

ración local primaria, la reparación protésica y la ubicación del estoma en otra localización. Hay que tener especial cuidado en la creación de ostomías para maximizar la probabilidad de su funcionalidad y minimizar el riesgo de complicaciones.

P-270. REPARACIÓN DIAFRAGMÁTICA CON MALLA DE PTFE CONDENSADO: UNA NOVEDOSA APLICACIÓN DE ESTE TIPO DE PRÓTESIS

J.L. Esteban Ramos, M. Díaz Oteros, C. Pérez Durán, R. Domínguez Reinado, E. Montes Posada, J.D.D. Franco Osorio, F.J. García Molina y F. Mateo Vallejo

Hospital de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Introducción: La reparación de grandes defectos diafragmáticos precisa del empleo de materiales protésicos que permitan la frenoplastia sin tensión. Recientemente hemos empleado en dos casos una malla de PTFE condensado (Motifmesh®) con un resultado muy favorable.

Casos clínicos: Presentamos dos casos de frenoplastia con malla de PTFE condensado. Caso 1: paciente mujer de 79 años que sufre atropello, presentando una rotura del hemidiafragma derecho (imágenes). Se intervino de urgencias, realizándose la reparación sin problemas. Caso 2: paciente de 76 años que se interviene por neoplasia en colon transversal yuxtaplélico, que infiltra el hemidiafragma izquierdo. Se realiza una extirpación "en bloque" de la lesión tumoral, consiguiendo una resección R0 (imágenes). Se llevó a cabo una plastia diafragmática con la misma malla, con evolución muy favorable.

Discusión: La malla de PTFE condensado (Motifmesh®) empleada para la reparación de eventraciones abdominales con muy buen resultado puede ser empleada de forma segura y sin complicaciones asociadas para la reparación de defectos diafragmáticos.

PATOLOGÍA DE LA MAMA

COMUNICACIONES ORALES

O-201. DIAGNÓSTICO INTRAOPERATORIO DEL GANGLIO CENTINELA EN EL CÁNCER DE MAMA: MÉTODO HISTOLÓGICO FRENTE A MOLECULAR

R. Saborit Montalt¹, L. Bernet Vegué¹, J. Medrano González¹, B. Ballester Sapiña², J. Torró Richart¹, F. Sevilla Chica¹, C. Muñoz Alonso¹, J. García del Caño¹, M. García Botella¹, J. Orozco Sobrino¹ y J. Aguiló Lucía¹

¹Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva. ²Hospital de la Ribera, Alzira.

Introducción: El diagnóstico anatomopatológico del ganglio centinela tiene unas limitaciones relacionadas con la metodología que condiciona la reproducibilidad entre los patólogos. Recientemente, ha sido descrita una nueva técnica de biología molecular, con una elevada sensibilidad y especificidad, basada en la amplificación del RNA mensajero de la citokeratina 19 para el diagnóstico intraoperatorio de la totalidad del ganglio centinela en el cáncer de mama (método OSNA).

Objetivos: Comparar el método OSNA con el estudio histopatológico tradicional en el diagnóstico intraoperatorio del ganglio centinela en la estadificación del cáncer de mama.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes diagnosticadas de carcinoma ductal infiltrante de mama mediante biopsia con aguja gruesa y con estadio clínico T1-2 N-0, tributarias de cirugía conservadora o radical, en el periodo 2006-2009, en 2 hospitales de la Comunidad Valenciana. Se analizan dos series de ganglios centinelas estudiados intraoperatoriamente. Una retrospectiva, que incluyó 478 ganglios diagnosticados histopatológicamente mediante hematoxilina-eosina y citokeratina AE1/AE3, y otro prospectiva de 211 ganglios estudiados por biología molecular (método OSNA), en el que tras la homeogeneización del ganglio, se procedía a la amplificación del mRNA-CK19, obteniéndose una cuantificación del número de copias de mRNA-CK19. El método OSNA establece que > 5.000 copias/μL se corresponde con macrometástasis; > 250 y < 5.000 copias/μL con micrometástasis; > 100 y < 250 copias/μL como células tumorales aisladas. Se consideró "caso" a cada uno de los ganglios.

Resultados: De la serie de 478 ganglios diagnosticados por el método tradicional, 116 resultaron positivos para metástasis (24,2%) y 362 negativos (75,7%). De los 116 ganglios metastásicos, el diagnóstico fue en el 64,6% (75 casos) de macrometástasis, en el 24,1% (28 casos) de micrometástasis y en el 11,2% (13 casos) de células tumorales aisladas. Del segundo grupo de 211 ganglios, correspondiente al método OSNA, 173 (81,9%) resultaron negativos para metástasis y 38 positivos (18%). De los metastásicos, 13 casos resultaron macrometástasis (34,2%), 18 micrometástasis (47,3%) y 7 células tumorales aisladas (18,4%). No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en porcentaje de ganglios metastásicos ($\chi^2 = 1,162$; $p = 0,28$). Sin embargo, sí hubieron diferencias entre ambos métodos diagnósticos al considerar el porcentaje de ganglios afectados con macrometástasis, micrometástasis y células tumorales aisladas ($\chi^2 = 18,644$; $p = 0,0001$). Así, el método OSNA presenta un mayor porcentaje de diagnóstico de micrometástasis respecto al diagnóstico histopatológico.

Conclusiones: Ambos métodos, histopatológico y OSNA, no muestran diferencias en el diagnóstico intraoperatorio de metástasis del ganglio centinela en el cáncer de mama. En el grupo de ganglios centinelas metastásicos, el método OSNA muestra una mayor capacidad para diagnosticar metástasis de pequeño volumen, es decir, micrometástasis y células tumorales aisladas, factor de gran importancia pronóstica y con posibles implicaciones terapéuticas.

O-202. MICROMETÁSTASIS GANGLIONAR EN CÁNCER DE MAMA. ¿ES SIEMPRE NECESARIO HACER UN VACIAMIENTO GANGLIONAR AXILAR?

O. Aparicio Rodríguez, S. Barcons Vilaplana, J. Font Renom, J.C. Martín Miramón, X. Andreu Navarro y S. Navarro Soto

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Introducción: La detección de micrometástasis (MIC) como único hallazgo en la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) en cáncer de mama genera controversia en cuanto a su valor pronóstico y la necesidad de realizar más tratamiento a nivel axilar. Estudios recientes parecen indicar que el vaciamiento ganglionar axilar (VGA) podría ser evitado en estos casos. Han sido publicadas tasas de prevalencia de MIC de alrededor del 10% así como una afectación adicional de otros ganglios en un 18% de los casos.

Objetivos: El objetivo de este estudio consiste en determinar las características de nuestros casos de MIC e intentar identificar un subgrupo en el que se pueda predecir la no afectación adicional de ganglios para poder evitar la realización del VGA.

Material y métodos: Entre 2004 y enero 2010 recogimos de forma prospectiva y consecutiva todas las pacientes intervenidas de cáncer de mama a las que se practicó una BSGC (548 casos). En los casos de MIC se les practicó un VGA tal como se indica en nuestro actual protocolo institucional. Han sido evaluados datos sobre cada paciente y cada tumor y su asociación con la afectación adicional de otros ganglios en el posterior VGA. Utilizamos también en cada caso el nomograma de predicción de metástasis adicionales del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC).

Resultados: Se detectaron 44 casos de MIC de entre 548 BSGC realizadas representando una prevalencia del 8%. En 40 casos se practicó un VGA según nuestro protocolo y en los otros 4 casos se desestimó tras negativa de la paciente y al presentar tumores de características favorables. En 4 casos de los 40 VGA se hallaron alguna metástasis adicional (10%) y en el resto el vaciamiento fue negativo. La mediana de las principales variables fueron: edad de 56 años, tamaño tumoral de 15 mm, número ganglios centinelas positivos 1, número ganglios centinelas negativos 1,5, tamaño de la micrometástasis 1,2 mm, número ganglios del VGA 17,5. La mayoría de los casos eran carcinomas ductales infiltrantes (95%), de grado histológico II-III (80%), sin invasión linfovascular (92,5%), unifocales (90%), con receptores hormonales positivos (85% RE y 72,5% RP) y HER2 negativos (75%). La media de predicción de metástasis adicionales según el nomograma del MSKCC fue del 9,2%. Al valorar el subgrupo en el que se halló alguna metástasis adicional destaca que todos tuvieron un tamaño tumoral mayor o igual a 20 mm, eran multifocales el 50% y en todos los casos la probabilidad prevista por el nomograma MSKCC era mayor al 10%.

Conclusiones: En nuestro medio tenemos una prevalencia de MIC del 8%, sin otras metástasis adicionales en el 90% de los casos. La valoración de estos datos deja claro que la gran mayoría de estos pacientes no se benefician de la realización de un VGA. Teniendo en cuenta varios factores (una probabilidad prevista de metástasis adicionales por el nomograma MSKCC menor al 10%, con un tamaño tumoral menor de 20 mm y siendo unifocal) podría determinarse un subgrupo en el que este VGA podría evitarse con seguridad.

O-203. VALIDACIÓN DE LA TÉCNICA DE BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA TRAS QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE DEL CÁNCER DE MAMA

A. Moral Duarte, J. Duch Renom, J.I. Pérez García, M. Estorch Cabrera y M. Trias Foch

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: Valorar la tasa de detección, la tasa de falsos negativos y la exactitud diagnóstica de la biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) en pacientes con cáncer de mama post tratamiento con quimioterapia neoadyuvante (QTNA).

Material y métodos: Entre diciembre 2007 y noviembre 2009 se estudiaron prospectivamente 30 pacientes [edad media de 60 años (rango 44-81)], con cáncer de mama localmente avanzado candidatas a tratamiento con QTNA. Todas las pacientes presentaban un estadio T2-3, N0-1, M0 antes del inicio de la QTNA, y N0 al finalizar la QTNA, valorado con ecografía axilar. Antes de la cirugía todas las pacientes recibieron tratamiento con QTNA, incluyendo trastuzumab en los casos her2 neu positivo. El día antes a la cirugía se realizó la linfogammagrafía, utilizando 74-148 MBq de ^{99m}Tc-nanocoloide de albúmina, con técnica de inyección intratumoral. Se realizó localización intraoperatoria del ganglio centinela utilizando una sonda detectora. En todas las pacientes se rea-

lizó vaciamiento axilar (VAX), y el estudio anatomopatológico diferido se llevó a cabo mediante hematoxilina eosina e inmunohistoquímica.

Resultados: Se realizaron 20 tumorectomías y 10 mastectomías simples. 11 pacientes (37%) presentaban N1 antes del inicio del tratamiento, pero todas las pacientes eran N0 al finalizar la QTNA. Las lesiones presentaban un tamaño medio de 37 mm, y la anatomía patológica evidenció 27 carcinomas ductales infiltrantes y 3 carcinomas lobulillares infiltrantes. La tasa de detección del ganglio centinela fue de un 90% (27/30). Los 3 pacientes en los que no se detectó el ganglio centinela eran N1 antes de iniciar la QTNA, y tuvieron un VAX positivo. La tasa de falsos negativos fue de un 9% (1/11), y la sensibilidad, especificidad y exactitud diagnóstica fueron de un 90%, 100% y 96% respectivamente.

Conclusiones: En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado candidatas a QTNA, la BSGC post QTNA es factible. Los resultados han permitido validar la técnica en nuestro centro habiéndola incorporado al protocolo de tratamiento.

O-204. UTILIDAD DE UN NOMOGRAMA EN LA PREDICCIÓN DE LA AFECTACIÓN AXILAR EN PACIENTES CON MICROMETÁSTASIS EN EL GANGLIO CENTINELA

R. Pardo García, J.M. Cordero García, M.A. Gil-Olarte Márquez, J.P. Pilkington Woll, C. Manzanares Campillo, A. Palomar Muñoz, V. Muñoz Atienza, A. García Vicente, A. Soriano Castrejón y J. Martín Fernández

Hospital General, Ciudad Real.

Objetivos: Estudiar el valor predictivo de un nomograma en la evaluación de la afectación axilar en pacientes con micrometástasis en el ganglio centinela (microGC), para seleccionar aquellas en las cuales la linfadenectomía axilar completa (LA) es realmente necesaria.

Material y métodos: Se incluyeron 236 pacientes, diagnosticadas de cáncer de mama T1 o T2, sin afectación axilar clínica, incluyendo ecografía axilar o biopsia con aguja gruesa, en las cuales realizamos biopsia selectiva del ganglio centinela (GC). La detección del GC se realizó tras inyección peritumoral de 4 mCi de ^{99m}Tc-nanocoloide de albúmina, con reinyección periarolar o intradérmica cuando fue necesaria. Los ganglios linfáticos identificados como GC fueron estudiados histológicamente utilizando el protocolo estándar de análisis del ganglio centinela y reportados de acuerdo a la clasificación TNM como pN0, cuando no se encontraron células tumorales, pN0+ cuando había depósitos de células tumorales aisladas < 0,2 mm, y pN1, cuando había depósitos tumorales > 0,2 mm. Los ganglios pN1 con un depósito tumoral entre 0,2 mm y 2,0 mm (micrometástasis) fueron clasificados como pN1mic. Con el objeto de calcular la probabilidad de afectación axilar tras una linfadenectomía axilar completa aplicando el nomograma diseñado por el Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC), se recogieron los datos sobre las características del tumor (grado nuclear, invasión linfovascular, multifocalidad, estatus del receptor de estrógenos y tamaño), método de detección de las micrometástasis (hematoxilina-Eosina, cortes seriados, cortes en congelación, inmunohistoquímica) y características del GC (número de ganglios centinelas positivos y negativos). Se realizó una linfadenectomía axilar en todas las pacientes estadificadas como pN1 siendo clasificadas como negativas (LA-) cuando no se encontraron depósitos de células tumorales y positivas (LA+), cuando fueron > 0,2 mm.

Resultados: Un total de 26 pacientes (11%) fueron clasificadas como pN1mic, pero sólo seis de ellas (23%) tuvieron afectación metastásica (LA+) en la linfadenectomía axilar. Sin embargo,

ninguna de las 15 pacientes (73 %) con un riesgo calculado $< 0,12$ mostraron afectación axilar en la linfadenectomía. Todas las pacientes con afectación axilar (LA+) tuvieron un riesgo calculado superior a 0.12, incluyendo cinco pacientes con LA-. Estos datos muestran un valor predictivo negativo del 100 % para un punto de corte de 0,12.

	LA+	LA-	Total
Riesgo $> 0,12$	6	5	11
Riesgo $< 0,12$	0	15	15
Total	6	20	26

Conclusiones: La aplicación del nomograma del MSKCC en la predicción de la afectación axilar en la linfadenectomía debería ser considerada como una herramienta de utilidad para evitar linfadenectomías axilares innecesarias en aquellas pacientes con afectación del GC por micrometástasis con un riesgo calculado bajo.

O-205. BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA EN CARCINOMA DUCTAL IN SITU (CDIS) DE ALTO RIESGO DE MAMA

T. Ramos Grande, A. Blanco, A. Sánchez Casado, R. Ruano, R. Sánchez Jiménez, R. del Olmo, H. San José, N. Macías, R. Peláez, M. Ramos Boyero y A. Gómez Alonso

Hospital Universitario, Salamanca.

Introducción: La indicación de la biopsia de ganglio centinela en el carcinoma ductal in situ de mama es un tema de controversia, debido al bajo riesgo de metástasis axilar. Presentamos nuestra experiencia en la utilización de esta técnica en pacientes con CDIS y que tenían factores de riesgo de metástasis axilar como son el tamaño, multicentricidad, alto grado o tumor palpable.

Material y métodos: Han sido estudiados 55 de pacientes con CDIS con alto riesgo de metástasis axilar durante el periodo desde 2002-2008. El 47 % de los casos (26 pacientes) tenían previamente biopsia escisional. La linfografía preoperatoria fue realizada con sulfuro de renio marcado con ^{99m}Tc (nanocis); el ganglio centinela se localizó con sonda de detección de rayos gamma (europrobe) e inyección subdérmica periareolar con colorante azul (lymphazurin). La linfadenectomía axilar fue realizada sólo en los casos en los que el ganglio centinela fue positivo para metástasis o éste no se localizó.

Resultados: Nuestro estudio incluye a 55 pacientes: 20 tumores de gran tamaño, 19 multicéntricos, 24 ganglios palpables y 30 de alto grado. La media de edad fue de 55 años (rango 38-80). El ganglio centinela fue localizado en todos los casos excepto en 2 pacientes, que tenían cirugía previa. En el 69 % de los casos (38 de 55) fue posible el tratamiento conservador. En el 31 % (17 de 55) se indicó mastectomía por CDIS extenso y en 11 de ellas se realizó reconstrucción mamaria posterior. Los resultados anatomopatológicos fueron en el 93 % (51 pacientes) negativos para metástasis, en el 1,8 % (1 caso) aparecieron células tumorales aisladas y sólo en el 1,8 % (1 caso) fueron positivos para metástasis. El caso de metástasis axilar correspondió a un CDIS de alto grado con comedonecrosis que previamente fue extirpado. En los dos pacientes en los que no se encontró el ganglio centinela, se realizó linfadenectomía axilar, siendo negativa para metástasis.

Conclusión: la realización de la biopsia de ganglio centinela en CDIS de mama de alto riesgo, ya sea en pacientes previamente operadas o no, resultará positiva para metástasis en un porcentaje muy bajo. Esto, hace que sea controvertido su uso de forma

rutinaria, pero puede ser aceptada por tratarse de una técnica con baja morbilidad.

O-206. BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA COMO ALTERNATIVA A LA LINFADENECTOMÍA SISTEMÁTICA TRAS QT NEOADYUVANTE EN TUMORES DE MAMA

C. Blanco, R. Sánchez, R. del Olmo, H. San José, A. Sánchez, T. Ramos, R. Peláez, J. González-Orús, M. Ramos y A. Gómez-Alonso

Hospital Clínico Universitario, Salamanca.

Introducción: La biopsia del ganglio centinela (BGC) es una técnica quirúrgica diagnóstica utilizada para estadificar el cáncer de mama temprano. Existen controversias acerca de si se puede emplear en pacientes con cáncer de mama en estadios avanzados que han recibido quimioterapia neoadyuvante (QTN), como alternativa a la linfadenectomía axilar estándar (LA). Nuestra intención es valorar la exactitud de esta técnica en las pacientes que presentan una axila clínicamente negativa después de QTN.

