

PATOLOGÍA DE LA MAMA

COMUNICACIONES ORALES

O-166. CLASIFICACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA DEL CÁNCER DE MAMA. ¿ES TAN HOMOGÉNEA COMO PENSAMOS?

I. Larrañaga Blanc, J. Rivero Deniz, X. Rodríguez Alsina, E. García Olivares, L. Millán, F. Simó Alarí, A. García Fernández, E. Veloso Veloso y C. Marco Molina

Hospital Mutua de Terrassa, Terrassa.

Introducción: Las clasificaciones histopatológicas empleadas hasta la fecha en el cáncer de mama no predicen con exactitud la evolución clínica de la enfermedad; no reflejan la variabilidad de su comportamiento biológico, ni la respuesta o resistencia a los potenciales tratamientos. En los últimos años la investigación del cáncer de mama se ha centrado en el examen de los biomarcadores moleculares y en la determinación por inmunohistoquímica de las expresiones de los marcadores relacionados con el pronóstico: Receptores de estrógeno (RE), progesterona (RP) y human growth factor receptor (Her2).

Objetivos: El objetivo de este estudio fue analizar la relación de los diferentes tipos de tumor basados en una clasificación inmunohistoquímica con los factores pronósticos clásicos, período libre de enfermedad y mortalidad.

Material y métodos: Esta revisión incluye a 1.167 pacientes con 1.190 carcinomas infiltrantes de mama operadas entre enero de 1998 y marzo de 2010 cuyos datos fueron extraídos del registro de Cáncer de Mama de la Unidad de Patología Mamaria. Las pacientes se clasificaron en 8 grupos (clasificación de Sorlie y Perou modificada): Luminal A: RE+, RP+, Her2-/RE+, RP-, HER2-/RE-, PR+, HER2-. Luminal B: RE+, RP+, Her2+/RE+, RP-, HER2+/RE-, RP+, HER2+. Triple negativo: RE-, RP-, Her2-Her2+: RE-, RP-, Her2+. Estos grupos se correlacionaron con: edad, tamaño tumoral, grado de diferenciación, grado histológico, tipo histológico, período libre de enfermedad, metástasis y mortalidad. El estudio estadístico se realiza mediante el test de chi cuadrado con corrección de Yates y el test de Fisher.

Resultados: Es bien sabido que las mujeres con receptores positivos tienen mejor supervivencia, y que cuándo son Her2+ o triple - tienen un alto índice de recurrencia y mayor tasa de mortalidad. En nuestro estudio las mujeres con tipo luminal A, tienen el mejor período libre de enfermedad, la menor tasa de metástasis a distancia y la mejor supervivencia. Sin embargo el subgrupo RE+RP-Her2- perteneciente al Luminal A tiene un pronóstico mucho peor que los otros subgrupos del Luminal y su comportamiento se asemeja más al grupo Her2+ y al Triple -.

Conclusiones: La clasificación inmunohistoquímica es sencilla, práctica y de utilidad clínica. Sin embargo la utilización de los cuatro tipos clásicos no es todo lo homogénea que pensábamos. Son necesarios más estudios para poder valorar el comportamiento de los diferentes subgrupos.

O-167. CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA: UNA HERRAMIENTA MÁS PARA OBTENER MEJORES RESULTADOS ONCOLÓGICOS Y ESTÉTICOS

R.J. Gómez Sabater, E. Buch Villa, S. Díaz, M. Hurtado, A. Galán, M. Muñoz y F. Checa

Hospital de Sagunto, Sagunto.

Introducción: El cáncer de mama es una enfermedad en aumento. La utilización de tratamientos previos a la cirugía está

aportando reducciones del tamaño tumoral, pero así mismo, está produciendo márgenes de difícil control intraoperatorio, que en algunos casos llegan a necesitar otra intervención para rescatar los bordes afectos en cirugías conservadoras (CC).

Objetivos: Valorar si la CO (cirugía oncoplástica) nos aporta mejora en la valoración de los bordes.

Material y métodos: En el periodo de 2008 hasta el 2010, hemos intervenido a 38 pacientes mediante CO y 102 pacientes mediante CC. Hemos estudiado las características del tumor al diagnóstico, el tratamiento de inicio, y el estudio definitivo anatomopatológico, así como, el tipo de intervención quirúrgica. Hemos empleado el paquete informático SPSS18 para la realización de la estadística descriptiva y comparación de variables.

Resultados: La edad de ambos grupos no tiene diferencias significativas (CO 58,38 años DE 12,8 y CC 57,7 años DE 11,2). En los estadios tumorales al diagnóstico si han existido diferencias significativas ya que la CC se ha realizado fundamentalmente en estadios precoces, mientras que la CO ha reclutado sobretodo pacientes que provenían de tratamiento de inducción. El tamaño de la muestra quirúrgica ha sido superior significativamente en las CO. Así como, el margen en mm (CO de 12,05 mm DE 9 vs CC de 7,4 mm DE 6,7). En el 30,8% de los casos de CO se ha realizado Cirugía central mediante técnica de Grisotti. En tumores provenientes de Tratamiento de inducción o bordes mal definidos o de cuadrantes desfavorables que podían implicar deformidad hemos realizado en el 30,7% un patrón horizontal o un patrón vertical en el 38,4%.

Conclusiones: La incorporación de la CO es necesaria en la cirugía de la mama, tanto para pacientes con enfermedad maligna como benigna. Con esta herramienta podemos ofrecer a la paciente mayor número de cirugía conservadora, sobre todo en pacientes que han recibido tratamiento de inducción ya que sus límites son más imprecisos y con la CO podemos obtener mayor tamaño del espécimen quirúrgico, un borde libre superior a un cm microscópico y evitar posibles deformidades.

