

PATOLOGÍA DE LA MAMA

COMUNICACIONES ORALES

9 NOVIEMBRE 2006

SALA EL ESCORIAL

9.30 – 10.30

O-320 – O-325

O-320

UTILIDAD DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA MAMARIA EN EL ESTADIAJE DEL CÁNCER INFLTRANTE DE MAMA

C. Muñoz-Ramos Trayter, F. Salvans Mestre, J. Roura Onaindia, J. Bonfill Rodríguez, A. Sánchez, G. Pérez García, A. Arner Subias, y A. García Sanpedro

Hospital General de Catalunya Capio, San Cugat del Vallés.

Introducción: El tratamiento quirúrgico del cáncer de mama ha cambiado. Hemos ido disminuyendo la agresividad quirúrgica (C. Conservadora más Radioterapia, Ganglio centinela) a costa de aumentar la recidiva local de un 3% a un 10-15% según los estudios. Esto hace que actualmente tengamos que hacer un estadiaje clínico lo más exhaustivo posible para poder indicar el tratamiento quirúrgico mas adecuado a cada paciente.

Objetivos: Intentar mejorar el Estadiaje Clínico, determinando mejor el tamaño tumoral, la detección de Multicentricidad y Bilateralidad porque de ello dependerá la extensión de la resección mamaria y la fiabilidad de la detección del ganglio centinela, mediante RNM mamaria.

Material y métodos: En octubre de 2003 añadimos a nuestro protocolo de Estadiaje, que incluía la Exploración, Mamografía, Ecografía y Biopsia (BAG.) practicar una RNM a todas las pacientes diagnosticadas de Cáncer de Mama. Hemos incluido en este estudio a 61 pacientes diagnosticadas entre octubre de 2003 y marzo de 2006 en estadio T1-T2N0. Comparamos el tamaño detectado por Ecografía, RNM y Anatomía Patológica. Todas las lesiones sospechosas detectadas por RNM se biopsiaron preoperatoriamente, la mayoría fueron revaloradas y biopsiadas por ecografía.

Resultados: La RNM detectó 4 casos de tumores bilaterales 6,5%. La RNM detectó Multicentricidad en 16 casos y se confirmó en 13 casos 20%. Hay 4 falsos positivos y 1 falso negativo. Sensibilidad 92,3% Especificidad 92,3% VPP 75% VPN 97,9%. En 9 casos cambiamos la estrategia quirúrgica ante los hallazgos de la RNM 13,8%.

Conclusiones: La RNM es fiable para definir el tamaño de las lesiones con cierta tendencia a sobredimensionarlas. La RNM es útil para diagnosticar Multicentricidad y por lo tanto mejorar el estadiaje clínico de las pacientes con cáncer de mama. La RNM es muy útil para diagnosticar tumores bilaterales. La RNM modifica la actitud terapéutica.

O-321

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RESPUESTA PATOLÓGICA COMPLETA EN EL CARCINOMA INFLAMATORIO DE MAMA

M. Medarde Ferrer, I.T. Rubio, D. Sabadell y J. Xercavins

Hospital Universitario Vall D'Hebrón, Barcelona.

Introducción: El carcinoma inflamatorio supone del 1% al 6% de todos los carcinomas de mama. Con el avance en los tratamientos del cáncer de mama, la mortalidad por cáncer de mama ha disminuido en los últimos años. El tratamiento del carcinoma inflamatorio ha variado desde la realización de mastectomía radical como primer tratamiento a la incorporación de la quimioterapia neoadyuvante previa a la cirugía. La adición de diferentes tipos de quimioterapia también ha mejorado las respuestas patológicas y por tanto ha facilitado la realización de cirugía posterior. El objetivo de este estudio es analizar las características histológicas y el tipo de tratamiento que influyen en la respuesta patológica completa (RPC) a la quimioterapia neoadyuvante en los carcinomas inflamatorios de mama.

Material y métodos: Desde el año 1995 hasta el 2005 se han incluido todas las pacientes con carcinoma inflamatorio en este estudio. Las

pacientes recibieron diferentes protocolos de quimioterapia para carcinoma inflamatorio. Se ha realizado una revisión retrospectiva de la base de datos y se ha analizado la relación de la RPC en función del tipo de tumor, grado, receptores, Her-2-neu y tipo de régimen de quimioterapia.

Resultados: Se han incluido un total de 46 pacientes. La edad media es de 55 años (rango, 26-79). El tipo histológico fue un carcinoma ductal infiltrante en 40 pacientes (87%). La respuesta patológica completa, definida como ausencia de tumor invasivo en la mama y en los ganglios linfáticos axilares, se observó en 9 pacientes (19,6%). En 5 (55,5%) de estos pacientes los receptores de estrógeno y progesterona fueron negativos, mientras que el Her-2-neu resultó positivo. En 23 pacientes (50%) se administró Taxol como parte del régimen de quimioterapia incluidos todos los pacientes con respuesta patológica completa. De los 37 pacientes con respuesta patológica parcial o menor, 5 (13,5%) presentaron metástasis. Y de éstos, 4 fallecieron a consecuencia del cáncer de mama. Treinta pacientes (65,2%) están libres de enfermedad. Cuando se analizó la relación entre la RPC y las características tumorales, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la RPC y el grado de tumor, tipo histológico, receptores hormonales o Her-2-neu.

Conclusión: La RPC ha mejorado con la adición de taxanos al tratamiento de carcinoma inflamatorio. Aunque debido al pequeño número de la muestra, no se puede determinar que pacientes obtendrán una respuesta patológica completa en función de las características tumorales, si se puede observar que hay una tendencia favorable en aquellos pacientes con receptores hormonales negativos y Her-2-neu positivo.

O-322

CARCINOMA INTRADUCTAL DE MAMA CON MICROINVASION

P. Martí Cruchaga, V. Valenti, C. Pastor, I. Poveda, G. Zozaya, F. Martínez Regueira, G. Zornoza y J. Álvarez-Cienfuegos

Clinica Universitaria de Navarra, Pamplona.

Objetivos: La detección precoz del cáncer de mama ha incrementado de manera importante el diagnóstico de los carcinomas en estadios más precoces. Este estudio analiza una serie de CDIS con microinvasión y los principales factores que pueden establecer la mejor actitud terapéutica.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo de 225 casos de CDIS desde 1980, de los cuales 53 casos presentan microinvasión, categoría T1 mic de la AJCC. Se incluyen aspectos clínicos, morfológicos, histológicos, inmunohistoquímico, estado ganglionar y el tratamiento recibido, así como la evolución tras un seguimiento de 50 meses.

Resultados: La edad media de presentación fue de 50,5 años. El principal motivo de estudio fue una imagen mamográfica sospechosa (77,4%) y el segundo mas frecuente una masa palpable (15,1%). En el 85% de los tumores existían microcalcificaciones sospechosas, y el tamaño medio de la masa fue de 2,4 cm. La técnica quirúrgica se decidió en función del tamaño tumoral. En 24 pacientes se realizó cirugía conservadora, en 17 de las cuales además se practicó cirugía axilar. En 29 se realizó mastectomía, que en 15 casos se siguió de reconstrucción. Respecto al tipo tumoral, el comedo fue el más frecuente (51,8%) y en el 60% de estos se observó multifocalidad, además de un grado III histológico en el 39,3%. El comedo también mostró una mayor expresión del Ki 67 del p53 y del erbB2. Sin embargo la expresión de receptores estrogénicos fue menor para los comedos. La media de ganglios extraídos fue de 12,6, y en ninguno se observó afectación metastásica.

Conclusiones: El CDIS con microinfiltración no es una forma tumoral bien definida, ya que incluye diferentes conceptos según los autores. Algunos estudios muestran diferencias entre los tumores con un único foco de invasión o los que tienen varios. Es importante la minuciosidad del estudio de las microinvasiones y las características del tumor para poder decidir la mejor actitud terapéutica. No queda clara la actitud que se ha de seguir en la axila.

O-323

ESTUDIO DE LOS FACTORES CLÍNICO PATOLÓGICOS QUE AYUDAN A PREDECIR LA INVASIÓN DE LOS GANGLIOS NO CENTINELA EN LAS MUJERES CON CÁNCER DE MAMA EN ESTADIO TEMPRANO

D. Álvarez Martínez, F. Dobón, A. Serralta, J. Vaqué Urbaneja, M. Cortés Cerisuelo, A. Frangi, J. Arroyo, A. Tuzón y T. Mataix Pastor
Hospital La Fe, Valencia.

Introducción: En la actualidad son múltiples los estudios que tratan de comprender qué valores clínicos y patológicos predicen la afectación metastásica de los ganglios no centinela en el cáncer de mama en estadio temprano. A pesar de coincidir varios estudios en similares variables, no existe un modelo predictivo en esta materia que permita a los cirujanos actuar en consecuencia. Se discute a su vez si es necesario realizar la disección axilar completa en mujeres sin factores de riesgo con ganglio centinela positivo para metástasis.

Objetivo: Evaluar la asociación entre la afectación ganglionar metastásica y factores clínico-patológicos en las mujeres con cáncer de mama en estadio temprano (T1-T2)

Método: Se ha realizado un estudio retrospectivo con 63 pacientes intervenidas en las que se empleó la técnica del ganglio centinela. Dada la falta de consenso decidimos emplear 54 variables clínicas, patológicas y analíticas. Se procesaron los datos con SPSS v.13 para Windows. Los factores analizados fueron introducidos en el análisis en forma dicotómica, en función de su presencia o ausencia, cuando se trataba de variables categóricas o bien mediante la determinación de un valor de corte adecuado en variables continuas. Para el examen estadístico se utilizó la prueba χ^2 . Se usó el test *t student* en aquellas variables continuas contrastadas con la variable dependiente dicotómica: afectación ganglionar.

Resultados: Los siguientes factores presentaron significación estadística: invasión linfovascular ($p = 0,000$), diámetro del tumor mayor de 1,2 cm de diámetro mayor ($p = 0,002$), grado nuclear ($p = 0,009$), tumor palpable ($p = 0,010$), número de ganglios estudiados ($p = 0,000$)

Conclusiones: Coincidimos con la mayoría de las publicaciones previas en que el tamaño tumoral, la invasión linfovascular, la palpabilidad del tumor y el grado nuclear sirven como factores predictivos. No hemos incluido el tamaño de la metástasis en el ganglio centinela por no haber alcanzado el grado de significación suficiente. Consideramos que este factor debe ser revisado con detalle pues numerosas publicaciones lo incluyen ya como factor predictivo.

O-324

INFLUENCIA DE LA RMN PREOPERATORIA EN LA OBTENCIÓN DE MÁRGENES LIBRES EN LA CIRUGÍA CONSERVADORA DEL CÁNCER DE MAMA

J.I. Gil Izquierdo, L. Carrasco González, M. Martínez Galvez, J. Aguilar Jiménez, B. Andrés García, F. Ayala delapeña, E. García, M.S. Muelas Martínez, A. Chaves Benito, J.G. Martín Lorenzo y J.L. Aguayo Albasini
Hospital Morales Meseguer, Murcia.

Objetivos: Analizar la influencia de la RMN preoperatoria en la obtención de márgenes histológicos libres en la cirugía conservadora del cáncer de mama.

Materiales y método: *Diseño:* Estudio analítico retrospectivo antes-después. *Sujetos:* Grupo A: pacientes consecutivas con intervención por cáncer de mama, mediante cirugía conservadora sometidas a estudio prequirúrgico mediante Resonancia Magnética (IRM) ($n = 69$) entre Enero 2004 y Diciembre 2004. Grupo B (control): pacientes consecutivas intervenidas con cirugía conservadora por cáncer de mama desde el 1 de Enero de 2002 hasta el 31 de Diciembre de 2002 ($n = 77$) no sometidas a RM. *Método:* RM de 1,5 T de General Electric. Se consideró margen positivo: < 1 mm de margen de componente infiltrante o CDIS. *Estadística:* estudio comparativo de positividad de márgenes: test de Fisher.

Resultados: *Grupo B:* Tamaño tumoral: (media [rango]) 15,9 mm [2-42]; márgenes afectos: $n = 13$ (17%). *Grupo A:* Tamaño tumoral: (media [rango]): 19 mm (0-49) ($p > 0,05$); márgenes histológicos positivos: $n = 5$ (7%) ($p < 0,05$).

Conclusiones: La introducción de la RMN preoperatoria en la valoración de las pacientes susceptibles de cirugía conservadora por cáncer

de mama contribuye a la reducción de las reintervenciones por afectación de márgenes quirúrgicos.

O-325

VALORACIÓN POR RMN DE LA RESPUESTA A QUIMIOTERAPIA PRIMARIA EN CÁNCER DE MAMA

F. Martínez Regueira, F. Martínez Regueira, L. Pina, Y. Nieto, J.M. Aramendia, J.J. Sola, I. Poveda, G. Zozaya, M.J. Pons y G. Zornoza
Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona.

La Resonancia magnética nuclear de mama (RMN) tiene un papel cada vez mas importante en el diagnostico y seguimiento de las pacientes con cáncer de mama (CM). Una aplicación importante es la monitorización de la respuesta a la Quimioterapia neoadyuvante que se administra antes de la intervención quirúrgica.

Materia: 16 pacientes con CM fueron sometidos a quimioterapia neoadyuvante por presentar un tumor grande en 15 casos (tamaño medio: 4,34 m, rango = 2,5-6 cm) o por afectación axilar importante en uno. Se realizó RMN con estudio dinámico sin y con administración de Gadolinio iv. Se estudian 18 lesiones: una paciente tenía un tumor bilateral y otra un tumor multifocal. Se comparan los hallazgos en la RMN previa a la quimioterapia con los de una segunda RMN realizada al finalizar la quimioterapia y previa a la cirugía. Se analiza el valor diagnóstico de la RMN.

Resultados: En tres casos la RMN inicial aconsejó la mastectomía postquimioterapia al tratarse de tumores con afectación de la areola o pezón (2 casos) o por multifocalidad (1 caso). La RMN posterior mostró desaparición en 8 de las 12 lesiones; confirmandose en la biopsia en 6 casos, mientras que en otros dos casos la RMN no diagnóstico dos lesiones residuales de 1,6 y de 1 cm. En ocho casos la RMN posterior demostró reducción parcial (superior al 50% de la lesión previa) y la biopsia lo confirmó en todos ellos. En otras 2 lesiones la RMN no mostró cambios (reducción menor del 25%) y la biopsia lo confirmó en ambos. Se realizó cirugía conservadora en 13 pacientes (4 con desaparición, 5 con remisión parcial y 4 sin cambios) y mastectomía en 4 pacientes: dos con desaparición (un varón y un tumor con afectación de areola) y en otros dos con remisión parcial (uno multifocal y otro con afectación de areola).

Conclusiones: La RMN es gran utilidad en los pacientes con cáncer de mama tratados con quimioterapia primaria. En el diagnóstico inicial la RMN valorar tamaño y excluir bilateralidad y multifocalidad. La RMN postquimioterapia diagnóstica con elevada precisión los cambios en el tumor producidos por la quimioterapia ayudando de este modo a planificar el tipo de intervención quirúrgica.

9 NOVIEMBRE 2006

11.00 – 14.00

SALA EL ESCORIAL

O-326 – O-340

O-326

INFLUENCIA DE LA TÉCNICA SOBRE LOS DRENAJES LINFÁTICOS Y EL NÚMERO DE GANGLIOS CENTINELA EN EL CÁNCER DE MAMA

A. Piñero Madrona, F. Nicolás Ruiz, P.J. Galindo Fernández, J. Illana Moreno, M. Canteras Jordana y P. Parrilla Paricio
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La biopsia selectiva del ganglio centinela permite en el cáncer de mama una adecuada estadificación de la enfermedad con una mínima morbilidad. No obstante, existen diferencias técnicas en la realización y la planificación de la misma, difiriendo según los autores en el sitio de inyección del trazador y el uso de colorantes o no asociados al isótopo como las variaciones más frecuentes.

Objetivos: 1) Estudiar si existen diferencias en el número de ganglios centinelas aislados dependiendo de que se use técnica mixta o de isótopo sólo; y 2) Estudiar si existen diferencias en la aparición de más de un drenaje linfático y en el número de ganglios centinela, en función de que de la inyección del trazador sea periareolar o intra-peritumoral.

Pacientes y método: Se han estudiado de forma prospectiva 166 biopsias selectivas de ganglio centinela realizadas en 166 carcinomas de

mama (130 carcinomas ductales infiltrantes, 20 carcinomas intraductales, 11 carcinomas lobulillares infiltrantes 4 carcinomas microinfiltrantes y 1 caso de enfermedad de Paget). Correspondieron a 166 mujeres con una edad media de 55,96 años (rango: 25-84). Para el estudio de la técnica mixta o no se estudiaron dos grupos: uno de 110 casos (los primeros) en los que se usó la técnica mixta (isótopo (Nanocol®) y colorante (azul de isosulfán)) y otro de 56 en los que sólo se usó el isótopo. Para el segundo objetivo se estudiaron tres grupos: uno de inyección periareolar correspondiente a lesiones no palpables (n = 79), un segundo grupo de inyección peritumoral (n = 79) y un tercero (n = 8) de inyección intra y peritumoral. La metodología estadística utilizada fue un análisis de tablas de contingencia con test de la χ^2 para las variables cualitativas y un ANOVA para el estudio de las cuantitativas (con la modificación de Bonferroni cuando se estudiaban más de dos grupos). Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: 1) La media de ganglios centinela con técnica mixta fue de $1,58 \pm 0,82$ y con isótopo de $1,57 \pm 0,66$ ($p = 0,256$). 2) Aunque el número de drenajes a mamaria interna, además de a axila, fue mayor en los casos de inyección peritumoral (3 casos -3,7%-) e intratumoral (1 caso -12,5%-), también se vieron con la inyección periareolar (1 caso -1,2%-) y no mostraron diferencias significativas ($p = 0,178$). Por otro lado, los distintas vías de inyección no mostraron diferencias significativas en la media de ganglios identificados ($1,71 \pm 0,87$ en periareolar; $1,47 \pm 0,64$ en la peritumoral y $1,38 \pm 0,74$ en la intra-peritumoral - $p = 0,127$ -).

Conclusiones: 1) El número de ganglios centinela identificados no depende de usar una técnica mixta (de colorante e isótopo) o sólo isótopo como trazador ni de la vía de inyección del mismo. 2) La vía de inyección del trazador intra y peritumoral muestra mayor frecuencia de drenajes hacia mamaria interna que la periareolar (aunque sin ser estadísticamente significativa en nuestra serie).

O-327

QUIMIOTERAPIA DE INDUCCIÓN Y GANGLIO CENTINELA

E. Buch¹, G. Alcalá¹, M. Tajahuerce² y A. Galán¹

¹Hospital de Sagunto, Sagunto. ²Hospital de Provincial de Castellón, Castellón.

Objetivo: Valorar si en nuestro hospital la técnica del ganglio centinela sería útil para las mujeres con cáncer localmente avanzado, que necesitan quimioterapia de inducción (Qi).

Material: Hemos realizado un estudio retrospectivo de las mujeres intervenidas en nuestro hospital desde 1990 y que han recibido Qi. Hemos recogido datos del tamaño tumoral, ganglios axilares en mujeres con Qi o sin Qi y del informe de anatomía patológica.

Resultados: Desde 1990 a 2005 han sido intervenidas en nuestro centro 785 (282 han recibido Qi). El tamaño medio del tumor que han recibido Qi es de 5,26 (DE 2,5) y clínicamente N0 (cN0) el 61% de estas, de estos se confirmaron pN0 en el 57% de los casos (n = 97 pacientes). Tienen un tumor < 4,5 cm y son cN0 casi el 34% de las mujeres que van a recibir Qi y de estas el 56% se confirman pN0 (n = 54 pacientes). Tras recibir Qi son cN0 cerca del 80% de las pacientes, manteniendo pN0 en el 52% de ellas (n = 105 pacientes). Si valoramos el tamaño tumoral postQi junto al cN0 observamos que cuando es inferior a 3 cm el 87% es cN0 (manteniendo el pN0 en 56% de los casos (n = 83 pacientes)) y por debajo de 2 cm en el 91% (pN0 = 60% que equivale a n = 59 pacientes).

Conclusión: El vaciamiento axilar controla mejor que nada la enfermedad local, sin embargo no ha modificado la supervivencia de las pacientes. Existen ya, estudios a nivel internacional que avalan la técnica del ganglio centinela como herramienta útil para valorar la afectación axilar, sin embargo existe controversia en el momento de su realización. Según algunos autores la valoración debería realizarse preQi en aquellos con axila negativa, en nuestra serie el ? partes de las pacientes que iban a recibir Qi hubieran podido ser candidatas a ganglio centinela y de ellas mas de la mitad se hubieran ahorrado la morbilidad del vaciamiento axilar. Sin embargo un gran número de autores abogan por la valoración postQi, en nuestra casuística cerca del 80% de pacientes postQi tiene clínicamente cN0 y más de la mitad de ellas eran candidatas a respetar sus ganglios axilares, sin embargo si asociamos el valor de cN al del tamaño tumoral para la reducción de falsos negativos cada vez que disminuimos el tamaño tumoral mayor porcentaje de pacientes eran pN0 pero también a costa de disminuir el

número de paciente. Creemos que la técnica del ganglio centinela tiene un lugar en la valoración de la axila de las mujeres que ha desarrollado un cáncer de mama localmente avanzado y por lo tanto van a necesitar tratamiento quimioterápico de inducción, sin embargo el momento de su realización aún esta muy controvertido necesitando estudios con mayor poder estadístico, en nuestro caso con ambas posibilidades obtendríamos que una tercera parte de las pacientes se ahorrarían el vaciamiento axilar.