Material y métodos: 24 pacientes con cáncer de mama fueron tratadas con QTN para realizar cirugía conservadora o facilitar su operabilidad. La edad media fue de 46 ± 17 años. En el momento del diagnóstico, los cánceres fueron clasificados como cT1 (33 %), cT2 (33 %) y cT3 (33 %) y en el 37.5 % existían adenopatías axilares sospechosas de metástasis (cN1). Previamente a la realización de la BGC la axila era clínicamente negativa (adenopatías no sospechosas a la palpación, en la ecografía o en la resonancia magnética). La BGC se realizó mediante técnica combinada (colorante + radiocoloide) y a continuación se realizó una LA. Se analizaron los datos anatomopatológicos de los ganglios centinelas y no centinelas de la LA.

Resultados: En 18 pacientes se realizó cirugía conservadora (75 %). En 6 pacientes existió una respuesta patológica completa. El/los ganglios centinelas (GC) se localizaron en 23/24 pacientes (eficacia de la técnica 96 %). La mediana del número de GC extirpados fue de 2. Los GC fueron metastásicos en 13 pacientes (56 %) y de los 10 pacientes en los que el GC fue metastásico en 5 (50 %) no se encontraron más ganglios positivos en la LA. En ningún paciente GC negativo existieron metástasis en la LA (0 % de FN) por lo que el valor predictivo negativo (VPN) y la exactitud diagnóstica fue 100 %.

Conclusiones: La BGC es una técnica eficaz en las pacientes con QTN cuando la axila es clínicamente negativa. Debido al alto valor predictivo negativo, la BGC se puede considerar como una alternativa a la LA en los casos seleccionados de QTN. A esta selección contribuyen de una manera especial las pruebas de imagen preoperatorias.

O-207. ESTUDIO DE LAS MICROMETÁSTASIS Y SU SIGNIFICADO EN 151 BIOPSIAS DE GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER DE MAMA

G. Garrigós Ortega, V. García Fons, R.M. García, B. Patiño, N. Peris, N. Estellés, E.M. Mas, D. Periañez y M.M. Abad

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Introducción: El estadio de los ganglios linfáticos regionales es el factor pronóstico más importante en pacientes con cáncer de mama. La protocolización de la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) ha incrementado el hallazgo de micrometástasis, cuyo significado hoy en día es incierto y el manejo controvertido.

Objetivos: Analizar 151 casos de cáncer de mama con BSGC realizados y la incidencia de micrometástasis para evaluar la incidencia de metástasis en los ganglios no centinela.

Material y métodos: En este estudio se han incluido 151 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama a los que se le realizó la BSGC durante el periodo 2008-09. Los criterios de inclusión fueron: carcinomas invasivos < 3 cm, carcinomas in situ de alto grado o mayores de 25 mm y sin afectación axilar en ningún caso.

Resultados: La edad media de las pacientes fue de 59 años. La localización predominante fue el CSE (37%). El tamaño ecográfico medio de la lesión fue 14 mm. En 7 casos (4,6%) hubo sospecha de afectación axilar cuyo estudio citológico fue negativo. Los tipos histológicos: 136 ductales (85%), 13 lobulillares (8,5%) y 2 tubulares (1,3%). 129 casos (85%) fueron infiltrantes y 22 in situ (15%). La biopsia intraoperatoria del ganglio centinela fue negativa en 129 pacientes (85%) y positiva 11 (7%), en 6 casos (4%) no se realizó por razones técnicas y en otros 5 (3%) no se localizó el GC. La biopsia definitiva confirmó 123 negativos (81%) y 28 positivos (19%). Ningún CIS presentó metástasis linfáticas. La media del tamaño de la metástasis en el GC fue de 4,3 mm (0,16-15 mm). Hubo 15 casos de micrometástasis (10% del total de BSGC); 3 pN0₊ (\leq 0,2 mm), 12 pN1_{mi} (0,2-2 mm) y 13 metástasis > 2 mm (8%). En todos los casos de metástasis > 2 mm se completó linfadenectomía encontrándose extensión a otros ganglios en 7 casos (54%). En los casos de pN0₊ se completó la linfadenectomía en 1 caso, sin hallar afectación de otras estaciones ganglionares. En los 12 casos pN1_{mi} se completó linfadenectomía en 9 y se encontraron metástasis en otros ganglios en 2 casos (22%).

Conclusiones: A pesar del creciente aumento del diagnóstico de micrometástasis en la BSGC el manejo y significado de las mismas sigue siendo un tema controvertido. En nuestra serie, se detectaron micrometástasis en el 53% del total de biopsias positivas (10% de los pacientes sometidos a BSGC). Sólo en el 13% de dichos pacientes la biopsia intraoperatoria fue positiva. En el 20% de estos pacientes hubo afectación de otros ganglios distintos al ganglio centinela frente al 54% de pacientes con metástasis > 2 mm. Por tanto creemos que es necesario mejorar el diagnóstico anatomopatológico intraoperatorio e investigar las características específicas del ganglio centinela y del tumor primario en los pacientes con micrometástasis que predigan la no extensión a otros ganglios y en los que se podría obviar la linfadenectomía axilar, para lo cual hacen falta estudios multicéntricos con mayor número de casos.

O-208. EVOLUCIÓN EN EL ESTUDIO DEL GANGLIO CENTINELA EN EL CÁNCER DE MAMA: DIFERIDO FRENTE A INTRAOPERATORIO

R. Saborit Montalt, J. Medrano González, J. García del Caño, C. Muñoz Alonso, J. Torró Richart, V. Roselló Bono, M. García Botella, R. Ferri Espí, V. Viciano Pascual, J. Aguiló Lucia y M. Garay Burdeos

Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva.

Introducción: El estudio del ganglio centinela es el método aceptado en la estadificación ganglionar del cáncer de mama no avanzado con axila clínicamente negativa. Inicialmente se realizó de forma diferida y posteriormente, con el fin de evitar dos intervenciones en casi una de cada cinco pacientes, se está efectuando de forma intraoperatoria.

Objetivos: Comparar los resultados en el estudio del ganglio centinela realizado de forma diferida con el efectuado intraoperatorio, en dos periodos consecutivos.

Pacientes y métodos: Se incluyen 343 pacientes intervenidas en nuestro Servicio de cáncer de mama no avanzado con axila negativa en el periodo noviembre 2003-diciembre 2009, a las que

se le les efectuó un estudio del ganglio centinela. La edad media fue de 58,4 (25-87) años. Hasta enero 2008 se realizó estudio diferido, iniciándose entonces el intraoperatorio con HE y citoqueratinas. A partir de noviembre 2008 se utilizó el método intraoperatorio cuantitativo de biología molecular denominado OSNA, basado en la amplificación del RNA mensajero de la citokeratina 19, que es capaz de detectar células tumorales aisladas, micrometástasis o macrometástasis por el número de copias de RNA mensajero. Además de los datos descriptivos se analizó comparativamente la infiltración del ganglio centinela con los distintos métodos. Se aplicó el test Ji cuadrado para variables cualitativas y la t de Student para las cuantitativas.

Resultados: La media de ganglios centinelas obtenidos fue de 1,8 (1-5), aunque en 3 casos no se pudieron localizar. Hubo 3 casos de aparición de ganglios en cadena mamaria interna además del axilar. Se estudió de forma diferida los ganglios centinelas de 240 pacientes y en 103 de forma intraoperatoria (41 con HE-citoqueratina y 62 con el OSNA). En 2 casos por problemas técnicos el resultado OSNA fue diferido y en otros dos casos no se procesó por OSNA al ser CK 19 negativa. Hubo 73 (21,3%) pacientes con ganglios infiltrados. En la mayoría era un solo ganglio el afectado, con un caso de 4 centinelas y los 4 afectados. En 51 casos (69,8%) con sólo afectado el centinela, la linfadenectomía posterior resultó negativa. Hubo micrometástasis en 31 casos y CTA (células tumorales aisladas) en 18 casos. En la detección de infiltración del ganglio centinela no se registraron diferencias significativas ($p = 0,641$) entre los distintos métodos y periodos. En la serie de pacientes cuyos ganglios centinelas fueron estudiados de forma intraoperatoria no ha sido precisa una reintervención para linfadenectomía ni han presentado hasta el momento actual recidiva axilar.

Conclusiones: El estudio intraoperatorio del ganglio centinela, tanto por inmunohistoquímica como por biología molecular, es fiable y evita reintervenciones para linfadenectomía axilar.

O-209. ACTUALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS EVOLUTIVOS DE LA TÉCNICA DE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA EN EL CÁNCER DE MAMA

A. Moral Duarte, J.I. Pérez García, J. Duch Renom, M. Estorch Cabrera y M. Trias Folch

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: Revisar la evolución de los resultados de la técnica de la biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC), dividiendo la serie en etapas según los avances diagnósticos introducidos.

Material y métodos: Desde la introducción de la BSGC en junio de 2001 hasta la actualidad se han recogido de forma prospectiva diferentes variables de 254 casos realizados. La serie se ha dividido en 3 etapas: la 1.ª es la etapa de validación (hasta abril de 2004), la etapa intermedia caracterizada por realizar el estudio histológico diferido, no disponer de valoración ecográfica axilar preoperatoria y la localización combinada isotópica-colorante; y la etapa actual iniciada en enero 2006 en la que se realiza la ecografía axilar y RNM preoperatoria y el estudio histológico peroperatorio.

Resultados: En la primera etapa se validó la técnica con un valor predictivo negativo del 96,6%. En la etapa intermedia la probabilidad que el GC fuese negativo fue del 76%. En un 15% se encontraron micrometástasis y la probabilidad de precisar un vaciamiento fue del 9%. En la etapa actual el GC fue negativo en el 77%. La probabilidad de que no se deba realizar un VAX (GC-, N1mic, N0i+) es del 90% y de que el GC sea definitivamente positivo y se precise vaciamiento es del 9,5%. Se encontraron micrometástasis en el 6,6% y células tumorales aisladas en el 4,2%. Los pacientes que tienen el GC+ presenta-

rán VAX+ en el 45,4 %. Sólo el 7 % de las AP peroperatorias fueron positivas y únicamente el 5,8 % fueron positivas y mayores de 2 mm.

Conclusiones: Se ha mantenido la efectividad de la técnica evitando más de un 88 % de vaciamentos. Si bien el estudio histológico peroperatorio es una ventaja, el 18 % de estos que se informaron como positivos finalmente fueron micrometástasis, que podrían haber evitado el vaciamento si el estudio AP fuese diferido.

O-372. CONTROL DE CALIDAD EN UNA SERIE DE CÁNCER DE MAMA CON SEGUIMIENTO A 10 AÑOS: APLICACIÓN DEL NOTTINGHAM PROGNOSTIC INDEX

S. Martínez López, S. Cortese, J.L. Escat Cortés, F. Nevárez Noboa, M.E. García Sepúlveda, M. Rodríguez Martín, I. Amuantegui Prats y A. Muñoz-Calero

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: De los factores pronósticos analizados para cáncer de mama, pocos han demostrado ser significativos de manera independiente. El Nottingham Prognostic Index (NPI), es el único que los integra y que tiene validación prospectiva. El objetivo de este estudio es valorar si el NPI es una herramienta útil en nuestra población como predictor pronóstico y control de calidad.

Material y métodos: Se incluyen todos los cánceres de mama operados hasta diciembre de 1999 con seguimiento hasta enero de 2010. Se obtienen datos de diagnóstico, anatomía patológica (tamaño de tumor, estadio ganglionar y grado histológico), y datos del seguimiento. Se calcula para cada paciente el NPI y el estadio TNM (2002). Se clasifican los pacientes en tres grupos según el NPI: Buen pronóstico (GP) que incluye los casos con $NPI \leq 3,4$; Pronóstico moderado (MP) con NPI entre 3,41 y 5,4; y Mal pronóstico (PP) con $NPI > 5,4$. Se obtienen tablas de supervivencia y se calculan curvas de Kaplan Meier para cada grupo. Se compara las supervivencias empleando el test estadístico Log-Rank. Se compara la supervivencia por grupos con la serie del Nottingham City Hospital (1990-1999).

Resultados: Se evalúan 134 pacientes. De ellos, 10 (7,5 %), carecen de datos para calcular el NPI. De los 124 restantes, 38 (28,4 %) se incluyen en el grupo GP, 54 (40,3 %) en el MP, y 32 (23,9 %) en el PP. La supervivencia de la serie global es de 80 % a los 5 años y de 68 % a los 10 años. Según el pronóstico (GP, MP y PP), la supervivencia fue del 95 %, 88 %, y 50 %, respectivamente a los cinco años; y del 84 %, 84 % y 36 % a los diez años. Esta diferencia, es significativa ($p = 0,0001$) al comparar las curvas de Kaplan Meier. En la comparación dos a dos, no existen diferencias significativas entre el GP y el MP ($p = 0,22$). Analizando la concordancia con el TNM, en el GP, el 89,5 % pertenecen al estadio I. En el de MP, el 70,4 % pertenece al EII, y el PP, el 79,3 % se encuentran en el EIII. Al equiparar nuestra serie con la de Nottingham (excluyendo mayores de 70 años y tumores mayores a 5 cm), perdemos un 31 % de nuestra casuística. En este caso, la supervivencia a diez años es de 96 % en el GP, 78 % en el MP y del 30 % en el PP. Esta supervivencia entra dentro de los rangos dados por la serie de Nottingham, excepto en el grupo PP (30 % frente al rango de 37-56 % en la serie de Nottingham).

Conclusiones: Para una serie real con seguimiento amplio existen diferencias entre los grupos del NPI, lo que confirma la aplicabilidad del índice, siendo recomendable su estandarización. Existen en nuestra serie diferencias estadísticamente significativas con el grupo PP. Entre los grupos GP y MP existe tendencia a la significación. La mortalidad de nuestra serie es superponible a la de la serie descrita para el NPI. Por tanto, el NPI puede utilizarse como control de calidad en los análisis de series reales.

O-373. CÁNCER DE MAMA Y EMBARAZO. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 27 PACIENTES

A. Mayol Oltra, A. Caballero, J. Calvete, A. Fidalgo, B. Bermejo, G. Báguena, O. Burgués, C. León, J.A. Barrera y A. Martínez Agulló

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción: La detección de cáncer de mama (CM) durante el embarazo acontece en 1/3.000-10.000 gestaciones, suponen entre el 0,5-3 % de todos los CM y se suele asociar a un retraso diagnóstico y a estadios tumorales avanzados. Además, el inicio de algunos tratamientos complementarios (quimioterapia y/o radioterapia) quedarán condicionados al periodo gestacional de estas pacientes.

Objetivos: Analizar nuestra experiencia en la incidencia, diagnóstico, tratamiento y evolución de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama relacionado con el embarazo.

Pacientes y métodos: Entre 1982-2009, de 5.906 pacientes diagnosticadas de CM se han tratado en la Unidad de Patología Mamaria a 27 pacientes con CM y embarazo (0,46 %). Se analizan la edad, retraso diagnóstico (meses), tipo histológico, estado de los receptores hormonales, estadio tumoral, tratamientos de quimioterapia/hormonoterapia en neo- o adyuvancia, tipo de cirugía sobre el tumor de mama, evolución del feto y recaídas locales y sistémica.

Resultados: La edad media al diagnóstico fue de 35 años (29-43 años). Se diagnosticó el tumor de mama durante el periodo gestacional en 21 pacientes con una media de 23 semanas (9-38 semanas) y 6 en el postparto (2-5 meses). El retraso medio hasta el diagnóstico fue de 4 meses (1-12). Diez pacientes tenían antecedentes familiares de cáncer de mama (2 casos de BRAC1). Respecto al estado de los receptores tumorales, 12 (44 %) eran Her+, 5 casos (19 %) triple negativo y luminal A-B en las demás pacientes. Al diagnóstico 4, 9, 11 y 2 pacientes se clasificaron en estadio I, II, III y IV respectivamente siendo 4 tumores (14,5 %) de tipo inflamatorio y Tis en un caso. Histológicamente el 77 % eran carcinomas ductales infiltrantes y 11 (40,3 %) de grado alto. Se inició quimioterapia neoadyuvante en 16 pacientes (59 %), en 8 casos durante la gestación sin detectar complicaciones para el feto. Cuatro gestantes optaron por un aborto terapéutico. Todas las pacientes fueron operadas, realizando mastectomía radical modificada en 24 (81 %) y cirugía conservadora en tres. Con un tiempo medio de seguimiento de 60 meses, la supervivencia global fue del 70 %. Tres pacientes presentaron recaída local (11 %) a los 7 meses, 2 y 8 años, y en 13 la recaída fue sistémica (7 meses-17 años).

Comentarios: El carcinoma de mama durante el embarazo se asocia con un retraso diagnóstico, con frecuencia se detecta en estadios avanzados y con una incidencia elevada de grados histológicos altos. El tratamiento quirúrgico conlleva aún un alto porcentaje de mastectomías radicales. En nuestra serie, la quimioterapia no produjo efectos adversos en el feto tras el primer trimestre de gestación, siendo el pronóstico del CM durante el embarazo similar al de las pacientes no gestantes de la misma edad y estadio tumoral.

O-374. CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA DE MAMA: TÉCNICA DE ROLL

A. Palomares Cano y N. Palomino Peinado

Hospital Ciudad de Jaén, Jaén.

Introducción: Las campañas de detección precoz del cáncer de mama y el perfeccionamiento de las pruebas de imagen han dado lugar a un aumento en la incidencia del diagnóstico de lesiones no palpables de mama. El tratamiento quirúrgico de es-

tas lesiones requiere la localización tumoral previa a la intervención, para lo cual se han desarrollado a lo largo de los años distintas técnicas, que van desde la clásica biopsia con arpón, hasta métodos nuevos como el ROLL (Radioguided Occult Lesion Localisation).

Material y métodos: Se realiza una revisión bibliográfica acerca del tema y se aporta nuestra experiencia en la utilización de la técnica de ROLL, así como un estudio comparativo con la localización de lesión no palpable mediante arpón metálico.

Resultados: Se localiza lesiones no palpables mediante arpón metálico en 105 pacientes entre los años 2004/2005, obteniendo una señalización de la tumoración en el 100% de los casos. Tras el estudio anatomopatológico de las piezas quirúrgicas, se informa de patología maligna en 75 pacientes (71,42%), de los cuales presentaron márgenes libres de lesión 50 casos (66,6%) y márgenes afectados en 25 casos (33,4%). Mediante la técnica de ROLL se localizan lesiones en 147 pacientes entre los años 2006/2008, con un marcaje adecuado del 100%. La Anatomía Patológica posterior indicó la presencia de tumoración maligna en 136 casos (92,51%), de los cuales se encontraron márgenes libres en 107 (79,9%) y márgenes afectados en 29 (20,1%).

Conclusiones: La técnica de ROLL es un método sencillo y de fácil realización en el que se demuestra el carácter multidisciplinar de las unidades de patología mamaria. Tras la revisión bibliográfica y el estudio comparativo de las distintas técnicas, podemos destacar distintas ventajas sobre la utilización de ROLL, como son mayor confort para las pacientes, mejores resultados estéticos, menor escisión de tejido mamario, menor estancia hospitalaria, y como ventaja principal, menor incidencia de márgenes afectados.