O-168. USO DE LA RM EN LA ESTADIAJE DEL CÁNCER DE MAMA. ¿EXISTE REALMENTE UNA SOBRESTADIFICACIÓN? LA EXPERIENCIA EN NUESTRO SERVICIO

J.Á. Díez Ares, R. Martínez García, N. Peris, G. Garrigós, N. Estellés, R. Sospedra, A. García Lozano, V. García Fons, R. Trullenque, F. Blanes y M. Martínez Abad

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Introducción: La resonancia nuclear magnética (RM) ha mejorado los resultados de la mamografía en la detección de las lesiones precoces de la mama, siendo una técnica extraordinariamente sensible (100%) para la detección de lesiones de pequeño tamaño, presentando sin embargo una especificidad muy variable (37-97%). Así pues en la actualidad la RM no es una técnica que cumpla los requisitos para emplearla en los programas de detección precoz de cáncer de mama.

Objetivos: Valoración en un periodo de 3 años de la tendencia al sobre estadiaje que presenta la RM en casos de lesiones tumorales que muestran multifocalidad y multicentricidad (12 casos), carcinomas localmente avanzados posquimioterapia (13 casos) y carcinomas de extensión intraductal (8 casos).

Material y métodos: Realizamos un estudio transversal retrospectivo desde Enero 2008 hasta Diciembre de 2010 de 33 casos de mujeres tratadas en el Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia que tenían una media de edad de 55 años con los diagnósticos anteriormente referidos. Comparamos el tamaño tumoral (T) indicado en la RM con el observado por el estudio anatomopatológico (AP) de la pieza tras la cirugía. Cuantificamos la diferencia en milímetros entre la AP y la ecografía/ma-

mografía de las lesiones y el obtenido entre la AP y la RM, calculando la media entre ambos casos.

Resultados: Se analizan la muestra de 33 pacientes con el rango de edad de 30-77 años. La AP de las piezas fue de 72% de carcinomas ductal infiltrantes, 21% carcinoma lobulillar infiltrante y un 7% de carcinomas ductales in situ. Se realizaron 18 mastectomías y 15 cirugías conservadoras de la mama. La valoración del tamaño obtenido por el estudio mamografía/ecografía y la AP de la pieza resecada mostró una diferencia media de 2,5 mm a favor de las técnicas radiológicas con un rango entre -20 y 30 mm. Si comparamos el resultado de la AP con el tamaño medio de la RM, apreciamos una diferencia media de 8,6 mm a favor de la RM con un rango entre -11 y 30 mm.

Conclusiones: En 5 de las 18 mastectomías (27,7%) existió una discordancia entre las técnicas radiológicas y la AP por lo que se podría haber modificado la actitud terapéutica orientando hacia una cirugía conservadora. En 5 de 12 casos de multifocalidad, la RM señaló más focos de los posteriormente encontrados en la AP. Por todo lo cual, los resultados obtenidos nos orientan hacia que la RM ofrece una tendencia a la sobre valoración del tamaño (T) tumoral en los casos estudiados, que nos ha conducido al aumento del número de mastectomías.

O-169. GANGLIO CENTINELA TRAS QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE DEL CÁNCER DE MAMA. RESULTADOS UN AÑO DESPUÉS DE LA VALIDACIÓN DE LA TÉCNICA

A. Moral Duarte, J. Duch Renom, J.I. Pérez García, S. Fernández Ananín, S. Mocanu, I. Lupu, M. Estorch Cabrera y M. Trias Folch

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: Presentar los resultados de la técnica de la biopsia selectiva del ganglio centinela tras quimioterapia neoadyuvante (QTNA) del cáncer de mama, un año después de haber validado la técnica en una serie de 30 pacientes y haberla incorporado al protocolo de tratamiento habitual del cáncer de mama en enero de 2010.

Material y métodos: Entre febrero de 2010 y marzo de 2011 se estudiaron prospectivamente 27 pacientes 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 y PAAF. 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 99mTc-nanocoloide de albúmina, con técnica de inyección intratumoral. Se realizó localización intraoperatoria del ganglio centinela utilizando una sonda detectora. Solamente se realizó el vaciamiento axilar (VAX) cuando no se pudo detectar el GC o éste fue positivo en el estudio anatomopatológico peroperatorio.

Resultados: Se realizaron 21 tumorectomías y 6 mastectomías simples. 11 pacientes (40%) presentaban N1 antes del inicio del tratamiento, pero todas las pacientes eran N0 al finalizar la QTNA. Las lesiones presentaban un tamaño medio de 38 mm, y la anatomía patológica evidenció 23 carcinomas ductales infiltrantes y 4 carcinomas lobulillares infiltrantes. La tasa de detección del ganglio centinela fue de un 85% (23/27). De los 4 pacientes en los que no se detectó el ganglio centinela 2 eran N1 antes de iniciar la QTNA y N0 los otros 2, y sólo uno de los N1 tuvo un VAX positivo para un solo ganglio, el resto fueron negativos. Entre los casos con GC localizado hubieron 4 positivos (1 N0 inicial y 3 N1), pero los vaciamientos axilares fueron negativos en todos los casos. De los 27 pacientes se han evitado 19 vaciamientos (70%).

Conclusiones: Los resultados de la serie de validación previa permitieron incorporar la técnica de biopsia selectiva del ganglio centinela postQTNA al protocolo de tratamiento habitual y los resultados tras el primer año de aplicación confirman que se trata de una técnica efectiva y fiable.

O-170. EFICACIA DEL BISTURÍ HARMÓNICO-ULTRACISION EN LA PREVENCIÓN DEL DRENAJE LINFÁTICO PROLONGADO Y EL SEROMA AXILAR POSLINFADENECTOMÍA. ESTUDIO COMPARATIVO FRENTE A LINFADENECTOMÍA AXILAR MEDIANTE BISTURÍ ELÉCTRICO Y CORTE FRÍO

M.T. Abadía Forcén, F. Domínguez Cunchillos, I. Gómez Gutiérrez-Solana, C. Artieda Soto, M.A. Sanz de Pablo, R. Trujillo Ascanio, C. Díaz Chaveli, M. Sánchez Vázquez y A. Arenas Miquélez

Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

Introducción: Aunque tanto el drenaje linfático prolongado como el seroma después de la linfadenectomía axilar no deben ser considerados como complicaciones de la cirugía, ambos son causa de disconfort y causas posibles de auténticas complicaciones. Se han buscado maniobras o modificaciones técnicas que minimicen en lo posible ambos eventos, uno de los cuales ha sido el uso del sellado con ultracisión durante la linfadenectomía axilar.