O-328

CIRUGÍA CONSERVADORA DEL CÁNCER DE MAMA CON ESTUDIO INTRAOPERATORIO DE MÁRGENES DE RESECCIÓN: RECIDIVAS LOCALES

C. Pastor Idoate, V. Valentí, I. Poveda, P. Martí, G. Zozaya,

F. Martínez Regueira, G. Zornoza y J. Álvarez-Cienfuegos

Clinica Universitaria de Navarra, Pamplona.

Introducción: La cirugía conservadora en el cáncer de mama (CM) complementada con radioterapia es una alternativa válida a la mastectomía en tumores de pequeño tamaño. Conseguir un adecuado margen de resección es un factor pronóstico fundamental, siendo este un concepto no bien definido y variable según distintos autores.

Objetivo: Analizar el valor del estudio histopatológico intraoperatorio de los márgenes de resección en la reducción de reintervenciones por afectación de márgenes quirúrgicos y del índice de recidivas locales.

Materia y métodos: Se analizaron 1.010 pacientes con diagnóstico de CM (< 3 cm) intervenidas en nuestro centro en los últimos 20 años. Se realizó cirugía conservadora con estudio intraoperatorio de márgenes quirúrgicos (distancia tumor-margen > 10 mm) complementando la cirugía axilar en los casos indicados. El estudio histopatológico mostró márgenes de resección libres inicialmente en 759 casos (75,14%); 194 de ellos con distancia tumor-margen < 10 mm en los que se amplió selectivamente de forma inmediata; 251 casos con afectación de márgenes procediéndose a ampliación y nuevo estudio y en 21 casos se realizó re-resección. El estudio definitivo fue de 71,4% pT1, 73,5% carcinomas ductales infiltrantes y 10,5% CDIS. Tras un seguimiento de 5 años se han observado 24 casos de recidivas locales (2,37%), 13 de ellas sobre el área de tumorectomía previa y el resto a una distancia del lecho tumoral > 3 cm o en otro cuadrante mamario.

Conclusión: El estudio histopatológico intraoperatorio en la cirugía conservadora del cáncer de mama constituye un aspecto fundamental para conseguir márgenes de resección adecuados disminuyendo así el índice de reintervenciones y de recidivas locales.

O-329

BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA TRAS QUIMIOTERAPIA PRIMARIA EN EL CÁNCER DE MAMA AVANZADO. ESTUDIO PILOTO

A. Gómez-Ortega, B. Dueñas Rodríguez, F. Jiménez Armenteros,

A.I. Rueda López, C. Ureña Tirao, G. Martínez Gallego y M. Medina

Cuadros

Complejo Hospitalario, Jaén.

Introducción: En el cáncer de mama existen tratamientos que han demostrado importantes beneficios para las pacientes, como son la quimioterapia primaria (QTP) o la cirugía conservadora. La evidencia científica ha demostrado también que en aquellas pacientes que han tenido una buena respuesta clínica tras la QTP la cirugía conservadora ha logrado un buen control de la enfermedad desde el punto de vista loco-regional. Por otro lado, la afectación axilar se ha considerado como uno de los factores pronósticos más importante en el cáncer de mama. Sin embargo la linfadenectomía conlleva una no desdeñable morbilidad. La alternativa pasa en la actualidad por la determinación del ganglio centinela (BSGC), técnica que está aceptada para los estadios iniciales pero no en aquellos que precisan QTP. Las principales razones esgrimidas fueron relativas al tamaño tumoral con la posibilidad de drenajes linfáticos múltiples y a la fibrosis que provoca la QT en la zona axilar. La BSGC en pacientes con buena respuesta tras QTP debería, para ser aceptada, cumplir con los mismos criterios de seguridad que en las pa-

cientes sin QTP como son la tasa de identificación del ganglio centinela y la tasa de falsos negativos.

Material y método: Incluimos de forma prospectiva desde abril de 2005 hasta febrero de 2006 un total de 25 pacientes protocolizadas a QTP. Se administran 6 ciclos y posteriormente se incluyen en nuestra unidad para la cirugía mamaria. En todas las enfermas incluidas en nuestro estudio se les realiza la determinación del ganglio centinela, independientemente del tipo de cirugía realizada, y posterior una linfadenectomía axilar completa. Se han recogido entre otros la edad, estado hormonal, tamaño tumoral y estadio, respuesta clínica y patológica, tipo de cirugía, estirpe tumoral, identificación del ganglio y correlación con el vaciamiento axilar.

Resultados: La edad media ha sido 48,7 años. Se practicaron 23 cirugía conservadora y sólo 2 MRM con expansor. Existió respuesta clínica en todas las pacientes siendo total en el 48%. El ganglio centinela se encontró en 24 casos (96%) de los casos y fue negativo en 23 pacientes (92%). La correlación fue del 100% sin encontrar en esta serie ningún falso negativo. La respuesta patológica completa se logró en 4 pacientes (16%). Se evidenció una micrometástasis en el ganglio centinela en una paciente.

Conclusiones: Es preciso ampliar la serie para obtener mayor evidencia científica. Lo publicado hasta el momento parece sustentar que la BSGC es aplicable en pacientes que han recibido QTP. En la actualidad no existe evidencia científica que avalen los beneficios de la BSGC tras QTP por lo que tan sólo debe desarrollarse en el contexto de ensayos clínicos completada con linfadenectomía. El mapeo linfático debe realizarse con radioisótopo sólo o combinado con colorante. La aplicación de la técnica es más segura en pacientes con tumores de inicio menores de 4 cm con axila clínica y radiológicamente negativa.

O-330

LOCALIZACIÓN DE LESIONES NO PALPABLES DE MAMA (ROLL). EXPERIENCIA EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA

J.M. Molina Martín de la Sierra, B.J. Menchén Trujillo, C. Manzanares Campillo, R. Pardo García, M. Cortes Romera, Y. Torres Sousa, D. Padilla Valverde, A. Jara Sánchez, P. Villarejo Campos, A. López Useros y J. Martín Fernández
Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Introducción: La utilización de programas de screening para la detección precoz del cáncer de mama ha aumentado la detección de lesiones no palpables (LNP). La técnica denominada ROLL (Radioisotope for Occult Lesion Localisation) se ha mostrado eficaz en la detección de estas lesiones, permitiendo la escisión de la lesión con márgenes adecuados y un mejor resultado estético. Describimos la experiencia en nuestro hospital con esta técnica.

Material y métodos: Entre Mayo 2003 y Diciembre 2005, hemos realizado la técnica a 85 pacientes, procedentes del PDPCM. Se realiza marcaje mediante punción con una dosis intralesional de 18.5 MBq de MAA-99mTc mediante mamografía/estereotaxia y/o ecografía seguido de imágenes gammagráficas estáticas de comprobación. 1) Se realiza marcaje cutáneo de la situación de la lesión. 2) La biopsia quirúrgica se realiza por una pequeña incisión en la mama guiado por sonda gamma detectora. 3) La ausencia de actividad en el lecho de biopsia confirma la exéresis completa de la lesión. Se procede a confirmación radiológica de la pieza. Los pacientes son incluidos en nuestro programa de CMA.

Resultados: La edad media fue de 52,58 (rango 32-83). Las lesiones fueron BIRADS IV 32 casos, V en 6 casos y III en 5 casos, correspondiendo a microcalcificaciones 56% de los casos, nódulos en el 20% de los casos y lesiones estrelladas en el 24% de los casos. Las lesiones malignas biopsiadas fueron Ca. ductal infiltrante en 15,3% de los casos, Ca. ductal in situ en 7,2% de los casos y Ca. lobulillar infiltrante en el 1,9% de los casos. Se apreció la presencia de hematoma postoperatorio en 4 casos. Se excluyeron 2 casos por problemas técnicos con la sonda. En los restantes se localizaron de forma adecuada la lesión.

Conclusión: La biopsia de LNP de mama siguiendo la técnica de ROLL resulta fiable y segura, garantizando una adecuada localización de la lesión, menor cantidad de tejido sano resecado, facilidad de la intervención y menor tiempo quirúrgico, así como buena tolerancia para las pacientes.

O-331

MASTECTOMÍA SUBCUTÁNEA BILATERAL: TÉCNICA QUIRÚRGICA EN EL TRATAMIENTO DE LESIONES PREMALIGNAS MAMARIAS

C. Buqueras Bujosa, J. Piñol Suñé, J. Robres Puig, V. González y E. Bachs

Hospital General de L'Hospitalet, Consorci Sanitari Integral, Barcelona.

Introducción: La Mastectomía subcutánea bilateral ha sido utilizada como una técnica preventiva del cáncer de mama; no obstante sus indicaciones son tema de controversia aún en la actualidad. Presentamos nuestro estudio y hacemos una revisión sobre nuestra casuística en los últimos 18 años (entre 1988-2006).

Material y métodos: Analizamos 125 pacientes sometidas a Mastectomía subcutánea bilateral de las cuales: 54 presentaban una Mastopatía fibroquística proliferativa (MFQ), 26 eran portadoras de un carcinoma ductal infiltrante (CDI) y 45 casos presentaban un carcinoma intraductal (CDIS), centrándonos en estas últimas. Revisamos correlación del estudio anatomopatológico, técnica quirúrgica, complicaciones, resultado estético y seguimiento.

Resultados: La edad media de nuestras pacientes fue 51,3 años. Se consiguió control completo de la enfermedad en todos los casos afectos de CDIS. Se confirma con el examen histológico la presencia de atipia celular en el 33,8% del tejido mamario ipsilateral y en 4 pacientes se hallaron focos de CDIS contralateral. Se evitó la radioterapia en todas las pacientes, obteniéndose resultados estéticos satisfactorios en el 89%.

Conclusión: La Mastectomía Subcutánea bilateral realizada con criterios oncológicos no es una técnica inferior a la mastectomía radical en el tratamiento del cáncer de mama y mastopatía de riesgo, siendo un tratamiento definitivo con reconstrucción inmediata. La preservación cutánea no acarrea riesgos adicionales de recidiva, evitándose tratamiento con radioterapia en todas las pacientes, con resultados estético-cosmético satisfactorios, consiguiéndose reducir el trauma psicológico asociado a la cirugía mamaria deformante.

O-332

INYECCIÓN SUBAREOLAR EN LA DETECCIÓN DEL GANGLIO CENTINELA EN EL CÁNCER DE MAMA: CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA

F.M. Armas Serrano, C. Perera Romero, V. Vega Benítez, I. Gutiérrez Giner, C. Jiménez Medina, M.J. Hernández Briz, J.A. García y V. Nuñez
Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivo: Presentar nuestra experiencia con la inyección subareolar en la detección del ganglio centinela (GC) en pacientes con cáncer de mama (CM).

Material y método: 250 pacientes con lesiones sospechosas o confirmadas de CM fueron remitidas para detección del GC (68% detectadas por screening y 32% por manifestaciones clínicas). Para la biopsia del GC se utilizó ^{99m}Tc-nanocoloides (30 MBq en 2 ml) en inyección subareolar única. Las imágenes se adquirieron a los 10 min 3 horas y la cirugía se llevó a cabo a las 2-6 horas, con resección radioguiada del GC. Además, en determinados casos se resecaron algunos ganglios no centinelas por proximidad o sospecha de malignidad. Se practicó linfadenectomía axilar en casos de afectación metastásica del GC, y cuando no se produjo migración del trazador.

Resultados: En 246 pacientes se detectó gammagráficamente al menos 1 GC y en 4 casos (1,6%) no se evidenció drenaje. Se visualizaron 1,69 ± 0,72 ganglios por paciente y en 10 casos (3,72%) drenaje a mamaria interna. La detección quirúrgica del GC fue del 100%, con una media de 2,9 ± 1,97 GC extirpados por paciente. Tras el análisis histopatológico se observó: 78,1% carcinoma ductal infiltrante, 6,2% carcinoma lobulillar infiltrante, 6,7% carcinoma "in situ", 4,8% otras histologías, 4,3% lesiones benignas y una media del tamaño tumoral de 1,7 ± 0,95 cm. En 84 pacientes (34,1%) el GC mostró afectación tumoral y en 162 (65,9%) no, evitándose en ellas la linfadenectomía axilar. En 33 (39,3%) pacientes el único ganglio afectado fue el centinela. Hubo 2 casos de falsos negativos con ganglios no centinelas afectados.

Conclusiones: 1. En nuestra experiencia, la exéresis radioguiada del GC es una técnica eficaz que consigue evitar la linfadenectomía axilar en un alto porcentaje de pacientes con cáncer de mama. 2. La inyec-

ción subareolar del radiotrazador muestra una alta eficacia técnica en la biopsia del GC en pacientes con cáncer de mama 3. Para evitar las consecuencias de un resultado falso negativo es recomendable la resección de otros ganglios no centinelas macroscópicamente sospechosos de malignidad.

O-333

LOCALIZACIÓN DE LESIONES OCULTAS DE CÁNCER DE MAMA Y DEL GANGLIO CENTINELA MEDIANTE UNA PUNCIÓN ÚNICA

M. Segura Badia, M. Ortega Sánchez, J. Solsona Martínez, V. Junca Valdor, S. Puig Compañó, J.A. Pereira Rodríguez, A. Segura Roca, J.M. Corominas Serra, S. Vidal-Sicart, T. Maristany Daunert y L. Grande Posa

Hospital Universitario del Mar, Barcelona.

Introducción: Debido a que las lesiones no palpables también se pueden beneficiar de la biopsia selectiva del ganglio centinela (GC), es muy útil la técnica de localización de lesiones ocultas mediante radiotrazadores (ROLL) cuando la lesión es visible por ecografía. El objetivo del estudio fue detectar el GC y obtener una correcta localización de las lesiones no palpables utilizando el mismo radiotrazador en inyección única, comparando estos casos con los palpables o los señalizados con arpón.

Material y método: Durante el año 2.005, los pacientes con cáncer de mama que se intervenían con la indicación de realizar biopsia selectiva de GC, se localizaron sus lesiones primarias de tres formas: 1) si era palpable (Grupo A); 2) si no era palpable y se localizaba con ecografía, inyectando radiotrazador (Grupo B); 3) si no era palpable ni visible por ecografía y precisaba esterotaxia, mediante arpón (Grupo C). El día previo a la cirugía se realizaba una linfogammagrafía, inyectando por vía peritumoral y/o subdérmica (Grupos A y C) 111 mBq de ^{99m}Tc -nanocoloide en 0,5 ml. En el Grupo B se inyectó por vía intratumoral guiada mediante ecografía, la misma dosis de radiotrazador en un volumen de 0,2 ml. Se hicieron imágenes estáticas a los 30 minutos y a las 2 horas después de la inyección. La localización intraoperatoria se realizó con sonda portátil detectora de rayos gamma. En el Grupo B, además, se hizo la extirpación de la lesión no palpable con ayuda de la sonda portátil en el mismo acto quirúrgico (ROLL).

Resultados: Durante el año 2005 se diagnosticaron en nuestro centro 112 mujeres con cáncer de mama e indicación de realizar biopsia selectiva de GC: *Grupo A:* 53 mujeres con lesiones palpables; *Grupo B:* 40 mujeres con lesiones no palpables visibles por ecografía, que fueron marcadas con ROLL; *Grupo C:* 19 mujeres que presentaban microcalcificaciones, que se marcaron por esterotaxia. En el Grupo A se localizó el GC en 51/53 pacientes (96%) y en 5/53 pacientes se obtuvo además el GC de la cadena mamaria interna (9,4%). En el Grupo B se localizó la lesión en todos los casos, el GC se localizó en 39/40 pacientes (98%) y en 3/40 pacientes se obtuvo el GC de la cadena mamaria interna (7,5%). En el Grupo C se localizó el GC en todas las pacientes 19/19 (100%) y no migró a la cadena mamaria interna.

Conclusiones: El ROLL y la detección simultánea del GC fue una técnica sencilla, que permitió localizar todas las lesiones no palpables visibles por ecografía, y localizar el GC en un porcentaje adecuado y no distinto a los casos palpables o señalizados con arpón.

O-334

CIRUGÍA RADIOGUIADA DE LESIONES NO PALPABLES DE MAMA MEDIANTE LOCALIZACIÓN ECODIRIGIDA CON ^{99m}Tc -TECNECIO

P.J. González Noguera, J.B. Ballester Sapiña, J.A. Casterá March, V. Ricart Selma, C. Martínez Rubio, I. Martínez Gómez, A. Tembl Ferrairo, L. Bernet Vegué, M.T. Lloret Martí, J.M. Cordero García y A. Giménez Sierra

Hospital de la Ribera, Alzira.

Introducción: Con las campañas de detección precoz de cáncer de mama se descubren cada vez más lesiones no palpables que precisan tratamiento quirúrgico.

Objetivos: Exponer nuestra experiencia en la localización de lesiones no palpables de mama mediante la inyección de una solución de albúmina marcada con ^{99m}Tc -Tecnecio.

Material y métodos: Incluimos en nuestro trabajo pacientes con lesiones no palpables de mama que se identifican por ecografía y/o mamografía y en las que está indicado el tratamiento quirúrgico.

En las 18 horas previas a la intervención se realiza la inyección ecodirigida intra o perilesional de una solución de albúmina humana (macroagregados o nanocoloide) con jugada con tecnecio radiactivo (^{99m}Tc). La lesión se localiza pre e intraoperatoriamente mediante una gammacámara.

Resultados: Desde Febrero 2001 a Abril 2006 hemos revisado 341 pacientes de edades comprendidas entre 20 y 78 años, edad media 57,4 años. De las 341 lesiones localizadas 250 (73,3%) han sido por patología maligna. En cuanto al tipo tumoral: 160 carcinoma ductal infiltrante (64%), 13 carcinoma lobulillar infiltrante (5,2%), 6 carcinomas mixtos (2,4%), 18 otros carcinomas infiltrantes (7,2%) y 53 carcinoma in situ (21,2%). Se realizó biopsia selectiva del ganglio centinela en 211 casos (84,4%) en la misma intervención. En 91 casos se trató de patología benigna (26,7%): 35 fibroadenomas (38,5%), 49 mastopatía fibroquística (53,8%) y 7 (7,7%) otros varios (papiloma intraductal, cicatriz radial, ...). Todas las lesiones marcadas (100%) se han localizado y extirpado sin dificultad.

Conclusiones: La localización radioguiada de lesiones no palpables (ROLL) es una técnica sencilla y segura. Debido a la escasa cantidad de radioactividad el procedimiento es seguro tanto para las pacientes como para el personal médico.

O-335

ESTUDIO A 10 Y 20 AÑOS DE LAS RECIDIVAS LOCALES, REGIONALES Y LOCORREGIONALES EN EL CÁNCER DE MAMA

I. Fabra Cabrera, C.A. Fuster Diana, M. Bruna Esteban, C. Sancho Moya, C. Redondo Cano, A. López Delgado, A. García Fadrique, D. Dávila Dorta, L. Sania Remacha, E. Fuster Diana y J.V. Roig Vila

Consorcio Hospital General Universitario, Valencia.

Introducción y objetivo: Las recidivas tanto locales como regionales son un factor de mal pronóstico en el cáncer de mama. El objetivo de la comunicación es valorar el impacto de las mismas en la supervivencia, realizando un estudio a 10 y 20 años.

Material y método: Para el estudio a 10 años, disponemos de 2.094 pacientes diagnosticadas y tratadas por cáncer de mama la Unidad Oncológica del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Para el estudio de supervivencia se han eliminado las enfermas fallecidas por causa ajena sin metástasis y las descontroladas, quedando 1.713 historias útiles y con un seguimiento mínimo de 10 años completo. Para el estudio a 20 años hemos revisado 1.396 historias. Para el estudio de supervivencia quedan útiles 1.137 casos, una vez eliminadas las fallecidas por causa ajena sin metástasis y las descontroladas.

Resultados: En el estudio a 10 años la supervivencia global es del 52,89%, que aumenta hasta el 56,83% en las 1.478 pacientes que no han presentado recidiva. Con recidiva local se encuentran 139 pacientes de las que 49 superviven (35,25%), con recidiva regional hay sólo 14 pacientes, de las que sobreviven 3 (21,43%) y con locorregional hay 82 de las 146 sobreviven (17,07%). $\chi^2 = 74,36$. En el estudio a 20 años la supervivencia total en las 1.137 pacientes es del 35%, mientras que en las 964 que no han presentado recidivas es del 39,44%. Con recidiva local hay 89 pacientes de las que sobreviven 15 (16,85%), con afectación regional hay 10 y no sobrevive ninguna y con recidiva locorregional hay 77 de las que sobreviven 4 (5,19%). $\chi^2 = 56,65$.

Conclusiones: La recidiva tumoral es un factor de muy mal pronóstico, influyendo de forma muy significativa en la supervivencia. Significancia estadística $p < 0,001$.