O-375. EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA TRAS CIRUGÍA RADICAL O CONSERVADORA EN CÁNCER DE MAMA

D. Moro Valdezate, J. Martín Arévalo, M.D. Ruiz Carmona, E. Buch Villa, P. Aragón Chofre, G. Alcalá García del Río, M. Muñoz Ibáñez y F. Checa Ayet

Hospital Sagunto, Valencia.

Objetivos: De todos los factores que pueden influir en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las pacientes intervenidas por cáncer de mama, el tratamiento quirúrgico puede ser uno de los más importantes. El objetivo del estudio consiste en describir las características de las pacientes y la evolución de su CVRS al mes, a los 6 meses y al año de la intervención. Así como analizar si la CVRS varía a lo largo del periodo, y las diferencias en CVRS al según modalidad de intervención (cirugía conservadora (CC) vs radical).

Material y métodos: Estudio multicéntrico, observacional, prospectivo, en el que una cohorte de pacientes intervenidas de cáncer de mama entre mayo de 2003 y mayo de 2007 fue seguida durante un año para valorar su CVRS. Se valoró la CVRS al mes, a los 6 meses y al año de la intervención utilizando una escala general (EuroQol-5D), una escala específica de cáncer (EORTC QLQ-C30) y una escala específica de cáncer de mama (EORTC QLQ-BR23).

Resultados: Se incluyeron 551 pacientes, de las que participaron 446. La edad media fue 59,09 años (rango: 20-91). Fueron intervenidas mediante CC el 61,2%. La CVRS de las pacientes fue mejorando a lo largo del año de seguimiento. Las puntuaciones de la Escala Visual Analógica (EuroQol-5D) mejoraron desde una mediana de 70 en el primer mes a 80 al año ($p < 0,0001$) pero la tarifa EuroQol-5D no mostró cambios significativos a lo largo del periodo (medianas de 0,8067 al mes y 0,8265 al año; $p = 0,1323$). La puntuación global del EORTC QLQ-C30 mejoró entre el mes y el año, a pesar de presentar medianas iguales (66,7; $p < 0,0001$).

Todas las dimensiones funcionales y de síntomas, así como la mayoría de ítems independientes del EORTC QLQ-C30 experimentaron mejorías durante el seguimiento. Las dimensiones del EORTC QLQ-BR23 mostraron mejoría, salvo el funcionamiento sexual y la preocupación por el futuro. La CC mostró mejoras en actividades diarias, funcionamiento físico, emocional y social, fatiga, dolor, insomnio o impacto económico al año de la intervención. Adicionalmente, las pacientes intervenidas de forma conservadora presentaron mejor imagen corporal, menos molestias en el brazo y menos efectos secundarios del tratamiento sistémico, pero mayor preocupación por el futuro y más síntomas locales en la mama intervenida.

Conclusiones: Las pacientes mostraron buena CVRS, la cual fue mejorando a lo largo del seguimiento. Existen diferencias en la CVRS entre las pacientes intervenidas por cáncer de mama mediante cirugía radical y las que recibieron CC al año de la intervención.

O-376. CIRUGÍA RESTITUTIVA DE VOLUMEN MAMARIO EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CONSERVADOR DE LA NEOPLASIA DE MAMA MEDIANTE GEL DE PLAQUETAS. RESULTADOS PRELIMINARES

M. Botey, J.F. Julián, J. Navinés, I. Pascual, A. Mariscal, J.R. Grifols, C. Sánchez, E. Castella, M. Margeli, A. Alastrúe y J. Fernández-Llamazares

Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona.

Introducción: El tratamiento conservador del cáncer de mama conlleva un elevado índice de secuelas morfológicas y volumétricas que alteran la estructura anatómica y la percepción corporal de la paciente. La solución quirúrgica a este problema es compleja. Presentamos una alternativa terapéutica para conseguir la restitución de volumen mamario en el mismo acto quirúrgico, mediante una prótesis biológica de gel de plaquetas.

Material y métodos: Desde diciembre de 2008 se incluyen de manera prospectiva 20 pacientes consecutivas candidatas a tratamiento quirúrgico conservador de cáncer de mama. En el preoperatorio se realiza el estudio tumoral mediante RMN, ecografía y mamografía para descartar multicentricidad. Todas las candidatas requieren un donante de plaquetas alógeno cuya validez debe ser verificada en el Banco de Sangre y Tejidos en el preoperatorio. Se realiza la plaquetoféresis del donante el día previo a la intervención. Tras realizar la tumorectomía con márgenes oncológicos se procede a la formulación del gel de plaquetas aplicando la cantidad necesaria para restituir el volumen extirpado. Se realiza un seguimiento iconográfico postoperatorio con RMN, mamografía y ecografía mamaria así como un registro anatómico fotográfico evolutivo. Se evalúan mediante tests psicométricos los resultados estéticos valorados tanto por la paciente como por el equipo médico investigador. Al año de la intervención se realiza biopsia dirigida por ecografía de la zona de implantación del gel.

Resultados: De las 20 pacientes intervenidas hasta la fecha, 18 conservan su contorno anatómico sin deformidades evidentes. La media del test de autoevaluación psicométrico ha sido de 9/10. La imagen iconográfica no distorsiona el patrón glandular lo que permite un correcto seguimiento de la enfermedad oncológica. La morbilidad de la serie comprende 1 hematoma mamario y 1 infección del sitio quirúrgico. No se ha observado ningún caso de recidiva local. Las biopsias obtenidas al año de la cirugía muestran tejido conectivo y colágeno en la zona de tumorectomía.

Conclusiones: El gel de plaquetas permite obtener prótesis biológicas individualizadas para cada paciente, de acuerdo con el volumen extirpado, restituyendo así el volumen mamario en el

mismo acto quirúrgico de la tumorectomía. Este hecho consigue minimizar las retracciones y deformidades de la cirugía conservadora en las neoplasias de mama. El uso de gel de plaquetas en cirugía oncorestitutiva permite hacer una exéresis de los tumores con margen de seguridad ampliado, disminuyendo la probabilidad de enfermedad residual viable en el lecho tumoral. Se observa un efecto reparador tisular con producción de tejido conectivo y cicatricial en el lecho quirúrgico. Los factores de crecimiento que liberan las plaquetas podrían tener un efecto inmunovigilante hacia la transformación neoplásica de las células del lecho quirúrgico e inmunomodulantes en la respuesta inflamatoria. Este efecto podría acelerar el proceso de curación de la herida, al mismo tiempo que proteger de la recidiva local.

O-377. IMPACTO DE LA RESONANCIA MAMARIA EN EL NÚMERO DE MASTECTOMÍAS POR CÁNCER DE MAMA

H. Durán Giménez-Rico, E. Esteban Agustí, P. Galindo Jara, M. Marcello Fernández, C. Loinaz Seguro, C. Miró Guillén, L. García Estévez, L. Galán Raposo, R. Puga Bermúdez, Y. Quijano Collazo y E. Vicente López

Hospital Madrid Norte Sanchinarro, Madrid.

Introducción y objetivos: El empleo rutinario de la Resonancia Mamaria (RM) en la estadificación del cáncer de mama tiene detractores. Éstos coinciden en señalar a la RM como una de las principales responsables en el incremento de mastectomías por cáncer de mama. Dentro del conjunto de mastectomías de nuestra serie, pretendemos estudiar qué porcentaje fueron “de necesidad” (cáncer inflamatorio, tamaño del tumor/tamaño de la mama desfavorable, etc.), y qué porcentaje fueron debidas a la información obtenida en las resonancias.

Material y métodos: Estudio sobre 42 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama y sometidas a una mastectomía en nuestra unidad (enero de 2008-marzo de 2010). Se consideró a la RM mamaria responsable independiente de mastectomía cuando ésta fue la única variable invocada como causa de mastectomía. Entre éstas, se analiza también el porcentaje de mastectomías “innecesarias”, cuando la extensión neoplásica en el estudio anatomopatológico diferido del espécimen fue claramente menor a la extensión de la imagen sospechosa en la RM, y el porcentaje de mastectomías “de rescate”, cuando la extensión neoplásica en el estudio anatomopatológico diferido del espécimen fue similar a la extensión de la imagen sospechosa en la RM, pero claramente mayor a la imagen sospechosa de la eco o de la mamografía.

Resultados: 42 mastectomías sobre un total de 87 cánceres de mama (48,27%). 35 (83,33%) ductales infiltrantes; 5 (11,90%) ductales in situ; 1 (2,38%) ductolobulillar infiltrante, y 1 (2,38%) lobulillar infiltrante. 33 (78,5%) “mastectomías de necesidad” y 9 (21,5%) mastectomías debidas a la RM. “Causas de las mastectomías de necesidad n = 33”: 12 (36,36%) debidas a un tamaño del tumor/tamaño de la mama desfavorable; 8 (24,24%) debidas a proximidad del tumor con el complejo areola-pezones; 5 (15,15%) por reintervenciones de tumorectomías con márgenes afectados derivadas de otros centros; 4 (12,12%) por multicentricidad; 3 (9,09%) por cancerofobia, y 1 (3,03%) por adenopatía axilar metastásica de mama sin primario mamario visto en pruebas de imagen. “Mastectomías debidas a la RM n = 9”: “Mastectomías innecesarias n = 3”: En 2 casos la RMN informaba de supuesta proyección tumoral hacia el complejo areola pezón –no confirmada en la ap diferida–, y en 1 caso informaba de un tamaño tumoral muy superior al que realmente fue en la ap diferida. “Mastectomías de rescate n = 6”: En 5 casos la RMN evidenció multicentricidad que no era referida ni en la eco ni en la mamografía, y en 1 caso advirtió un tamaño mucho mayor del informado en la mamografía o en la eco.

Conclusiones: En nuestra serie la causa más frecuente de “mastectomía de necesidad” fue una relación tamaño tumoral/tamaño mamario desfavorable. La RMN no cambió la estrategia de forma significativa en nuestra serie de mastectomías. Si bien, sirvió para corregir diagnósticos insuficientes en 6 pacientes. Es imprescindible minimizar a cero las 3 mastectomías innecesarias. Serán necesarios en este sentido estudios que discriminen la importancia de la biopsia dirigida con RM.

O-378. EXPERIENCIA EN CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DE LA MAMA EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PRADO DE TALAVERA DE LA REINA

T. Balsa Marín, J. Díez Izquierdo, J.A. Asanza Llorente, D. Cuevas del Pino, B. Alcaide Pardo, S. Martínez Cortijo, T. Calderón Duque, A. López López, R. Rodríguez y J. Timón Peralta

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

Objetivos: Exponer la experiencia de los autores en la aplicación de técnicas oncoplásticas conservadoras y reconstructivas en mujeres diagnosticadas de un carcinoma de mama.

Material y métodos: Presentamos un estudio observacional sobre 114 procedimientos de técnicas oncoplásticas conservadoras o reconstructivas, realizadas en 104 mujeres entre el 1 de enero de 2006 y 31 de diciembre de 2009. Técnicas oncoplásticas conservadoras (59 pacientes). Criterios de inclusión: tumores menores de 3 cm, tumores T₁₋₂ tratados con quimioterapia neoadyuvante y reducidos a un tamaño menor de 3 cm, estadios clínicos axilares N₀-N_{1a-b} y procesos multifocales (infiltrante y/o in situ) englobables dentro de los patrones de resección. Se excluyeron tumores T₃₋₄, imposibilidad para la radioterapia postoperatoria, tamaño mamario pequeño, imposibilidad de márgenes libres de enfermedad durante el estudio intraoperatorio. Mastectomía con reconstrucción inmediata con implantes (35 casos). Criterios de inclusión: cirugía de rescate tras cirugía conservadora o falta de criterios para cirugía oncoplástica conservadora. Reconstrucción mamaria diferida con implantes tras mastectomía (9 casos). Reconstrucción diferida con músculo dorsal ancho e implante (7 casos). Simetrización mamaria (4 casos). Ética: el proceso informativo se centró en la descripción del procedimiento técnico, su objetivo final y sus complicaciones, haciendo hincapié en el compromiso de medios y no de resultados. Finalmente, los pacientes autorizaron la intervención mediante un documento de consentimiento informado específico para la técnica propuesta.

Resultados: La mayoría de las pacientes se mostró satisfecha con el resultado obtenido desde el punto de vista estético y no se registró ninguna reclamación por la atención recibida. Estancia media: 5 días tras oncoplásticas conservadoras; 8 días tras mastectomía y reconstrucción inmediata con implantes; 4 días tras Reconstrucción mamaria diferida con implantes; 7 días tras reconstrucción diferida con dorsal ancho e implante; simetrización mamaria 3 días. Complicaciones postoperatorias: se registraron 16 efectos adversos (15%) en global de los procedimientos. Entre las pacientes sometidas a cirugía oncoplástica conservadora, se registraron 5 complicaciones (8,5%), 2 hematomas postoperatorios (uno requirió reintervención), un caso de infección de la herida quirúrgica, un absceso mamario y dos seromas que requirieron drenaje. Entre las pacientes en las que se empleó material protésico presentaron efectos adversos 11 pacientes (20%), 3 pacientes sufrieron extrusión de la prótesis, 1 caso de desplazamiento de la prótesis, 1 seroma que requirió drenaje, 1 hematoma manejado de forma conservadora y un caso de pérdida de volumen de un expansor-prótesis. Se retiraron 6 (17,1%) implantes mamarios tras reconstrucción inmediata.

ta tras mastectomía (2 casos de extrusión, 3 casos por dolor tras recibir radioterapia y uno por pérdida de volumen en un expansor prótesis). Tras reconstrucción con dorsal ancho, una paciente presentó seroma en zona donante que requirió drenaje.

Conclusiones: La cirugía oncoplástica disminuye el impacto emocional de la cirugía por cáncer de mama; La radioterapia puede repercutir negativamente en el resultado de una reconstrucción con implantes; La formación por parte de cirujanos generales en el campo de la cirugía oncoplástica, permite incorporar estas técnicas a la cartera de servicios de un servicio de cirugía general; Las técnicas de cirugía oncoplástica y reconstrucción mamaria deben formar parte del arsenal terapéutico de un servicio de cirugía que preste atención a pacientes con cáncer de mama, especialmente cuando el centro carezca de servicio de cirugía plástica.

O-379. PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DE MAMA EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

R. Pardo García, L. Rabadán, M.A. Gil Olarte, I. Arjona, F. Martínez, R. Vitón, C. Manzanares, P. Menéndez, V. Muñoz, S. Sánchez y J. Martín

Hospital General Universitario, Ciudad Real.

Introducción: El programa formativo de la Especialidad de CG y AD publicado en el BOE 110 del 8 de mayo de 2007 incluye la necesidad de formación en "Reconstrucción mamaria" de los residentes de cirugía. Con el fin de formar a nuestros residentes de la forma más completa y poder dar un tratamiento integral a las pacientes con cáncer de mama atendidas en nuestro Servicio se ha puesto en marcha un programa de Cirugía Oncoplástica y Reconstructiva.

Objetivos: Proporcionar un tratamiento integral de calidad para las pacientes atendidas por cáncer de mama en el HGUCR. Incrementar la Cartera de Servicios del Servicio de CG y AD. Elegir especialistas en CG y AD motivados para desarrollar el programa. Fomentar la Formación de Cirugía Oncoplástica y Reconstructiva. Proporcionar atención especializada en Consultas Específicas (Oncoplástica y Consejo Genético). Conseguir un alto grado de satisfacción de las pacientes intervenidas y atendidas con un mínimo número de reclamaciones.

Material y métodos: Análisis de la actividad quirúrgica relacionada con la patología mamaria realizada en el Servicio entre enero 2007 y marzo 2010. Se evalúa el incremento de la actividad en relación con la actividad previa y originada por la puesta en marcha del programa. Se analizan las complicaciones y las reclamaciones originadas por el programa.

Resultados: En el período comprendido entre 2007-2010 se han realizado 449 casos intervenciones de casos similares a los que se operaban antes de la puesta en marcha del programa. En ese mismo período el programa ha originado 335 intervenciones lo que ha supuesto un incremento del 74% en la cantidad de casos de cirugía de la mama intervenidos llegando a ser en el momento actual el 22% de toda la patología intervenida de forma programada por el Servicio de Cirugía General. Se han realizado 23 reconstrucciones inmediatas, 118 intervenciones por reconstrucción en dos tiempos, 16 dorsales anchos, 35 reconstrucciones del complejo areola pezón, 61 pexias, 76 mastoplastias de reducción y 6 reintervenciones por complicaciones (3 extrusiones de expansor, 2 extrusiones de prótesis y 1 contractura capsular aguda). Sólo se ha producido una reclamación al Servicio de Atención al paciente. Ninguna de carácter patrimonial.

Conclusiones: Un Servicio de Cirugía General con la formación adecuada puede llevar a cabo un Programa de Cirugía Oncoplástica y reconstructiva con parámetros de calidad altos incrementado de una forma importante su cartera de Servicios y diversificando su actividad.

O-380. ALTERNATIVA QUIRÚRGICA EN LOS TUMORES CENTRALES DE MAMA

S. Díaz Sierra, E. Buch, A.K. Maiocchi, M. Muñoz y F. Checa Ayet

Hospital Sagunto, Valencia.

Objetivos: Presentar la técnica de Grisotti o colgajo dermoglandular como técnica quirúrgica adecuada para los tumores centrales de mama, obteniéndose con ella amplios márgenes libres de tumor y un resultado estético satisfactorio para las pacientes.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo a lo largo del año 2009, en el que se intervinieron 8 pacientes con tumores mamarios centrales, mediante la técnica de Grisotti o colgajo dermoglandular, combinándola, en algunos casos, con técnicas de cirugía plástica y simetrización de la mama contralateral. Las variables estudiadas son la edad, el tamaño tumoral clínico, el estadio clínico, la necesidad de quimioterapia de inducción, y la valoración radiológica y anatomopatológica de cada paciente. Se elaboró una encuesta, integrada por 5 ítems basados en escalas tipo EVA, que las pacientes rellenaron a los 15 días de la cirugía.

Resultados: Se intervinieron 8 pacientes cuya edad media fue de 59 años \pm 17,3; de estos casos, 6 fueron carcinomas ductales infiltrantes y 2 fueron Enfermedad de Paget. El tamaño clínico del tumor fue de 3,2 cm \pm 2 (X \pm DE). En 3 casos se administró quimioterapia de inducción. En el estudio microscópico, se obtuvieron márgenes libres de tumor mayores de 10,8 mm en todos los casos. La morbilidad fue mínima, no retrasando en ningún caso el tratamiento adyuvante. En la encuesta realizada ningún ítem de satisfacción tuvo valores inferiores al 85%.