Objetivos: Objetivo principal: evaluar, mediante procedimiento aleatorio aleatorizado, la eficacia del bisturí armónico Ultracision (Ethicon Endo-Surgery) en la prevención del drenaje linfático prolongado y de la producción de seroma axilar poslinfadenectomía. Objetivos secundarios. Valoración de tiempo quirúrgico para linfadenectomía, dolor, ganglios axilares aislados, comodidad del cirujano, y complicaciones.

Material y métodos: Se incluyeron dos grupos de 30 pacientes cada uno, a las que se realizó linfadenectomía axilar, desde febrero/10 a marzo/11, tanto durante mastectomías como formando parte de técnicas conservadoras. Grupo 1: linfadenectomía con bisturí eléctrico y corte frío (bisturí o tijera). Grupo 2: linfadenectomía empleando bisturí armónico Ultracision. La asignación de cada paciente a uno u otro grupo se realizó de forma aleatoria. En todas se utilizó drenaje aspirativo, de tipo redón de alta presión de vacío, que se retiró cuando su débito fue igual o inferior a 50 cc en 24 horas, cualquiera que fuese el aspecto de lo drenado. Cuando después de retirado el drenaje se originó seroma axilar, sólo fue puncionado cuando ocasionó dolor o malestar. Se valoraron: volumen total aspirado por el drenaje; día de postoperatorio en el que se retiró el drenaje; estancia hospitalaria; en caso de punciones evacuadoras de seromas, se valoró número y total de volumen evacuado; confort de la paciente valorado por ella en una escala del 0 al 10, y por la necesidad de analgesia; duración de la linfadenectomía; secuelas y complicaciones. Los métodos estadísticos utilizados fueron el test de U Mann-Whitney, test de chi cuadrado y t de Student.

Resultados: Los grupos fueron homogéneos en cuanto a edad (la media fueron 48,95 años). No hubo diferencias entre ambos grupos en cuanto al tiempo empleado, aunque fue discretamente superior en el grupo del Ultracision. El tiempo medio de mantenimiento del drenaje fue mayor en el grupo del bisturí eléctrico y corte frío (8,26 días). No hubo diferencias en el número de ganglios aislados, ni en el resto de parámetros valorados. Globalmente el 41,7% de las pacientes precisaron punción evacuación del seroma, de las cuales el 60% pertenecían al grupo del bisturí armónico y el 40% al grupo de bisturí eléctrico (media de punciones de 3,64 y media de volumen evacuado de 365,88 ml), existiendo una asociación débil (CC 0,16) no estadísticamente significativa (p 0,19) entre la producción de seroma y el uso del

bisturí armónico. No obstante estos resultados podrían ser cirujano dependiente.

Conclusiones: El empleo del bisturí armónico Ultracision en las linfadenectomías axilares no disminuye el drenaje linfático prolongado ni la tasa de seromas que precisan punción evacuadora, aunque podría existir relación con la técnica quirúrgica empleada.

O-171. MASTECTOMÍA PROFILÁCTICA CONTRALATERAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA PERTENECIENTES A FAMILIAS DE ALTO RIESGO DE CÁNCER HEREDITARIO

L. Rabadán Ruiz, R. Pardo, J.M. Cordero, M.C. Manzanares, V. Muñoz, S. Sánchez, E. García, F.J. Ruescas, M.A. Gil-Olarte, A. Gil y J. Martín Fernández

Hospital General, Ciudad Real.

Introducción: El riesgo de desarrollar cáncer de mama contralateral, en una paciente que ha padecido un cáncer de mama, oscila entre un 0,5-0,75% llegando hasta el 3% anual en pacientes con mutaciones conocidas en los genes BRCA y se mantiene a lo largo de la vida. Series recientes han demostrado una reducción de riesgo de cáncer contralateral en torno al 95% y un aumento de la supervivencia a 10 años tras una mastectomía profiláctica contralateral, especialmente cuando se realiza en mujeres con diagnóstico del cáncer en edades jóvenes o pertenecientes a familias de alto riesgo. La mastectomía reductora de riesgo debe conjugarse una tasa de reducción de riesgo adecuada con un buen resultado estético y, cuando sea posible, la posibilidad de realizar la reconstrucción en un solo tiempo con un implante definitivo.

Objetivos: Presentamos nuestra experiencia en la realización de mastectomías de reducción de riesgo contralateral en pacientes con cáncer de mama revisando las indicaciones y técnicas disponibles.

Material y métodos: Se recogen las pacientes sometidas a mastectomía profiláctica contralateral desde el inicio del Programa de Cáncer Hereditario en 2010 hasta abril de 2011 en el Servicio de Cirugía del Hospital General Universitario de Ciudad Real. Se analizan las variables demográficas, los datos en relación con el cáncer de mama previo, el perfil de riesgo de la paciente, la técnica quirúrgica empleada y la evolución postoperatoria.