O-336

ERRORES E INCIDENTES DURANTE EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA MUJER CON CÁNCER DE MAMA

B. Acea Nebri1, J. Mosquera Osés1, J.R. Varela1, I. Facio2, P. Pais2, I. Uriarte2, D. Guitian1 y C. Gómez Freijoso1

¹Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, La Coruña. ²Centro Oncológico Regional de Galicia, La Coruña.

Objetivos: Evaluar la frecuencia de errores, incidencias y efectos adversos durante el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la mujer con cáncer de mama.

Enfermas y método: Estudio prospectivo no aleatorizado en mujeres intervenidas quirúrgicamente tras un diagnóstico de carcinoma mamario entre Enero de 2005 y Abril de 2006. El grupo a estudio lo constituyen aquellas enfermas en quienes se ha producido algún tipo de incidencia o error durante el proceso de diagnóstico y tratamiento quirúrgico de su neoplasia. Para el estudio se han utilizado las siguientes definiciones: 1) Efecto adverso: lesión o complicación producida en la paciente, no relacionada con su patología. 2) Incidente: suceso susceptible de provocar daño. No equivale a efecto adverso. 3) Error: acción u omisión de un profesional sanitario con consecuencias potencialmente peligrosas sobre la paciente. 4) Fallo: acción u omisión producidas por el sistema con consecuencias potencialmente peligrosas sobre la paciente.

Resultados: Un total de 143 mujeres fueron intervenidas durante el período a estudio de las cuales a 19 (13,2%) sufrieron algún tipo de error, incidencia o fallo durante su proceso. Se registraron un total de 12 (8,4%) errores, 6 (4,2%) incidentes y un (0,7%) fallo del sistema. Entre los errores detectados destacaron la no detección del carcinoma durante la primera exploración clínica/radiológica, la confusión en el diagnóstico histológico entre fibroadenoma/fyllodes y el error en el marcaje de la lesión mamaria. Los incidentes más frecuentes estuvieron relacionados con el manejo de la pieza quirúrgica (extravío, confusión en el etiquetado) y el marcaje isotópico del ganglio centinela. El fallo del sistema se produjo en el olvido de la gestión de un tratamiento radioterápico en otro centro. La presentación de incidentes y errores afectó a todos los profesionales involucrados en el proceso, destacando el radiólogo (5), la enfermería (4), el cirujano (4), el patólogo (3), el médico nuclear (2) y la propia administración sanitaria (1). En total se produjeron 12 efectos adversos en el grupo a estudio (63,1%) siendo los más frecuentes la demora en el diagnóstico (6), la reintervención quirúrgica (3) y la cirugía desproporcionada (1).

Conclusiones: 1) El manejo diagnóstico y quirúrgico de la mujer con cáncer de mama presenta una incidencia moderada de errores e incidencias cuyos principales efectos adversos son la demora en el diagnóstico y la necesidad de una reintervención quirúrgica. 2) La mayoría de los errores e incidencias se producen en el contexto multidisciplinar y por ello su detección es importante para adoptar medidas consensuadas que incrementen el nivel de seguridad en la mujer con cáncer de mama.

O-337

ABLACIÓN DE TUMORES MAMARIOS MEDIANTE RADIOFRECUENCIA. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ENSAYO CLÍNICO EN NUESTRO CENTRO

F. Domínguez Cunchillos

Hospital Universitario Virgen del Camino, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, Pamplona.

Introducción: Ablación de tumores con radiofrecuencia (RF): necrosis coagulativa por aplicación de corriente alterna de alta frecuencia en el tejido tumoral. Los escasos trabajos existentes médicos tienen en común sus buenos resultados y la utilización de la RF con anestesia general o anestesia local potenciada con sedación. En nuestro Centro se comenzó un ensayo clínico en dos fases. La primera consiste en la ablación de tumores mamarios mediante RF con anestesia local, guiado con ecografía, y en régimen ambulatorio. Posteriormente se realiza segmentectomía con o sin linfadenectomía axilar (LA) en función del resultado de la biopsia del ganglio centinela, para proceder al estudio histológico y enzimático del tumor. Se describen las condiciones del ensayo y los resultados preliminares de esta primera fase.

Material y métodos: *Criterios de inclusión de los tumores:* 1) Visible en ecografía; 2) Menores de 2 cm; 3) Situados a más de 1 cm de la piel y del músculo pectoral; 4) Tumores infiltrantes confirmados mediante biopsia percutánea; 5) Sin signos de extensión intraductal. *Criterios de exclusión:* 1) Embarazo o lactancia; 2) Tumores sometidos a QT neoadyuvante; 3) Cirugía o irradiación previa por cáncer en la misma mama; 4) Alteraciones de la coagulación que impidan una intervención quirúrgica.

Las etapas del proceso son: 1) Indicación de la ablación; 2) Obtención del consentimiento informado; 3) Biopsia del ganglio centinela (cuando está indicada) con anestesia local; 4) Ablación tumoral con RF ecoguiada; 5) Segmentectomía con o sin LA; 6) Estudio histológico convencio-

nal y enzimático con NADH- Diaforasa (mide la actividad tumoral); 7) Tratamiento adyuvante y seguimiento según protocolo de nuestra Unidad.

Resultados: El procedimiento descrito se ha aplicado a 17 pacientes, consiguiendo la necrosis total del tumor en 15. En un tumor, la NADH detectó inicialmente ligera actividad enzimática; en otro quedó tumor fuera de la zona de acción de la RF, debido a que tenía componente intraductal extenso. No se han producido complicaciones y el procedimiento ha sido muy bien tolerado.

Conclusiones: Aunque el número de pacientes es escaso todavía, y se debe realizar una segunda fase del ensayo clínico en la cual no se extirpe quirúrgicamente el tumor, los resultados preliminares parecen evidenciar que la ablación tumoral con RF ecoguiada aplicada con anestesia local es un procedimiento seguro, con pocas posibilidades de complicaciones y que permitiría tratar tumores malignos de mama que cumplan determinadas condiciones exclusivamente con anestesia local y de forma oncológicamente correcta. No obstante estos resultados deberán ser confirmados en series más amplias y ensayos prospectivos encaminados a evaluar la tasa de RL y SG a largo plazo, comparados con el tratamiento convencional.

O-338

TÉCNICA DE ABLACIÓN DE TUMORES MAMARIOS MEDIANTE RADIOFRECUENCIA

F. Domínguez Cunchillos, L. Apesteguía Ciriza, R. Trujillo Ascanio, M.A. Sanz de Pablo, C. de Miguel Medina, B. Reparaz Romero, A. Artajona Rosino y H. Ortiz Hurtado

Hospital Virgen del Camino. Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea, Pamplona.

Introducción: Ablación de tumores mediante radiofrecuencia (RF): necrosis coagulativa por aplicación de corriente alterna de alta frecuencia (entre 350 y 500 Khz) en el tejido tumoral. Los escasos trabajos existentes en la bibliografía tienen en común sus buenos resultados y la aplicación de la RF con anestesia general o local potenciada con sedación. Sin embargo, puesto que entre las indicaciones futuras de la RF probablemente esté su utilización en pacientes con riesgo anestésico elevado, iniciamos un ensayo clínico consistente en la ablación de tumores mamarios mediante RF con anestesia local y en régimen ambulatorio.

Material y métodos: Se han incluido tumores infiltrantes (confirmados mediante biopsia percutánea), visibles en ecografía, menores de 2 cm, situados a más de 1cm de la piel y del músculo pectoral, y sin signos de extensión intraductal. *Se excluyeron:* 1) Embarazo o lactancia; 2) Tumores sometidos a QT neoadyuvante; 3) Cirugía o irradiación previa por cáncer en la misma mama; 4) Alteraciones de la coagulación. Se emplea un generador de corriente alterna de 200 w. de potencia. Se realiza en el Sº de Radiología, en condiciones de asepsia relativa. Localización ecográfica del tumor; infiltración de anestesia en el punto de entrada del trocar de RF y en los alrededores del tumor. A través de una incisión de unos 5mm se introduce el trocar, de 17 G de grosor, y una vez situado en el centro del tumor, se abren en forma de paraguas invertido las terminales que provocarán la RF. Se comienza aplicando una intensidad de 5 w., y se va aumentando de 5 en 5 w. cada 2'. A medida que aumenta la impedancia (resistencia de los tejidos al paso de corriente) la potencia disminuye automáticamente. Cuando la impedancia es igual a 200 ohmios y/o la potencia se hace inferior a 10 w. concluye la primera fase. Después de 30 segundos, y sin retirar el trocar, se inicia una segunda fase, que se lleva a cabo del mismo modo y que habitualmente dura menos tiempo. Se retira el trocar, se aproximan los bordes de la incisión con un punto de sutura y se aplican compresas frías para evitar el calentamiento de la piel de la zona.

Duración media del procedimiento: 15 minutos las dos fases.

Resultados: Esta técnica se ha aplicado a 17 pacientes, consiguiendo la necrosis total del tumor en 15. En un caso quedó tumor fuera de la zona de acción de la RF por existir componente intraductal extenso. No ha habido ningún tipo de complicación y la tolerancia ha sido muy buena, precisando sólo escasa analgesia en las primeras horas después del procedimiento.

Conclusiones: Aunque el número de pacientes es escaso todavía, nuestros resultados preliminares ponen de manifiesto que la ablación tumoral con RF ecoguiada aplicada con anestesia local, es un procedimiento seguro y con pocas posibilidades de complicaciones. Por otro

lado, permitiría tratar tumores malignos de mama que cumplan determinadas condiciones exclusivamente con anestesia local y de forma oncológicamente correcta.

O-339

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA INMEDIATA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA. RESULTADOS PRELIMINARES

B. Nebril, M. Alvíte Canosa, L. Alonso Fernández y C. Gómez Freijoso
Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, A Coruña.

Objetivos: Evaluar el impacto de un programa de reconstrucción mamaria inmediata en mujeres con cáncer de mama sobre la estancia hospitalaria, tiempo quirúrgico y complicaciones postoperatorias.

Enfermas y método: Estudio prospectivo no aleatorizado en mujeres intervenidas quirúrgicamente tras un diagnóstico de carcinoma mamario entre Septiembre de 2004 y Abril de 2006. El grupo a estudio lo constituyeron enfermas sometidas a una técnica reconstructiva inmediata mientras que el grupo control lo formaron mujeres intervenidas con otras técnicas no reconstructivas (tumorectomía, cuadrantectomía, oncoplastia conservadora, mastectomía). Los criterios de inclusión para una reconstrucción inmediata comprendieron mujeres con procesos multicéntricos/multifocales que impedían la conservación mamaria, tamaño mamario reducido y tumores tratados con quimioterapia neoadyuvante que respondieron parcial o totalmente a dicho tratamiento. Se excluyeron del estudio aquellas mujeres con falta de compresión de la técnica o el requerimiento de un compromiso de resultado. La reconstrucción mamaria se realizó a partir de una mastectomía ahorradora de piel (Skin-sparing mastectomy) con el fin de conservar la forma mamaria original para, posteriormente, proceder a la implantación de tejido autólogo mediante la colocación de un colgajo musculocutáneo. En la mayoría de los casos (20), la reconstrucción se llevó a cabo mediante la disección y traslación de un colgajo de músculo dorsal ancho, mientras que en otros (2) se procedió a la colocación de un colgajo libre de músculo recto anterior (TRAM) con anastomosis microvascular en axila.

Resultados: un total de 163 mujeres fueron intervenidas durante el período a estudio de las cuales a 22 se les propuso una técnica reconstructiva (9 casos por un proceso multicéntrico/multifocal, 7 casos por volumen mamario reducido y 6 casos como cirugía de rescate tras quimioterapia neoadyuvante). El grupo a estudio presentó un tiempo medio de intervención (249 minutos) superior al grupo control, tanto en la cirugía convencional (56 minutos) como en la oncoplastia conservadora (122 minutos). Asimismo, se observó un incremento de la estancia media en las mujeres reconstruidas (4,2 días) frente a las tratadas mediante técnicas conservadoras convencionales (0,4 días) y oncoplastia conservadora (1,6 días). La mitad de las mujeres pertenecientes al grupo a estudio (56%) presentaron algún tipo de complicación durante el postoperatorio, siendo el seroma en la espalda y la dehiscencia de la herida torácica las principales complicaciones registradas. No se registraron reintervenciones ni ingresos en ambos grupos. Dos mujeres pertenecientes al grupo a estudio precisaron una transfusión sanguínea durante el postoperatorio debido a una anemia preoperatorio inducida por el tratamiento quimioterápico.

Conclusiones: La reconstrucción mamaria inmediata es un procedimiento eficaz y seguro para la mujer con cáncer de mama en el que debe asumirse un mayor tiempo de ocupación de quirófano, una mayor estancia y un mayor índice de complicaciones postoperatorias.

O-340

COMPARACIÓN ENTRE LA MORBILIDAD DE LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA INMEDIATA MEDIANTE COLGAJO MIOCUTÁNEO DE DORSAL ANCHO Y LA PRÓTESIS RETROPECTORAL

P.J. Galindo Fernández, A. Piñero Madrona, J. Illana Moreno, R. Moreno Villalba y P. Parrilla Paricio
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: En la reconstrucción inmediata de la mama tras cirugía radical del cáncer, la posibilidad de una adecuada cobertura cutánea o no, así como la necesidad de determinadas terapias adyuvantes (radioterapia), son variables que condicionan la técnica a utilizar. En su elec-

ción, además de las diferencias intraoperatorias (tiempo quirúrgico, necesidad de transfusión), deben considerarse otros parámetros, como la morbilidad postoperatoria de cada técnica o el resultado estético.

Objetivo: Estudiar si existen diferencias en la morbilidad postoperatoria y la satisfacción del resultado para dos técnicas de reconstrucción mamaria inmediata (colgajo miocutáneo de dorsal ancho y prótesis retropectoral).

Pacientes y método: Se han estudiado 30 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama a las que se les realizó una reconstrucción inmediata de la mama enferma mediante colgajo miocutáneo de dorsal ancho asistido con prótesis y, en la mama contralateral, por encontrar mayor riesgo de cáncer en esos casos (índice de Gail/índice de Claus) y tratar de simetrizar, una mastectomía subcutánea con reconstrucción inmediata mediante prótesis retropectoral. La edad media de las pacientes fue de 43,5 años (rango: 28-56). Se estudió la existencia en el postoperatorio de infecciones locoregionales, hematomas, seromas, necrosis de piel, necrosis del complejo areola-pezones, extrusión protésica o necesidad de reintervenciones, así como la satisfacción general de la paciente y el médico con el resultado cosmético de cada mama. Para su comparación se ha realizado un análisis de tablas de contingencia mediante un test de la χ^2 , considerando significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: No se han encontrado diferencias significativas en ninguno de las variables estudiadas. Tampoco existen diferencias en tre las técnicas en cuanto a la satisfacción de la paciente o el médico en relación con el resultado cosmético final.

Conclusiones: La reconstrucción inmediata de la mama mediante colgajo miocutáneo de dorsal ancho o prótesis retropectoral no presentan diferencias en cuanto a morbilidad postoperatoria. La satisfacción por el resultado cosmético es equivalente con estas técnicas.

9 NOVIEMBRE 2006
15.30 – 17.00

SALA EL ESCORIAL
O-341 – O-349

O-341

LA DETECCIÓN SÉRICA DE HER2NEU REFLEJA SU EXPRESIÓN TISULAR EN CÁNCER DE MAMA

A. Piñero Madrona¹, F. Ruiz Espejo¹, P.J. Galindo Fernández¹, J. Sola Pérez¹, J. Cabezas¹, J. Illana Moreno¹, F. Cañizares¹, M. Canteras Jordana², J. Bermejo López¹ y P. Parrilla Paricio¹

¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ²Universidad de Murcia, Murcia.

Introducción: En el cáncer de mama, la expresión de receptores del EGF tipo 2 o Her2neu se ha relacionado con un peor pronóstico, permitiendo la posibilidad de terapias biológicas con anticuerpos monoclonales sintetizados específicamente contra ellos (trastuzumab). La posibilidad de detectar fracciones solubles de tal receptor a nivel sérico, abriría la posibilidad de poder monitorizar la expresión tumoral de estas moléculas utilizándola como marcador tumoral clásico.

Objetivo: Estudiar si existe una relación entre la expresión tisular de Her2neu en el tumor y la detección de fracción soluble de éste en suero.

Pacientes y método: Estudio de 73 cánceres de mama correspondientes a 73 mujeres. En todos ellos se determinó la expresión tisular de Her2neu por el tumor mediante técnicas semicuantitativas inmunohistoquímicas. Se consideró negativa la no expresión –0– o expresión de +, y positiva la expresión de ++++. En el caso de resultado ++ se procedió a estudio mediante inmunofluorescencia de hibridación (FISH) determinando positividad o no. En el suero de estas pacientes se determinó la expresión de la fracción soluble del Her2neu mediante técnica de ELISA (Calbiochem), considerando positivos valores superiores a 9 ng/mL (sobre 60 controles). La edad media de las pacientes fue de 57,6 años (33-87), correspondiendo todos los casos a carcinoma de mama (63 ductal infiltrante, 8 lobulillar infiltrante y 2 carcinomas intraductales). El 37% de los casos fueron estadios I de la clasificación TNM y el 27,4% de los casos, estadios IIA. El análisis estadístico se realizó utilizando un test de análisis de contingencia y el test de la χ^2 , considerando significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Resultaron positivos 16 casos de los tumores (21,9%) y las cifras séricas fueron superiores al límite normal en 22 pacientes

(30,1%). El análisis mediante tablas de contingencia evidenció una relación estadísticamente significativa ($p < 0,01$) entre ellos.

Conclusiones: La determinación sérica de la fracción soluble del receptor Her2neu en pacientes con cáncer de mama se relaciona con la expresión por parte del tumor de esta molécula.

O-342

HACIA UNA CLASIFICACIÓN MOLECULAR DEL CÁNCER DE MAMA

A. Piñero Madrona, J.L. Alonso Romero, P.J. Galindo Fernández, J. Sola Pérez, J. Illana Moreno, J. Salinas Ramos, M. Canteras Jordana, A. Navarrete Montoya y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: El cáncer de mama es una enfermedad heterogénea y, recientemente, su caracterización molecular mediante técnicas de microarray parece permitir diferenciar distintos genotipos con valor pronóstico y predictivo. La aplicación de técnicas de inmunohistoquímica es más práctica, menos compleja y más económica para su uso en la clínica diaria.

Objetivo: Estudiar las diferencias clínico-histológicas de tres perfiles inmunohistoquímicos (luminal, Her2neu y basal).

Pacientes y método: Estudio con 208 mujeres con cáncer de mama, que se agruparon según expresasen o no receptores hormonales y Her2neu. Los que expresaban algún receptor hormonal (estrógeno -RE- o progesterona -RP-) se definieron como tipo luminal; si no expresaban receptores hormonales pero sí Her2neu, se definieron como Her2neu; y si no expresaban RE ni RP ni Her2neu se definieron como tipo basal. Se estudiaron parámetros clínicos (edad, edad menarquia, menopausia, gestaciones, lactancia, consumo de anticonceptivos o terapia hormonal, antecedentes familiares, BIRADS, MIBI), histopatológicos (tipo histológico, tamaño tumoral, multifocalidad, diferenciación, componente intraductal y grado, invasión vascular, afectación de ganglios, estadio TNM) e inmunohistoquímicos (expresión de receptores de andrógenos, índice de proliferación -Ki67-, expresión de p53). Se compararon las variables entre los tres grupos usando un test de ANOVA para las variables cuantitativas y un análisis de tablas de contingencia y test de χ^2 para las cualitativas, considerando significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se encontraron diferencias en el grado de diferenciación tumoral, que fue mejor en las formas lumbales ($p < 0,0005$), así como el grado histológico del componente intraductal, asociándose el alto grado con las formas basales y Her2neu ($p < 0,007$). En la clasificación TNM, el perfil luminal se asoció con estadios iniciales, mientras la forma Her2neu se ve más frecuentemente en estadios IIIB y IIIC que las otras dos ($p < 0,015$). La expresión de receptores androgénicos fue más frecuente en la forma luminal ($p < 0,0005$), frente a la expresión de Ki67, que fue más frecuente en la forma basal, sobre todo si se cuantificaba por encima del 30% ($p < 0,0005$). También la expresión de p53 se asociaba más al perfil basal ($p < 0,0005$).

Conclusiones: La agrupación inmunohistoquímica en función de la expresión o no de RE, RP y/o Her2neu permite caracterizar, en la práctica clínica, formas que se asocian con variables indicativas de peor pronóstico, sobre todo en el caso del tipo basal, que no expresa ninguno de ellos.

O-343

FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN LA POBLACIÓN CRIBADA DE BARCELONA

M. Segura Badia, F. Macià Guilà, J. Solsona Martínez, V. Juncà Valdor, A. Piqueras Ferre, S. Puig Compañó, À. Segura Roca, I. Collet Diví, G. Segura Roca, T. Maristany Daunert y L. Grande Posa

Hospital Universitario del Mar, Barcelona.