Discusión: La técnica de Grisotti, o colgajo dermoglandular, es un procedimiento quirúrgico adecuado para los tumores mamarios centrales, incluso en las pacientes sometidas a quimioterapia de inducción, pues consigue obtener amplios márgenes libres de tumor con una baja morbilidad. Esta técnica proporciona a los cirujanos dedicados a la patología mamaria, una buena opción técnica en el tratamiento del cáncer central de mama.

PÓSTERS

P-171. APLICACIÓN DE TÉCNICA OSNA (ONE-STEP NUCLEIC ACID AMPLIFICATION) EN EL ANÁLISIS GANGLIONAR DE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA PARA EL CÁNCER DE MAMA

M.P. Guillén-Paredes, L. Carrasco-González, M. Mengual-Ballester, M.L. García-García, M.J. Cases-Baldó, A. Chaves-Benito, J. Aguilar-Jiménez, A. Campillo-Soto y J.L. Aguayo-Albasini

Hospital General Universitario José María Morales Meseguer, Murcia.

Objetivos: La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) ha demostrado ser una técnica eficaz. Sin embargo, el estudio del ganglio intraoperatorio por congelación presenta falsos negativos, que implicarán una segunda intervención. El método OSNA (One-Step Nucleic acid Amplification) permite un análisis intraoperatorio automatizado mediante cuantificación molecular de la citoqueratina CK-19, con una elevada sensibilidad y especificidad.

cidad. Presentamos este estudio preliminar con los resultados obtenidos de la evaluación del ganglio centinela según el método OSNA.

Material y métodos: Del 15 de mayo al 15 de diciembre del 2009, se recogieron consecutivamente 38 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama operable, menor de 5 cm, con ganglios axilares clínica y ecográficamente negativos. En la misma intervención se efectuó la cirugía mamaria correspondiente (mastectomía o cirugía conservadora) junto con BSGC y análisis del mismo en su totalidad mediante la técnica OSNA. El procedimiento analítico requiere unos 30 minutos.

Resultados: De las 38 pacientes intervenidas, en 32 casos el análisis del ganglio centinela resultó negativo, y en los 6 restantes positivo, en tres casos para micrometástasis (definidas como de $2,5 \times 10^2$ a 5×10^3 copias mRNA/ μ l) y en tres para macrometástasis ($> 5 \times 10^3$ copias mRNA/ μ l), realizándose una linfadenectomía posterior en estos 6 casos, extrayendo una media de 16,5 ganglios (rango 12-22), donde sólo hubo un único ganglio con afectación tumoral además del centinela.

Conclusiones: el método OSNA presenta una alta sensibilidad con un análisis rápido, cuantitativo y no observador dependiente, que puede evitar falsos negativos y re-intervenciones.

P-172. CIRUGÍA RADIOGUIADA DE LESIONES MAMARIAS NO PALPABLES: NUESTRA EXPERIENCIA

C. Montesinos Meliá, M. Díaz del Río, A. Coret Franco, J. Carbó López, F. Melo Escrihuela y F. Caro Pérez

Hospital Gandía, Valencia.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia con la técnica ROLL (radioguided occult lesion localization).

Material y métodos: Estudio de una serie prospectiva de pacientes con lesiones mamarias no palpables (LNP) intervenidas mediante la técnica ROLL en nuestro centro. Se añade biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC): SNOLL (sentinel node and occult lesion localization), en las lesiones malignas. Para el marcaje de las lesiones se utiliza macroagregados de albúmina en la técnica ROLL y nanocoloide de albúmina en la técnica SNOLL, ambos marcados con Tc99, y se practica gammagrafía de comprobación. Solicitamos marcaje para BSGC en las lesiones con biopsia previa de malignidad y en aquellas altamente sospechosas por biopsia y/o métodos de imagen. La exéresis de la LNP y la BSGC se lleva a cabo con ayuda de sonda detectora de radiaciones gamma. Practicamos estudio intraoperatorio de las piezas de tumorectomía, ampliándolas en caso de afectación o proximidad de los márgenes, y del GC, realizando vaciamiento axilar si resulta positivo.

Resultados: En un periodo de tres años han sido intervenidas 57 pacientes (60 lesiones), 50 lesiones malignas (3 tras quimioterapia neoadyuvante) y 10 benignas. La edad media fue de 56 años, y 41 mujeres eran remitidas por la UPCM. Las lesiones mamográficas fueron: 34 nódulos, 7 acúmulos de microcalcificaciones, 3 distorsiones, 2 lesiones estrelladas, 1 asimetría y combinaciones entre éstas. Se realizó BAG previa en 53 pacientes, que no fue concordante con la histología definitiva en 11, en 10 de éstas el diagnóstico por BAG era de menor entidad. En el estudio anatomopatológico definitivo se encontró: en las lesiones benignas, un fibroadenoma y 9 mastopatías fibroquísticas, y en las malignas, 36 CDI, 8 CDIS, 3 CDIS con microinfiltración, 2 CLI y una respuesta completa a QT. El tamaño medio de las lesiones malignas fue 1,1 cm. Se consiguió exéresis de la lesión mamaria en todos los casos. Fue necesaria reintervención para ampliación de márgenes en 7 pacientes (en un caso 2 reintervenciones). El porcentaje de afectación axilar fue del 20%.

Conclusiones: La técnica ROLL tiene un 100% de efectividad en nuestra serie. Resulta cómoda para las pacientes, sencilla en su

ejecución, y permite la realización de BSGC en el mismo acto quirúrgico. Pensamos que es la técnica de elección para la exéresis de LNP mamarias.

P-173. APLICACIÓN DE LA DETERMINACIÓN DEL GANGLIO CENTINELA EN EL CÁNCER DE MAMA EN EL VARÓN

S. Barcons, J.C. Martín Miramón, O. Aparicio Rodríguez, J. Font Renom, A. Rodríguez Revuelto, L. Berna Roqueta y S. Navarro Soto

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Introducción: El cáncer de mama en el varón representa entre el 0,1-1% de los tumores malignos del hombre y $< 1\%$ de los cánceres de mama. Hombres y mujeres tienen el mismo riesgo de morbilidad secundaria al vaciamiento ganglionar axilar. En los pacientes con ganglios clínicamente negativos se considera apropiada la determinación del ganglio centinela.

Objetivos: Valorar de forma retrospectiva los resultados de la BGC en varones con cáncer de mama.

Material y métodos: En los últimos 10 años se han intervenido en nuestro servicio un total de 21 varones afectados de cáncer de mama. Fueron diagnosticados por BAG un total de 17 carcinomas ductales infiltrantes y 4 carcinomas intraductales. Se practicó BGC en un total de 8 pacientes, 7 carcinomas ductales infiltrantes y 1 carcinoma intraductal de alto grado. El tamaño tumoral medio fue de 21 mm (rango: 11-32 mm). Todos tenían una exploración clínica axilar negativa. Se les practicó un estudio de extensión locorregional con ecografía axilar y RM de mama antes de la realización de la BGS. El día previo a la cirugía, se realizó inyección intratumoral guiada por ecografía de 99mTc -nanocoloide (Nanocoll®, 111 MBq/0,3 ml), obteniéndose una linfogammagrafía a las 4 horas p.i. Mediante sonda portátil se detectó intraoperatoriamente el GC y se practicó estudio anatomopatológico preoperatorio del mismo. El BGA se practicó en los casos de positividad del GC.

Resultados: La linfogammagrafía detectó al menos 1 GC en todos los pacientes. Se practicó biopsia selectiva de 13 GC (1,62 por paciente, detección quirúrgica 100%). En 7 pacientes el GC se localizó en región axilar y en uno en dos regiones, axilar y cadena mamaria interna. En 5 pacientes (63%) el GC fue positivo: 3 metástasis y 2 micrometástasis (en 2 casos fue el único ganglio afectado). Todos los pacientes siguen libres de enfermedad en el seguimiento clínico medio a 21 meses (rango 3-54 meses). El porcentaje de afectación axilar observado 63% fue muy superior al encontrado en mujeres durante el mismo periodo 32%.

Conclusiones: La BGC en el hombre es una técnica satisfactoria y útil. Aunque sólo 1/3 de los pacientes se ha beneficiado de la técnica, consideramos que ésta ha de seguir siendo aplicada. Seguramente la detección tardía del cáncer de mama en el varón y el tamaño tumoral influyen en una mayor positividad de los GC.

P-174. PRESERVACIÓN PROTÉSICA EN CÁNCER DE MAMA CON MAMOPLASTIA PREVIA

A. Gil Iriondo, R. Saa Álvarez, I. Palomares Etxeberria y J. Losada Rodríguez

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Objetivos: Describir un caso clínico y apoyado en éste realizar una revisión crítica de la bibliografía disponible sobre las peculiaridades, pronóstico, comportamiento biológico, tratamiento y controversias sobre la preservación protésica en cáncer de mama en enfermas con mamoplastia de aumento previa.

Material y métodos: Paciente portadora de prótesis mamaria subpectoral desde hace un año, en un control rutinario se descubre tumoración mamaria. Sin otros antecedentes de interés. Se realiza una cuadrantectomía mamaria izquierda con ganglio centinela y preservación extracapsular de la prótesis. El resultado anatomopatológico es de carcinoma lobulillar infiltrante, grado II. Foco de hiperplasia lobulillar atípica en el borde inferoexterno. Los tres ganglios centinelas fueron negativos. Hubo un 90% y 95% de positividad a receptores estrogénicos y de progesterona respectivamente.

Resultados: Existe controversia en el tratamiento que se debe de practicar en enfermas portadoras de prótesis mamarias en diversos aspectos, tales como: criterio oncológico de reseccabilidad frente a criterio estético, demora del estadiaje y diagnóstico tumoral en presencia de la prótesis. Papel de la radioterapia y la retracción capsular. Respecto si la presencia de la prótesis retrasa el diagnóstico precoz de la lesión los resultados son contradictorios. Asimismo ésta dificulta el seguimiento del tejido mamario remanente por la compresión y desplazamiento del mismo, imponiéndose la resonancia magnética y la ecografía como métodos de imagen. Las ventajas de la preservación del implante pivotan en torno al criterio estético que fundamenta la técnica protésica, siempre que el remanente de tejido lobulillar tras la resección oncológica sea suficiente. La presencia de un implante facilita la disección, la distensibilidad cutánea para su cobertura y el resultado estético. No obstante estas pacientes suelen partir de un volumen mamario nativo pequeño y comprimido por el implante lo que puede dificultar la obtención de márgenes libres de enfermedad. La presencia de un cuerpo extraño aumenta las tasas de retracción y capsulitis tras la radioterapia empeorando a largo plazo el resultado cosmético. La mamoplastia de aumento no ha demostrado alteración del patrón de drenaje linfático habitual incluida la técnica del ganglio centinela.

Conclusiones: Las mujeres con implante tienen más probabilidad de presentación de enfermedad con una masa palpable. La incidencia de enfermedad ganglionar es similar al resto. No parecen tener un pronóstico peor. Debido a un volumen glandular nativo menor la obtención de márgenes libres adecuados puede ser difícil. La cirugía conservadora deberá acompañarse de radioterapia lo que puede afectar el resultado estético. Se puede emplear el ganglio centinela pero hay evidencia limitada al respecto. Se debe de tener en consideración la mastectomía asociada a reconstrucción como alternativa. Hay que ponderar la necesidad de radioterapia postoperatoria, y podría ser aconsejable retrasar la reconstrucción hasta completarla.

P-175. EL USO DEL MINIFLAP DE LATISSIMUS PERMITE AMPLIAR LAS INDICACIONES DE CIRUGÍA CONSERVADORA DEL CÁNCER DE MAMA

A. Güemes Sánchez, R. Sousa Domínguez,
P. Valcarreres Rivera, I. Gil Romea, M. Rufas Acín,
A. Gonzalo Rodríguez, J. Marín Calahorrano,
P. Palacios Gasos, L. Lamata y R. Lozano Mantecón

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: La cirugía conservadora es hoy en día la técnica quirúrgica de elección para el tratamiento local del cáncer de mama. Entre las contraindicaciones de la misma se encuentran los casos de pacientes que presentan mamas de pequeño tamaño, dado que la desproporción entre el tamaño de la mama y el tumor no permite realizar una tumorectomía con márgenes adecuados y conservar una mama de características aceptables, ni siquiera con técnicas oncoplasticas. El relleno de

la cavidad tras la tumorectomía por medio de un colgajo muscular puro de latissimus es una técnica establecida que permite realizar resecciones amplias en mamas de pequeño tamaño.

Objetivos: Presentamos nuestra serie de pacientes a las cuales se les ha realizado un relleno de la cavidad tras la tumorectomía mediante un colgajo miniflap de latissimus.

Pacientes y métodos: Revisamos nuestra serie de pacientes portadoras de neoplasias de mama intervenidas mediante tumorectomía y remodelación mamaria mediante un miniflap de latissimus. En todas las pacientes se desestimó la cirugía conservadora de entradapor desproporción entre el tamaño tumoral y el mamario. Se propuso una técnica de aporte de volumen para realizar una técnica conservadora. En todos los casos se utilizó una incisión lateral vertical en la línea axilar posterior para la obtención del miniflap, se utilizó la totalidad del colgajo tras su separación de las inserciones distales. Las pacientes fueron intervenidas en decúbito lateral tanto para la tumorectomía como para la obtención del miniflap de latissimus.

Resultados: Hemos intervenido a 5 pacientes mediante esta técnica las indicaciones fueron 3 casos de ampliación de márgenes de tumoraciones in situ (una de ellas con microinfiltración) y 2 casos de tumores infiltrantes, todos ellos en pacientes con mala relación entre el tamaño tumoral y el de la mama. El resultado cosmético fue bueno en todos los casos. No existieron complicaciones salvo un drenaje excesivo del lecho de la disección muscular que requirió mantenimiento del Redón durante 7 días, en todas las pacientes. Los márgenes tumorales fueron suficientes en todos los casos.

Conclusiones: El miniflap de latissimus permite realizar una remodelación mamaria mediante el relleno de la cavidad creada permitiendo una resección de hasta la mitad del volumen mamario sin ocasionar alteraciones cosméticas, ampliando así las indicaciones de la cirugía conservadora de mama.

P-176. FIBROHISTIOCITOMA RADIOINDUCIDO DE PARED TORÁCICA. RECONSTRUCCIÓN CON PRÓTESIS Y COLGAJO DE DORSAL ANCHO

M. Maestre Maderuelo, J. Illana Moreno,
P.J. Galindo Fernández, P. Martínez Martínez,
E. Romera Barba, M.A. García López, P. Pastor Pérez,
E. Amate Tortosa, A. Bernabé Peñalver,
J. Fernández Carrión y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario de la Virgen Arrixaca, Murcia.

Introducción: El fibrohistiocitoma maligno (FHM) es el sarcoma de partes blandas más común en el adulto, presentándose como tumoración indolora de consistencia firme sobre todo en extremidades. El tumor comprende células fusiformes e histiocitarias alternando con células gigantes y pleomorfismo, demostrándose en la inmunohistoquímica positividad para actina, vimentina, CD-68 y alfa-1-antitripsina. Su causa es desconocida, aunque se mencionan como factores etiológicos la exposición a fenoxi-ácidos, alteración a nivel del cromosoma 19p.13.1 y la inducción por radiación, encontrando en la literatura diversos casos descritos de sarcomas tras tratamiento radioterápico con un período de latencia variable entre 5 y 20 años.

Objetivos: Presentamos el caso de una mujer de 63 años remitida a nuestro servicio tras ser intervenida por FHM maligno radioinducido en pared torácica izquierda.

Caso clínico: Mujer de 63 años con diagnóstico de Ca ductal de mama izquierda en 2004 realizándose cuadrantectomía supereexterna y linfadenectomía axilar de niveles I y II. Posterior

mente se administró quimioterapia, hormonoterapia (anastrozol) y radioterapia adyuvante. En revisión en noviembre de 2009, la paciente comenta la aparición de bultoma en parte superior de mama izquierda de 10 días de evolución y rápido crecimiento. A la exploración física se encontró masa de 5 x 5 cm adherida a planos profundos. Se completó el estudio con RMN mamaria y TAC torácico que informaban de masa de 3 cm, situada entre ambos músculos pectorales con posible infiltración de ambos. La biopsia de la masa confirmó el diagnóstico de FHM maligno. Se interviene en diciembre de 2009 realizando resección en bloque de mama y ambos pectorales evidenciando en el análisis definitivo de la pieza FHM maligno con afectación de lecho quirúrgico inferior por lo que se remite al servicio de Cirugía Torácica para ampliación de márgenes quirúrgicos con resección costal. Es intervenida en febrero de 2010 realizando extirpación de un fragmento de pared torácica anterior que incluye 2.º a 5.º arcos costales, desde cartílagos esterno-costales hasta línea axilar anterior, colocando prótesis de sustitución cubriendo posteriormente el defecto con colgajo de músculo dorsal ancho que se trasladó a la parte anterior del tórax. La paciente presentó postoperatorio sin incidencias siendo alta al 14.º día postoperatorio. El estudio definitivo de la pieza quirúrgica no demostró neoplasia.

Discusión: El FHM es un tumor infrecuente, de gran agresividad siendo las recidivas frecuentes. La cirugía constituye la opción terapéutica más satisfactoria y debe ser lo más radical posible. En el caso de resecciones amplias de pared torácica, la correcta cobertura del defecto no es sólo una necesidad estética sino fundamental para restablecer el mecanismo ventilatorio. En nuestro caso se optó con un colgajo de dorsal ancho por ser una técnica segura, con pocas probabilidades de necrosis tisular con la que se obtiene suficiente tejido para cubrir defectos importantes a nivel de la pared torácica anterior homolateral. Aunque los tumores desmoides y los sarcomas radioinducidos presentan peor pronóstico, con menor intervalo libre de enfermedad, creemos que la resección radical está justificada por la baja morbilidad operatoria y la poca efectividad de otras terapias.

P-177. MASTECTOMÍA AHORRADORA DE PIEL MÁS RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA CON PRÓTESIS EXPANSORA Y MALLA REABSORBIBLE EN EL CÁNCER DE MAMA

R. Sánchez Jiménez, T. Ramos Grande, A. Blanco, R. del Olmo, H. San José, A. Sánchez Casado, N. Macías, R. Peláez, M. Ramos Boyero y A. Gómez Alonso

Hospital Universitario, Salamanca.

