



www.elsevier.es/cirugia

V-250 - RESECCIÓN DE TUMORACIÓN NO PALPABLE DE MAMA, CON SEMILLA MAGNÉTICA, MEDIANTE ABORDAJE ONCOPLÁSTICO CON PATRÓN ROUND-BLOCK

Vicario Bravo, Marina; Ramos Martín, Pedro; Guevara Martínez, Jenny; Zapata Syro, Camilo; Corripio Sánchez, Ramon; Gómez Ramírez, Joaquín; Fondevila Campo, Constantino; York, Elisa

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: La cirugía conservadora en el cáncer de mama es la técnica de elección en los estadios iniciales, ya que presenta la misma supervivencia global y libre de enfermedad que tratamientos radicales cuando se complementa con radioterapia adyuvante. La mamoplastia circular o “Round Block” tiene como objetivo la prevención de deformidades yuxtareolares en tumores de mama. El principal efecto de este patrón es la disminución de la proyección mamaria con una mínima repercusión en el tamaño y en la altura del CAP. Presentamos el caso de una paciente con diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante de mama en intercuadrantes internos de la mama derecha.

Caso clínico: Paciente mujer de 47 años, con antecedentes oncológicos familiares. En contexto de cribado de cáncer de mama, se realiza mamografía donde se aprecia lesión subcentimétrica (4 mm), no palpable, en cuadrante supero-interno de mama derecha, sospechosa de malignidad (BIRADS 4). En la RM asocia realce no masa en probable relación con CDIS de hasta 30 mm. Ganglios axilares sin signos radiológicos de sospecha. Se realiza biopsia guiada por ecografía con diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante tipo Her 2 positivo que asocia CDIS. Se presenta el caso en comité multidisciplinar, indicando cirugía conservadora y BSGC. Antes de la cirugía se marca ganglio centinela con tecnecio 99 por parte del servicio de medicina nuclear (procedimiento estándar). Intraoperatoriamente, se inyecta verde de indocianina periareolar y se evidencia en tiempo real la migración de drenaje fluorescente, de forma transcutánea desde el punto de inyección hacia la axila. Mediante abierto axilar (incisión 3,5 cm), se detecta un ganglio centinela mediante fluorescencia. Se reseca y se confirma captación de tecnecio. Posteriormente se realiza incisión periareolar y creación de patrón oncoplástico tipo *round-block* con exéresis de la lesión. El posoperatorio transcurre sin incidencias, con alta precoz. El estudio anatomo-patológico definitivo concluye como diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante G2 de 5 mm, con bordes quirúrgicos libres, y un ganglio centinela sin evidencia de metástasis.

Discusión: La cirugía conservadora en el cáncer de mama se encuentra ampliamente asentada, aunque sigue siendo un reto en casos en los que el tamaño, localización tumoral o la distancia al complejo aréola-pezón no son favorables para obtener un buen resultado estético. Tener conocimientos de técnicas oncoplásticas permite al cirujano realizar escisiones más amplias y con mayor margen de seguridad.