Introducción: El conocimiento de los factores de riesgo del cáncer de mama es útil no sólo para sospechar la existencia del mismo, sino por su posible modificación con fines preventivos. Dentro de los factores posibles, es importante conocer aquellos que son comprobados en la población propia. El objetivo del estudio ha sido valorar los factores de riesgo relacionado con el cáncer de mama, de la población de Barcelona cribada por nuestro hospital.

Material y método: Durante los últimos 10 años, se ha realizado un estudio prospectivo recogiendo los principales factores de riesgo conocidos de cáncer de mama, en todas las mujeres atendidas al Dispensario de Patología Mamaria (DPM) por alguna lesión hallada en el estudio mamográfico de cribado, dentro del Programa de detección precoz del cáncer de mama, que se lleva a cabo en cuatro distritos de Barcelona dependientes de nuestro centro. Se compararon los factores entre el grupo diagnosticado de cáncer y el grupo de mujeres con patología benigna.

Resultados: En este período, se cribaron 47.871 mujeres de entre 50 y 69 años de edad, realizándose 127.604 exploraciones. De este cribado se generaron 4.701 visitas al DPM, diagnosticándose 554 de cáncer de mama. De entre los factores de riesgo analizados, se hallaron diferencias significativas en: la lactancia (OR: 0,83; IC95%: 0,68-1; $p < 0,05$), la obesidad (OR: 1,27; IC95%: 1,03-1,57; $p = 0,02$), diabetes (OR: 1,47; IC95%: 1,03-2,09; $p < 0,03$) y antecedente familiar de cáncer de mama (OR: 1,33; IC95%: 1,03-1,72; $p < 0,03$).

Conclusiones: En población cribada por cáncer de mama de Barcelona se confirmaron como factores de riesgo de cáncer, la obesidad, la diabetes y el antecedente familiar de cáncer de mama, y como factor preventivo, la lactancia.

O-344

ESTUDIO DE BCL2 COMO FACTOR DE BUEN PRONÓSTICO EN EL CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE MENOS DE 3 CMS

C. Miranda Murua¹, F. Vicente García¹, P. Soriano Gil-Albarellos², J. Ariceta Iraola¹, A. Tarifa Castilla¹, B. Arin¹, C. Zazpe Ripa¹, J. Suárez Alecha¹ y J.M. Lera Tricas¹

¹Hospital de Navarra, Pamplona. ²Fundación Hospital de Calahorra, Calahorra.

Introducción: Estudiamos la expresión de Bcl2 en una serie de carcinoma ductal infiltrante menor de 3 cm sin afectación ganglionar con un tiempo mínimo de seguimiento de 7 años.

Material y métodos: 157 pacientes tratadas, media de edad de 56,3 años ($\pm 9,7$ años, 33-83). En la exploración clínica, 104 fueron palpables (66,2%) medio tamaño tumoral 2,3 cm (rango 0,5-5 $\pm 1,07$). El tratamiento quirúrgico fue conservador en 119 pacientes (75,7%) y radical en 25% (MRM 38 pacientes 24,2%). Todos los tumores fueron ductales infiltrantes, N0 y media de tamaño histológico 1,7 ($\pm 0,7$ cm. rango 0,3-3). El seguimiento es de 114,3 ($\pm 54,17$) y la mediana de 119 meses. Realizamos estudio estadístico univariado, estudios de tiempo y estado y estudio multivariado.

Resultados: 129 tumores presentaban positividad para Bcl-2. Bcl-2 no ha presentado relación con la edad, ILE ni tamaño histológico. Bcl2 presenta una relación significativa e inversa con la expresión de ErBb2, y, en los estudios de estado, con la progresión de la enfermedad. En las curvas de supervivencia para el ILE presenta relación estadística e inversa entre la positividad para Bcl2 y mayor ILE. En los estudios de supervivencia global presenta relación con la expresión de Bcl2. En los estudios multivariantes, en el modelo para la progresión de la enfermedad, Bcl2 es el factor protector independiente más importante. En el modelo para la supervivencia global, Bcl2 sigue siendo el factor protector más importante.

Conclusiones: 1. La positividad para Bcl2 presenta relación con mayor ILE y con mayor supervivencia global. 2. La expresión de Bcl2 es el factor pronóstico independiente más importante tanto para ILE como para la supervivencia global. 3. Bcl2 se relaciona inversamente con ErBb2.

O-345

CARACTERIZACIÓN GENÉTICA DE UN CARCINOMA DE MAMA MÚLTIPLE MEDIANTE CGH ARRAY

A. Carracedo Marsiñach, M. Segura Badia, J.M. Corominas Torres, C. Corzo Contero, M. Salido Galeote, S. Puig Compañó, À. Segura Roca, L. Grande Posa, S. Serrano Figueres y F. Solé Ristol

Hospital Universitario del Mar, Barcelona.

Antecedentes: La aparición de carcinoma de mama multicéntrico o multifocal es un suceso poco frecuente. Es de especial interés, tanto científico-patológico como terapéutico, el estudio genético de los diferentes focos de carcinoma, para averiguar si éstos tienen un origen común, o si por el contrario sus características genéticas y/o histológicas sugieren un origen diverso. Varias alteraciones citogenéticas han sido

ya descritas relacionadas con este tipo de patología, como deleciones en 1q, 3p, 16q, 16p, 17q, 22q, 15q, además de ganancias en 1q.

Objetivos: Caracterizar mediante la técnica de CGH convencional y CGH array una muestra de carcinoma de mama múltiple para determinar su posible origen clonal.

Paciente y métodos: Paciente con dos focos de carcinoma presentes en la mama derecha, ambos diagnosticados como carcinoma ductal infiltrante, de grado I, con presencia de carcinoma intraductal de bajo grado y con un tamaño de 25 x 15 x 20 mm (foco A) y 12 x 12 x 12 mm (foco B). Los receptores hormonales -ER y PR- fueron positivos, mientras que C-erbB2 y p53 negativos. Se ha aplicado la técnica de CGH convencional y la técnica de CGH array con el chip Spectral 2600 (Spectral Genomics).

Resultados: Mediante la técnica de CGH convencional ningún foco mostró ganancias o pérdidas de material genético. Por otra parte, la CGH array reveló ganancia de 1q12-44qter en el foco A, y ganancias que implicaban segmentos comprendidos en 1q12-44 en el foco B. Mediante FISH, utilizando un BAC de la región 1q32.2, se confirmó que ambos focos presentaban ganancia de dicha región (más de 3 copias por célula).

Conclusiones: La mayor resolución de la CGH array (resolución 1 Mb) permite detectar alteraciones que pasan desapercibidas con la CGH convencional (resolución 10 Mb). La demostración de que ambos focos presentan marcadores genéticos comunes, sugiere un posible origen clonal dependiente, por lo que su aparición puede ser debida a una micrometástasis interna. La aplicación de CGH array en estos tipos de muestras puede ser de gran utilidad para conocer el origen de los tumores múltiples (multicéntricos o multifocales).

Agradecimientos: FIS PIO50961.

O-346

IMPORTANCIA PRONÓSTICA DE LA AFECTACIÓN GANGLIONAR AXILAR EN EL CÁNCER DE MAMA INCIPIENTE (T1)

C. Fernández Gutiérrez¹, F. Turrión², J.M. San Román² y J.F. Albertos¹

¹Hospital de La Línea, La Línea de la Concepción. ²Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Objetivo: Analizar la supervivencia global y libre de enfermedad en los cánceres de mama infiltrantes inferiores a 2 cm de diámetro, en función de la afectación axilar.

Material y métodos: Se revisó el historial clínico de 480 pacientes afectas de cáncer de mama invasor, con tumor de hasta 2 cm en su diámetro mayor desde el punto de vista anatomopatológico. El grupo de estudio comprende a pacientes intervenidos quirúrgicamente desde el año 1985 hasta 1996, ambos inclusive, en La Clínica de La Concepción. Se ha hecho un seguimiento hasta el año 2005, desde su primer tratamiento. Se rechazaron 24 pacientes del grupo por no reunir datos de seguimiento. Se ha utilizado el programa estadístico SPSS como herramienta informática para la realización de los cálculos estadísticos. Las tablas de supervivencia se analizaron por el método de Kaplan-Meier y la comparación entre grupos por el Test de Log-Rank.

Resultados: Se realizó linfadenectomía axilar en 451 pacientes, de los tres niveles de Berg. El número medio de ganglios obtenidos fue de 16,73. Presentaron afectación ganglionar positiva 146 casos y en un 67,63% fue negativa. Para los tumores inferiores a 1 cm la infiltración ganglionar fue del 6,58%, disminuyendo mucho con un porcentaje inferior del 0,22% en aquellos tumores de < 0,5 cm. Los tumores de 1 a 2 cms presentaron en un 26,97% infiltración ganglionar, de los cuales un 7,24% presentó afectación de más de tres ganglios y un 3,73% con afectación ganglionar del tercer nivel. Se han registrado un total de 48 exitus, de los cuales 41 casos fallecieron por su patología de cáncer mamario. El tiempo medio de seguimiento hasta la fecha del fallecimiento fue de 6,35 años. La supervivencia global obtenida en el grupo sin afectación axilar fue de 97,09% a los 5 años, del 93,75% a los 10 años y del 84,58% a los 15 años; en el grupo con afectación axilar fue del 89,16% a los 5 años, del 78,75% a los 10 años y del 78,75% a los 15 años. La supervivencia libre de enfermedad en el grupo sin afectación axilar fue del 93,20% a los 5 años, del 87,57% a los 10 años y del 87,57% a los 15 años; en el grupo con afectación axilar fue del 82,13% a los 5 años, del 67,27% a los 10 años y del 66,06% a los 15 años. La supervivencia global y la supervivencia libre de enfermedad en función de la afectación axilar, en los tumores T1, muestra una diferencia signifi-

ficativa cuando se comparan los dos grupos (N+, N-). Dicha diferencia es más ostensible a los 10 años que a los 5 años.

Conclusiones: La afectación axilar de los ganglios axilares es junto al tamaño tumoral el factor pronóstico más importante en la evolución del carcinoma de mama. La presencia de metástasis ganglionares en axila, así como el número y el nivel de los ganglios comprometidos, se ha revelado como la variable pronóstica más útil para predecir la recurrencia y supervivencia de las neoplasias mamarias.

O-347

FACTORES PRONÓSTICOS DEL CÁNCER DE MAMA INCIPIENTE EN EL RIESGO DE RECIDIVA

C. Fernández Gutiérrez¹, F. Turrión², J.M. San Román² y M. Díaz-Miguel²

¹Hospital de La Línea, La Línea de la Concepción. ²Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Objetivos: Identificar los factores pronósticos que van a influir en el riesgo de recidiva local y a distancia en las pacientes con cáncer de mama invasor menor de 2 cm con y sin afectación ganglionar.

Material y métodos: Para la realización de este estudio se han utilizado 480 historias clínicas de pacientes diagnosticadas de cáncer de mama invasor, con tumor de hasta 2 cm en su diámetro mayor desde el punto de vista anatomopatológico, descartando 24 historias por no tener datos de seguimiento. Fueron intervenidas quirúrgicamente desde el año 1985 hasta 1996, ambos inclusive, en la Clínica de la Concepción, realizándose un seguimiento de las pacientes hasta el 2005. Se ha utilizado el programa estadístico SPSS como herramienta informática, realizándose inicialmente un estudio de correlación de las variables mediante el Test exacto de Fisher y la T de Student y posteriormente un análisis estadístico multivariante mediante Regresión Logística Multivariante.

Resultados: En el análisis univariante de recidiva se han analizado como las siguientes variables clínicas: edad, nº de embarazos, edad primer embarazo, nº hijos, antecedentes familiares, estado menstrual, lesión palpable, localización y síntomas; y las siguientes variables histopatológicas: tipo histológico, afectación ganglionar, grado histológico, estadio TNM, invasión linfática, vascular, adiposa, perineural, componente intraductal, ciclo celular, fase S, Ki67, RE, RP, erd 5, c-erb 2, p53 y catepsina. De los factores clínicos analizados existe una asociación estadística con el riesgo de recidiva a menor edad, estado premensual y con las lesiones palpables. Los resultados obtenidos demuestran una asociación entre la infiltración axilar, grado histológico III, la invasión de vasos y nervios, RE negativos, p53 +, erd 5 -, y catepsina +, tienen una significación pronóstica respecto al riesgo de recidiva. Los factores con mayor poder predictivo independiente se han incorporado en el modelo multivariado de recidiva. Se incluyeron las variables clínicas: edad, estado menstrual y lesión palpable, no obteniendo en ningún caso significación estadística. De los factores histopatológicos: grado histológico, invasión, erd 5, p53, catepsina, Ki67 y RE; sólo la presencia de p53 + aumenta el riesgo de recidiva.

Conclusiones: La infiltración ganglionar axilar se define como el factor pronóstico más importante de recidiva. Las pacientes de menor edad y estado premenstrual presentan un mayor riesgo de recidiva, así como las lesiones palpables en comparación con las no palpables. Los factores histopatológicos asociados a un mayor riesgo de recidiva son el alto grado de diferenciación del tumor, la presencia de invasión linfática y vascular, RE negativos y p53 +. La presencia de p53+ multiplica el riesgo de recidiva por más de 16 veces.

O-348

CERBB2: MARCADOR DE MAL PRONÓSTICO EN UN SERIE DE CÁNCER DE MAMA CON BUEN PRONÓSTICO

C. Miranda Murua, F. Vicent García, J. Ariceta Iraola, B. Oronoz Martínez, E. Balén Rivera, J. Herrera Cabezon y J.M. Lera Tricas

Hospital de Navarra, Pamplona.

Introducción: Estudiamos la expresión de ErBb2 en una serie de carcinoma ductal infiltrante menor de 3 cm sin afectación ganglionar con un tiempo mínimo de seguimiento de 7 años.

Material y metodos: 157 pacientes tratadas, media de edad de 56,3 años (± 9,7 años, 33-83). En la exploración clínica, 104 fueron palpa-

bles (66,2%) medio tamaño tumoral 2,3 cm (rango 0,5-5 \pm 1,07). El tratamiento quirúrgico fue conservador en 119 pacientes (75,7%) y radical en 25% (MRM 38 pacientes 24,2%). Todos los tumores fueron ductales infiltrantes, N0 y media de tamaño histológico 1,7 (\pm 0,7 cm. rango 0,3-3). El seguimiento es de 114,3 (\pm 54,17) y la mediana de 119 meses. Estudiamos la expresión de ErBb2 mediante inmunohistoquímica y estudio de amplificación genética mediante FISH en los valores intermedios. Realizamos estudio estadístico univariado, estudios de tiempo, estado y estudio multivariado.

Resultados: ErBb2 se relaciona con grado histológico, receptores de estrógenos (RE), progesterona (RP) y con Bcl2. 8% de los tumores (23) presentaron amplificación genética. Hay relación entre con la progresión de la enfermedad, menor ILE. En el estudio multivariado ErBb2 es factor independiente para la progresión de la enfermedad.

Conclusiones: 1) La expresión de ErBb2 aumenta con el grado histológico. 2) ErBb2 se relaciona de manera inversa con los RP y RE y Bcl-2. 3) ErBb2 es un factor independiente para la progresión de la enfermedad.

O-349

VALOR PRONÓSTICO DE LOS FACTORES BIOLÓGICOS E HISTOLÓGICOS EN LA RECURRENCIA LOCAL DEL CÁNCER DE MAMA TRAS MASTECTOMÍA

G. Carreño Villarreal¹, F. Vizoso², J.M. del Casar², A. Merino¹, L.O. González², D. Cortez², G. Juan³, G. Cortez¹, J.C. Rodríguez², M.L. Lamelas² y R. Obregon¹

¹Hospital de Cabueñes, Gijón. ²Hospital de Jove, Gijón. ³Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Justificación y objetivos: La recurrencia local tras mastectomía es una entidad con cierta prevalencia, pudiéndose distinguir básicamente dos patrones en relación con la probabilidad de aparición de metástasis tras el tratamiento de la recurrencia local. Existen ciertas variables clínico-patológicas y biológicas del tumor primario y la propia recurrencia local que podrían ser útiles en la predicción de su comportamiento evolutivo. En este estudio se analizan la posible expresión diferencial entre los tumores primarios y las recurrencias locales de ciertos parámetros de la biología molecular de los carcinomas mamarios, y su posible impacto en el pronóstico. Con el mismo propósito han sido analizados diversos cambios histopatológicos presentes en los tumores primarios y en sus respectivas recurrencias locales.

Métodos: En un subgrupo perteneciente a 98 pacientes con recurrencia local de cáncer de mama tras mastectomía fue evaluada la presencia de cambios histológicos en el tumor primario y en sus respectivas recurrencias locales, determinándose además la expresión inmunohistoquímica de marcadores biológicos como la p53, c-erbB-2, ki-67, apolipoproteína D, receptores de estrógenos, receptores de progesterona y receptores de andrógenos.

Resultados: La negatividad de receptores estrogénicos y de progesterona, así como la expresión de p53 en el tumor primario se relacionan con un tiempo libre de enfermedad más corto hasta la recurrencia local y una menor supervivencia. La expresión de estos factores en la recurrencia local determinan también una menor supervivencia, existiendo además una concordancia significativa al comparar el grado histológico y la expresión de RE, RP y p53 en el tumor primario y en la recurrencia local. Además, tras analizar los cambios histológicos presentes, se observa que la presencia de reacción desmoplásica estromal, la invasión angiolinfática, la necrosis tumoral y la presencia de más de 8 mitosis/10 campos de gran aumento en el tumor primario se relaciona con una menor probabilidad de tiempo libre de enfermedad hasta la RL, mientras que, la presencia de necrosis tumoral y de más de 8 mitosis/10 campos de gran aumento en el tumor primario, se asocia con menor supervivencia. La presencia de necrosis tumoral extensa en la RL, se relaciona con una menor probabilidad de supervivencia. Existió además una concordancia significativa al comparar la reacción inflamatoria peritumoral y el borde de avance tumoral presentes en el tumor primario y en la recurrencia, no objetivando sin embargo concordancia significativa al comparar la expresión del resto de cambios histológicos analizados.

Conclusiones: Los resultados sugieren que mediante el análisis de ciertos parámetros de biología molecular y ciertos cambios histopatológicos presentes en los tumores primarios y en sus respectivas recurrencias locales, se podrían identificar de subgrupos de pacientes que difieren en su pronóstico, lo que resulta de interés de cara al estableci-

miento de estrategias terapéuticas individualizadamente más correctas. Por otra parte, los estudios de correlación sugieren que, aunque no en su totalidad, la recurrencia local mantiene ciertas características biológicas presentes en el tumor primario.

PÓSTERS

8 NOVIEMBRE 2006

PATIO COMENDADOR/
SALA ESCUDO
P-239- P-269

P-239

NUESTRO CRITERIO EN LA CIRUGÍA DE LAS LESIONES NO PALPABLES DE LA MAMA

A. Sierra García, O. Bisbal Pardo y A. Ballarín González
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: En la actualidad, debido a las campañas de screening y a los cada vez más numerosos chequeos mamarios basados en el mayor conocimiento y educación por parte de la mujer, las lesiones no palpables (LNP) de la mama se han hecho más comunes dentro de la práctica clínica. Nuestro objetivo es revisar y analizar los casos de LNP tratados en nuestra unidad y determinar la eficacia de la tumorectomía ampliada como método diagnóstico y terapéutico. La pauta quirúrgica seguida fue la siguiente: 1) Lesión benigna—T. A. ? ? ? ?Seguimiento. 2) CDIS—T.A.?Márgenes libres ? RT/Seguimiento, CDIS—T.A.?Márgenes infiltrados?Reescisión/RT/Seguimiento, CDIS—T.A.?Márgenes infiltrados?Mastectomía/Seguimiento. 3) CDI—T.A. ? Márgenes libres ?L.A./RT/QT/Seguimiento, CDI—T.A. ? Márgenes infiltrados?Reescisión/L.A./RT/QT/Seguimiento, CDI—T.A. ? Márgenes infiltrados?Mastectomía/L.A./QT/Seguimiento.

Material y métodos: Se estudiaron un conjunto de 117 casos de intervención sobre la mama llevados a cabo en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario 12 de octubre. En ellos se valoró la edad de los pacientes, los antecedentes mamarios, el tipo, el número y la localización de las lesiones radiológicas. Se actuó quirúrgicamente siguiendo la pauta de la tabla, y reseñamos en el trabajo el diagnóstico anatomopatológico de cada una de las lesiones y el estado de los márgenes de las mismas. Además se detalla el tipo de cirugía que realiza, y como en un 85% de los casos fue definitiva, mientras que tan sólo un 15% de los casos requirieron una segunda cirugía.

Resultados y conclusiones: No se presentaron complicaciones relevantes en la cirugía de los 117 casos tratados. En la totalidad de los mismos la lesión estaba incluida radiológicamente con márgenes oncológicamente aceptables. Tras el estudio anatomopatológico el 85% de los casos presentaron márgenes libres, sin embargo en el 15% restante existía infiltración de márgenes y fueron subsidiarios de una segunda intervención. En los casos de carcinoma infiltrante la segunda cirugía consistió en una ampliación de márgenes más linfadenectomía en 9 casos y en una mastectomía más linfadenectomía en los 5 restantes. En cuanto a los 4 casos de carcinoma in situ, la segunda cirugía consistió en una mastectomía ya que diversos factores como la multifocalidad de las lesiones así lo exigían. Tras la práctica de esta segunda cirugía en 12 casos no hubo tumor residual ni ganglios afectados. Sólo ganglios afectados en 2 casos sin tumor residual, y en 4 casos con tumor residual y ganglios afectados.