Introducción: Uno de los mayores problemas de la reconstrucción inmediata postmastectomía con prótesis (RIPMP) en el cáncer de mama (CM) son las complicaciones postoperatorias del tipo de necrosis dérmica con extrusión de la prótesis y la posibilidad de retrasar los tratamientos adyuvantes. El objetivo es mostrar nuestra experiencia con este tipo de reconstrucción y su repercusión en el postoperatorio inmediato y en los tratamientos adyuvantes.

Pacientes y métodos: Desde enero 2007 hasta noviembre de 2009, se analizan retrospectivamente las pacientes a las que se realizó una RIPMP. En todas se realizó una mastectomía ahorradora de piel con reconstrucción inmediata mediante prótesis expansora (tipo Becker). La prótesis se situó retropectoralmente, completando el bolsillo protésico con una malla reabsorbible de ácido poliglicólico que se sutura superiormente al músculo pectoral liberado e inferiormente a la aponeurosis de los músculos recto anterior, oblicuo mayor y serrato ma-

yor. Esta sutura se realizó con material reabsorbible monofilamento y se tensionó para que el músculo pectoral quedara situado por debajo y caudalmente a la sutura dérmica de la mastectomía y para que, al actuar a modo de hamaca o sujetador interno, el peso de la prótesis no presionara el colgajo dérmico inferior.

Resultados: Hemos realizado 44 RIPMP en 41 pacientes con CM (3 bilaterales). La edad media fue 46,7 años (30-73). El volumen de la prótesis expansora osciló entre 195 y 565 cc y se realizó parte de la expansión intraoperatoriamente, completándose antes de iniciar los tratamientos adyuvantes excepto en 2 pacientes. Se retiraron 3 prótesis (7%) en el postoperatorio inmediato a causa de hematoma, necrosis dérmica y desplazamiento craneal de la prótesis. No hubo retrasos en los tratamientos adyuvantes.

Conclusiones: La utilización de prótesis expansora junto a una malla de ácido poliglicólico facilita la reconstrucción inmediata al actuar ésta de "sujetador" interno de la prótesis permitiendo la utilización de prótesis de mayor volumen, con escasas complicaciones dérmicas y sin retrasos en los tratamientos adyuvantes.

P-178. MANEJO Y PREVENCIÓN DEL SEROMA EN LA ZONA DONANTE DEL COLGAJO LATISSIMUS DORSI EN RECONSTRUCCIÓN MAMARIA. NUESTRA EXPERIENCIA

M.I. Navarro, P. Cañadillas, E. Álvarez, M.B. Agea, J.D. Aranda y J.L. Vázquez

Hospital Universitario Santa María del Rosell, Cartagena.

Introducción: El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en la mujer, y su tratamiento requiere en muchos casos la amputación completa de la mama. Actualmente, la reconstrucción mamaria forma parte de dicho tratamiento, y se debe practicar manteniendo los principios oncológicos como prioridad. El colgajo de latissimus dorsi es una de las técnicas más empleadas en reconstrucción mamaria. Ya sea muscular o miocutáneo, este colgajo permite un buen aporte tisular a la reconstrucción, es muy seguro, y permite un alto grado de satisfacción en los resultados. El seroma de la zona donante es la complicación más frecuente en este tipo de reconstrucción, induce malestar a la paciente y consultas múltiples para punciones evacuadoras. Nuestro objetivo es comunicar nuestra experiencia, en una serie de casos, donde hemos empleado un hemostático/sellante (Tachosil) en la zona donante para la prevención del seroma.

Material y métodos: Hemos realizado una revisión de 31 casos de pacientes intervenidas por tumor maligno mamario, con una edad media de 45 años. La reconstrucción mamaria fue inmediata en el 74% de las pacientes. Tras la disección del colgajo de dorsal ancho y su pedículo toracodorsal, se traspasa el colgajo hacia la pared anterior del tórax a través del túnel subcutáneo creado. Se realizaron técnicas hemostáticas primarias como son la electrocoagulación, suturas profundas en la zona donante, y presoterapia. Recubrimos aproximadamente el 50% de la superficie quirúrgica donante con Tachosil. Dejamos 2 drenajes aspirativos en la región donante y 1 drenaje aspirativo en la zona receptora. Todas las pacientes se fueron de alta con sus drenajes, controlando en su domicilio el débito de los mismos y siendo revisadas ambulatoriamente para valorar su retirada.

Resultados: En un 40% de las pacientes la retirada de los drenajes se realizó al 5.º día del alta hospitalaria, siendo en un 45% de los casos entre el 3.º-4.º día. La media de volumen acumulado hasta la retirada de los drenajes fue de unos 240 ml. Posterior-

mente, precisaron de punciones evacuadoras tan sólo un 60% de las pacientes, que fueron las que desarrollaron seroma en la zona donante del colgajo.

Conclusiones: La reconstrucción mamaria mediante latissimus dorsi es una técnica muy extendida y su principal complicación, el seroma, afecta a un porcentaje importante de pacientes. Por tanto, pensamos que la utilización de Tachosil puede ser un método útil en el manejo de dicha complicación.

P-179. RESULTADOS DE LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA EN 2 TIEMPOS TRAS MASTECTOMÍA POR CÁNCER DE MAMA

H. Durán Giménez-Rico, M. Marcello Fernández, P. Galindo Jara, E. Esteban Agustí, C. Loinaz Seguro, L. Galán Raposo, R. Puga Bermúdez, L. García Estévez, A. Martínez Murillo, Y. Quijano Collazo y E. Vicente López

Hospital Madrid Norte Sanchinarro, Madrid.

Introducción y objetivos: En los últimos años diferentes causas han sido invocadas en el incremento real de mastectomías por cáncer de mama (cancerofobia, empleo de resonancia mamaria). Es preciso afrontar esta realidad con técnicas de reconstrucción mamaria. Frente a las técnicas de reconstrucción inmediata con colgajos pediculados (TRAM, dorsal ancho), existe la alternativa del expansor cutáneo implantado en la mastectomía, y reemplazado por la prótesis definitiva en un segundo tiempo. Presentamos nuestra experiencia con esta segunda alternativa.

Material y métodos: Estudio sobre 36 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama y sometidas a una mastectomía con colocación inmediata de un expansor cutáneo (enero de 2008-marzo de 2010). La colocación del expansor implica al menos un ingreso de cuatro días postoperatorio para completar un ciclo de ATB iv. Las pacientes que la precisan, reciben la qt de forma simultánea con el inflado del expansor. Las pacientes que la precisan, reciben la rt una vez implantada la prótesis. La recogida de datos finalizó en marzo de 2010. Hasta la fecha 18 pacientes han culminado el proceso de reconstrucción mamaria. En cada paciente recogemos los siguientes datos: complicaciones y estancia media en la primera cirugía, intervalo de tiempo hasta la segunda cirugía, complicaciones y estancia media de la segunda cirugía, relación de otros gestos quirúrgicos asociados a la segunda cirugía ("simetrización de mama contralateral"), y resultados de una encuesta de satisfacción.

Resultados: La estancia media tras la primera cirugía fue 4 días. Tan sólo hubo una complicación tras la primera cirugía: una paciente presentó infección de herida quirúrgica, siendo necesaria la retirada del expansor en el día 65 del po. El número medio de días transcurridos entre la primera y la segunda intervención fue 211,84 (mediana de 189). La segunda intervención consistió en: en 8 pacientes colocación de prótesis definitiva sustituyendo al expansor en la mama operada; en 6 pacientes este gesto se asoció con mamoplastia de aumento con prótesis en la mama contralateral, y en 4 se asoció a una mamoplastia reductora en la mama contralateral. La estancia media tras la segunda cirugía fue 1 día. No hubo ninguna complicación. La enferma que sufrió la retirada del expansor en la primera cirugía fue finalmente reconstruida 326 días después. En la mama operada se implantó una prótesis definitiva –existía superficie cutánea holgada–, y en la contralateral se hizo una mamoplastia de aumento con otra prótesis. Las 18 enfermas recomendarían este tipo de reconstrucción mamaria en la mastectomía por cáncer de mama. El nivel de satisfacción en una escala del 0 al 10 fue 8,38 (mediana 9).

Conclusiones: La reconstrucción mamaria con expansor en un primer tiempo y prótesis definitiva en un segundo tiempo es

una técnica segura, sencilla, con escasa estancia hospitalaria y sin casi complicaciones. Permite además la simetrización de la mama contralateral una vez finalizado el tratamiento adyuvante. El tiempo medio de espera entre la primera y segunda intervención fue de 6 meses.

P-180. MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN CON PATRÓN DE WISE Y PEDÍCULO SUPEROMEDIAL EN EL TRATAMIENTO DE LA GIGANTOMASTIA SINTOMÁTICA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL

L. Rabadán Ruiz, R. Pardo García, J.M. Cordero García, M.A. Gil-Olarte Márquez, I. Arjona Medina, R. Vitón Herrero, C. Manzanares Campillo, P. Menéndez Sánchez, V. Muñoz Atienza, S. Sánchez García y J. Martín Fernández

Hospital General, Ciudad Real.

Objetivos: Mostrar la experiencia en la mamoplastia de reducción con la técnica del pedículo superomedial en el Servicio de Cirugía General del Hospital General de Ciudad Real.

Material y métodos: Se han recogido las pacientes intervenidas por gigantomastia sintomática en el Servicio de Cirugía del Hospital General de Ciudad Real. Todas las pacientes fueron remitidas a nuestra consulta por cervicalgia o dorsalgia en relación con su hipertrofia mamaria. Se realizó estudio preoperatorio mediante ecografía o mamografía para descartar patología mamaria. Se diseñó el patrón preoperatorio con la paciente en bipedestación, marcando en primer lugar el meridiano de la mama desde un punto situado sobre ambas clavículas a 6 centímetros del esternón hasta ambos pezones trasladando sobre esta línea la altura del surco inframamario, delimitando la nueva posición del complejo areola-pezones cuyo tamaño se reduce a 4 cm de diámetro. Se completa el patrón de Wise diseñando el pedículo superomedial, que será desepitelizado al inicio de la intervención y asegurará la irrigación del CAP. Se extirpa todo el tejido mamario del polo inferior de la mama y parte del polo superoexterno donde se crea un hueco para alojar el CAP tras rotarlo 90 grados. Finalmente, tras dotar a la mama de la proyección deseada se cierra la piel siguiendo las marcas preoperatorias, dando a la mama su forma definitiva. Se realiza la técnica en la mama contralateral extirpando la misma cantidad de tejido mamario, buscando la simetría con la mama precedente.

Resultados: Desde diciembre de 2006 hasta abril de 2010 se han intervenido 65 pacientes con una edad media de 41 años (rango 18-71). La media del peso extirpado por mama es de 727 gramos (rango 345-1.230). El tiempo medio operatorio fue de 148 minutos y la estancia media hospitalaria 2,4 días (rango 1-7). En el estudio histológico de las piezas se encontró una neoplasia lobulillar in situ, dos papilomas intraductales, tres hiperplasias ductales sin atipias y un fibroadenoma. Seis pacientes tuvieron complicaciones relacionadas con la cirugía: 1 paciente tuvo una isquemia del CAP que originó una pérdida parcial de la areola, 4 pacientes tuvieron una dehiscencia parcial de la rama vertical (zona de unión de la T) que se manejaron de modo conservador y 1 paciente tuvo un hematoma postoperatorio. Todas las pacientes tuvieron una mejoría total o parcial de los síntomas derivados de la gigantomastia siendo valorado como bueno o muy bueno este aspecto por el 96% de las pacientes. La satisfacción con el resultado estético, forma y tamaño, fue valorado como bueno o

muy bueno por el 92 % de las pacientes y el 95 % se mostraron satisfechas en general con el procedimiento.

Conclusiones: La mamoplastia de reducción con el patrón de Wise y pedículo superomedial es una técnica aplicable a las pacientes con gigantomastia sintomática, efectiva, segura y con resultados mantenidos a largo plazo. El manejo de esta técnica proporciona las habilidades necesarias para el acceso a procedimientos de mayor dificultad en cirugía oncoplástica y reconstructiva, en el seno de una Unidad de Cirugía Oncoplástica.

P-181. AMPLIACIÓN DE MÁRGENES EN CIRUGÍA CONSERVADORA DE MAMA. NUESTRA EXPERIENCIA 2006-2009

J. Alonso Gómez, M.D. Ayllón Terán,
P. Rioja Torres, G. Bascuñana Estudillo,
A. Valverde Martínez, J. Roldán de la Rúa
y S. Rufián Peña

Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba.

Objetivos: Mostrar nuestra experiencia sobre la cirugía conservadora del cáncer de mama en relación con la ampliación de márgenes por afectación o proximidad tumoral en el contexto de la Unidad de Mama del Servicio de Cirugía General del Hospital Reina Sofía.

Pacientes y métodos: Se revisaron todas las historias de las pacientes reintervenidas para ampliación de márgenes durante los años 2006, 2007, 2008 y 2009 de acuerdo con los criterios seguidos en la unidad de mama de nuestro hospital, esto es, afectación de los márgenes o una distancia de los mismos al tumor igual o inferior a un milímetro. Se analizaron como variables el tipo de cirugía conservadora realizada en la primera ocasión, la distancia al margen del tumor y su naturaleza, el diagnóstico anatomopatológico tras la ampliación, la cirugía realizada para la ampliación de márgenes, la morbimortalidad asociada a la ampliación de márgenes, y los predictores de ampliación de márgenes, además del estado del mismo: tamaño, grado de diferenciación en carcinomas infiltrantes y, el grado nuclear y la presencia de necrosis tipo comedocarcinoma para los in situ.

Resultados: De 590 intervenciones conservadoras de mama, 40 (6,7 %) fueron reintervenidas por afectación o proximidad a al margen. El diagnóstico predominante fue el ductal in situ. En el 80 % los márgenes estaban afectados y en el 20 % restante el margen estaba a una distancia menor o igual a 1 mm. El 57,5 % de las ampliaciones evidenciaron en la anatomía patológica la ausencia de cáncer residual. La morbilidad de las reintervenciones se limitó a una infección un hematoma y un seroma; si bien se realizaron seis mastectomías y dos cuadrantectomías. En relación con los índices pronósticos de reintervención por la afectación de márgenes, el grado de diferenciación tumoral en los infiltrantes queda bastante parejo, sin poder demostrar una mayor tendencia en nuestra serie. Asimismo, el tamaño tumoral presenta un rango demasiado amplio para el tamaño de la muestra como para que sea posible compararlo con las series de la bibliografía. Para el grado nuclear en los in situ obtenemos un resultado similar, si bien existe un predominio del patrón de necrosis tipo comedocarcinoma.

Conclusiones: La recidiva local en la cirugía conservadora de la mama tiene como factor asociado más importante la afectación de márgenes o la proximidad del tumor al mismo. No es nuestro objetivo revisar los argumentos que definen los márgenes seguros tras una ampliación, ya que creemos que ni siquiera desde el punto de vista ético es posible, al detectar un 42,5 % de tumores residuales. No obstante, y a pesar de que

nuestra serie es pequeña, siendo imposible extrapolar conclusiones que afecten a la práctica clínica habitual, creemos que nuestros resultados deben ser conocidos para ulteriores valoraciones, dado que la mayoría de reintervenciones para ampliar márgenes por proximidad o afectación, no presentaron tumor residual. Respecto a los índices de predicción de ampliación de márgenes tras cirugía conservadora, en nuestra serie no encontramos resultados a favor ni en contra de su validez.

P-182. EXPERIENCIA EN RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON COLGAJO MIOCUTÁNEO DE DORSAL ANCHO EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

P. Palacios Gasós, M. Rufas Acín, A. Gonzalo Rodrigo,
J.P. Marín Calahorrano, L. Lamata de la Orden,
R. Cachón Esteban, R. Sousa Domínguez,
A. Güemes Sánchez y R. Lozano Mantecón

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Objetivos: Estudiar la morbilidad y el pronóstico de las pacientes con cáncer de mama reconstruidas con colgajos miocutáneos de dorsal ancho.

Pacientes y métodos: Hemos estudiado retrospectivamente a 90 pacientes intervenidas quirúrgicamente practicando reconstrucción mamaria mediante CMDA entre los años 1995 y 2009. A 77 de las pacientes se realizó reconstrucción inmediata tras la mastectomía mientras que las 13 restantes fueron reconstrucciones diferidas. La media de edad fue de 46,4 años. El seguimiento medio fue de 48,5 meses con un rango entre 3 y 132 meses. En 61 pacientes se practicó cirugía sobre la mama contralateral.

Resultados: La edad media de las pacientes fue de 46,4 años. Se practicó reconstrucción inmediata en 77 (85,5 %) de las pacientes mientras que en 13 (14,4 %) se realizó tiempo después de la mastectomía de forma diferida. Se utilizaron implantes mamarios en 87 (96,6 %) de las pacientes. En 46 pacientes (59,7 %) se indicó la mastectomía de primera elección por las características locales del tumor. En 31 pacientes (40,2 %) se indicó tras una cirugía conservadora previa, 5 pacientes (6,4 %) lo fueron por recidiva local de la enfermedad y las otras 26 pacientes (33,7 %) lo fueron tras los hallazgos histopatológicos de un primer intento de cirugía conservadora. El tamaño tumoral medio fue de 3,9 cm y se presentaron adenopatías axilares metastatizadas en el 52,2 % de las pacientes, siendo el carcinoma ductal infiltrante el tipo histológico más frecuente (77,3 %). Se presentaron complicaciones en 23 pacientes (25,5 %) siendo el seroma el más frecuente, 10 (11,1 %), seguido de linfedema, 5 (5,5 %), hematoma, 4 (4,4 %), necrosis parcial del colgajo, 1 (1,1 %) complicaciones relacionadas con la prótesis, 3 (3,3 %). Recibieron tratamiento radioterápico 44 pacientes (48,8 %), tratamiento sistémico neoadyuvante 25 pacientes (27,7 %) y adyuvante 83 pacientes (92,2 %). Se realizó cirugía sobre la mama contralateral en 61 pacientes (67,7 %), mastectomía ahoradora de piel en 48 (53,3 %), mastectomía subcutánea en 10 (11,1 %) y mamoplastia de reducción en 3 (3,3 %), encontrado hallazgos histológicos patológicos en 18 de las pacientes (29,5 %) y complicaciones en 9 (14,7 %). Con un seguimiento medio de 48,5 meses se presentaron 1 recidiva local (1,1 %) y 10 recidivas sistémicas (11,1 %).

Conclusiones: La reconstrucción con CMDA y cirugía profiláctica contralateral consigue en un único procedimiento quirúrgico un adecuado tratamiento oncoplástico, demostrando ser una técnica segura y sencilla con una baja morbilidad y un buen resultado estético.

