncológicos y un parto natural. Acude a consulta de Cirugía General por lesión en crecimiento detectada por el PSCM, localizada en cuadrante superoexterno de la mama derecha. Biopsiada con anterioridad, se identificó parénquima mamario con esclerosis sin otras alteraciones. Aunque inicialmente había sido descrita de aspecto quístico y con componente mamelonado de 17mm sin flujo Doppler, compatible con papiloma intraquístico (BIRADS III), en el control ecográfico se manifestó un crecimiento de la lesión (36 mm) y la aparición de flujo Doppler color. Se realizó nueva corebiopsia en acto único, con el resultado de lesión con características de papiloma y metaplasia. Se propuso entonces la exéresis de la lesión para estudio histopatológico completa. A la exploración se objetivó una tumoración palpable de 3-4 cm en CSE de la mama derecha móvil. Sin alteraciones en la mama izquierda, ni axilares. Se realizó un patrón oncoplastico tipo horizontal con BSGC y se remitió de forma diferida grasa axilar. Los resultados intraoperatorios indicaron negatividad para la extensión axilar y bordes alejados de zona tumoral en la pieza mamaria. Los resultados anatomopatológicos definitivos expusieron que la tumoración se trataba de un papiloma intraductal, sin observarse neoplasia maligna infiltrante, pero sí existían células tumorales aisladas por inmunohistoquímica en el ganglio centinela (pN0 i+). No se identificó afectación en los ganglios encontrados en grasa axilar diferida. No se definió perfil hormonal ni tumoración primaria alternativa.

**Discusión:** Ante la sospecha de un posible Carcinoma Oculto, se decidió en el comité multidisciplinar realizar estudio de extensión con PETTC y RMN bilateral. No existía captación patológica en la primera de las pruebas realizadas y la RMN enfatizó la no afectación axilar bilateral, los cambios posquirúrgicos en mama derecha y la aparición de dos lesiones en mama izquierda: una localizada en CIE y otra en CSI como probable hemangioma, BIRADS 4a. En base a los resultados anteriores, se decidió solicitar una ecografía mamaria izquierda. Se informó como imágenes inespecíficas axilares y mamarias. Se tomaron biopsias de las áreas destacadas en RMN sin observar neoplasia. Ante la escasez de protocolos de actuación sobre CTA y basándonos en las recomendaciones actuales del IEO, que indican linfadenectomía axilar en caso de micrometástasis en GC ( $\geq 2$  mm), se decidió por comité multidisciplinar un seguimiento por el servicio de Cirugía General con la realización de ecografía y RMN bilateral cada 3 meses durante el primer año y

posteriormente, con la realización de mamografía semestral y RMN anual. Ambos estudios por el momento muestran la estabilización de los hallazgos siendo clasificados como BIRADS 2.