P-240

ANGIOSARCOMA DE MAMA

J. Gómez Menchero, C. Medina Achirica, E. Gutiérrez Cafranga, B. Ortegon Castellano, E. Ruiz, C. Gutiérrez de la Peña, M. López Hurtado, E. Garduño, A. Rodríguez y F. Mateo Vallejo
Hospital General SAS, La Línea de la Concepción.

Introducción: El angiosarcoma de mama es un tumor muy infrecuente (0,05 tumores primarios de mama), no obstante es el sarcoma más fre-

cuenta en esta localización. Se presenta en mujeres de entre 35-50 años. Debutan como una masa sólida de bordes relativamente bien definidos, de crecimiento rápido, con un tamaño medio de 5 cms. A veces presenta una coloración azulada subyacente. Los estudios radiológicos no aportan datos de su naturaleza. El diagnóstico es mediante biopsia quirúrgica, ya que las punciones no suelen ser diagnósticas. El grado histológico es el factor más importante en la supervivencia. El tratamiento siempre es quirúrgico, estando aún en discusión los posibles beneficios de las terapias adyuvantes. El comportamiento de este tipo de tumores es muy agresivo con una mortalidad del 90% a los dos años por metástasis pulmonares, mama contralateral, y hepáticas.

Caso clínico: Mujer de 35 años con antecedentes de anexectomía por patología benigna, menarquia a los 11 años, uso de anticonceptivos orales durante tres años aproximadamente, una hija con lactancia casi nula y sin antecedentes oncológicos familiares. Es estudiada en nuestra consulta por tumoración en mama derecha que se detecta a raíz de un traumatismo. En la exploración destacaba la existencia de una tumoración en la unión de cuadrantes superiores de la mama derecha de unos 8 cm de diámetro, de consistencia elástica y parcialmente móvil. Los estudios de imagen e histológico no fueron concluyentes y la paciente fue intervenida practicándole una tumorectomía cuyo diagnóstico anatómopatológico fue de angiosarcoma de alto grado que infiltraba bordes quirúrgicos. Se completó el tratamiento quirúrgico con mastectomía y reconstrucción inmediata con TRAM. Durante la intervención se procedió al estudio histológico del primer ganglio axilar con diagnóstico intraoperatorio de reactivo por lo que se desestimó la linfadenectomía axilar. La paciente se reintervino en el postoperatorio inmediato por necrosis parcial del colgajo y posteriormente fue sometida a radioterapia adyuvante. En la última revisión, 15 meses después de la intervención, la paciente se encuentra libre de enfermedad.

Comentario: 1. Son tumores infrecuentes que por exploración a veces se confunden con tumores benignos. 2. La cirugía siempre forma parte de la estrategia terapéutica, siendo la mastectomía la norma. 3. En casos seleccionados la cirugía oncoplastica puede ser una opción a tener en cuenta. 4. La diseminación linfática es rara por lo que la linfadenectomía solo esta indicada en casos de afectación ganglionar. 5. No existe evidencia del beneficio de los tratamientos adyuvantes, por lo que su uso está en discusión. 6. El pronóstico es pobre con una mortalidad a los dos años del 90%.

P-241

EFFECTOS DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE SCREENING EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA EN NUESTRO HOSPITAL

J. López García, H. Abdallahi, J. Cortes Albiñana y E. de la Morena Valenzuela
Hospital Marina Alta, Denia.

Objetivos: Valorar el efecto que la implantación de las unidades de screening de mama ha supuesto en el las características clínicas y en los patrones de tratamiento del cáncer de mama.

Material y métodos: Hemos estudiado 495 pacientes con cáncer de mama desde 1994 a 2005 y hemos comparado la actividad llevada a cabo en los cinco años previos al inicio de la unidad de screening de mama (1994-1998), con la que se realizó en los primeros cinco años de su implantación (1999-2003) y la que desarrollamos actualmente (2004-2005).

Resultados: En el período 1994-1998 se han intervenido 155 pacientes. Edad media 63 años. Grupo de edad más frecuente, 45-69 años (49,5%). Estancia media hospitalaria 5 días y 58% de hospitalización a domicilio. Tamaño tumoral: T1 (43,7%), T2 (38,2%) y T3-T4 (18,1%) (palpables en el 69% de los casos). Cirugía conservadora en 20 casos (13%) y radical en 135 (87%). Cirugía reconstructiva en 3 pacientes (1,9%). En el período 1999-2003 se han intervenido 185 pacientes. Participación media en el programa de 62,5%. Edad media 61 años. Grupo de edad más frecuente, 45-69 años (58,4%). Estancia media hospitalaria 2 días y 66% de hospitalización a domicilio. Tamaño tumoral: T1 (57,5%), T2 (25,8%) y T3-T4 (16,7%) (palpables en el 58% de los casos). Cirugía radical en 118 (64%) y conservadora en 67 casos (36%). Cirugía reconstructiva 10 casos (5,4%). En 2003 se inició la validación de la técnica de biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC). En el período 2004-2005 se han intervenido 155 pacientes. Participación me-

dia en el programa del 68,41%. Edad media 62 años. Grupo de edad más frecuente, 45-69 años (56,1%). Estancia media hospitalaria 2 días y 64% de hospitalización a domicilio. Tamaño tumoral: T1 76,8%), T2 (16,1%) y T3-T4 (7,1%) (palpables en 71% de los casos). Cirugía conservadora en 84 casos (54,2%) y radical en 71 (45,8%). Cirugía reconstructiva en 24 casos (15,5%). Aplicación terapéutica de BSGC en 78 pacientes.

Conclusiones: Desde la instauración del programa de screening, la edad media de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama se mantiene en torno a los 60 años, si bien el porcentaje de pacientes del grupo de 45 a 69 años ha ido incrementando de 49,5 a 56,1%. El tamaño tumoral ha descendido en el momento del diagnóstico, así el porcentaje de tumores T1 ha aumentado pasando del 43,7% al 76,8% actual. Esto explica que el porcentaje de cirugía conservadora (54,2%) supere actualmente a la radical (45,8%). Así mismo, hemos podido implantar de la técnica de BSGC por beneficiarse un número mayor de pacientes con T1 y del mismo modo estamos incrementado el porcentaje de reconstrucción mamaria al diagnosticarse pacientes más jóvenes que solicitan este tipo cirugía.

P-242

QUISTE RECIDIVANTE COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UN CARCINOMA DUCTAL DE MAMA

P.J. Galindo Fernández, A. Piñero Madrona, J. Illana Moreno, J. Castañer Ramón-Llin, E. Romera Barba, A. Sánchez Pérez, A. García López, M. Ramírez Faraco, P. Cascales Campos y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La incidencia de quistes mamarios es frecuente en las mujeres, alrededor del 7%, y predominantemente entre los 35 a 50 años. Habitualmente son benignos, y rara vez son intervenidos, salvo que sean recidivantes, o presenten cambios que hagan sospechar malignidad.

Objetivo: Presentamos un caso de una mujer con un quiste recidivante de mama, que fue intervenida, tratándose finalmente de un adenocarcinoma ductal de mama. Revisamos la literatura existente y discutimos aspectos como el seguimiento de los quistes, la necesidad de cirugía y tratamiento.

Caso clínico: Mujer de 52 años, tratamiento cinco años antes con anticonceptivos orales por ovario poliquístico, sin intervenciones previas, que acude a la consulta de la Unidad de Cirugía de la Mama tras notarse un nódulo en la mama derecha. A la exploración se objetiva un nódulo de aproximadamente 2 centímetros bien delimitado, móvil y elástico, que no retrae piel ni pezón en el cuadrante infero interno de la mama derecha, no se palpan adenopatías axilares. Se realiza una mamografía en la cual se observa un nódulo único en la mama derecha de unos 2 cm en cuadrante infero-interno BIRADS: II, una ecografía que informa de nódulo quístico homogéneo que se punciona, informando la anatomía patológica de quiste hemático con hiperplasia, negativo para células neoplásicas. Se decide control en tres meses. La enferma precisa en este tiempo de seguimiento dos nuevas punciones evacuadas por molestias en dicho quiste, por lo que se decide extirpación quirúrgica del mismo. Se realiza nodulectomía mediante incisión en huso cercano al surco submamario. A la sección del nódulo se observa formación papilomatosa, por lo que se decide ampliación de márgenes. La histología definitiva informa de adenocarcinoma ductal infiltrante de mama, escasamente diferenciado, de 1,5 cm de diámetro estando los límites quirúrgicos libres de afectación neoplásica. Los receptores de estrógenos, progesterona, andrógenos y Her-2-neu son negativos, siendo el p53 y Ki67 muy positivos. Posteriormente se realiza Biopsia Selectiva de Ganglio Centinela, sin encontrar neoplasia en dicho ganglio. Actualmente la enferma esta recibiendo quimioterapia, para posteriormente recibir radioterapia.

Comentarios: Los quistes de mama son frecuentes en mujeres jóvenes, que consultan al palparse un nódulo bien definido, elástico, que puede producir molestias a dicho nivel. Tras realizar exploración, mamografía, ecografía, y en ocasiones neumoquistografía y Punción Aspiración con Aguja Fina, son filiados y seguidos en consulta, rara vez precisan cirugía. Sólo un pequeño porcentaje de estos quistes (0,3-1,4%) son malignos, siendo los datos de sospecha un cambio en la exploración o en alguna de las pruebas utilizadas para su control y, en algunas

ocasiones, la necesidad de drenaje frecuente. Cuando es maligno suele tratarse de un adenocarcinoma intraquistico papilar o de un adenocarcinoma ductal, siendo este último menos frecuente. Su tratamiento y pronóstico es similar al tipo histológico hallado.

P-243

¿ESTÁ JUSTIFICADA LA TÉCNICA DEL GANGLIO CENTINELA EN EL CARCINOMA INTRADUCTAL DE MAMA?

V. Juncá Valdor, M. Segura Badía, J. Solsona Martínez, J.A. Pereira Rodríguez, M. Ortega Sánchez, J.M. Corominas Torres, M.A. Martínez Serrano, S. Puig Compañ, A. Piqueras Ferre, A. Segura y L. Grande Posa
Hospital Universitario del Mar, Barcelona.

Introducción: Se ha observado un importante incremento en el número de casos de carcinoma intraductal (CID) debido al cribado poblacional mediante mamografía. La cirugía axilar en estos casos no es necesaria. No obstante, en CID extenso (> 3 cm.), con grado nuclear elevado, componente de comedocarcinoma, puede darse la existencia de microinfiltración y aparición de micrometástasis.

Objetivo: Valorar la utilidad de la aplicación sistemática de la técnica del ganglio centinela (GC) en las pacientes con CID, con factores de riesgo para la existencia de microinfiltración.

Métodos: Se incluyen en el estudio 55 pacientes diagnosticadas de CID con alto grado celular y/o > 3 cm y/o con componente de comedocarcinoma mediante biopsia con aguja gruesa. Para la detección del GC se realizó una linfogammagrafía prequirúrgica para detectar las áreas de drenaje y la localización anatómica del GC mediante la inyección intra-perilesional o subdérmica, según los casos, de 111mBq de 99mTc-nanocoloide. El día de la intervención quirúrgica se utilizó una sonda portátil de rayos gamma detectora para guiar al cirujano hasta el GC. Se procedió a la exéresis del tumor y del GC con estudio histológico intraoperatorio y, posteriormente, se realizó estudio diferido del tumor y de los ganglios mediante técnicas inmunohistoquímicas.

Resultados: La mayoría (51/55) de pacientes presentaron lesiones no palpables. La linfogammagrafía mostró, como mínimo, un GC en todos los casos. En las 55 pacientes se visualizó GC axilar y en 6 se visualizó además en la cadena de la mama interna (10,9%). En el acto quirúrgico se extirparon los GC axilares así como los GC mama interna en todos los casos. En el estudio anatomopatológico diferido 10 pacientes mostraron microinfiltración, representando un 18,2% (10/55), siendo negativo el estudio ganglionar en todos los casos.

Conclusiones: El 18,2% de los CID con factores de riesgo presentaron microinfiltración. Pese a no aparecer afectación metastásica ganglionar en ninguno de nuestros pacientes, la realización sistemática del estudio del GC en pacientes con CID con factores de riesgo nos parece útil ya que existe un porcentaje, no despreciable, de estas pacientes que muestran microinfiltración y pueden beneficiarse de la técnica evitando una segunda intervención o la linfadenectomía axilar innecesaria.

P-244

C-ERBB-2 SÉRICO ES UN MARCADOR PREOPERATORIO ÚTIL EN EL CÁNCER DE MAMA NO METASTÁTICO

J.I. Arias¹, J. Bermejo Abajo¹, A. Arias Milla¹, D. Fernández Villanueva¹, R. González Caldevila¹, P. Menéndez¹, R. Cervero Vazquez¹, J.A. Buelga¹ y M.T. Allende²

¹Hospital Monte Naranco, Oviedo. ²Hospital Central, Oviedo.

El receptor2 del factor de crecimiento epidérmico, HER-2/neu, es una glucoproteína transmembrana cuyo dominio extracelular, puede ser escindido y liberado a la circulación, neu_s, donde se detecta mediante Ac específicos. La concentración de neu_s se eleva, neu_s+, en portadoras de tumores HER2+ y/o con amplificación del protooncogén c-erbB-2.

Objetivo: Identificar las características clínicas, biológicas de los tumores invasivos de mama y su evolución clínica, atendiendo a la expresión de HER2 y concentración preoperatoria de neu_s.

Población y método: En el programa de cribado del CM/área IV de Oviedo, se estudiaron 87 casos con patología benigna, 38 in situ (CDIS) y 143 carcinomas ductales infiltrantes (CDI), de ellos quince HER2+. Determinamos en suero el neu_s mediante un EIA tipo sandwich (Dianova, Hamburgo. Germany) y CEA y CA15.3 por RIA. Por IHH stan-

dard estudiamos la expresión de p53, bcl2, MIB1, HER2, RE, RA y RP. El análisis estadístico de las distintas variables clínico-biológicas se realizó mediante el programa RSIGMA.

Resultados: El dintel de neu_s, pt50 hallado en portadoras de patología benigna, revela una menor concentración en estas con respecto a la hallada en portadoras de CDI HER2+ (p: 0,04) y tiende a ser mayor en HER2 (+) vs HER2 (p < 0,05). Neu_s es mas elevado en postmenopáusicas vs premenopáusicas (p < 0,007), en portadoras de tumores con CDIS asociado extenso, y en carcinomas hormonoindependientes, RA (-) y/o RP (-), o con elevada expresión de p53. Las pacientes seropositivas, son portadoras mas frecuentemente, con respecto a las neu_s-, de tumores hormonoindependientes, RP (-) y RA (-), con CDIS asociado extenso, en general de tipo sólido y con necrosis. Además, en el seguimiento, la frecuencia de metástasis tiende a ser mayor en las primeras. En neu+ con tumores HER2+ hallamos, con respecto a los neu+HER2-, mayores concentraciones séricas de CEA, CA15.3 y neu_s. Mayor tamaño tumoral en las primeras (p < 0,007) y mayor frecuencia de infiltración axilar (0.67 vs 0.28, p < 0,01). Así como frecuente GH III, CDIS de alto grado en general sólido y con necrosis, y mayor proporción de infiltración axilar en mas de cuatro ganglios (30.33 vs 0.05, p < 0,07).

Conclusión: La seropositividad preoperatorio identifica pacientes con mayor carga tumoral, frecuentemente hormonoindependiente y extenso CDIS. Además los casos HER2+neu_s+ desvelan poseer tumores con mayor tamaño, afectación axilar y grado histológico, parámetros clásicos que confieren peor pronóstico con respecto a otros como HER2-neu_s+ o neu_s-. En consecuencia consideramos que el neu_s preoperatorio es una herramienta útil que puede aportar, valor en el esquema terapéutico a seguir.

P-245

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE PAGET EN LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS: ANALISIS DE 12 CASOS

M. Flores Cortes, E. Romero, D. Domínguez, Z. Valera, L. Sanchez, J.M. Grau, L. Madrid, G. Maraví, F. Villanueva, J. de León y M. Blanco
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Nuestro objetivo es analizar a las pacientes diagnosticadas de enfermedad de Paget y el tratamiento ofertado en nuestro hospital en los últimos 6 años.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo en el que analizamos a las 12 pacientes diagnosticadas de enfermedad de Paget desde enero del 2000 hasta marzo del 2006. En este estudio hemos analizados las siguientes variables: Edad, síntoma fundamental, presencia de tumor al diagnóstico, asociación con tumor palpable o no, tipo de tumor histológico, intervención quirúrgica realizada, tratamiento adyuvante aplicado, nº recidivas, y supervivencia de las pacientes durante el tiempo de estudio.

Resultados: La edad media de las pacientes estudiadas es de 61 años. Los síntomas más frecuentes al diagnóstico fueron: Eczema el 50% (6 pacientes), úlcera, 33% (4 pacientes), masa, 33% (4 pacientes) y telorrea el 16% con 2 pacientes. Tan sólo 2 de las pacientes no se identificó el tumor tras la realización de pruebas diagnósticas. El tipo de tumor más frecuente asociado a la enfermedad de Paget en nuestra serie fue el tumor ductal infiltrante con 8 pacientes (66%), 2 de ellos con la variante comedocarcinoma y el resto fueron tumores intraductales. 5 pacientes (41,6%) presentaban al diagnóstico un nódulo palpable. La técnica más utilizada fue la mastectomía radical modificada (8 pacientes), en 2 pacientes se realizó una mastectomía sin vaciamiento y en otras 2 una cuadrantectomía central más vaciamiento axilar. 4 pacientes no se les administro tratamiento adyuvante, 6 requirieron tratamiento quimioterápico (4 asociado a radioterapia) y 2 pacientes sólo se les indicó radioterapia. Sólo una paciente falleció en el período de estudio por metástasis a distancia por presentar una inmunosupresión secundaria al VIH. Tan sólo 3 pacientes han desarrollado recidivas: 2 presentaron metástasis óseas y otra metástasis axilar.

Discusión: El cáncer de mama representa la principal causa de muerte por cáncer en la mujer. La enfermedad de Paget representa menos del 2% de los tumores de mama y generalmente, cuando aparece, se asocia a tumores intraductales, al igual que en nuestra serie. Las pacientes que en el momento del diagnóstico asocian un tumor palpable presentan una mayor predisposición a tener más ganglios afectos, tumores con mayor agresividad y menor supervivencia. Actualmente el trata-

miento de la Enfermedad de Paget es controvertido, la tendencia actual es realizar una cirugía conservadora con extirpación del complejo areola-pepón en profundidad y radioterapia posterior, en aquellos tumores no diagnosticados (en nuestra serie sólo 2) y en aquellos tumores pequeños próximos a la areola. En nuestra serie tan sólo lo hemos realizado en 2 pacientes en el último año.

P-246

MASTECTOMÍA PROFILÁCTICA EN PACIENTES BRCA (+)

R. Cachón Esteban, M.P. Val-Carreres, M. Rufas, A. Güemes Sánchez, R. Sousa, J. Quintana, M. Valero, L. Escribano y R. Lozano
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

La identificación de pacientes con la mutación genética BRCA 1 y 2 ha permitido realizar acciones encaminadas a evitar la aparición de nuevos tumores mamarios en las pacientes portadoras, entre ellas la cirugía profiláctica. La cirugía profiláctica está establecida como uno de los métodos de control de estas pacientes, habiendo demostrado una reducción en la incidencia de tumores en las pacientes intervenidas frente a las no intervenidas.

Objetivo: El objetivo de nuestro trabajo es el de presentar nuestra serie de pacientes portadoras de la mutación BRCA 1 o 2 que fueron intervenidas de una mastectomía bilateral profiláctica en nuestro servicio.

Pacientes y método: Se revisaron las historias de todas las pacientes intervenidas de una mastectomía profiláctica que portaban la mutación BRCA 1 o 2 en nuestro centro.

Resultados: Hemos intervenido a 7 pacientes en los últimos 7 años: dos fueron BRCA-1 y cinco fueron BRCA-2. En todas se practicó una mastectomía bilateral profiláctica con reconstrucción inmediata. La media de edad de las pacientes fue de 38 años, con un rango de edad de 53-20 años. Realizamos una intervención que elimina más del 90% del parénquima mamario y reconstrucción mediante prótesis de silicona submuscular. Una de las pacientes fue intervenida de un carcinoma infiltrante con anterioridad y otra de una biopsia previa de carcinoma lobulillar in situ. Una de las pacientes sufrió necrosis cutánea bilateral con extrusión que obligó a la retirada de las prótesis. El examen patológico de las piezas extirpadas demostró la existencia de lesiones preneoplásicas en 2 pacientes (hiperplasia atípica o carcinoma in situ).