P-271. IMPACTO DE LA RESECCIÓN DEL TUMOR PRIMARIO EN LA SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO

A.J. Caballero Gárate, J. Calvete, G. Báguena, B. Bermejo, A. Fidalgo, A. Mayol, M.J. Miranda, C. León y A. Martínez

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción: Diversos estudios han identificado un beneficio en la supervivencia global (SG) y en la supervivencia libre de progresión (SLP) asociando la resección quirúrgica del tumor de mama en pacientes diagnosticados inicialmente de cáncer de mama en estadio IV. Sin embargo, por la supuesta incurabilidad en este estadio, la cirugía no está plenamente aceptada como parte integrada en el tratamiento multidisciplinar de estas pacientes.

Objetivos: Valorar el efecto de la resección oncológica del cáncer de mama sobre la SG y la SLP en pacientes afectas de cáncer de mama metastático.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo y comparativo, no aleatorizado, de 235 pacientes tratadas entre febrero 1982 y septiembre 2005 por cáncer de mama en estadio IV en el momento del diagnóstico. En 123 (grupo A) se consideró sólo tratamiento con quimioterapia/hormonoterapia y/o tratamiento sintomático, y en 132 (grupo B) además se realizó resección oncológica del tumor mamario. En ambos grupos se han recogido la edad, estado general (performance status PS), comorbilidad (Índice de Charlson), tipo histológico del tumor mamario, receptores hormonales, número de metástasis y órganos afectados, supervivencia global y supervivencia libre de progresión y se ha realizado un análisis uni y multivariante.

Resultados: En conjunto, la edad mediana era de 60 años (rango: 25-88), con 74,9% de pacientes en periodo postmenopáusico y un PS de 0, 1, 2 y 3 en el 60%, 18%, 15,7% y 5,4% respectivamente. Respecto al tipo histológico, el 78% de los carcinomas eran ductales infiltrantes, el 12% de tipo lobulillar y 10 pacientes presentaban un carcinoma inflamatorio. Los receptores de estrógenos y progesterona fueron positivos en el 34,5 y 33% de los casos, no siendo analizados en el 33% de las pacientes. Se identificó una metástasis en 54%, dos en el 26,7% y 3 o más en el resto (19,3%) de los casos. De las 132 pacientes operadas en 120 se realizó mastectomía, radical en 108 (83%) y simple en 12 (9%), y cirugía conservadora en otros 12 casos (9%). En el grupo B las pacientes eran significativamente más jóvenes, con menor PS y menos número de metástasis y órganos afectados. En el análisis univariante, la cirugía y número de metástasis fueron factores pronósticos de SLP ($p < 0,05$) siendo la cirugía variable independiente de supervivencia global en el análisis multivariante.

Discusión: El tratamiento quirúrgico del tumor primario y el número de metástasis son factores pronósticos en la SLP y SG en pacientes con cáncer de mama en estadio IV. La resección oncológica del tumor mamario debería considerarse en el manejo de pacientes seleccionados con cáncer de mama metastático.

P-272. NEOADYUVANCIA Y CÁNCER DE MAMA. NUESTRA EXPERIENCIA

M.I. Gutiérrez Giner, V. Vega Benítez, D. Montesdeoca Cabrera, A. Navarro Sánchez, D. Fernández San Millán, G. Navarro Barles, Y. Caballero Díaz, A. Murias Rosales, R. Chirino Godoy, J.R. Hernández Hernández y V. Núñez Jorge

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: El tratamiento poliquimioterápico primario en cáncer de mama está indicado para tumores en estadio avanzado (III A-C) y en estadio IIA-B para intentar realizar tratamiento

conservador. Dados los resultados de la aplicación de quimioterapia con aumento de densidad de dosis en adyuvancia, valoramos su aplicación como neoadyuvante en cáncer de mama no metastático. Nuestro objetivo es valorar la tasa de tratamientos conservadores, la respuesta patológica completa y la toxicidad de este tratamiento.

Pacientes y métodos: De octubre 2003 a febrero 2008 se trataron con PQT neoadyuvante 115 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama no metastático, T2-4 N0-2. El protocolo de PQT 1.ª empleado fue 4FEC bisemanal + 4 docetaxel cada 3 semanas. A todas las pacientes se les realizó HC y EF para valoración del T clínico y el estatus axilar. Además se realizó al diagnóstico una mamografía + ecografía mamaria y axilar con trucut de la lesión mamaria para determinación del tipo histológico, estatus de RH y HER 2 y PAAF de adenopatías axilares sospechosas de infiltración metastásica. En las pacientes que la indicación del tratamiento PQT fue la reducción de volumen tumoral para intentar tto conservador se colocó, bajo control ecográfico o bien por esterotaxia, clips localizadores del tumor en previsión de una posible respuesta clínica completa. También se indicó RMN pre y postratamiento y se realizó un estudio de extensión (gammagrafía ósea, ecografía hepática, Rx de tórax y marcadores tumorales). El periodo máximo de seguimiento fue de 60 meses.

Resultados: La edad media de las pacientes tratadas fue de 50 años (28-74 años). El 87% de los tumores fueron CDI y el 11,3% CLI. Más del 50% de los tumores tenían RH+ y existía sobreexpresión del HER 2 en el 22% de los tumores. Con la PQT se consiguió una disminución estadísticamente significativa del tamaño del tumor así como un downstaging de las pacientes. Tras el tratamiento poliquimioterápico primario pudieron ser intervenidas quirúrgicamente 103 pacientes y realizarse tratamiento conservador en el 78% de las mismas. Se consiguió respuesta patológica completa mamaria en 32% de las pacientes. La prueba radiológica que mejor permite predecir la respuesta completa mamaria fue la RMN. Los tumores con receptores hormonales negativos respondieron mejor a la PQT 1.ª, tratamiento que fue tolerado con una morbilidad moderada. En el seguimiento se objetivó recidiva local en 5 pacientes y recaída en 15.

Conclusiones: El tratamiento neoadyuvante con FEC con densidad de dosis y docetaxel secuencial permite realizar tratamiento conservador en 81 pacientes de las que se sometieron a dicho tratamiento. Consigue respuesta patológica completa en el 32% de las pacientes del estudio. Es un tratamiento seguro. Se produce una tasa aceptable de recidivas locales.

P-273. FACTORES PREDICTIVOS DE CALIDAD DE VIDA EN CÁNCER DE MAMA

D. Moro Valdezate, J. Martín Arévalo, V. Pla Martí, Buch E. Villa, S. Díaz Sierra, K. Maiocchi, M. Muñoz Ibáñez y F. Checa Ayet

Hospital de Sagunto, Valencia.

Objetivos: La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las pacientes intervenidas por cáncer de mama puede relacionarse con diversos factores sociodemográficos o clínicos así como con los propios tratamientos. Este trabajo pretende analizar las asociaciones entre las características sociodemográficas o clínicas de las pacientes y las puntuaciones de CVRS al año de la intervención.

Material y métodos: Estudio multicéntrico, observacional, prospectivo, en el que una cohorte de pacientes intervenidas de cáncer de mama entre mayo de 2003 y mayo de 2007 fue seguida durante un año para valorar su CVRS. Se valoró la CVRS de las pacientes al mes, a los 6 meses y al año de la intervención mediante una escala general (EuroQol-5D), una escala específica de

cáncer (EORTC QLQ-C30) y una escala específica de cáncer de mama (EORTC QLQ-BR23).

Resultados: Se incluyeron 551 pacientes, de las que participaron 446. La cirugía conservadora (CC) se asoció a estadios más bajos y menor empleo de quimioterapia de inducción o linfadenectomía, pero a una mayor realización de biopsia selectiva de ganglio centinela, radioterapia (RT) o quimioterapia (QT). Se comportaron como factores predictivos de cirugía radical el estadio tumoral, provenir de la consulta (vs programa de cribado) y la edad mayor de 70 años. La edad (grupos de 60-69 años y < 50 años), ser soltera o ama de casa, tumores en estadios I y II, con tipo histológico carcinoma ductal infiltrante (CDI) papilar, la CC y no requerir linfadenectomía axilar se asociaron a mejor CVRS en el análisis bivariable. En el análisis multivariable, la edad mayor de 70 años, estar casada, separada o viuda, el estadio III o no recibir QT se consideraron factores independientes predictivos de peor CVRS al año. Sin embargo, ser ama de casa, haber sido sometida a CC, padecer un CDI papilar, provenir de la consulta o no recibir RT fueron factores predictivos de mejor CVRS al año. La CVRS medida al mes mediante la escala visual analógica, tarifa y estado global de salud del EORTC QLQ-C30, así como el funcionamiento físico, la imagen corporal y los efectos secundarios al tratamiento sistémico fueron factores predictivos de CVRS al año.

Conclusiones: La CVRS se relaciona positivamente con determinados factores sociodemográficos y de acceso, así como con factores clínicos y de tratamiento. La CVRS al mes de la intervención es un buen predictor de la CVRS al año.

P-274. DESARROLLO DE UNA NUEVA HERRAMIENTA PARA AYUDA AL DIAGNÓSTICO DE NÓDULOS EN IMÁGENES DE ECOGRAFÍA DE MAMA

E. Cabot Ostos, J.M. Ortega Beviá, E. Otero Cabot y E. Gómez González

Departamento de Cirugía, ES Ingenieros, Sevilla.

Introducción: Son numerosos los casos en que las imágenes obtenidas por el ecografía no presentan la nitidez suficiente como para apreciar su benignidad o malignidad. La herramienta que se presenta se ha desarrollado con el fin de mejorar el diagnóstico facilitando el análisis visual de la lesión y proporcionando información cuantitativa mediante parámetros numéricos calculados a partir de las imágenes. Estos, denominados estimadores, cuantifican diferentes propiedades de las imágenes proporcionan mayor información de las lesiones. De esta forma la herramienta consiste en un programa informático donde tanto el procesado matemático así como la interfaz gráfica ha sido desarrollada con el programa MATLAB® 7.0.

Material y métodos: Imágenes de muestreo. Para el desarrollo de la herramienta y su testado se han utilizado 30 imágenes digitales de ecografía diagnosticadas en el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. Las imágenes, de tamaño 716 x 537 px, han sido obtenidas mediante un equipo de ultrasonidos Toshiba APLIO-XV a una frecuencia entre 5 y 12 MHz. La herramienta mostrará la imagen para que ser visualizada por el usuario y seleccione la zona de interés. La metodología de la herramienta se desarrollará en tres bloques. Preprocesado: se aplicarán técnicas de mejora de la imagen para la eliminación de ruido y aumento de contraste. Segmentación de la lesión: se segmentará la imagen mediante la selección de un umbral designado por el usuario. Análisis de la lesión segmentada: será analizada mediante estimadores de la región y estimadores de la densidad. Posteriormente se procederá al procesado y la segmentación por umbralización. A partir de los estimadores anteriores, se realizan los siguientes análisis: Interior de la lesión segmentada; Contorno de la lesión segmentada; Cápsula de la

lesión segmentada; Zona anterior a la lesión; Zona posterior a la lesión. A partir de los resultados obtenidos en los puntos anteriores se realiza el siguiente análisis relativo: Contorno de la lesión segmentada frente al interior de ésta; Zona anterior a la lesión frente al interior de ésta; Zona posterior a la lesión frente al interior de ésta.

Resultados: Los resultados obtenidos con la herramienta han sido satisfactorios en la segmentación de las patologías estudiadas hasta el momento (30 en total). La herramienta segmenta la lesión con exactitud aunque para su aplicación en determinados casos se puede perfeccionar la adaptación del contorno o incluir otras opciones de filtrado para eliminar la posible aparición de falsos positivos.

Conclusiones: Se ha desarrollado una herramienta de fácil manejo que segmenta la lesión localizada y permite al especialista disponer de las siguientes opciones: manipular la imagen (ampliarla, girarla, recortarla) para visualizar en detalle cualquier zona, segmentarla obteniendo también su contorno, para que pueda ser apreciado su morfología con los detalles y analizarla extrayendo información cuantitativa de las propiedades de la misma.

P-275. CARCINOMATOSIS PERITONEAL TARDÍA SECUNDARIA A CÁNCER LOBULILLAR DE MAMA. PAPEL DE LA QT INTRAOPERATORIA HIPERTÉRMICA (HIPEC)

A. Morales González, E. Yagüe Martín, J. Torres Melero, V. Maturana Ibáñez, A. Moreno Serrano y G. Verdejo Lucas

Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

Introducción: El cáncer de mama es la primera causa de muerte en mujeres en países industrializados, con un incremento del 1-2% de forma anual. El cáncer de mama puede diseminarse tanto por vía linfática como hemática, siendo los órganos diana pulmón, hígado, cerebro. La carcinomatosis peritoneal de origen mamario es una entidad muy rara.

Pacientes y métodos: Mujer 62 años con antecedentes personales de hipotiroidismo, alergia a AAS, e histerectomía y doble anexectomía por útero miomatosis. En sus antecedentes personales, también destacaba que, había sido intervenida 7 años antes por presentar ca. ductal infiltrante (segmentectomía + vaciamiento axilar, con 8/16 gg positivos. pT2. RE+, herp2 neu+ seguido de tratamiento Qt con CTX, EPI, 5FU). En revisión cada 6 meses siendo el último control hace un año sin evidencia de recidiva locoregional. En diciembre-09, la paciente fue sometida a una colecistectomía laparoscópica por colelitiasis, comprobándose múltiples implantes –carcinomatosis generalizada– de los que se toma biopsia y se reseca la vesícula. El índice de Carcinomatosis Peritoneal (ICP) fue de 20/39 con afectación de todas las áreas anatómicas, sin afección mesentérica retráctil, sin metástasis hepáticas y con ascitis (500 cc.) La anatomía patológica definitiva fue informada de metástasis de ca. lobulillar con elevación de marcadores en líquido ascítico (CEA 10,77, CA19.9 3,61, CA125 717,4). Posteriormente, y tras completar el estudio de extensión, se inició tratamiento quimioterápico sistémico con taxol y hercaptan. Tras el primer ciclo, la paciente ingresó con un cuadro de obstrucción intestinal. El TAC y los hallazgos intraoperatorios mostraron un gran implante en válvula ileocecal, íntimamente adherida a planos profundos, no reseca, junto a extensa implantación. La paciente fue sometida a cirugía paliativa (by pass íleo-cólico). Actualmente la paciente se encuentra asintomática y sigue tratamiento quimioterápico.

Conclusiones: El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en la mujer. Las metástasis en el tracto gastrointestinal extrahepáticas son raras (8-10%) aunque en series de necropsias se habla de hasta un 35% de casos, siendo este dato indica-

dor de la dificultad diagnóstica de la misma. Las metástasis por cáncer de mama presentan diferencias según el tipo histológico del tumor, si bien los ductales infiltrantes metastatizan mas en ganglios linfáticos, pulmón, pleura ; los lobulillares metastatizan más hacia tracto gastrointestinal, órganos ginecológicos, hígado, médula ósea, y de forma característica a peritoneo y retroperitoneo. El intervalo de aparición de las metástasis peritoneales oscila entre 3 meses y 30 años, con un pico máximo de 4-5 años. El diagnóstico precoz es esencial ya que condiciona no sólo el tratamiento sino también el pronóstico. Debido a la alta prevalencia de esta patología, la carcinomatosis de origen mamario debe ser sospechada en mujeres que presente complicaciones gastrointestinales (vg. cuadros obstructivos) aunque el diagnóstico del tumor primario se hubiese establecido muchos años atrás. En casos seleccionados, la cirugía citoreductora y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (CRS + HIPEC) puede estar indicada, especialmente en el tratamiento de la ascitis debilitante.

P-276. CASO CLÍNICO: ANGIOSARCOMA MAMARIO POSRADIOTERAPIA

J. Herrador Benito, M. González Zunzarren,
T. Pozancos de Simón, J. Cabañas,
A. García Villanueva y E. Lobo Martínez

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: La radioterapia es un factor de riesgo bien conocido y documentado para sarcomas mamarios secundarios. La detección precoz del cáncer de mama, junto con el aumento de los tratamientos conservadores con radioterapia posterior, ha aumentado el número de mujeres con larga supervivencia que han recibido radioterapia. Presentamos el caso de una mujer tratada de un cáncer de mama con cirugía conservadora y radioterapia, que posteriormente desarrolla un angiosarcoma.

Caso clínico: Mujer de 73 años sin antecedentes personales de interés que en noviembre de 2004 desarrolla un nódulo en cuadrante inferoexterno de mama derecha de unos 2 cm de tamaño, acompañado de prurito y eritema. En la mamografía se aprecia una imagen nodular espiculada con microcalcificaciones. Se le realiza biopsia con aguja gruesa, siendo el resultado de carcinoma lobulillar infiltrante grado II. Además en el fragmento de piel se halla infiltración dérmica por carcinoma con probable carcinomatosis linfática. Se le aplica quimioterapia neoadyuvante con docetaxel, adriamicina y ciclofosfamida, y posteriormente se realiza tumorectomía con linfadenectomía axilar. El resultado de la anatomía patológica es de carcinoma ductal y lobulillar infiltrante combinado, grado III, con bordes ampliamente libres y alejados del tumor. Linfadenectomía axilar con 29 ganglios, todos negativos. Tres meses después, la paciente recibe radioterapia sobre volumen mamario, con fraccionamiento de 2 Grays y una dosis total de 50 Grays. Tres años después del tratamiento radioterápico desarrolla una lesión nodular de unos 2 cm bajo el extremo de cicatriz de la tumorectomía. El nódulo es doloroso y con eritema cutáneo. Se realiza punción y aspiración con aguja fina, siendo el resultado de celularidad mesenquimal sin datos citológicos de agresividad. Dados los antecedentes se decide estudio histológico. Así, se realiza en quirófano exéresis amplia del nódulo cutáneo incluyendo ojal de piel. El resultado histológico es de angiosarcoma pobremente diferenciado grado III de la piel mamaria, lo que lleva a realizar mastectomía simple, confirmandose el diagnóstico histológico de angiosarcoma.

Discusión: Los sarcomas son tumores malignos infrecuentes desarrollados a partir de células mesenquimales en cualquier parte del cuerpo. La mayoría de los sarcomas son primarios, surgiendo "de novo" y bajo influencia de diversos factores como sín-

dromes genéticos, exposición a radioterapia o quimioterapia, inflamación crónica y linfedema. Dentro de los sarcomas de la mama, existe una demostrada asociación con la radioterapia postquirúrgica, aunque la incidencia es baja, de aproximadamente un 0,09-0,47 % a los 15 años. Los beneficios de la radioterapia adyuvante son muchísimo mayores que el riesgo de desarrollar un sarcoma secundario. Hay varios subtipos histológicos destacando el angiosarcoma, que en algunas series es el más frecuente seguido de leiomiomas, fibrosarcomas, liposarcomas o histiocitomas fibrosos malignos. El pronóstico de los sarcomas mamarios secundarios a radioterapia es malo, con supervivencias medias de 2,3 años. El tratamiento debe ser agresivo y basarse sobre todo en la cirugía radical, única opción con potencial curativo. El papel de la quimioterapia y la radioterapia es muy limitado.