Resultados: Se han intervenido 17 pacientes con una edad media de 38 años (rango 23-51). 14 pacientes (82,3%) pertenecían a familias de alto riesgo de cáncer hereditario. Una paciente (5,88%) presentaba una mastopatía fibroquística con múltiples biopsias previas y una contractura capsular en la mama contralateral que había sido intervenida por un tumor filodes, y en dos de ellas (11,7%) se realizó la técnica para conseguir una mejor simetría en el proceso de reconstrucción en casos de mamas muy pequeñas y ptósicas. De las 16 pacientes con cáncer de mama previo, en dos casos (12,5%) se trató de carcinoma intraductal, 12 pacientes (75%) presentaron un carcinoma ductal infiltrante y en 2 pacientes (12,5%) la histología fue de carcinoma lobulillar. 3 pacientes (18,7%) presentaban infiltración por micrometástasis del ganglio centinela, 2 (12,5%) pacientes fueron clasificadas como N1 y el resto (68,7%) fueron clasificadas como N0. Se realizaron 9 mastectomías en "S", eligiendo esta técnica en mamas de tamaño pequeño o medio con poca o nula ptosis, 6 mastectomías reductoras de piel con colgajo dermograso, generalmente en mamas de mediano o gran tamaño y ptosis importante y 2 mastectomías ahorradoras de piel con incisión periareolar. La reconstrucción se realizó mediante un implante definitivo en 15 casos, y en dos casos de mastectomía reductora de piel, la reconstrucción se realizó mediante un expansor que se recambió posteriormente por un implante debido al tamaño

de la mama a reconstruir. En todas las pacientes se asoció un procedimiento reconstructivo contralateral. El tiempo medio operatorio fue de 120 minutos (85-145). Como complicaciones postoperatorias caben destacar un hematoma y tres seromas prolongados que requirieron una mayor estancia hospitalaria y el mantenimiento de los drenajes durante mayor tiempo. La estancia media postoperatoria fue de 2,4 días (1-7) realizando el control y retirada de los drenajes de modo ambulatorio. En el estudio anatomopatológico evidenciamos un carcinoma lobulillar in situ. No se encontraron lesiones malignas. Se realizó estudio del ganglio centinela en las 5 primeras pacientes sin encontrar células metastásicas en los ganglios estudiados.

Conclusiones: La mastectomía profiláctica se ha mostrado efectiva para reducir el riesgo de cáncer de mama contralateral en pacientes con cáncer de mama previo, aumentando la supervivencia especialmente en pacientes pertenecientes a familias de alto riesgo de cáncer hereditario. Es importante disponer de un abanico de técnicas quirúrgicas que se adapten a las características morfológicas y a las expectativas de las diferentes pacientes. El tratamiento del cáncer, el proceso de reconstrucción mamaria y las medidas de prevención de las pacientes pertenecientes a familias de alto riesgo exigen un abordaje multidisciplinar, en el que cirujanos, oncólogos, genetistas y psicooncólogos orienten a las pacientes sobre las mejores opciones disponibles en función de sus categorías de riesgo.

O-172. RECONSTRUCCIÓN DEL COMPLEJO AREOLA-PEZÓN MEDIANTE TÉCNICA "SKATE"

L. Rabadán Ruiz, R. Pardo, M.C. Manzanares, J.M. Cordero, V. Muñoz, S. Sánchez, E. García, F.J. Ruescas, A. Gil, I. Medina y J. Martín Fernández

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Introducción: La reconstrucción del complejo areola-pezones (CAP) constituye el proceso final con el cual culmina la reconstrucción mamaria. El principal objetivo de este procedimiento es lograr un pezón y una areola similares en tamaño, textura, color, proyección y posición con respecto del CAP contralateral.

Objetivos: Presentamos nuestra experiencia con el colgajo "skate" para la reconstrucción del pezón y el injerto cutáneo para la areola en el Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Material y métodos: Realizamos un estudio clínico retrospectivo comprendido entre enero de 2006 y mayo del 2011. En este periodo fueron intervenidas 26 pacientes realizando 27 reconstrucciones del CAP. El procedimiento de reconstrucción mamaria predominante fue la colocación de un expansor tisular/prótesis en 22 casos (81,5%), seguido del colgajo del músculo dorsal ancho en 4 casos (14,8%) y la reconstrucción con el colgajo transversal del músculo recto anterior del abdomen (TRAM) en un caso (3,7%). Únicamente se incluyeron pacientes que requirieron reconstrucción mamaria por causa neoplásica. La reconstrucción del CAP se realizó en un segundo tiempo bajo anestesia local y sedación. La localización del nuevo CAP se marcó con la paciente en bipedestación, en una posición simétrica al contralateral. La técnica quirúrgica utilizada para la reconstrucción del pezón fue la del colgajo en "skate" con pedículo inferior. El montaje del mismo se realizó con puntos simples de poliglecaprona (Monocryl®) de 4/0. La areola circundante marcada se desepidermizó como paso previo a la colocación de un autoinjerto cutáneo total procedente de la región inguinal de la paciente y fue fijada con puntos sueltos radiales de Monocryl® de 4/0 que se anudan sobre un apósito que comprime el injerto.

Resultados: Las 27 reconstrucciones del CAP estudiadas fueron realizadas en 26 pacientes cuya edad media fue de 45,1 años (rango 36-57 años). Cinco de las pacientes (19,27%) eran fumadoras activas. El tiempo quirúrgico medio fue de 55 minutos

(rango 50-65). El procedimiento se realizó como Cirugía Mayor Ambulatoria siendo revisadas las pacientes en la consulta una semana después. No se han documentado complicaciones en la zona donante. Ha habido dos casos de isquemia epidérmica en el injerto. Uno de ellos se solucionó con curas ambulatorias. El otro caso, en una paciente radiada terminó con una dehiscencia completa y extrusión del implante procediendo a extirpar el CAP creado y extraer el material protésico.

Conclusiones: La reconstrucción del complejo areola-pezones culmina el proceso de reconstrucción mamaria, intentando cumplir las crecientes expectativas de nuestras pacientes. Actualmente no existe consenso en cuanto a la mejor técnica, pero sí en el momento de la realización, de forma diferida tras la estabilización del montículo mamario. En nuestra experiencia los resultados, basados en la mejoría estética y satisfacción expresada por las pacientes, han sido alentadores. Sin embargo, hemos de tener presente la posibilidad de complicaciones, sobre todo en pacientes radiadas previamente o con colgajos cutáneos muy finos, en las cuales optaremos por la micropigmentación como primera opción.