Conclusiones: La mastectomía profiláctica supone una intervención exigente para los cirujanos, no exenta de complicaciones, dado que la mastectomía subcutánea (mucho más sencilla y segura) no se considera como una intervención lo suficientemente radical para este tipo de pacientes. La edad a la que se debe practicar es un elemento de controversia. La regla de 10 años antes del caso de aparición mas temprana en la familia no siempre puede cumplirse por la tremenda carga psicológica de estas familias. Otra de las controversias es cual es la edad límite a la que se puede ofrecer la intervención. En nuestra opinión, dado que se puede ofrecer reconstrucción con resultados aceptables, ésta debe ofertarse a cualquier paciente a la que se pueda ofrecer una reconstrucción tras mastectomía por tumor de mama.

P-247

DOS CASOS DE CÁNCER DE MAMA EN PACIENTES IRRADIADAS EN LA INFANCIA

J.J. Arroyo Martín, I. Aznar Carretero, A. Tuzón Segarra, F. Dobón Giménez, A. Argudo Pechuan, E. Cepeda Callejo y T. Mataix Pastor
Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: El tejido mamario es uno de los más sensibles a la exposición accidental o terapéutica a la radiación. El estudio en supervivientes de las bombas atómicas, aquellos que han sido sometidos a múltiples estudios radiográficos, y los que han recibido tratamiento radioterápico por una u otra causa, han servido para determinar el aumento de riesgo de cáncer en las personas sometidas a irradiación. Este aumento del riesgo es mayor sobre todo si la radiación se ha recibido en la infancia.

Materiales y métodos: Presentamos 2 casos de pacientes sometidas a tratamiento radioterápico durante la infancia, que han desarrollado, ya en la edad adulta, algún tipo de cáncer de mama.

Resultados: 1) *Caso 1:* Mujer que a los 13 años es diagnosticada de un Linfoma No Hodgkin (LNH) en estadio III-A, sometida a tratamiento quimioterápico y radioterápico (35 Gy). La paciente permanece libre de enfermedad hasta la edad de 29 años, cuando presenta una nueva recaída, pero esta vez sólo recibe tratamiento con quimioterapia. A la edad de 37 años se le detecta una tumoración en línea intercadrántica superior de la mama derecha. Se realiza mastectomía radical modificada con vaciamiento axilar (niveles I y II de Berg). *Anatomía Patológica:* Carcinoma infiltrante de tipo coloide de 4 cm., con grado nuclear intermedio (pT2N0). Además se propone ablación ovárica como profilaxis. Actualmente la paciente, con 39 años, está libre de enfermedad. 2) *Caso 2:* Mujer de 5 años de edad, diagnosticada de Sarcoma de Ewing en parrilla costal, tras extirpar 5ª y 6ª costillas izquierdas se da tratamiento adyuvante: quimioterapia y radioterapia (40 Gy en pared costal, y 50 Gy en zona paraesternal). A la edad de 30 es diagnosticada e intervenida de una tumoración en mama derecha de 1,4 cm, cuyo diagnóstico anatomopatológico es carcinoma lobulillar infiltrante multicéntrico (pT2N0). 2 años más tarde se le diagnostica y trata de un carcinoma ductal infiltrante de 2,2 cm. en mama izquierda, con afectación ganglionar axilar (4/15). Actualmente se encuentra libre de enfermedad.

Conclusiones: Diversos estudios han establecido el aumento de riesgo de cáncer de mama en pacientes irradiadas en la infancia, que guarda relación a su vez con la dosis total recibida y con la edad de irradiación. Este riesgo es superior durante los 25 años tras la irradiación, que establecería una serie de cambios genéticos en pacientes predispuestas, siendo la más conocida la supresión de la proteína p53. Las pacientes que han recibido quimioterapia tienen menos riesgo que las que sólo han recibido tratamiento radioterápico. Sin embargo parece ser que este aumento de riesgo no se da para el cáncer de mama bilateral.

P-248

CORRELACIÓN DE ONCOGÉN CEB-2 CON CÁNCER DE MAMA T1 CON EVOLUCIÓN MAYOR DE 10 AÑOS

J. Verdes Montenegro, M. García, J. Mañas, P. Casado, S. Rivas, E. Bernal, M. Díaz-Miguel, J.M. San Román y F. Turrión
Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Objetivos: Estudiamos en este trabajo la relación del oncogén CEB-2 con los factores pronósticos histopatológicos, en relación con adenopatías positivas, grado histológico, tamaño tumoral, y receptores estrogénicos.

Pacientes y métodos: Durante los años 1993 a 1995 se intervinieron 596 pacientes; 238 (40%) tenían tumor T1. De éstos, se realizó determinación de CEB-2 y seguimiento posterior en 121 pacientes en nuestra unidad de mama. Se trataron con segmentectomía con biopsia intraoperatoria y vaciamiento axilar de 2 ó 3 niveles y radioterapia postquirúrgica. Igualmente recibieron tratamiento adyuvante con quimioterapia o tratamiento hormonal con tamoxifeno según los factores pronósticos y receptores estrogénicos. Los pacientes que han presentado metástasis viscerales a distancia hemos encontrado que se encuentra elevado el CEB-2 en 6 de 8 pacientes, a los que se ha añadido con anticuerpo monoclonal contra el CEB-2 (trastuzumab), consiguiendo respuestas en todos ellos de más de 1 año, habiendo correspondido 7 de 8 a tumores con adenopatías positivas y tamaño tumoral mayor de 1 cm.

Resultados: De los 121 pacientes eran T1 con adenopatías negativas 60,3% (73/121). Tumores de tamaño igual o menor a 1 cm 27% (33/121). Grado histológico I 29% (26/121) y receptores estrogénicos positivos 79% (96/121). La determinación de CEB-2 fue negativa en el 59% del total (72/121). En tumores con ganglios negativos el CEB-2 es negativo en el 59% (43/73). No hay diferencias valorables respecto a tamaño mayor de 1 cm, grado histológico II-III y receptores estrogénicos positivos, encontrándose sólo diferencia a nivel de tumor igual o menor de 1 cm (15/23) y grado histológico I (14/25). En tumores con ganglios positivos no hemos encontrado diferencias estadísticas significativas, habiendo hallado que el CEB-2 es negativo en 29/48 pacientes.

Conclusiones: Hemos encontrado que la negatividad del oncogén CEB-2 es similar en tumores con ganglios positivos o negativos, excepto en tumores iguales o menores de 1 cm y de grado histológico I, que tienen mayor negatividad, en relación con un mejor pronóstico. Los pacientes con metástasis que expresan CEB-2 +++ pueden responder a la terapia con trastuzumab.

P-249

FÍSTULA QUILOSA POSTLINFADENECTOMÍA AXILAR

A. Piñero Madrona, P.J. Galindo Fernández, J. Illana Moreno y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La linfadenectomía axilar es una técnica quirúrgica que suele conllevar una morbilidad importante, tanto precoz como tardía.

Objetivo: Se presenta el caso de una complicación excepcional en el postoperatorio de la linfadenectomía axilar, como es la producción de una fístula quillosa, revisándose la literatura existente y discutiéndose aspectos de su mecanismo de producción, diagnóstico y tratamiento.

Caso clínico: Mujer de 52 años, sin antecedentes de interés, que consultó por notarse un nódulo en cuadrante superoexterno de la mama izquierda. Se diagnosticó, mediante mamografía, ecografía y punción aspiración biopsia, de adenocarcinoma de mama izquierda con adenopatías axilares. Fue intervenida, realizándose una cirugía conservadora sobre la mama (cuadrantectomía superoexterna) y linfadenectomía axilar izquierda de los tres niveles ganglionares de Berg. El informe anatómopatológico informó de adenocarcinoma ductal infiltrante de 2 cm de diámetro con un total de 24 adenopatías aisladas, de las que 3 presentaron metástasis. En el postoperatorio inmediato presentó un débito alto (350 mL en las primeras 12 horas) por el drenaje que se dejó en el hueco axilar, incrementándose éste cuando la paciente comenzó con ingesta de alimentos al día siguiente a la operación. Las características del líquido drenado eran de un líquido latescente y espeso altamente sugestivos de derrame quilloso, cuya composición reveló un contenido de 1.666 mg/dL de triglicéridos, con un 20% de quilomicrones en el lipidograma. A pesar del tratamiento dietético y con Octreótido subcutáneo, continuó con débitos quillosos por lo que se decidió su ingreso para realizar tratamiento con dieta absoluta y nutrición parenteral periférica más Octreótido intravenoso a dosis de 0,6 mgr en perfusión continua cada 24 horas. A los 2 días de su ingreso, aunque persistieron débitos medios de en torno a 300 mL/día, lo fueron de características serosas y disminuyeron progresivamente, permitiendo retirar el drenaje al octavo día de este segundo ingreso y ser dada de alta. Los controles y revisiones posteriores no han evidenciado seroma y la paciente pasó a recibir tratamiento adyuvante con radioterapia y quimioterapia.

Comentarios: El derrame quilloso o fístula quillosa, resultante del vertido al hueco axilar de linfa procedente de vasos linfáticos de medio calibre es una complicación excepcional de la linfadenectomía axilar. Su diagnóstico se debe sospechar ante débitos postoperatorios altos (mayores a 500 mL/día) a través del o los drenajes axilares tras una linfadenectomía, con un derrame latescente y espeso, y se confirma con el estudio del contenido en triglicéridos del mismo, que es muy elevado, y con un alto porcentaje de quilomicrones. Una vez diagnosticada la fístula quillosa, su manejo suele ser conservador. Dada la fisiopatología del proceso se puede considerar una dieta exenta en grasas para tratar de acortar su resolución en el tiempo, e incluso la dieta absoluta con sueroterapia o con nutrición parenteral periférica o enteral con triglicéridos de cadena media para los casos más persistentes. Como medida farmacológica se puede indicar el uso de inhibidores de la secreción digestiva (somatostatina o su equivalente, el octreótido)

P-250

CARCINOSARCOMA DE MAMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Lisa Catalán, C. Ramiro Pérez, P. López Quindós, R. Rojo Blanco, V. Collado Guirao, A. García Villanueva y R. García-Pumarino Santofimia

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: El carcinomasarcoma de mama es un tumor maligno con una doble diferenciación: un componente epitelial que suele ser un ductal de alto grado con pobre diferenciación y un componente mesenquimal con fenotipo variable: escamoso, óseo, condroide, muscular o fusiforme. Para su diagnóstico es imprescindible la inmunohistoquímica y que presente fenotipo mesenquimal más del 50% del tumor. Presentamos un caso de carcinomasarcoma de mama, dada su poca frecuencia.

Material y método: Paciente mujer de 61 años de edad. *Antecedentes personales:* Alérgica a penicilina, apendicectomizada, 2 partos eutócicos. Acude a nuestro hospital por nódulo de 4 cm en CSE de mama izquierda

que presenta desde hace 2 años y que ha aumentado de tamaño y le ocasiona molestias. No se palpan adenopatías axilares ni supraclaviculares. Mamografía, PAAF Y BAG: La paciente se niega a su realización. *Ecografía:* Nódulo de 4 cm en CSE de mama izquierda con calcio en su interior. Se realizó extirpación de nódulo de 4 cm en CSE de mama izquierda, con componente inflamatorio y red venosa colateral. *AP:* Carcinomasarcoma de mama con patrón fusocelular que contacta con bordes de resección con marcadores inmunohistoquímicos de músculo liso y áreas focales epiteloides positivas para citoqueratina. Áreas sarcomatosas que contienen 50 mitosis por campo. *RE:* positivos e índice de proliferación muy alto. Con este diagnóstico se propone mastectomía radical modificada. La paciente no está decidida a tratarse ni acepta ningún tratamiento complementario. El estudio de extensión mediante TAC y PET reveló captación a nivel de mama izquierda sin diseminación a distancia. A los 2 meses la paciente acude a urgencias por dolor, ulceración e inflamación importante a nivel de la mama izquierda y comienza tratamiento con adriamicina y ciclofosfamida realizándose posteriormente mastectomía de confort. Se objetivó tumor de 20 cm que ulcera la piel con linfangitis carcinomatosa, edema, que ocupa casi la totalidad de la mama y que anatómopatológicamente concuerda con el descrito anteriormente.

Conclusiones: El carcinomasarcoma de mama es un tumor de crecimiento rápido y de mal pronóstico por su agresividad. El factor pronóstico más importante es el tamaño tumoral al diagnóstico siendo peor en los mayores de 5 cm. Son tumores de alto riesgo de metástasis sistémicas independiente del estadio ganglionar y si metastatiza suele hacerlo el componente epitelial. No hay estudios que demuestren la sensibilidad al tratamiento adyuvante dado los pocos casos descritos. Por este motivo, hasta el momento se tratan como los carcinomas en el estadio correspondiente, aunque la afectación axilar es menor que los carcinomas y más que los sarcomas puros.

P-251

CÁNCER DE MAMA EN EL VARÓN. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

S. Fuentes Molina, J. Plata Rosales, P.A. Ruiz Navarro, F. Ramos Cejudo, R. del Rosal Palomeque, J. Castilla Cabezas, M. Sanz Chinesta, F. Del Río Lafuente, C. Soría Álvarez, J.L. Martínez de Dueñas y C. Plata Rosales

Hospital Infanta Margarita, Caba.

Objetivos: El cáncer de mama en el varón es una patología poco frecuente, ya que supone un 1% de los cánceres en el varón. Nuestro objetivo es realizar una revisión del cáncer de mama en el varón intervenidos en nuestro Hospital en los últimos 5 años.

Material y métodos: Presentamos los casos de los varones tratados por cáncer de mama en el Hospital Infanta Margarita de Caba (Córdoba) entre los años 2000 a 2005.

Resultados: En los últimos 5 años hemos tratado un total de 3 varones con cáncer de mama. La media de edad era 69 años, con un rango que oscilaba entre los 41 a los 80 años. En todos los casos la forma de presentación fue masa retroareolar, dura, mal delimitada, fija a planos y no dolorosa. El tamaño medio de dicha tumoración fue de 2 cms. Como pruebas complementarias se utilizó la mamografía donde se informaba de nódulo retroareolar, de bordes irregulares, alta intensidad y espículas, sospechoso de malignidad. La confirmación histológica se hizo mediante biopsia con aguja gruesa donde se informaba como cilindros de carcinoma ductal en todos los casos. El tratamiento quirúrgico realizado fue mastectomía más vaciamiento axilar, siendo la estancia media postoperatoria 6 días. Entre los antecedentes ninguno de los pacientes presentaba antecedentes familiares de cáncer de mama y entre los antecedentes personales ninguno presentaba ginecomastia, aunque en un caso presentaba Adenocarcinoma de vejiga tratado en los 2 años anteriores al diagnóstico de cáncer de mama. En la anatomía patológica definitiva se confirmó el carcinoma ductal infiltrante. La media de ganglios aislados fue de 12, con metástasis en 2 ganglios del nivel I en uno de los casos. Los receptores hormonales para estrógenos fueron positivos en todos los casos y para progesterona en 2/3 de los casos.

Conclusiones: El cáncer de mama en el hombre es una patología poco frecuente, pero no por eso menos importante. Suele darse en pacientes mayores, en nuestra revisión con una media de edad de 69 años. La forma de presentación suele ser una masa retroareolar de

consistencia firme. La unión de palpación más mamografía dan una sensibilidad del 100% en diagnóstico, aunque el diagnóstico definitivo es mediante confirmación histológica por biopsia con aguja gruesa. El tratamiento quirúrgico incluye mastectomía más vaciamiento axilar. El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante, presentando receptores hormonales para estrógenos y progesterona positivos en la mayoría de los casos.

P-252

RECONSTRUCCIÓN DEL VOLUMEN MAMARIO MEDIANTE COLGAJO MUSCULAR DEL LATISSIMUS DORSI, SIN ISLA CUTÁNEA, TRAS MASTECTOMÍA CONSERVADORA DE PIEL

M.P. Val-Carreres Rivera, R. Cachón Esteban, M. Rufas Acín, A. Güemes Sánchez, R. Sousa Domínguez, J. Quintana Martínez, L. Escribano Negueruela y R. Lozano Mantecón

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: La reconstrucción mamaria mediante el colgajo del latissimus dorsi (LD) se ha extendido como uno de los métodos más utilizados en nuestro medio. Esta intervención requiere un elevado tiempo quirúrgico, cambios de posición de la paciente y la presencia de una cicatriz en la espalda, no exenta de complicaciones. La enfermedad de Paget es un proceso clínico en el que las células malignas, procedentes de una neoplasia mamaria bien infiltrante o bien in situ, son vehiculizadas por los conductos galactóforos hasta la aréola infiltrándola y apareciendo ésta con el aspecto eczematoso típico. La dificultad reside en encontrar el tumor original responsable del cuadro, por lo que en los casos en que este no sea detectado sea necesario practicar una cirugía radical o bien radioterapia.

Objetivos: El objetivo de nuestro trabajo es presentar un caso clínico de una paciente con Enf. de Paget sin tumor original objetivable que fue tratada mediante cirugía radical, aportamos una solución técnica para una reconstrucción inmediata.

Caso clínico: Se trata de una paciente de 56 años con historia de varios meses de evolución de eczema de la aréola, fue diagnosticada de Enf. de Paget de la mama mediante biopsia de piel areolar. Los exámenes mamográficos y la RMN fueron normales por lo que se decidió practicar una resección subcutánea incluyendo el complejo aréola-pezones. Se conservó toda la piel mamaria, incluyendo el pliegue submamario pero se extirpó el CAP. La reconstrucción se realizó mediante un colgajo muscular puro, sin isla cutánea, obtenido a través de una incisión vertical a nivel de la línea axilar posterior. Para la disección del colgajo LD se utilizaron instrumentos de cirugía laparoscópica. Dos equipos realizaron la mastectomía subcutánea y la toma del colgajo al mismo tiempo con la paciente en posición de decúbito supino. La reconstrucción se realizó, en decúbito supino, mediante una prótesis siliconada colocada entre el pectoral mayor y el LD. El defecto cutáneo tras la exéresis del CAP se cerró con una sutura en bolsa de tabaco. El examen anatomopatológico demostró la existencia de un carcinoma ductal in situ a distancia de la aréola que fue extirpado con márgenes adecuados.

Comentarios: El uso del colgajo del LD sin isla cutánea se ha utilizado ampliamente para rellenar defectos de volumen mamario tras resecciones locales por tumores de mama. Su uso puede extenderse para una reconstrucción después de una mastectomía subcutánea o una conservadora de piel, requiriéndose normalmente el uso de una prótesis mamaria. Con esta técnica la prótesis está cubierta con tejido muscular bien vascularizado, lo cual evita complicaciones como la extrusión por necrosis cutánea y la contractura capsular.

P-253

CORRELACIÓN DE LA INFILTRACIÓN DE LOS LINFÁTICOS INTRAMAMARIOS CON LA AFECTACIÓN GANGLIONAR. ESTUDIO A 10 AÑOS

M. Bruna Esteban, C. Fuster Diana, L. de Tursi, C. Redondo Cano, A. Ismail, I. Fabra Cabrera, C. Sancho Moya, A. García Vilanova Comas, F. Villalba Ferrer, E. Fuster Diana y J.V. Roig Vila

Consorcio Hospital General Universitario, Valencia.

La afectación de los ganglios linfáticos axilares es uno de los factores pronósticos más relevantes en el cáncer de mama. La infiltración de los

linfáticos intramamarios constituye también un importante factor pronóstico. El objetivo de la comunicación es valorar la correlación existente entre la infiltración de los linfáticos intramamarios y la afectación ganglionar.

Material y método: Se han estudiado 2095 pacientes diagnosticadas y tratadas por cáncer de mama la Unidad Oncológica del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Para el estudio de supervivencia se han eliminado las enfermas fallecidas por causa ajena sin metástasis y las descontroladas, quedando 1.713 historias útiles y con un seguimiento mínimo de 10 años completo. De estas pacientes 1091 presentan infiltración de los linfáticos intramamarios y 622 no. Se valora cada uno de estos grupos, relacionándolos con el pN y la supervivencia, pudiendo efectuar un estudio comparativo de las mismas. Para el estudio estadístico se ha empleado la prueba de χ^2 .

Resultados: 1) *Infiltración linfáticos intramamarios negativa:* De los 622 casos sobreviven 489 (78,62%), correspondiendo la mayor parte de los casos al grupo pNo, disminuyendo claramente la supervivencia conforme aumenta la importancia de la afectación ganglionar. $\chi^2 = 32,10$

10 Años	pN0	pN1	pN2	pN3	Total
S	429	48	12	0	489
% S	82,18%	64,00%	54,55%	0,00%	78,62%
F	93	27	10	3	133
% F	17,82%	36,00%	45,45%	100,00%	21,38%
Total	522	75	22	3	622

2) *Infiltración linfáticos intramamarios positiva:* Hay un total de 1.091 de los que 417 sobreviven (38,22%) siendo muy marcada la disminución de la supervivencia respecto a los enfermos sin infiltración linfática intramamaria. Disminuye también de forma progresiva la supervivencia a medida que aumenta la afectación ganglionar. $\chi^2 = 116,05$

10 Años	pN0	pN1	pN2	pN3	Total
S	136	209	72	0	417
% S	66,34%	38,28%	23,00%	0,00%	38,22%
F	69	337	241	27	674
% F	33,66%	61,72%	77,00%	100,00%	61,78%
Total	205	546	313	27	1091

Conclusiones: Se demuestra que la infiltración de los linfáticos intramamarios es un factor pronóstico de gran importancia que influye decisivamente en la afectación ganglionar y por tanto en el estadiaje definitivo de la paciente y en su supervivencia. Significancia estadística $p < 0,001$.