P-277. LINFOMA NO HODGKINIANO PRIMARIO DE MAMA BILATERAL

N. Marín Camero, A. Bayón Muñiz, M. Ribeiro González,
L. Martínez Messeguer y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: Presentamos el caso de una paciente intervenida por tres nódulos mamarios cuyo resultado anatomopatológico diagnosticó finalmente de linfoma no-Hodgkin bilateral.

Caso clínico: Mujer de 27 años sin antecedentes médicos de interés ni historia familiar de patología mamaria, que acude a consulta por presentar un nódulo en mama derecha de un mes de evolución que ha ido aumentando de tamaño. A la exploración se palpan dos nódulos móviles, no adheridos a planos profundos, en mama derecha. La ecografía mamaria evidencia dichos nódulos, de 44 y 42 mm, densos, sólidos, y aprecia otro nódulo de similares características en mama izquierda, de 14 mm. Se realiza tumorectomía bilateral con diagnóstico de sospecha de tumor filodes. En el estudio anatomopatológico, el resultado final es de linfoma no-Hodgkin difuso de células grandes bilateral, con inmunofenotipo B y muy alto índice proliferativo (ki-67 > 90 %).

Discusión: El linfoma no-Hodgkin primario de mama es una patología poco frecuente, siendo menos del 1 % de todos los tumores mamarios y en torno al 2 % de los linfomas no-Hodgkin de presentación extraganglionar. La afectación bilateral es excepcional (< 14 %), así como la aparición en varones. Suele presentarse en la 5.ª ó 6.ª década de la vida, como un nódulo indoloro de crecimiento progresivo. El diagnóstico preoperatorio es difícil ya que presenta características radiológicas e histológicas (en estudio por punción con aguja fina) similares al carcinoma. Finalmente, el tratamiento debe ser multidisciplinar, combinando cirugía, radioterapia y quimioterapia en función de la histología del tumor, siendo el más frecuente el linfoma difuso de células grandes tipo B.

P-278. HEMORRAGIA DE PARED TORÁCICA COMO COMPLICACIÓN TARDÍA DE RADIOTERAPIA MAMARIA

R. González López, P. Montoto Santomé, E. Iglesias Porto,
M. Pérez Moreiras, M. Alvite Canosa, A.E. Álvarez Gutiérrez,
I. Monjero Ares, J.M. Couselo Villanueva y F. Arija Val

Hospital Xeral Calde, Lugo.

Objetivos: Presentar un caso clínico de una mujer que consulta por lesión sangrante paraesternal izquierda, compatible con perforación de la aurícula derecha, secundaria a radionecrosis post-mastectomía radical izquierda por cáncer de mama y revi-

sar los cambios introducidos en las técnicas radioterapéuticas en los últimos años.

Material y métodos: Mujer de 70 años con antecedentes de mastectomía radical izquierda hace 30 años en un Hospital de otra Comunidad Autónoma, que recibió tratamiento con quimioterapia y radioterapia post-quirúrgica, desconociéndose las dosis y los fármacos utilizados. Consulta por lesión sangrante paraesternal izquierda en Urgencias, que refiere de años de evolución, y con aumento del débito en la última semana. En la exploración física se objetiva una lesión de pared torácica izquierda que presenta un sangrado pulsátil. En la tomografía computarizada torácica se evidencia una úlcera paraesternal izquierda que comunica con mediastino y con presencia de un ovillo vascular (fig.1). La paciente presenta empeoramiento clínico con inestabilidad hemodinámica por lo que se realiza de forma urgente arteriografía objetivando sangrado procedente de ramas de la arteria mamaria interna y con sospecha de comunicación a venas pulmonares, procediéndose a embolización de la arteria mamaria izquierda. Ante la persistencia de sangrado masivo a nivel de mediastino anterior la paciente se traslada al servicio de Cirugía Torácica donde es intervenida de forma urgente, objetivando un sangrado procedente de la aurícula derecha que se controla digitalmente con compresión y en colaboración con el servicio de Cirugía Cardíaca se repara mediante puntos de teflón a nivel de pericardio y aurícula derecha (fig. 2). Posteriormente se reseca toda la zona de radionecrosis con toma de muestras para estudio anatomopatológico y cierre primario con plastia de pared torácica.

Resultados: El resultado del estudio anatomopatológico fue de áreas de necrosis sin signos de malignidad. En los días siguientes la herida quirúrgica presentó bordes necróticos con posterior evolución satisfactoria con curas locales, aunque con pequeña dehiscencia a nivel del ángulo de mayor tensión (fig. 3), pendiente de realizar injerto cutáneo por el Servicio de Cirugía plástica.

Conclusiones: Los efectos adversos cardiovasculares de la radioterapia ocurren de 10 a 20 años después de la exposición, que a su vez se agrava por el empleo de quimioterápicos cardiotoxicos. La perforación tardía de la aurícula derecha como consecuencia del empleo de radioterapia en el tratamiento del cáncer de mama es una complicación excepcionalmente rara, y todavía más en la actualidad debido a los grandes avances surgidos en las técnicas radioterapéuticas, así como en las indicaciones de radioterapia postmastectomía. El volumen de corazón irradiado, la dosis total de radiación, el fraccionamiento y el empleo de quimioterápicos cardiotoxicos, son algunos de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de complicaciones cardiovasculares, pero también los factores de riesgo preexistentes. La radioterapia contemporánea basada en estudios de dosimetría, utilización de tomografía computarizada, aceleradores lineales y sofisticadas herramientas tridimensionales permite planificar el tratamiento. Los datos de series recientes de pacientes irradiados por cáncer de mama son contradictorios, se necesitan más de 10 años después del tratamiento para que ocurran las complicaciones.

P-279. ANGIOSARCOMA DE MAMA TRAS CIRUGÍA CONSERVADORA Y RADIOTERAPIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Cachón Esteban, F. Cuezva, P. Rupérez, A. San José y J.L. Pellicer

Hospital Santa Bárbara, Soria.

Introducción: Aunque el angiosarcoma es un proceso neoplásico maligno raro en la mama, se describe como uno de los sarcomas más frecuentes en esta localización. Existe una estrecha

relación causa-efecto, en un gran número de casos, entre su aparición y el antecedente de radioterapia a nivel torácico. Esto explica el actual incremento de la incidencia de los angiosarcomas mamarios que se está observando entre las mujeres, al haberse convertido la cirugía conservadora en el tratamiento estándar para el control local del cáncer invasivo de mama en estadios precoces.

Objetivos: Presentar el caso clínico de una paciente que 8 años después de haber sido tratada de un carcinoma de mama mediante cirugía conservadora y tratamiento adyuvante con QT, RT y HT, desarrolla un angiosarcoma sobre pared torácica.

Caso clínico: Se trata de una paciente de 47 años de edad, con antecedente personal de esquizofrenia en tratamiento médico, que en Enero del 2001 es intervenida de un carcinoma ductal infiltrante de mama derecha (T2N2M0). Se le practica una tumorectomía en CSE con linfadenectomía axilar y se completa el tratamiento con QT, RT y HT adyuvantes. Durante los siguientes 8 años, la paciente se encuentra libre de enfermedad. En enero del 2009, coincidiendo con una revisión anual, se descubren dos nódulos palpables en mama residual derecha. El estudio radiológico llevado a cabo orienta hacia un carcinoma inflamatorio de mama, sin embargo, ninguna de las biopsias practicadas confirma la presencia de células malignas en dichas lesiones. Varios meses después, la paciente es valorada en nuestra Unidad de Mama. Presenta una mama pétrea, con piel indurada y múltiples lesiones cutáneas a modo de costras, máculas y nódulos irregulares de color "rojo vino". Se repite biopsia tipo BAG y con diagnóstico de neoplasia mesenquimal de origen vascular (posible angiosarcoma), se decide cirugía radical paliativa. El estudio TAC llevado a cabo no demuestra enfermedad a distancia. Se practica mastectomía con extirpación de una pastilla de músculo pectoral mayor y se cubre el defecto de la pared torácica con un colgajo miocutáneo de gran dorsal. La enferma no desea ningún tipo de cirugía sobre la mama contralateral. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica confirma la presencia de un angiosarcoma multifocal de alto grado de malignidad.

Discusión: Los angiosarcomas suponen un 0,05% de los tumores malignos de mama. Pueden ser lesiones primarias, secundarias a un tratamiento radioterápico o asociadas a linfedema crónico postmastectomía. Su comportamiento biológico sigue un curso paralelo al grado de diferenciación celular, de tal manera que cuanto más indiferenciado es el tumor mayor es su agresividad. Es característico de este tipo de tumor la dificultad de su diagnóstico, que puede ser orientado por los datos clínicos y las pruebas de imagen pero que requiere de un estudio histológico e inmunohistoquímico para su confirmación. El pronóstico viene determinado por el grado histológico y no existe, en el momento actual, un consenso en la literatura médica sobre el tratamiento de esta neoplasia.

P-280. METÁSTASIS GASTROINTESTINALES Y CÁNCER DE MAMA

M.P. Val-Carreres Rivera, I. Gil Romea, A. Güemes Sánchez, R. Sousa Domínguez, L. Artigas Urgel, J. Quintana Martínez y R. Lozano Mantecón

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

Objetivos: La extensión metastásica del carcinoma de mama al tracto gastrointestinal se considera un fenómeno infrecuente. Presentamos un caso clínico de especial interés de un carcinoma lobulillar infiltrante de mama que se diagnosticó tras la extirpación de varios pólipos metastáticos milimétricos pancolónicos en ausencia de cualquier otro tipo de enfermedad secundaria en el estudio de extensión inicial.

Caso clínico: Mujer de 50 años, sin antecedentes personales de interés, que es remitida para estudio de una anemia crónica ferropénica. Dentro de los estudios practicados se realizó una La colonoscopia en la que se encontraron muestra 6 pólipos milimétricos distribuidos a lo largo de todo el colon descendente y transversal, localizados a 40, 70 y 100 cm y otros en ángulo esplénico, ángulo hepático y ciego. El estudio anatomopatológico de los pólipos informó de metástasis pancolónicas de un carcinoma lobulillar infiltrante de mama. Ante estos hallazgos es remitida a la Unidad de Mama para completar estudio. La mamografía revela un perfil nodular de 1 cm de diámetro en CSE de mama derecha asociado a distorsión arquitectural y retracción cutánea con adenopatías axilares. La ecografía mamaria confirma la existencia de un nódulo hipoecoico irregular con hiperecogenicidad perinodular con alta sospecha (Bi-rads 5), por lo que se realiza BAG de la lesión. El informe histológico fue de carcinoma lobulillar pleomórfico infiltrante de patrón clásico y sólido con componente in situ asociado a alto grado con receptores positivos a estrógenos y progesterona. El resto de estudio de extensión (ecografía abdominal, TAC toracoabdominal y PET-TAC) no evidenciaban metástasis a distancia. Se practicó tratamiento quirúrgico realizando mastectomía radical modificada tipo Madden. El informe anatomopatológico de la pieza quirúrgica evidenció un carcinoma lobulillar infiltrante con infiltración masiva ganglionar axilar metástasis en la totalidad de ganglios axilares estudiados.

Resultados: Nuestro caso, al igual que la mayoría de los casos descritos de afectación secundaria intestinal corresponde a un carcinoma lobulillar infiltrante, si bien hay diversos trabajos que exponen la existencia de MGI en las que el subtipo histológico corresponde a un carcinoma ductal infiltrante.

Conclusiones: Las metástasis gastrointestinales (MGI) del carcinoma de mama son muy poco frecuentes por lo que resulta difícil precisar su incidencia. En la mayoría de las series publicadas los casos clínicos de MGI que hemos encontrado se acompañan de enfermedad diseminada con metástasis a distancia en otros órganos, existiendo también metástasis óseas, pulmonares e implantes peritoneales. De esta forma, el presente caso crea la dificultad en el criterio terapéutico al tratarse de una mujer joven, con metástasis únicas en colon y existir evidencia científica de que el tratamiento quirúrgico de las MGI aumenta la supervivencia en el subgrupo de pacientes en los que ésta es la única extensión metastásica.

P-281. MAMA ECTÓPICA. ESTUDIO DE 7 CASOS

C. Pastor Espuig, D. Escribano Pérez, M. Oset García, A.C. Utrillas Martínez, L. Comín Novella y J.M. del Val Gil

Hospital General Obispo Polanco, Teruel.

Introducción: La mama ectópica es el resultado de una incompleta regresión de tejido mamario a lo largo de la línea mamaria embrionaria. Puede consistir en cualquier combinación de pezón, areola, y tejido glandular. Al responder este tejido a los estímulos hormonales normales suele iniciarse la clínica durante la pubertad o embarazo, pudiendo apreciar un nódulo de características benignas con dolor e irritación local. Si presenta complejo areola-pezón, podemos encontrar galactorrea. La mayoría de veces, la paciente puede permanecer asintomática.

Material y métodos: Presentamos un estudio descriptivo retrospectivo, que incluye las pacientes diagnosticadas de tejido mamario ectópico en nuestro servicio en los últimos años.

Resultados: Hemos tratado un total de 7 pacientes, todos de sexo femenino. En relación con la edad, el rango fue de 20 a 44 años, con una media de 36,8 años. La localización del tejido mamario ectópico fue: en la axila el 71,4% (5), submamario el 14,2% (1) y preesternal el 14,2% (1). Se obtuvo un caso de tejido

ectópico mamario axilar bilateral. El diagnóstico se basó en la clínica, exploración física, mamografía, ecografía y PAAF. El motivo de consulta de todas las pacientes fue presencia de tumoración, acompañado de cambio de tamaño (5), dolor (4) y secreción (1). En 4 pacientes se pudo relacionar directamente con cambios hormonales: durante la lactancia (1), durante el embarazo (1) y en fase premenstrual (2). Sólo en la paciente con el tejido mamario ectópico localizado en la línea media mamaria se percibió pezón supernumerario, tratándose por tanto de una mama supernumeraria. En la PAAF preoperatoria se obtuvo el resultado de tejido mamario ectópico en el 71,4% (5), el resto se informó de tejido adiposo maduro. En cuanto a la ecografía y mamografía bilateral se visualizó el tejido mamario ectópico en el 85,7% (6). En todas las pacientes se procedió a la exéresis de la lesión, sin incidencias en el postoperatorio inmediato. En el informe anatomopatológico de todas las piezas se obtuvo tejido mamario ectópico, que se acompañaba de fenómenos fibroquísticos en el 57,1% (4) y con hiperplasia intraductal, fibroadenoma, calcificaciones intraductales en el 14,2% (1) respectivamente. Como complicaciones se encontró recidiva o exéresis incompleta en un caso. En cuanto al seguimiento de las pacientes, se requirió estudio posterior con PAAF y ecografía en dos casos por notarse nuevamente nodularidad, resultando ser lipoma y necrosis grasa respectivamente.

Conclusiones: La localización más frecuente de mama ectópica en nuestro estudio es la región axilar coincidiendo con la bibliografía, siendo frecuentemente bilateral, por lo que cuando se sospeche es necesario hacer una evaluación contralateral. En todas nuestras pacientes, el tejido mamario ectópico se acompañaba de alguna patología benigna. En la bibliografía se describe el mismo riesgo de desarrollar enfermedades benignas y malignas que en el tejido mamario de localización normal. El diagnóstico diferencial de la mama ectópica se hará mediante PAAF/BAG con lipoma, quiste sebáceo, hidradenitis supurativa, linfoma y neurofibroma.

P-282. ESTUDIO COMPARATIVO DE COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS EN LA PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETEV) CON ENOXAPARINA A DOSIS DE 20 MG/DÍA Y 40 MG/DÍA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PATOLOGÍA MAMARIA

C. Díaz Chaveli, F. Pérez Omeñaca, F. Domínguez Cunchillos, L. Fernández Rico, G. González Álvarez, L. Segura Pujolar, M.A. Sanz de Pablo, C. Artieda Soto, R. Trujillo Ascanio y H. Ortiz Hurtado

Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

Introducción: La ETEV surge como complicación postoperatoria en un 22% de los pacientes intervenidos en Cirugía General, por lo que se debe prestar especial atención a su profilaxis. La profilaxis primaria es imprescindible en pacientes de riesgo elevado (cirugía mayor, edad > 40 años, antecedentes de ETEV o TEP, neoplasias y estados de hipercoagulabilidad) y está recomendada en los de riesgo moderado (cirugía mayor, edad > 40 años, toma de anticonceptivos orales).

Objetivos: Analizar la existencia de diferencias en cuanto a las posibles complicaciones locales en pacientes intervenidas por patología mamaria cuando la profilaxis antitrombótica se realiza con enoxaparina a dosis de 20 mg/día frente a dosis de 40 mg/día.

Material y métodos: Se trata de un estudio de cohortes, prospectivo, aleatorizado, aleatorizado y doble ciego. Se parte de 2 grupos de 50 pacientes cada uno, incluyéndose aquellos individuos que vayan a ser sometidos a una intervención quirúrgica, en un periodo comprendido entre diciembre del 2007 y junio del 2008, por presentar patología mamaria benigna o maligna y

que presenten un riesgo elevado o moderado de ETEV. El tratamiento con enoxaparina se iniciará 12 horas antes de la intervención quirúrgica por vía subcutánea y se mantendrá un mínimo de 7 días. Los parámetros a valorar serán la sensación subjetiva de sangrado intraoperatorio (no sangrado/normal, leve, moderado y grave) y la presencia de complicaciones hemorrágicas postoperatorias (sangrado de herida, equimosis, hematomas, seromas e infecciones). El análisis estadístico se realizará utilizando el paquete estadístico SPSS v.17 mediante el test de chi-cuadrado.

Resultados: En nuestra serie, el 84 % de las pacientes fueron sometidas a una cirugía conservadora de la mama y tan sólo al 12 % se le realizó un tratamiento radical. El 66 % de las pacientes no presentó sangrado durante la intervención, o éste fue de cuantía subjetivamente normal. El 25 % presentó un sangrado leve y el 8 % un sangrado moderado (87,5 % con dosis de 40 mg/día). Las diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas ($p = 0,061$). El 71 % de las pacientes de nuestra serie no presentaron complicaciones postoperatorias y tan sólo en el 29 % apareció algún tipo de complicación postquirúrgica. El 58,6 % de las pacientes que presentaron complicaciones postquirúrgicas recibieron dosis de 20 mg/día de enoxaparina mientras que el 41,4 % recibió una dosis de 40 mg/día, no siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,472$). De las complicaciones registradas, las más frecuentes fueron la equimosis (8 %) y el hematoma difuso (9 %). La duración media del tratamiento con enoxaparina fue de 7,29 días.