O-173. CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE MAMA. NUESTRA EXPERIENCIA

F. Simó Alarí, A. García Fernández, X. Rodríguez Alsina, I. Larrañaga Blanc, J. Rivero Déniz, E. García Olivares, H. Vargas Pierola, E. Veloso Veloso y C. Marco Molina

Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa.

Introducción: El carcinoma con diferenciación neuroendocrina, es una entidad poco frecuente dentro de las neoplasias de mama, existen dos variedades, la de células grandes con pronóstico ligeramente mejor que el carcinoma ductal de mama y la de células pequeñas u oat cell con muy mal pronóstico. La bibliografía revisada muestra el tamaño tumoral como principal factor pronóstico.

Objetivos: Revisión de los casos de carcinoma neuroendocrino en la Unidad de Patología Mamaria de nuestro hospital, comprendidos entre enero de 1998 y marzo del 2011. Asimismo realizar un estudio retrospectivo comparativo entre el carcinoma neuroendocrino y muestras aleatorias de carcinoma ductal de nuestra serie.

Material y métodos: Estudio retrospectivo comparativo entre carcinoma ductal y neuroendocrino de mama por medio de chi cuadrado.

Resultados: Presentamos 14 casos de carcinoma con diferenciación neuroendocrina de mama entre 1.537 casos de neoplasia de mama, comprendidos entre enero de 1998 y marzo de 2011, con un seguimiento medio de 59 meses y un rango entre 15-116 meses. Las edades comprendían, unos siete pacientes entre 50-69 años (edad de cribaje de la neoplasia mamaria), con dos casos menores de 50 años y 5 mayores de 70 años, con una media de edad de 58.1 años. La distribución del estadije fue: 4 casos en estadio T1, 8 en estadio T2 y 1 en estadio T3. Los tipos moleculares mostraron 11 casos para luminal A, 2 para luminal B y un único caso en que no pudo ser clasificado al no haberse realizado la determinación de Her2 o receptores hormonales. Se practicó una tumorectomía, 9 tumorectomías con ganglio centinela, una tumorectomía con linfadenectomía axilar y 3 mastectomías radical modificada. Dos casos presentaron invasión ganglionar y otras dos metástasis a distancia. Dos exitus registrados, con el resto de pacientes vivos hasta la fecha. Nuestra serie mostró una tasa de metástasis viscerales del 0% para neuroendocrino y 10% para el ductal, con invasión ganglionar del 7% para el ca neuroendocrino y 10% para el ductal. Con igual porcentaje de muertes (14% para ambos, (2/14) para neuroendocrino y (159/1083) para ductales y una mortalidad

específica para el neuroendocrino del 50% y para ca ductales del 70% (112/159).

Conclusiones: A pesar de que la bibliografía consultada muestra un mejor índice pronóstico del carcinoma con diferenciación neuroendocrina en comparación con el carcinoma ductal, nuestra serie no mostró diferencias de mortalidad significativamente estadísticas entre ambos, debido seguramente a una n baja, o a que la gran mayoría de los casos corresponden a la variedad de células grandes (12 de células grandes y 2 de células pequeñas), aunque son necesarios más estudios prospectivos por tratarse de una patología muy infrecuente en nuestro medio.

O-174. ANÁLISIS CRÍTICO DEL PROCESO DIAGNÓSTICO DE MASTALGIA EN UNA CONSULTA ESPECIALIZADA

J. Jimeno Fraile, R. Orbeal, I. Cebrecos, A. Sánchez, F. Badía y D. Parés

Hospital de Sant Boi, Sant Boi de Llobregat.

Introducción: El dolor mamario es uno de los síntomas más frecuentes que motiva la valoración especializada en una consulta de mastología. Además, genera gran ansiedad en los pacientes, ya que lo relacionan con un proceso cancerígeno. Habitualmente se realizan pruebas complementarias para descartar sobre todo la existencia de lesiones patológicas, generando un aumento de recursos sanitarios sin estar bien estructurada en nuestro medio la asistencia de estas pacientes ni existir guías clínicas con suficiente difusión.

Objetivos: Estudiar el impacto de las pruebas complementarias en valoración clínica de las pacientes que acuden a una consulta de mastología por mastalgia.

Pacientes y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con mastalgia valorados en la consulta de especializada de patología mamaria entre enero y diciembre de 2010. Se han analizado las variables epidemiológicas, la realización o no de pruebas complementarias en el proceso y el resultado de las mismas, así como la concordancia y la evolución de los pacientes.

Resultados: En dicho periodo consultaron por mastalgia 51 pacientes. De ellos 2/51 pacientes fueron hombres. La edad media de los pacientes fue de 46 años (18-78 años). Destacó que el 35,3% (18/51) de los pacientes habían consultado inicialmente en el servicio de urgencias. Al 86% de los pacientes se les realizó alguna prueba complementaria: en 12 pacientes ecografía, en 18 pacientes mamografía y en 13 pacientes se les realizó ambas exploraciones y en 1 paciente con prótesis de mama una RMN. Los pacientes a los que se les realizó ecografía fueron significativamente más jóvenes que a los que se les realizó mamografía (37 ± 16 vs 53 ± 13 años, $p < 0,01$). De las 26 ecografías que se realizaron en 12 (46,1%) no se evidenciaron lesiones. La lesión más frecuente fue quiste simple en 6 pacientes, lesiones nodulares en 5, ectasia nodular en 1 y rotura de prótesis en otra paciente. En cuanto a las mamografías no se observaron hallazgos en 20 (67%) pacientes. En las mamografías con hallazgos se evidenció la existencia de nódulos en 6 pacientes, y engrosamiento dérmico, microcalcificaciones benignas, ginecomastia y signos de rotura protésica en 1 paciente respectivamente. Cinco pacientes requirieron la realización de corebiopsia/PAAF (3/2) para completar el estudio por lesiones sospechosas. El resultado del estudio cito/histopatológico fue 1 caso de carcinoma ductal infiltrante, fibrosis no sospechosa, adenosis esclerosante y 1 quiste simple, siendo una PAAF no concluyente (se decidió en comité seguimiento clínico-radiológico). Finalmente, de los 51 pacientes visitados en la consulta por mastalgia a 30 (60,8%) se les dio alta por exploración y pruebas complementarias sin hallazgos sospechosos y mejoría de la sintomatología, a 14 (27,5%) actual-