P-254

CÁNCER DE MAMA EN VARONES

T. Moreno Allende, A. Larzabal Aretxabala y L. Pérdigo Bilbao

Hospital de Cruces, Baracaldo.

Introducción: El cáncer de mama en el varón es una enfermedad poco frecuente (1% de los cánceres mamarios). La edad media de presentación es de 60 años. Su aparición se relaciona con el síndrome de Klinefelter, estados de hiperestrogenismo, radiación sobre la pared torácica, historia familiar de cáncer de mama y mutaciones del gen BRCA-2. No se ha demostrado relación con la ginecomastia. Los síntomas más frecuentes son la tumoración subareolar indolora y la retracción o sangrado del pezón. La mamografía y la ecografía resultan de ayuda, pero el diagnóstico principal es clínico, que se confirma con la histología. La mastectomía simple con linfadenectomía axilar es el tratamiento de elección. La radioterapia es útil en la prevención de recidivas locoregionales. Se trata con quimioterapia a pacientes con riesgo de recurrencia. La mayoría expresan receptores hormonales, por lo que son tratados con tamoxifeno. El tipo histológico más frecuente es el carcinoma ductal infiltrante. Estos pacientes tienen un mayor riesgo de padecer otros cánceres, como en la mama contralateral, próstata y melanoma.

Pacientes y método: Realizamos un estudio retrospectivo de 19 casos de cáncer de mama en varones, registrados en un período de 15 años (1990-2005) en el Hospital de Cruces.

Resultados: Edad media: 64 años (35-81 años). Antecedentes: el 58% eran fumadores. Afectada la mama derecha en el 42% y la mama iz-

quiera el 58%. **Síntomatología:** tumoración indolora (84%), tumoración dolorosa (16%), retracción del pezón (32%) y sangrado (15%). Adenopatía axilar palpable en el 10%. **Duración media de los síntomas:** 22 meses (1-120 meses). Se realizó el diagnóstico mediante mamografía (37%), ecografía mamaria (26%), biopsia (37%) y PAAF (42%). El 32% presentó marcadores tumorales elevados. **Histología:** Carcinoma ductal infiltrante (75%), carcinoma mixto (5%), fibrosarcoma (5%), linfoma (5%), papilomatosis intraductal (5%) y enfermedad de Paget (5%). El 63% expresó receptores hormonales. **Tratamiento quirúrgico:** mastectomía simple (58%), mastectomía radical modificada (32%) y tumorectomía (10%). Linfadenectomía axilar en el 74%. **Estadaje:** 0 (12%), I (12%), II (30%), III (40%), IV (6%). **Tratamiento adyuvante:** quimioterapia (63%), radioterapia (58%) y Tamoxifeno (58%). **Otros tumores diagnosticados:** mama contralateral (0,5%), próstata (18%) y otros (vejiga, páncreas, suprarrenal,... 19%). La complicación más frecuente fue el seroma (42%). El 10% recidivó antes de los 9 meses y falleció antes de los 4 años de la intervención.

Comentario: En nuestro medio, la mayoría de los casos de cáncer de mama en varones presenta síntomas de larga evolución (2 años) y estadíos avanzados (II y III: 70%). Sería conveniente aumentar la información sobre esta patología en la población masculina para intentar lograr diagnósticos más precoces.

P-255

ENFERMEDAD DE PAGET MAMARIA: NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

V. Navarro Aguilar, E. Muñoz Forner, A. Caballero Garate, A. Martínez Agulló, A. Lluch Hernandez, C. Lloret Pastor, E. Martí Cuñat y S. Lledó Matoses

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción: La enfermedad de Paget es una patología poco frecuente dentro del grupo de las neoplasias mamarias, representando menos del 1% de éstas. Se desconoce con exactitud su histogénesis, aunque debido a que en la enfermedad de Paget se expresan antígenos característicos de los epitelios glandulares así como patrones muy semejantes de inmunoreactividad entre las células del carcinoma subyacente y las de Paget, la teoría epidermotrófica es la más aceptada. Es característica la aparición de lesión eczematosa o vesicular que afecta al pezón.

Objetivo: Nuestro objetivo es aportar 19 nuevos casos de esta patología tan poco frecuente, analizando la incidencia, forma de presentación, características clínicas, métodos diagnósticos, y el tratamiento aplicado.

Material y métodos: Analizados los 4.528 episodios de cáncer mamario atendidos entre 1985 y 2005, encontramos 19 casos diagnosticados y tratados de enfermedad de Paget de la mama.

Resultados: La incidencia de enfermedad de Paget entre nuestras pacientes es el 0,42%. Con una edad media de 56,16 años (rango 19-80 años), apareciendo la enfermedad en el 72,2% de las pacientes analizadas en el período posmenopáusico. En el 44,4% de los casos el motivo de consulta es la aparición de eccema a nivel de pezón, siendo la segunda causa de consulta la percepción por parte de la paciente de una tumoración palpable (16,6%). La mamografía muestra signos de malignidad (nódulos y/o microcalcificaciones de aspecto maligno) en el 38,8% de los casos. El diagnóstico de sospecha ante la presencia de lesión eczematosa areolar se confirmó mediante biopsia de pezón y areola en el 55,5% de los casos; en los casos restantes (un 45%) además de la biopsia de areola y pezón se confirmó realizándose biopsia con aguja gruesa en los casos de tumoración palpable. El tratamiento realizado en el 84,21% de los pacientes es la mastectomía radical modificada (16 de las 19 pacientes). En los 3 casos restantes se realizó resección de areola y pezón con vaciamiento axilar, seguida de radioterapia y tratamiento adyuvante.

Conclusiones: Es una entidad patológica poco frecuente, representando el 0,42% de las neoplasias mamarias en nuestro estudio. Ante cualquier lesión eczematosa de pezón y areola que no remita con un tratamiento adecuado debe hacerse el diagnóstico diferencial con la enfermedad de Paget. Aunque el tratamiento habitual sea la mastectomía radical, en ausencia de multicentricidad la segmentectomía del complejo areola-pezón con linfadenectomía axilar cuando se trate de tumores infiltrantes es una alternativa adecuada, seguida de radioterapia y tratamiento adyuvante.

P-256

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS GALACTOFORITIS SUBAGUDAS RECIDIVANTES EN NUESTRO CENTRO

R. Trujillo Ascanio

Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

Introducción: La galactoforitis crónica recidivante es un proceso que se observa en mujeres en edad media, caracterizado por inflamación del complejo areola-pezón (CAP). Su etiopatogenia no está aclarada, pero se admite, que ocurre la sustitución del epitelio cilíndrico retroareolar por epitelio escamoso queratinizante. Existe relación con el tabaco y la mayoría de las pacientes son fumadoras de más de 10 cigarrillos al día. Su tratamiento en ocasiones es complejo y recidiva con frecuencia.

Material y métodos: Se analizan los resultados de las distintas técnicas quirúrgicas utilizadas en nuestro Centro en el tratamiento de la galactoforitis crónica recidivante en el período de tiempo comprendido entre enero de 2001 y marzo de 2006.

Resultados: Del total de pacientes tratadas (52), el 86,5% eran fumadoras de más de 10 cigarrillos/día. **Las técnicas utilizadas fueron:** puesta a plano (con o sin fistulización previa mediante un loop) y conización retroareolar con eversión del pezón. Del total de 52 pacientes, fueron intervenidas 43, que han precisado 59 intervenciones. **Las intervenciones fueron:** 26 conizaciones y 33 puestas a plano, de las cuales a 10 se les había colocado previamente un loop para provocar o mantener una fístula periareolar ya establecida. **El proceso recidivó en 11 pacientes (25%):** 7 fueron intervenidas 2 veces; 3 lo fueron 3 veces; y 1 paciente precisó 4 intervenciones. De las 33 puestas a plano 8 recidivaron (24,2%) y fueron reintervenidas (conización o nueva puesta a plano). De las que fueron sometidas a conización recidivaron 7 casos (26,9%) y se trataron mediante nueva conización o puesta a plano si se había establecido fístula periareolar. De las pacientes a las que se les había provocado o mantenido una fístula mediante un loop y se realizó una puesta a plano recidivaron 3 (30%). Cuando se compararon con las pacientes a las que no se les había aplicado un loop y se realizó puesta a plano, de las cuales recidivaron 6 (26%), se observó que aunque el número fue escaso no existieron diferencias significativas. Las complicaciones fueron 17 (28,8%), de las cuales la más grave por su implicación en el resultado estético fue la necrosis del pezón después de conización, lo que ocurrió en 2 casos (3,3%).

Conclusiones: La galactoforitis subaguda recidivante es un proceso benigno pero que provoca una grave afectación de la calidad de vida de la paciente y problemas de tratamiento, puesto que la tasa de recidivas es elevada sea cual sea la técnica utilizada. Aunque la técnica más sencilla y con menos complicaciones es la puesta a plano con loop previo, la tasa de recidivas es igualmente elevada. No se han encontrado diferencias significativas entre los resultados de las diferentes técnicas utilizadas, estando todas próximas a las diferentes series de la literatura (30%).

P-257

VALORACIÓN DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN LA CMA. SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

I. Silva Benito, B. Montejo Sánchez, F. Blanco Antona, J.M. Orus Marcos, M. Ramos Boyero y A. Gómez Alonso

Hospital Universitario, Salamanca.

Introducción: La CMA es un modelo de actividad quirúrgica que tiene una aplicación muy alta en la patología mamaria, siendo cada vez su uso más amplio. Es necesario una buena coordinación y las pacientes muestran grados de satisfacción muy altos.

Objetivo: Analizar los procesos intervenidos de patología mamaria en la CMA en los últimos dos años, así como recoger el número de complicaciones y el grado de satisfacción de las usuarias.

Material y método: Se han recogido 456 historias de pacientes intervenidas con alguna patología mamaria en la CMA.

Todos los valores de este trabajo han sido representados como X+SEM (media más error estándar de la media). El estudio de calidad se realizó en la consulta preguntando a la paciente o por consulta telefónica.

Resultados: Como complicaciones hemos recogido las siguientes: infecciones (10), seromas (7), dolor postoperatorio (20), equimosis (50), fibrosis de la herida (28), pérdida de sensibilidad (3), sección del arpon en 4 casos, otras complicaciones... Se suspendieron 6 casos, reingre-

saron 4 por sangrado en dos casos y mareo o intolerancia en otros 2. Se evaluó mediante encuestas específicas: atención recibida, información suministrada, resultados obtenidos. Es muy significativo que ningún paciente de los 456 evaluó negativamente la atención recibida, valorando algo peor aunque con un índice muy alto la información recibida. Las críticas vinieron dadas por el tiempo de espera en la lista quirúrgica.

Conclusión: Gran parte de la patología mamaria puede realizarse en una unidad sin ingreso con calidad y con índices de satisfacción muy altos por parte de los usuarios. La complicación más frecuente ha sido la infección de la herida. Hay que minimizar la demora de las intervenciones, aún tratándose de patología benigna y la información que recibe el paciente debe ser más completa y más clara ya que a pesar de todo lo realizado, hay pacientes que no conocían bien el proceso.

P-258

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS COSMÉTICOS DE LA CIRUGÍA CONSERVADORA ONCOPLÁSTICA EN CÁNCER DE MAMA

A. Palacios Nieto, F. Hernanz de la Fuente, B. Ortegón, C. Martín y M. Gómez Fleitas

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Introducción: La cirugía conservadora oncoplastica en el cáncer de mama cumple los criterios oncológicos permitiendo unos buenos resultados cosméticos, aun cuando se requiere la escisión de un gran volumen de tejido mamario, y evita la mastectomía total.

Material y métodos: Se evalúan 16 pacientes con cáncer de mama tratados mediante cuadrantectomía y reconstrucción inmediata con colgajo de músculo dorsal ancho. Los resultados cosméticos son evaluados mediante un panel formado por tres mujeres y un hombre: una mujer miembro de una asociación contra el cáncer de mama (AMUCCAM, Cantabria) mastectomizada por cáncer de mama, una mujer médico mastectomizada con reconstrucción posterior por cáncer de mama, una mujer médico residente de ginecología, y un varón cirujano especializado en cáncer de mama. La evaluación se realizó mediante fotografías digitales de las pacientes tres cuartos tomadas de frente, dos laterales y espalda, pasados al menos 6 meses después de finalizar el tratamiento radioterápico complementario. *Se evaluaron los siguientes criterios:* Simetría, Forma, Situación del complejo areola pezón, Cicatriz posterior, Cicatriz de la mama y Resultado global mediante puntuación continua de 1 a 10 (1 muy malo y 10 excelente). Los resultados se analizaron calculando intervalos de confianza de porcentajes por el método de Wilson, se estudio la correlación de cada criterio con el resultado cosmético global por el coeficiente de correlación de Pearson. Se uso un modelo de regresión lineal múltiple para estudiar la influencia de cada criterio sobre el resultado cosmético global considerando los datos de cada criterio como variable independiente.

Resultados: La valoración del resultado cosmético global fue de 6,92 (5,38-8,50). *La media obtenida para cada criterio de forma independiente fue:* simetría 7,16, forma 6,99, situación complejo areola pezón 6,76 cicatriz posterior 6,40 cicatriz mamaria 6,72. *La importancia de cada criterio sobre el resultado global según el coeficiente de regresión fue:* simetría 0,338 ($p < 0,001$), forma 0,193 ($p < 0,01$), situación areola pezón 0,231 ($p < 0,002$), cicatriz mamaria 0,316 ($p < 0,001$). Los resultados cosméticos fueron calificados de bueno o muy bueno (>7 puntos) en un 43,75%, Satisfactorio (5-7 puntos) en un 56,25%, e Insatisfactorio (< 5 puntos) en un 0%

Conclusiones: Según los resultados obtenidos en el estudio el cirujano debe esforzarse en obtener una simetría óptima evitando una cicatriz mamaria evidente. La cuadrantectomía con reconstrucción inmediata con colgajo de músculo dorsal ancho obtiene unos buenos resultados cosméticos.

P-259

METÁSTASIS INTRAMUSCULAR COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE UN TUMOR PRIMARIO DE MAMA

L. Alonso Fernández, C. Fernández Blanco, S. López García, M. Alvite Canosa, J.A. Fragueta Mariña, M. Seoane Vigo y C. Gómez Freijoso

Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, A Coruña.

Introducción y objetivo: La aparición de un nódulo solitario metastásico de partes blandas como primera manifestación clínica de un tumor

primario desconocido es extremadamente rara y en ocasiones el diagnóstico diferencial con tumores primarios del músculo, hematomas o infecciones a dicho nivel es difícil con los métodos de imagen convencionales. Describimos el caso de una paciente que presenta un nódulo palpable en la pared abdominal como primera manifestación clínica de un carcinoma de mama insospechado.

Paciente y método: Se trata de una mujer de 77 años con antecedentes de apendicectomía e histerectomía en 1975 por fibroadenoma uterino. Consulta por presentar nódulo palpable y discretamente doloroso a la palpación en hemiabdomen derecho de aproximadamente 1 año de evolución que ha aumentado discretamente de tamaño desde su detección. En la TC se evidencia una lesión sólida y bien delimitada en el recto anterior derecho del abdomen de unos 7,5 x 3,8 cm de diámetro. La RMN muestra una masa sólida en dicha localización compatible con histiocitoma fibroso maligno o sarcoma. Es intervenida quirúrgicamente realizándose exéresis en bloque de dicha lesión con unos buenos márgenes de seguridad y plastia con malla bicapa.

Resultados: El diagnóstico anatomopatológico es de carcinoma adenoesquamoso. Esto nos obliga a la reevaluación de la paciente y búsqueda del tumor primario. La TC abdomino-pélvica y Rx de tórax resultaron ser normales, así como la exploración mamaria y marcadores tumorales; sin embargo en la mamografía se evidencia un nódulo no palpable e irregular en la región intercuadrantea externa de mama derecha de unos 2 cm con características de malignidad. La biopsia ecodirigida demuestran un carcinoma infiltrante de mama sugestivo de carcinoma lobulillar infiltrante. El estudio inmunohistoquímico demuestra que se trata de un primario de mama con metástasis en recto anterior derecho del abdomen.

Conclusiones: 1) La metástasis solitaria en tejidos blandos de un primario desconocido es extremadamente rara, suponiendo un 0,8% de todos los tumores de tejidos blandos, siendo el de pulmón el primario más frecuente. 2) La etiología metastásica, a pesar de su baja incidencia, debe tenerse siempre en cuenta en el diagnóstico diferencial de una masa de partes blandas. 3) El diagnóstico diferencial con tumores primarios musculares es en ocasiones dificultoso con los métodos de imagen convencionales. 4) La RMN es la técnica de imagen recomendada, aunque la confirmación definitiva viene dada por los estudios anatomopatológicos e inmunohistoquímicos.

P-260

LINFADENOPATÍA AXILAR POR ROTURA DE PRÓTESIS MAMARIA DE SILICONA

R. Meléndez Villar, G. de Castro Parga, Á. Rivo Vázquez, C. Sobrino Montero, P. Díaz Cardamas, F. García Lorenzo, H. Pardellas Rivera y P. Gil Gil

Hospital Xeral-Cies. Complejo Hospitalario Universitario, Vigo.

Introducción: La rotura de una prótesis es una complicación reconocida de la cirugía estética y reconstructiva de la mama, pudiendo presentarse de forma intra o extracapsular. Su incidencia medida en estudios de RNM es de 2 implantes rotos por cada 100 implantes estudiados en un año.

Caso Clínico: Mujer de 37 años, portadora de prótesis mamarias de silicona colocadas para aumento de volumen 5 años antes, remitida a nuestra consulta por presentar adenopatías axilares derechas sintomáticas. A la exploración se objetivan al menos dos adenopatías de 3 y 1 cm., molestas a la palpación, rodaderas y no adheridas. La RNM confirmó signos de rotura extracapsular de la prótesis de silicona de la mama derecha, con zona de captación en CSE-prolongación axilar sugestiva de granuloma y adenopatías axilares. Se realizó PAAF de adenopatía con resultado de hallazgos sugestivos de linfadenopatía por silicona. Tras extracción de la prótesis rota y colocación de una nueva por el servicio de cirugía plástica que la había intervenido, bajo anestesia general realizamos extracción de 5 adenopatías axilares de tamaños comprendidos entre 3 y 1 cm. El estudio de anatomía patológica confirmó cambios histológicos compatibles con linfadenitis reactiva a silicona.

Discusión: La ruptura intracapsular de una prótesis es generalmente silente, ya que la silicona libre es contenida por la cápsula fibrosa periprotésica. La forma extracapsular se asocia con migración de la silicona regional o a distancia, habiéndose descrito en el tejido mamario circundante, axila, brazo, abdomen, dorso e incluso ingle. La reacción granulomatosa a cuerpo extraño en un ganglio linfático axilar es una compli-

cación rara, detectada frecuentemente como hallazgo incidental en el estudio histológico de disecciones axilares por carcinomas de mama asociados. Menos frecuente es la presentación como adenopatía de tamaño considerable, más o menos sintomática, y que requiera su exéresis para diagnóstico y tratamiento.

P-261

SUPERVIVENCIA EN EL CÁNCER DE MAMA EN FUNCIÓN DE LA CLASIFICACIÓN ANATOMOPATOLÓGICA DE LA OMS. ESTUDIO A 10 Y 20 AÑOS

C. Redondo Cano, C. Fuster Diana, I. Fabra Cabrera, M. Bruna Esteban, C. Sancho Moya, A. López Delgado, A. García Fadrique, D. Dávila Dorta, L. Sanja Remacha, E. Fuster Diana y J.V. Roig Vila

Hospital General Universitario, Valencia.

La clasificación anatomopatológica del cáncer de mama más aceptada y utilizada es la clasificación de la OMS. El objetivo de esta comunicación es estudiar la supervivencia de las pacientes con cáncer de mama según el distinto tipo histológico.

Material y método: A 10 años hemos revisado 2.094 pacientes diagnosticadas y tratadas por cáncer de mama en la Unidad Oncológica del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Para el estudio de supervivencia se han eliminado las enfermas fallecidas por causa ajena sin metástasis y las descontroladas, quedando 1.713 historias útiles y con un seguimiento mínimo de 10 años completo. Para el estudio a 20 años hemos revisado 1.396 historias. Para el estudio de supervivencia quedan útiles 1.137 casos, una vez eliminadas las fallecidas por causa ajena sin metástasis y las descontroladas. Se ha utilizado la prueba de Chi-cuadrado para el estudio estadístico.