Conclusiones: En nuestro estudio, la dosis de 40 mg/día de enoxaparina empleada en la profilaxis antitrombótica en la cirugía de la mama no se asocia con un mayor grado de sangrado intraoperatorio ni con un aumento de complicaciones hemorrágicas locales en comparación con la dosis de 20 mg diarios.

P-283. LESIÓN PAPILAR Y TELORRAGIA EN VARÓN: DEBUT DE CARCINOMA INFILTRANTE

R. León, S. Fuerte, V. Jiménez, J. Muros, M. González, C. Guillén, L. Márquez y M. Limones

Hospital General Universitario, Getafe.

Introducción: El cáncer de mama en el varón es una entidad infrecuente que representa menos del 1 % de todos los cánceres de mama. Habitualmente aparece en edades avanzadas de la vida, siendo la variedad histológica más frecuente el carcinoma ductal infiltrante. Clínicamente puede manifestarse como lesión mamaria palpable o expresarse a través de alteraciones atípicas como telorragia, retracción del pezón, alteraciones cutáneas, prurito o dolor mamario. Presentamos el caso de un varón, con telorragia espontánea como manifestación inicial de un Carcinoma ductal infiltrante subyacente.

Caso clínico: Varón de 81 años, consulta por episodio de telorragia uniorificial espontánea en mama derecha. Antecedente cirugía mama derecha por Papiloma intraductal e hiperplasia epitelial sin signos de atipia 17 años antes. Exploración mamaria: tumoración CSE-LICS y adenopatía axilar derecha sospechosa. Citología de secreción mamaria: compatible con lesión papilar intraductal. Mamografía: nódulo radiodenso periareolar externo de borde mal definido, espiculado. Ecografía: nódulo isoecogénico con tejido graso, vascularización interna y adenopatías en axila derecha de gran tamaño con pérdida del hilio graso. BAG nódulo mama: carcinoma ductal infiltrante. PAAF axilar: hallazgos indicativos de adenocarcinoma metastático. Con resultado de carcinoma infiltrante con adenopatía metastásica axilar se indican ductoscopia, mastectomía y linfadenectomía axilar de rechas que confirman los hallazgos descritos.

Resultados y discusión: El cáncer de mama es un hallazgo infrecuente en el varón. Aunque la presencia de tumoración ma-

maria y adenopatías axilares suelen ser los signos de presentación habituales, existen manifestaciones atípicas que deben ser consideradas sospechosas en la exploración clínica. La causa más frecuente de telorragia son las lesiones papilares de la mama. Con este término se designa un grupo heterogéneo de lesiones mamarias (papiloma, papilomatosis, papiloma atípico, carcinoma papilar no invasivo, carcinoma papilar invasivo) caracterizadas por proliferación epitelial en el interior de los conductos galactóforos. Cursan con telorragia espontánea uniorificial sin nódulo palpable asociado. Actualmente se acepta que el papiloma intraductal solitario no se asocia con riesgo aumentado de cáncer de mama ni de recidiva mientras que la papilomatosis múltiple puede asociarse con hiperplasia epitelial atípica y hasta en un 40 % de casos con cáncer de mama. La extirpación quirúrgica y posterior biopsia es necesaria para la correcta clasificación de estas lesiones, precisando además las formas múltiples y las formas atípicas seguimiento posterior por su potencial riesgo de malignización.

P-284. CÁNCER DE MAMA EN EL VARÓN. ¿NO TAN INFRECUENTE?

R. Alises Sanz, F. Anderica Frías, M. Gómez Juárez, P. Cascales Sánchez, J.L. Rueda Martínez, A.S. Valero Liñán, A. Prat Calero y M. Abad Martínez

Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.

Introducción: El cáncer de mama en el varón constituye el 1 % de todos los cánceres de mama. Sin embargo su incidencia ha aumentado en las dos últimas décadas. Se presentan trece casos de cáncer de mama en el varón intervenidos en nuestro servicio en un periodo de tres años.

Pacientes y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de los casos de cáncer de mama en el varón intervenidos en la Unidad de Mama del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete entre enero de 2005 y diciembre de 2008 mediante revisión de historias clínicas.

Resultados: Entre los antecedentes personales destacaba la existencia de HTA en cinco casos, adenoma prostático en tres, cáncer de próstata en uno, diabetes mellitus en 2 casos, IRC en uno y neoplasia de sigma en un caso. En la exploración física se detectó un nódulo palpable en doce casos, de los cuales seis se asociaban a retracción del pezón por localización retroareolar. El diagnóstico se realizó mediante mamografía y biopsia con aguja gruesa en todos los casos. En todos los pacientes se realizó mastectomía radical modificada con linfadenectomía axilar según técnica de Madden. En cuanto al tratamiento adyuvante, cinco pacientes recibieron quimioterapia, cinco recibieron radioterapia y hormonoterapia todos ellos. El estudio histopatológico demostró carcinoma ductal infiltrante en doce pacientes y melanoma en uno de ellos. El tamaño tumoral estaba comprendido entre 1,4 y 8 cm con una media de 2,3 cm, encontrando afectación axilar en cuatro de ellos, presentando tres invasión perineural. Los receptores hormonales fueron positivos en todos los casos excepto en el melanoma. El HER-2 fue positivo en tres casos. Cuatro de los pacientes han fallecido por metástasis al cabo de dos años de tratamiento y el periodo de supervivencia libre de enfermedad ha sido de dos meses a dos años y medio.

Conclusiones: El cáncer de mama en el varón es una patología rara, siendo el diagnóstico precoz la principal herramienta para mejorar el pronóstico. A pesar de lo cual, el diagnóstico continúa siendo tardío. El tratamiento debe ser quirúrgico, siendo en la mayoría de los casos la mastectomía con realización ganglio centinela o linfadenectomía, acompañada de tratamiento adyuvante con quimioterapia y/o radioterapia dependiendo del resultado histológico.

P-285. HAMARTOMA GIGANTE DE MAMA

V. Gumbau Puchol, C. Martínez Pérez, B. Tormos Tronqual, M.A. Lorenzo Liñán, C. Fuster Diana, L. Sania Remacha, M. Bruna Esteban y J.V. Roig Vila

Hospital General, Valencia.

Introducción: El hamartoma o fibroadenolipoma mamario es un tumor poco frecuente que debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de tumoraciones benignas de la mama. Clásicamente han sido tumoraciones infradiagnosticadas pero con la aparición de nuevas técnicas y métodos de detección el número de casos se ha visto incrementado. Nuestro objetivo es aportar a la literatura un caso de hamartoma gigante en la mama de más de 30 años de evolución.

Caso clínico: Mujer de 63 años, con antecedentes de enfermedad de Addison, fenómeno de Raynaud, hipotiroidismo e intervenida de adenocarcinoma de recto, que presenta tumoración voluminosa en mama izquierda. Se objetiva una importante asimetría mamaria debida a una tumoración en mama izquierda de gran tamaño, elástica, no adherida a planos profundos. No se palpan adenopatías axilares ni supraclaviculares. En la mamografía realizada se observa una gran masa que ocupa prácticamente toda la glándula, probablemente encapsulada. La ecografía muestra una tumoración de unos 13 cm de diámetro parcialmente calcificada y contenido heterogéneo. El estudio por resonancia magnética con gadolinio intravenoso describe una tumoración con tabiques internos y captación heterogénea, fundamentalmente periférica, así como una cinética de captación tipo 1 (progresivamente ascendente). El resultado de la biopsia muestra la presencia de tejido fibroadiposo con fibrosis del estroma mamario, áreas de atrofia ductal e infiltrado inflamatorio crónico, compatible con hamartoma mamario. La paciente se interviene quirúrgicamente realizándose una mastectomía simple. La evolución postoperatoria es satisfactoria y el estudio anatomopatológico de la pieza establece el diagnóstico de fibroadenolipoma calcificado.

Discusión: El hamartoma de mama es una entidad poco frecuente con una incidencia de 0,1-0,7%. Los hamartomas mamarios suelen ser tumoraciones indoloras cuya manifestación clínica más frecuente es el aumento progresivo del tamaño mamario o la asimetría entre ambas mamas. La mamografía muestra característicamente una masa ovalada, bien delimitada, con áreas radiolúcidas cuyo contenido es graso y áreas más densas de tejido fibroso y elementos adenomatosos. La histología del hamartoma está pobremente definida con elementos epiteliales y mesenquimales por lo que el papel de la PAAF y la BAG en el diagnóstico es limitado y requiere siempre correlación clínica o radiológica para confirmarlo. Se debe establecer siempre el diagnóstico diferencial con el fibroadenoma, presentando el hamartoma falta de adhesión al tejido mamario circundante. La correcta identificación de la lesión y su exéresis completa es importante al existir posibilidades de recurrencia o la presencia de neoplasias epiteliales coincidentes que pueden estar enmascaradas por esta tumoración. En cualquier caso, la escisión quirúrgica completa es lo único que permite la filiación exacta de la tumoración.

P-286. TUMOR DE ABRIKOSSOFF: UNA LESIÓN INFRECUENTE EN LA MAMA

G.G. Báguena Requena, J. Calvete Chornet, A. Caballero Garate, O. Burgues Gasión, A. Mayol Oltra, A. Martínez Agulló y J. Ortega Serrano

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción: El tumor de células granulares, descrito por Abrikossoff en 1926, se considera de origen neural (células de

Schwann) y sólo un 5% se localizan en la mama, manifestándose entre la 3.^a y 5.^a décadas y es más frecuente en mujeres de raza negra. Aunque suelen ser tumores benignos, por las características clínico-radiológicas pueden confundirse con los carcinomas. Su tratamiento curativo consiste en la extirpación completa del tumor.

Caso clínico: Mujer de 49 años, de raza negra, sin antecedentes médico-quirúrgicos y familiares de interés. Consulta por la aparición de un nódulo en CSE de mama izquierda de unos 6 meses de evolución acompañado de mastalgia. Exploración física: tumoración dura en CSE-línea axilar anterior de mama izquierda de 4 cm, dolorosa y adherida a planos profundos. No alteración de piel-areola-pezones ni adenopatías palpables. Exploraciones complementarias: mamografía: nódulo de 3 cm, de contornos espiculados en cuadrantes superiores de la mama izquierda, únicamente visible y no totalmente en la proyección oblicua lateral. Adenopatías inflamatorias en ambas regiones axilares. Ecografía mamaria: tumoración sólida de 2,3 x 2,5 cm en CSE prolongación axilar, irregular y con sombra acústica posterior. TAC: masa en mama izquierda de unos 4 cm en contacto con musculatura de pared torácica. RMN: Confirma el nódulo espiculado localizado en la prolongación axilar mama izquierda, de 37 x 31 mm, sin aparente infiltración de musculatura pectoral y perfil sugestivo de benignidad. Biopsia BAG: tumor de células granulares. Se realiza tumorectomía ampliada con resección parcial de músculo pectoral mayor. Anatomía patológica: lesión indurada, de contornos estrellados, de 45 mm de diámetro, que infiltra músculo pectoral. El estudio microscópico evidencia una proliferación de células de citoplasma amplio, eosinófilo y granular, núcleos homogéneos, sin mitosis ni atipias. Estroma desmoplásico que diseca las fibras musculares estriadas en el borde profundo. Inmunohistoquímica: expresión de S-100 en las células granulares y citoqueratinas negativas Diagnóstico de tumor de células granulares.

Discusión: El tumor de Abrikossoff se desarrolla a partir del estroma intralobulillar de la mama. En la mayoría de los casos se palpa una masa dura, de tamaño < 3 cm, localizada más frecuentemente en el cuadrante superointerno de la mama. Se presenta como lesión única, aunque puede ser multifocal tanto en la mama como en otras localizaciones. En general, presentan un comportamiento benigno, aunque aproximadamente un 2% de los tumores de Abrikossoff serán malignos. Con técnicas de inmunohistoquímica las células granulares son negativas para citoqueratina y receptores hormonales y positivas para proteína S-100 y vimentina, datos que los diferencian de los carcinomas. El tratamiento consiste en exéresis amplia para evitar recurrencias locales.

Discusión: El tumor de células granulares es una neoplasia benigna rara que suele confundirse con un carcinoma por los datos clínicos, de mamografía y de ecografía. Debe tenerse en cuenta en mujeres jóvenes de raza negra, la positividad inmunohistoquímica ante la proteína S-100 y vimentina son esenciales para su diagnóstico. El tratamiento consiste en su exéresis completa.

P-287. HEMANGIOSARCOMA CUTÁNEO SOBRE LINFEDEMA CRÓNICO POSMASTECTOMÍA CON LINFADENECTOMÍA AXILAR

F. Blanco Antona, L.M. González Fernández, H. Ordás Macías, H. San José Santamarta, S. Bahamonde Cabria, L. Blanco Antona, A. Marín Pérez-Taberner y A. Gómez Alonso

Complejo Hospitalario, Salamanca.

Introducción: El hemangiosarcoma es una patología poco frecuente, con unos 200 casos descritos en la literatura, que aparece tras mastectomía unilateral y vaciamiento axilar con radiote-

rapia post-operatoria por cáncer de mama (síndrome de Stewart-Treves). Se trata de un tumor agresivo con una alta tasa de recurrencia local y una gran tendencia a metastatizar, que se desarrolla sobre linfedema crónico, debido a una cierta inmunodeficiencia local. Sin embargo parece demostrado que no se trata de un sarcoma inducido por la radioterapia. Se presenta como maculo-pápulas violáceas, ocasionalmente polipoides, con hemorragias e infecciones. El tratamiento de elección y que proporciona la mejor supervivencia a largo plazo es la cirugía, con la amputación del miembro afectado. Aún realizando una cirugía precozmente y administrando tratamientos coadyuvantes (quimioterapia, radioterapia e inmunoterapia), el pronóstico de estos enfermos es malo, con una alta tasa de recurrencia local y metástasis a distancia.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 77 años, con antecedentes de mastectomía parcial y linfadenectomía axilar con radioterapia post-operatoria complementaria por un carcinoma de mama izquierda, tras la cual desarrolla un linfedema crónico en extremidad superior izquierda (ESI). Consulta por dolor y eritema progresivo de aspecto geográfico en dicha extremidad acompañado de febrícula. Con el diagnóstico de erisipela se inicia tratamiento antibiótico, pero dada la ausencia de respuesta al tratamiento se decide realizar una biopsia que es informada como angiosarcoma. En la TC se objetiva edema de tejidos blandos de la ESI, sin metástasis a distancia. Es intervenida quirúrgicamente realizándose una desarticulación inter-escápulo-torácica de ESI. La anatomía patológica definitiva es angiosarcoma con afectación cutánea, mamaria y de tejidos blandos.

Conclusiones: El hemangiosarcoma es una patología poco frecuente que debe ser diagnosticada a tiempo dadas las escasas opciones terapéuticas y su mal pronóstico.

POLITRAUMATIZADOS Y CUIDADOS INTENSIVOS

COMUNICACIONES ORALES

O-030. MONITORIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON LESIONES HEPÁTICAS COMPLEJAS. ¿CUÁNDO ES NECESARIO UN CT DE SEGUIMIENTO?

M.A. Hernández Bartolomé, J.M. Jover Navalón, I. Manzanedo Romero, J. Silvestre Rodríguez, L. Colao García, A. Valle Rubio, C. Guillén Morales y M. Limones Esteban

Hospital General Universitario, Getafe.

Introducción: El CT es útil para localizar lugar, tamaño y naturaleza de las lesiones abdominales. El tratamiento no operatorio es el tratamiento estándar en los pacientes con traumatismo hepático hemodinámicamente estables con un éxito del 89%. Sin embargo el papel del CT durante el seguimiento es controvertido. Ha sido útil para evaluar cambios en el estado clínico, documentar la curación de la lesión, detectar complicaciones o como guía para las recomendaciones sobre actividad física. Recientemente algunos autores han cuestionado la necesidad de hacer un CT de rutina. Nuestro objetivo es revisar nuestra experiencia en el seguimiento de los traumatismos hepáticos bajo la hipótesis de que la mayoría de los pacientes con traumas hepáticos tratados de forma no operatoria no requieren CT de segui-

miento y los tiempos de estancia hospitalaria, en UCI, en reposo o sin hacer actividad física se pueden acortar.

Material y métodos: Hemos revisado las historias de los pacientes con trauma hepático cerrado tratados en nuestro centro desde 1991 hasta la actualidad. Traumatismo hepático cerrado con tratamiento conservador se diagnosticó en 39 pacientes. Fueron excluidos los pacientes hemodinámicamente inestables que requirieron tratamiento quirúrgico y los que se realizó una laparotomía para el tratamiento de otra lesión intrabdominal. Se obtuvieron: edad, etiología, hallazgos y grado de lesión hepática por el CT, intervenciones quirúrgicas y complicaciones, días de estancia en UCI, días de estancia en planta, días totales de estancia hospitalaria, reingresos, pruebas de seguimiento, tiempo para la incorporación al trabajo, tiempo de incorporación a una actividad física normal.

Resultados: La etiología más frecuente fue accidente de tráfico. El éxito del tratamiento no operatorio fue del 100%. Ningún paciente del grupo de tratamiento conservador tuvo que ser reintervenido.

Evolución radiológica	N	%
Mejoría	25	78,12
Mantenimiento	6	18,75
Empeoramiento	1	3,12

Grado lesión	Número	%
I	9	23
II	14	35,8
III	7	17,9
IV	5	12,8
V	1	2,5
Sin datos	3	3,3
Total	39	100

Estancia	N	Media	Intervalo
Planta	34	10,29	3-24
UCI	24	5,66	1-25
Global	36	13,47	3-31

Prueba de seguimiento	Número	Porcentaje	Intervalo medio	Intervalo mediana
ECO	10	25,6	75,5 (4-139)	79,5
CT	22	56,4	33,5 (3-180)	9,5
RMN	1	2,5	14	14
Sin datos	6	15,4	0	0

Incorporación funcional	Media	Mediana	N	Intervalo
Encamado	8,62	6	35	0-30
Actividad física normal	29,76	20	26	10-100
Incorporación laboral	51,53	30	26	15-365

Discusión: En nuestra revisión ningún CT de seguimiento cambió la actitud terapéutica. La necesidad de obtener un CT en el seguimiento de los pacientes con traumas hepáticos no está clara. Son ya muchos los trabajos publicados que demuestran que no hay evidencia de que CTs seriados sin indicaciones clínicas tengan influencia en el tratamiento del enfermo. Son muchos los que consideran que esto no es necesario y sólo alteraríamos