mente se encuentran en seguimiento por hallazgos radiológicos o no mejoría de la clínica, derivándose una paciente a centro de referencia para tratamiento oncológico y a otra paciente a cirujano plástico habitual para recambio protésico.

Conclusiones: En nuestro medio un porcentaje alto de pacientes acuden a urgencias para valoración de mastalgia. A pesar de que la aparición de mastalgia se asocia a la existencia de cáncer en el 8-10%, la frecuencia de cáncer de mama en las mujeres con mastalgia en nuestro medio es significativamente más baja. El estudio realizado por mastalgia en nuestras pacientes ha puesto en evidencia un alto porcentaje de hallazgos patológicos.

PÓSTERS

P-164. CIRUGÍA AMBULATORIA EN EL CÁNCER DE MAMA: NUESTRA EXPERIENCIA

S. Sánchez García, L. Rabadán Ruiz, R. Pardo García, C. Manzanares Campillo, I. Arjona Medina, R. Vitón Herrero, D. Padilla Valverde, P. Menéndez Sánchez, V. Muñoz Atienza, F.J. Ruescas García y E.P. García Santos

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Introducción: Tradicionalmente, las pacientes sometidas a cirugía del cáncer de mama han requerido ingreso hospitalario para la realización de mastectomía o cirugía conservadora, con o sin linfadenectomía axilar, encaminado al control del sangrado postoperatorio, cuidado de los drenajes quirúrgicos y observación de posibles efectos adversos de la anestesia general. Gracias a los programas de cirugía mayor ambulatoria y de corta estancia es posible mejorar la calidad asistencial y optimizar los recursos sanitarios; la cirugía del cáncer de mama es una de las patologías implantadas en estos programas.

Material y métodos: Estudio descriptivo donde se presenta la serie de pacientes del Hospital General de Ciudad Real con diagnóstico de cáncer de mama, intervenidas quirúrgicamente en el

periodo comprendido entre el 01-01-2010 y el 16-02-2011; la variable principal es la estancia media hospitalaria, definida por Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA: sin ingreso hospitalario o ingreso menor de 52h), ingreso de corta estancia (menor de 72h), o ingreso de larga estancia (mayor de 72h) en cada una de las técnicas quirúrgicas empleadas.

Resultados: Se intervinieron un total de 130 pacientes; de ellas, un 20% se consideraron larga estancia, un 32,3% corta estancia y un 47,7% de CMA; de éstas, un 20% corresponden a CMA sin ingreso hospitalario. La técnica quirúrgica más empleada en régimen de CMA corresponde a cirugías conservadoras de mama, asociadas o no a biopsia de ganglio centinela (69,4%), junto con técnicas de menor complejidad, como ampliaciones de márgenes quirúrgicos o biopsias escisionales (12,9%).

Conclusiones: La cirugía del cáncer de mama es factible en programas de Cirugía Mayor Ambulatoria, utilizando criterios de selección de las pacientes y equipo experimentado y multidisciplinar, ofreciendo educación sanitaria a las pacientes para los cuidados postoperatorios. Las técnicas conservadoras son las más empleadas en estos programas, probablemente en relación con la disminución de la agresividad quirúrgica en el cáncer de mama.

P-165. EVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD EN LA FASE DE APLICACIÓN DE LA BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA (BSGC) EN CÁNCER DE MAMA: REVISIÓN DE 1425 CASOS

P. Serra Arbeloa, E. Goñi Gironés, T. Abadía Forcén, F.A. Lozada Delgado, A.B. Barrera Gutiérrez, F. Domínguez Cunchillos, F. Vicente García, C. Estébanez Estébanez, A. Camarero Salazar y M.E. Martínez Lozano

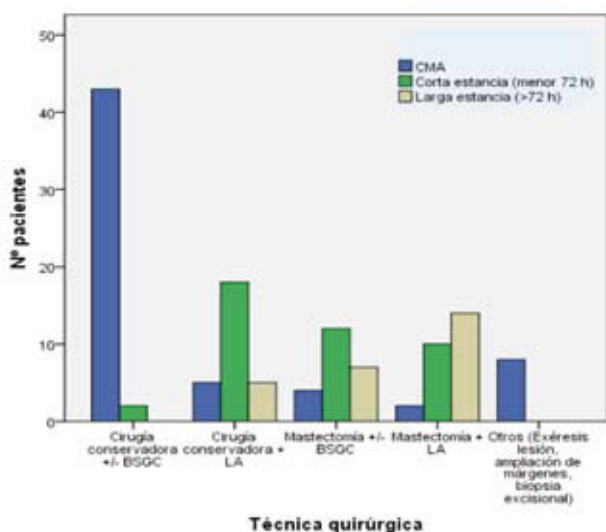
Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Introducción: Una vez superada la fase de validación de la BSGC se considera de importancia evaluar si se mantienen los estándares de calidad en la fase de aplicación clínica. La Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria publicó en 2007 una guía con criterios de evaluación relacionados con los principales aspectos que intervienen en la técnica: asistenciales (6 criterios), operativos (18 criterios) y actividad formativa y científica (8 criterios).