Resultados: *Estudio a 10 años:* Destaca entre todos los grupos el carcinoma intraductal infiltrante, que representa el 77,93% de todos los tumores malignos de la mama, seguido del lobulillar infiltrante (4,61%), del medular (4,14%), del infiltrante de predominio intraductal (3,15%), del mucinoso (2,98%) y del intraductal in situ (2,74%). De las 1.713 pacientes superviven a los 10 años 906 (52,68%), correspondiendo la mayor supervivencia a los tumores no infiltrantes (100%), y dentro de los infiltrantes a los tubulares (82,61%) y a los intraductales de predominio intraductal (81,48%). $\chi^2 = 105,12$. *Estudio a 20 años:* Al igual que a 10 años el grupo más frecuente es el de carcinoma intraductal infiltrante (81,49%), siendo el resto de la distribución equiparable. De las 1.134 pacientes sobreviven 395 (34,83%), presentando al igual una mayor supervivencia los tumores no infiltrantes, seguido dentro de los infiltrantes del predominio intraductal, del tubular y medular. $\chi^2 = 68,73$.

Conclusiones: Como en las mayorías de las series, el tumor más frecuente es el carcinoma ductal infiltrante, seguido muy de lejos del lobulillar infiltrante y del ductal in situ. Los tumores no infiltrantes presentan mayor supervivencia, siendo los de mejor pronóstico dentro de los invasivos, el infiltrante de predominio intraductal, el tubular y el medular. Significancia estadística = $p < 0,001$.

P-262

CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE MAMA. SERIE DE CUATRO CASOS

E. Muñoz Forner, V. Navarro Aguilar, A. Martínez Agullo, A. Caballero Garate, A. Lluch Hernandez, C. Lloret Pastor, E. Martí Cuñat y S. Lledo Matoses

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción: El carcinoma epidermoide de mama (CEM) es una entidad muy poco frecuente que representa entre el 0,06 y 2% de todos los carcinomas de mama. Presentamos cuatro casos clínicos diagnosticados y tratados en el último año en nuestro hospital de un total de 172 cánceres de mama intervenidos en este período.

Casos clínicos: 4 mujeres con una edad media de 61 años (47, 60, 69 y 71) que consultan por presentar una tumoración indolora en mama izquierda; 2 en CSE, 1 en LIC1 y una en región periareolar. La mamografía muestra en todas ellas una imagen nodular de densidad media bien delimitada (BIRADS 3-4) y la ecografía revela una imagen sólido-quística. Se les realiza una BAG con el resultado en todas ellas de CEM. Con este re-

sultado se lleva a cabo un estudio de extensión para descartar un origen metastático a partir de otro tumor escamoso primario en otra localización. Una vez descartada la existencia de metástasis se intervienen realizándose una mastectomía radical modificada en las cuatro pacientes. El estudio anatomopatológico de las piezas confirma el diagnóstico de CEM. No se detecta positividad nuclear en las células tumorales con las determinaciones inmunohistoquímicas de receptores estrogénicos y de progesterona. La evolución de las cuatro pacientes es satisfactoria.

Discusión: El CEM es muy infrecuente, predominando en mujeres postmenopáusicas y en la mama izquierda como ocurre en nuestra serie. Su origen es supuestamente metaplásico a partir del epitelio ductal mamario. El examen radiológico de la lesión puede hacer sospechar la existencia de una tumoración epidérmica maligna por nódulos quísticos de ecoestructura mixta y paredes engrosadas e irregulares. Pero el estudio histológico es el que proporciona el diagnóstico definitivo mostrando un predominio de diferenciación escamosa en más del 90% del tumor con ausencia o tan solo presencia focal de carcinoma ductal de mama. Los receptores estrogénicos y de progesterona son siempre negativos, como en nuestras cuatro pacientes, por lo que no son subsidarios de tratamiento hormonal. El tratamiento debe ser quirúrgico con intención radical seguido de tratamiento quimioterápico y radioterápico; éste último si se considera oportuno. Los criterios necesarios para considerar un CE primario de mama son: 1) excluir una metástasis extramamaria, 2) ausencia de otros elementos neoplásicos en el tumor (> 90% epidermoide) y 3) el tumor sea independiente de otras estructuras cutáneas adyacentes.

P-263

CARCINOMA INTRADUCTAL DE MAMA. ANÁLISIS DE 183 CASOS

A.J. Caballero Gárate, A.M. Martínez Agullo, A. Lluch Hernández, A., Lloret Pastor, J. Ferrer Lozano y S. Lledo Matoses

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción: Es una proliferación celular de aspecto maligno dentro de la unidad ducto-lobulillar, que rompiendo la estructura arquitectural de la misma no rompe la membrana basal. La detección de nuevos casos se ha incrementado significativamente en los últimos años desde la implantación de los programas de detección precoz del cáncer de mama.

Objetivos: Estudio retrospectivo en el que revisamos los carcinomas in situ de mama realizando un análisis epidemiológico, diagnóstico, terapéutico y evolutivo.

Material y métodos: Revisados los episodios de cáncer de mama tratados entre los años 1985 y 2005. De los 4.528 casos tratados, fueron diagnosticados de carcinomas in situ 195 que corresponden 12 a lobulillares in situ (CLIS) y 183 a ductales in situ (CDIS).

Resultados: La edad media en los CLIS es de 55,5 años (rango 30-65), premenopáusicas 7, perimenopáusicas 1 y postmenopáusicas 4. Asintomáticas el 83% y sintomáticas el 17%, el signo de alerta en las asintomáticas fue la detección de microcalcificaciones en 60%, nódulo no palpable en 20%, e imágenes de desestructuración en otro 20%. El tratamiento fue en todos los casos la tumorectomía. El 49% de las de las 183 pacientes con CDIS procedían de las consultas externas de nuestra unidad y el 51% acudían enviadas desde las unidades de detección precoz creadas en 1997. La edad media es de 55,26 años (rango 20-81), de ellas el 63% son postmenopáusicas, el 28% premenopáusicas y el 9% perimenopáusicas. El motivo de remisión fue en 113 pacientes la detección de imágenes sospechosas mamográficas y/o ecográficas, destacando las microcalcificaciones en un 71,6%, seguido del nódulo mas microcalcificaciones en 11,5%, las 72 restantes fueron sintomáticas en el 57,1% al detectarse un nódulo, el 20% por telorragia, el 10% por secreción por el pezón, el 7,1% por eczema de pezón y el 2,8% con nódulo mas secreción y con el mismo porcentaje las que presentaban signos inflamatorios. El diagnóstico se obtuvo en el 63% de casos realizando biopsia con anestesia local tras colocación de arpón con esterotaxia, considerándose como tratamiento definitivo en 93 casos. El 33,8% de los CDIS de nuestra serie eran de alto grado. Los receptores hormonales fueron positivos en el 67,2%. Encontramos sobre expresión del erb2 en el 58,7%. El tratamiento fue tumorectomía en 105 (57,38%), mastectomía radical, en 28 (15,3%), cirugía conservadora en 28 (15,31%), mastectomía simple en 10 (5,46%), ductectomía en 10 (5,46%) y mastectomía subcutánea con colocación de prótesis en 2 casos.

Conclusiones: La implantación de los programas de detección precoz ha contribuido significativamente a la detección del carcinoma mamario en estadios precoces. El signo radiológico mas frecuente en las pacientes asintomáticas es las microcalcificaciones. La biopsia tras la colocación de arpón constituye el tratamiento definitivo en más del 80% de los casos. La cirugía debe orientarse hacia la obtención de un control local óptimo de la enfermedad mediante cirugía conservadora o técnicas oncoplasticas seguidas de radioterapia.

P-264

BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER DE MAMA EN UN HOSPITAL COMARCAL

J.M. Abad Ribalta¹, P. Besora Canal¹, M. Fraile Lopez-Amor², X. Feliu Pala¹, R. Claveria Puig¹, X. Viñas Trullen¹, E. Macarulla Sanz¹, D. Salazar Terceros¹, H. Janafse Husein¹ y E. Fernández Sallent¹

¹Hospital General, Igualada. ²Cetir, Barcelona.

La biopsia selectiva de ganglio centinela en pacientes con cáncer de mama es la técnica de elección para el estudio de la afectación ganglionar axilar en determinadas pacientes. Presentamos nuestra experiencia inicial en un Hospital Comarcal con Servicio de Medicina Nuclear externalizado.

Pacientes y métodos: En este estudio se incluyen las pacientes intervenidas entre Diciembre del 2004 hasta Marzo del 2006. *Los criterios de inclusión han sido:* Tumores menores de 3 cm, ausencia ecográfica de invasión axilar confirmada mediante PAAF si hay adenopatías sospechosas, no tratamientos previos con quimioterapia y no presencia de tumores multicéntricos. La técnica de inyección de radiotrazador y la gammagrafía preoperatoria se realizan en la empresa CETIR el día previo a la intervención. Los ganglios son estudiados por citología peroperatoria y mediante inmunohistoquímica de forma diferida.

Resultados: De un total de 79 pacientes diagnosticadas y tratadas de cáncer de mama durante el periodo de estudio, se practicó la biopsia selectiva de ganglio centinela en 50 pacientes (63,3%). En 2 casos (4%) no hubo migración del radiotrazador y en todos los casos se pudo localizar el ganglio centinela. En 4 pacientes (8,3%) la migración del radiotrazador fue a ganglios de la cadena mamaria interna y zona axilar, en 3 pacientes (6,2%) a ganglios intramamarios y en 39 (81,2%) pacientes se detectó en zona axilar. De los 4 ganglios de la cadena mamaria interna 2 fueron positivos y en una ocasión asociado a un ganglio axilar también positivo, los 3 ganglios intramamarios fueron negativos y de un total de 43 adenopatías axilares, 8 fueron positivas. La citología peroperatoria mostró 3 Falsos Negativos y 1 Falso Positivo, siendo la Sensibilidad del 62,5% y la Especificidad del 97,1%.

Conclusiones: La disponibilidad de un Servicio de Medicina Nuclear externo con amplia experiencia en la biopsia selectiva de ganglio centinela permite que esta técnica quirúrgica pueda desarrollarse en Hospitales de ámbito Comarcal con resultados que permiten obviar la linfadenectomía axilar en 39 pacientes de un total de 50.

P-265

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA INMEDIATA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

M. Alvite Canosa, S. López García, L. Alonso Fernández, M. Seoane Vigo, B. Acea Nebriil, J. Aguirrezabalaga González y C. Gómez Freijoso
Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, La Coruña.

Introducción: En la actualidad, la reconstrucción mamaria forma parte del tratamiento integral de la mujer con cáncer de mama, mejorando su autoestima e imagen corporal. Puede realizarse de forma inmediata durante la cirugía oncológica o de forma diferida después de los tratamientos adyuvantes. El objetivo de esta comunicación es aportar la experiencia de los autores en la reconstrucción mamaria inmediata en mujeres con cáncer de mama.

Material y métodos: Desde el año 2004, nuestro servicio ha iniciado un programa de reconstrucción inmediata en mujeres con cáncer de mama aplicando el nuevo concepto de la mastectomía ahoradora de piel (Skin-sparing mastectomy) que permite conservar el volumen y forma inicial de la mama al mantener la piel y el surco submamario. La reconstrucción mamaria total se realizó a partir de una mastectomía aho-

rradora de piel cuyo volumen fue restituído con un colgajo de músculo dorsal ancho (8 casos), un colgajo libre de recto anterior (1 caso) y la combinación de prótesis y colgajo de dorsal ancho (1 caso). La reconstrucción parcial de mama se indicó en grandes resecciones del polo superior mamario por procesos multicéntricos y multifocales que requirieron la reposición del volumen mamario con un colgajo de músculo dorsal ancho (6 casos).

Resultados: Durante el periodo a estudio, un total de 16 mujeres con cáncer de mama fueron sometidas a una mastectomía con reconstrucción inmediata. En 10 casos se realizó una reconstrucción mamaria total mientras que en 6 se llevó a cabo una reconstrucción parcial con un colgajo de músculo dorsal ancho. La viabilidad de los colgajos musculares fue del 100% sin que se registrasen reintervenciones durante el postoperatorio. Una paciente tratada con quimioterapia neoadyuvante requirió la transfusión de dos concentrados durante el postoperatorio por anemia. La estancia media fue de 4,3 días (rango 3-7 días). La complicación más frecuente durante el postoperatorio fue el seroma lumbar que fue tratado de forma ambulatoria mediante su punción-aspirado.

Conclusiones: 1) Actualmente, la reconstrucción mamaria inmediata en enfermas seleccionadas forma parte del tratamiento integral de la mujer con cáncer de mama. 2) La utilización de una mastectomía ahoradora de piel en la reconstrucción mamaria favorece el resultado final al conservar el contorno mamario original y resistir los tratamientos adyuvantes.

P-266

PRESENCIA DE CÉLULAS TUMORALES AISLADAS EN MEDULA ÓSEA DE PACIENTES CON CARCINOMA DE MAMA EN ESTADIOS INICIALES. EXPERIENCIA DE UN ÚNICO CENTRO

A.J. Caballero Gàrate, A.M. Martínez Agullo, A. Lluch Hernandez, A. Fidalgo, B. Bermejo, E. García, A. Magro y S. Lledo Matoses
Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción: En los últimos años se han realizado diversos estudios para valorar el papel de la presencia de células tumorales en médula ósea como factor pronóstico en pacientes con carcinoma de mama en estadios I-III. Un reciente metanálisis establece que la presencia de células tumorales aisladas en médula ósea constituye un factor de mal pronóstico con una disminución de la supervivencia global; y se comporta como factor predictivo de recaída en los primeros 4 años.

Objetivos: Los objetivos de nuestro estudio fueron, establecer la incidencia de células tumorales en médula ósea en pacientes intervenidas de carcinoma de mama y su papel como factor predictivo de recaída.

Material y métodos: Se seleccionaron 296 pacientes con carcinoma de mama en estadios iniciales entre 1998 y 2002 tratadas en nuestra unidad. Realizamos aspirado de médula ósea en ambas crestas ilíacas previo al tratamiento con quimioterapia. Empleamos técnicas de inmunohistoquímica cuantitativa con anticuerpos anticitoqueratina A45-B/B3 (EPIMET, Baxter Europe) con posterior análisis microscópico del aspirado. Se consideró que la médula ósea era positiva si se detectaban 2 ó más células tumorales en ambos aspirados.

Resultados: La edad media de las pacientes estudiadas fue 51 años (30-85). Todas recibieron tratamiento quirúrgico con resección completa del tumor primario y linfadenectomía axilar. La distribución por estadios al diagnóstico fue 21,5% estadio I, 58,5% II y 20% estadio III. El 38% de ellas eran ganglios negativos, el 30% tenía entre 1-3 ganglios positivos y el 32% 4 ó más. El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante (85,5%). Los receptores estrogénicos fueron positivos en el 63,5% y los de progesterona en el 61,8%. El ERB2 era positivo en el 30%, negativo en el 34% y desconocido en el 38%. El grado histológico mas frecuente fue el grado II (43%). Se aislaron células tumorales aisladas en médula ósea en 83 (28%).

Con una mediana de seguimiento de 43,6 meses, han recaído 57 (19,2%) con un tiempo medio hasta la progresión de 21,5 meses. La mediana de supervivencia fue de 110 meses. No encontramos en las pacientes estudiadas una relación significativa entre la presencia de células tumorales aisladas en médula ósea al diagnóstico y el tiempo libre de enfermedad.

Conclusiones: El 28% de las pacientes tratadas por nosotros de un carcinoma mamario en estadios iniciales presenta células tumorales en

medula ósea. La presencia de células tumorales en medula ósea diagnóstico no constituye un factor predictivo de recaída en nuestra serie. Un mayor seguimiento nos permitirá concluir el verdadero papel de las células tumorales en medula ósea.

P-267

CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA

A. Segura Roca, M. Segura Badia, J. Solsona Martínez, V. Juncà Valdor, A. Piqueras Ferre, S. Puig Compañó, J.A. Pereira Rodríguez, M. Ortega Sánchez, S. Vidal-Sicart, T. Maristany Daunert y L. Grande Posa

Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: La realización de la técnica de biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) en el tratamiento del cáncer de mama permite evitar la linfadenectomía axilar radical (LAR) y sus complicaciones. El objetivo del estudio fue analizar la viabilidad de implementar esta técnica con un servicio de medicina nuclear (SMN) externo, formando posteriormente a nuestro propio SMN, y valorar su impacto en disminuir las LAR y las estancias postoperatorias.

Pacientes y métodos: Estudio clínico prospectivo desde la iniciación de la técnica en abril de 2001 mediante un SMN externo ya validado, que realizaba la técnica y formaba nuestros especialistas del SMN propio. Se practicaba la linfogammagrafía y la detección del ganglio centinela (GC), identificándose en el acto operatorio mediante sonda portátil. Se realizó el estudio anatomopatológico de la tumorectomía (TC) y del GC. Si este era metastásico, se efectuaba la LAR.

Resultados: Fue posible tratar con esta técnica 501 pacientes, con 512 carcinomas de mama. La visualización del GC con la linfogammagrafía se obtuvo en 487 casos (95,1%), y se detectó el GC durante la intervención en 478/487 casos (98,2%). La detección del GC en la cadena mamaria interna se ha producido en 56 casos (10,9%). Se ha evitado la LAR en 345 casos (67,6%). La diferencia de días de ingreso postoperatorio con o sin LAR ha sido de una media de 2,2 días (3,3 vs 1,1; $p < 0,001$).

Conclusiones: Ha sido posible iniciar la técnica de BSGC mediante un SMN externo ya validado, proseguirla mediante un SMN propio formado por el anterior, evitándose el 67,6% de las LAR, y disminuyendo la media de estancias en este grupo 2,2 días.

P-268

HAMARTOMA MAMARIO

J. Ruiz Tovar, M.E. Reguero Callejas, A.B. Aláez Chillarón, C. Ramiro Pérez, M.V. Collado Guirao, R. Rojo Blanco, J. Muñoz Martín-Cámara, F. González Palacios y A. García Villanueva
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: Los hamartomas mamarios son tumoraciones mamarias benignas poco frecuentes. Son habitualmente indoloras, bien delimitadas y móviles, compuestas de cantidades variables de grasa, tejidos glandular y fibroso. Se han considerado clásicamente como patología infradiagnosticada, pero el empleo de técnicas diagnósticas en las tumoraciones mamarias ha aumentado el número en los últimos años.

Ante la ausencia de un patrón anatomopatológico característico es necesaria la correlación con los hallazgos clínicos y las técnicas de imagen para llegar a un diagnóstico correcto de la patología.

Material y métodos: Describimos las características clínico-patológicas de 8 hamartomas mamarios.

Resultados: El rango de edad de los pacientes variaba entre 34 y 67 años. La manifestación clínica inicial fue en todos los casos la palpación de una tumoración de consistencia blanda, bien delimitada. A todas las pacientes se les realizó mamografía. También se emplearon ecografía, PAAF y BAG. El tratamiento fue tumorectomía. Describimos un caso de recurrencia tras escisión de la masa con un patrón histológico más agresivo y una paciente que presentó la coexistencia de hamartoma y carcinoma ductal infiltrante.

Conclusión: El hamartoma mamario es un tumor infrecuente. Para su diagnóstico es necesaria la correlación anatomopatológica, clínica y radiológica. Exponemos nuestro criterio para el manejo de estas lesiones.

P-269

HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA EN UNA CONSULTA DE PATOLOGÍA MAMARIA: UNA REALIDAD ACTUAL

V. Jiménez Carneros, I. Rodríguez Prieto, S. Fuerte Ruiz, A. Carabias Hernández, M.C. León Fernández, J.M. Jover Navalón y M. Limones Esteban

Hospital Universitario, Getafe.

Introducción: La historia clínica es la herramienta en el ejercicio profesional sanitario, desde el punto de vista asistencial, docente e investigador. Gracias a la introducción de los sistemas informáticos en la práctica clínica, la historia clínica informatizada se está convirtiendo progresivamente en el instrumento de trabajo imprescindible en el medio hospitalario.

Material y métodos: Presentamos el proceso de elaboración de la historia clínica informatizada en la consulta específica de Patología Mamaria de nuestro centro. Los objetivos fundamentales de la historia clínica informatizada son tres: 1) *Asistencial:* la historia clínica informatizada permite el acceso rápido a los datos del paciente y la transferencia de los mismos entre los distintos equipos que colaboran en nuestra consulta, evitando la pérdida de información. 2) *Docente e investigador:* facilita el análisis de la información y la evaluación fiable del trabajo realizado. 3) *Institucional:* debido al aumento de la presión asistencial, la historia clínica informatizada es la respuesta al problema del espacio físico del archivo.

Resultados: La historia clínica informatizada de la consulta de Patología Mamaria consta de 16 páginas, utilizando el sistema operativo access, en la que se recoge de manera exhaustiva la información de cada paciente: anamnesis, exploración física, pruebas complementarias, datos de las intervenciones quirúrgicas e información relacionada con el tratamiento oncológico, permitiendo la elaboración de informes clínicos detallados que pueden ser entregados al paciente en la consulta. En el momento actual, no disponemos de una conexión entre los distintos servicios (anatomía patológica, radiodiagnóstico y oncología) debido a la incompatibilidad de los sistemas operativos. La principal desventaja es la demora inicial ocasionada y la teórica pérdida de confidencialidad, inconvenientes transitorios que podrán ser solventados con la experiencia. La historia clínica informatizada permitirá mejorar la calidad de los servicios ofrecidos al paciente.