Objetivos: Evaluación de la calidad de la BSGC en el Complejo Hospitalario de Navarra durante la fase de aplicación clínica, que comprende desde 2004 hasta 2010. Valorar la posible influencia en los resultados de las técnicas que se han incorporado más o menos recientemente al procedimiento: minigammacámara portátil (Sentinella) y OSNA (one-step nucleic acid amplification).

Material y métodos: La fase de validación se inicia en 2001 incorporándose 89 pacientes a la misma. En la fase de aplicación incluimos 1.425 pacientes. Se evalúan los diferentes aspectos que intervienen en la técnica según los cuatro estándares de calidad propuestos.

Resultados: Tras la aplicación de la guía de evaluación, la puntuación global obtenida por nuestro grupo es de 55 sobre 71 puntos. El nivel de calidad más prevalente es el II, que implica el cumplimiento con suficiencia de los requisitos mínimos exigibles, siendo el nivel III (grado de excelencia) el más prevalente en los apartados de experiencia asistencial y actividad formativa y científica. Los resultados se ven influenciados por dos criterios relacionados con el análisis intraoperatorio del ganglio centinela que no puntúan (tasa de reconversión y estudio diferido)



por verse superados tras la reciente introducción del OSNA. Podría valorarse la inclusión de otro criterio que contemple la utilidad de la minigammacámara portátil en el quirófano.

Conclusiones: La evaluación de la calidad en la fase de aplicación clínica permite situar, medir y analizar al equipo multidisciplinar objetivando los aspectos en los que caben mejoras. Sería necesaria la actualización de la guía para ampliar y modificar algunos criterios influidos por la introducción de nuevas técnicas.

P-167. CÁNCER OCULTO DE MAMA. VALORACIÓN DE LA SUPERVIVENCIA TRAS TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

C. León, J. Calvete, A. Caballero, C. Hevia, J.L. Molina, A. Mayol, A. Pérez-Fidalgo y A. Martínez Agulló

Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción: El cáncer oculto de mama (CMO) es una forma poco frecuente de presentación, con una incidencia estimada de 0,3-1% de todos las neoplasias malignas de la mama. Debuta habitualmente con la aparición de adenopatía axilar metastásica sin evidencia clínica o radiológica de tumor primario en la mama.

Objetivos: Estudio retrospectivo de la incidencia, manifestaciones clínicas, tipos histológicos, estudios diagnósticos realizados así como las pautas de tratamiento y supervivencia de este grupo de pacientes.

Material y métodos: En el periodo 1982-2009 fueron diagnosticados en el Hospital Clínico de Valencia 5.906 pacientes de carcinomas de mama en estadios I-IV. De estos, 21 casos (0,35%) corresponden a cánceres de mama ocultos y que debutaron con presentación de adenopatías tumorales de localización axilar, demostrada por PAAF o biopsia operatoria. En todos los casos se realizó mamografía y ecografía mamaria. Desde 2002 ante el diagnóstico de CMO se indicó la RMN que se realizó a 5 pacientes. La edad media fue de 54 años (33-73), la distribución por estadios fue II en 17 (81%), III en 2 (9,5%) y estadio IV en otras dos pacientes.

Resultados: La RNM demostró alteración morfológica con curvas de captación sugestivas de malignidad en 2 casos de CMO (40%). Se realizó tratamiento quirúrgico en 19 (90%) pacientes; linfadenectomía axilar en 4 casos, cirugía conservadora en 5 y mastectomía radical en las otras 10 pacientes. Recibieron quimioterapia adyuvante el 95% (20 casos) y en 9 pacientes se asoció radioterapia mamaria y/o axilar. En 9 de las 14 cirugías sobre la mama (64%) se encontró tumor primario, siendo 8 menores de 2 cm y 1 (16%) de mayor tamaño. El estudio anatómopatológico demostró carcinoma ductal infiltrante mayoritariamente (95%) y solo un caso de carcinoma medular (5%). El grado histológico de los 9 tumores primarios fue grado II y III en 4 pacientes (44%) respectivamente, y grado I en el otro caso. En 6 pacientes existían más de 4 adenopatías metastásicas en axila. El perfil inmunohistoquímico fue en 9 pacientes luminal A-B, 3 Her + y 6 triples negativos. Con una mediana de seguimiento de 87 meses (12-235) la supervivencia global fue del 72%.

Conclusiones: Ante un supuesto CMO, la RNM mamaria es útil para detectar alteraciones sugestivas de neoplasia y tras cirugía conservadora o mastectomía se objetiva tumor en el 2/3 de las piezas quirúrgicas. En nuestra serie la mayor parte de los tumores corresponden al tipo histológico de CDI. La supervivencia global en el CMO es similar a la de las pacientes con cáncer mamario no oculto ajustada al estadio tumoral.

P-168. ANÁLISIS COSTE-BENEFICIO DEL ESTUDIO MOLECULAR INTRAOPERATORIO OSNA (ONE-STEP NUCLEIC ACID AMPLIFICATION) DEL GANGLIO CENTINELA COMO ALTERNATIVA AL ANÁLISIS HISTOPATOLÓGICO DIFERIDO EN EL CÁNCER DE MAMA

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

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Objetivos: El análisis molecular intraoperatorio del ganglio centinela con el método OSNA (*one-step nucleic acid amplification*) es una técnica ya validada para la detección de metástasis ganglionares en el cáncer de mama. Los autores comparan el coste económico de este nuevo método frente al estudio histopatológico convencional diferido.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de análisis coste-beneficio que incluyó a pacientes con cáncer de mama operable y axila clínica y ecográficamente negativa que fueron intervenidas desde el 15 octubre 2008 al 15 diciembre 2009. El análisis del ganglio centinela se realizó en el Grupo 1 (45 pacientes) mediante estudio histopatológico convencional diferido, mientras que en el Grupo 2 (35 pacientes) se realizó según el método OSNA. Se analizaron las siguientes variables: edad, tamaño tumoral, tipo histológico, número de ganglios centinelas, resultado de la biopsia, tiempo quirúrgico, días de hospitalización, complicaciones postoperatorias, ganglios positivos en caso de linfadenectomía axilar, coste por paciente, coste por hospitalización y coste por intervención.

Resultados: El tiempo quirúrgico de la primera intervención en el Grupo 1 fue significativamente menor, pero el tiempo total fue mayor en el Grupo 1. La estancia media fue mayor en el Grupo 1 ($p < 0,001$). El coste medio de la estancia hospitalaria fue superior en el Grupo 1 frente al Grupo 2 ($p < 0,001$), con una diferencia de medias de 199,69€. El coste medio de la intervención fue mayor en el Grupo 1 ($p < 0,001$), con una diferencia de medias de 157,49€. El coste medio por análisis de ganglio centinela fue significativamente mayor en el Grupo 1, con una diferencia de medias de 162,5€. El coste total por paciente es significativamente superior en el Grupo 1 ($p < 0,005$). La aplicación del método OSNA consigue un ahorro medio de 439,67€ por paciente.

Conclusiones: El análisis molecular intraoperatorio del ganglio centinela mediante el método OSNA reduce los días de ingreso, el tiempo quirúrgico y proporciona un ahorro de 439,67€ por paciente.

P-169. METÁSTASIS INUSUAL DEL CARCINOMA LOBULILLAR DE MAMA: VESÍCULA BILIAR Y COLON

M.D. Hernández García, R. Molina Barea, R.M. Ríos Pelegrina, S. de Reyes Latartegui, A.B. Fajardo Puerta y J.A. Jiménez Ríos

Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: Las metástasis en aparato digestivo son infrecuentes, siendo el carcinoma de mama y su subtipo lobulillar el que con mayor frecuencia afecta al tracto gastrointestinal. Sus síntomas son inespecíficos y simulan enfermedades inflamatorias o tumores primarios, haciendo que el diagnóstico correcto se retrase y que empeore el pronóstico. Presentamos caso de metástasis en vesícula biliar y colon derecho como hallazgo de colestectomía laparotómica.

Caso clínico: Paciente de 62 años con antecedentes personales de mastectomía con disección axilar izquierda por carcinoma

lobulillar en 2006. La paciente ha sido revisada en consulta externa con estudios de extensión tumoral hasta junio de 2010 negativos. Ese año la paciente presenta clínica compatible con cólico biliar que le obliga a consultar repetidas veces en urgencias. En enero de 2011 se decide intervención quirúrgica urgente con el diagnóstico de cólico biliar complicado. Ante la imposibilidad de distinguir el triángulo de Calot de la vía biliar principal se decide conversión a cirugía abierta realizando incisión subcostal derecha ampliada, al encontrar una gran tumoración en el ángulo hepático del colon. El tumor presentaba un diámetro de 10 cm en su eje mayor, parcialmente estenosante, adherido al retroperitoneo y a la cava. El diagnóstico de presunción tras la laparotomía era sugerente de adenocarcinoma primario de colon y colecistitis crónica. Se realizó colecistectomía retrograda y hemicolectomía derecha ampliada con anastomosis latero-lateral manual. El postoperatorio cursó con normalidad hasta sexto día en que presentó evisceración parcial cubierta. Se decide intervención quirúrgica urgente. Se colocó una malla dual con PTFE y PPL. La paciente fue dada de alta sin fiebre y con la herida cicatrizada, tolerando dieta sólida y con tránsito intestinal mantenido. El resultado de la anatomía patológica del colon fue: metástasis de carcinoma lobulillar de mama que infiltra serosa, muscular y mucosa con márgenes libres; anatomía patológica de apéndice y vesícula biliar: metástasis de carcinoma lobulillar de mama que infiltra serosa y muscular. Actualmente la paciente se encuentra en ciclo de quimioterapia y ha debutado con un tumor BiRads IV en la mama contralateral pendiente de cirugía.

Discusión: Alrededor del 10 al 15% de las pacientes con cáncer de mama desarrollan metástasis a distancia en los 3 primeros años del diagnóstico. Los carcinomas lobulillares infiltrantes pueden afectar al peritoneo, el tracto gastrointestinal o los ovarios, así como la mama contralateral. En el tubo digestivo, la localización más frecuente es el estómago, colon y el recto. La incidencia de la afectación gastrointestinal por metástasis de carcinoma de mama no es del todo bien conocida y se basan en estudios descriptivos. En nuestro caso destaca varios hechos: la paciente presentaba estudio de extensión tumoral negativo 6 meses antes; la clínica, la exploración física y los estudios complementarios de urgencia eran compatibles con cólico biliar complicado; las metástasis a distancia se presentaron al quinto año; el tumor de colon derecho no debutó con anemia; y por último, destacamos la ausencia de publicaciones o referencias de metástasis en la vesícula biliar.

P-170. CÁNCER MULTIFOCAL DE MAMA Y GANGLIO CENTINELA

F. Acedo Díaz, J.A. Guerra Bautista, A.K. Moalla Massa, G. Novales Vasco, L. Mendizábal Rosales y A. Gómez García

Hospital de la Merced, Osuna.

Introducción: La multifocalidad en el cáncer de mama se define como la presencia de 2 o más focos tumorales en un mismo cuadrante y a menos de 5 cm del foco primario, lo que lo diferencia de los tumores multicéntricos. La multifocalidad/multicentricidad presenta en nuestro medio una prevalencia del 15-34% para todos los cánceres de mama. Aunque asociado clásicamente a mal pronóstico, no hay estudios que demuestren una disminución en la supervivencia. Aportamos un caso de cáncer de mama multifocal diagnosticado en estadios iniciales y tratado complementariamente con BSGC.

Caso clínico: Mujer de 65 años sin antecedentes familiares de cáncer de mama que presenta en mamografía de screening un nódulo especulado en cuadrante superoexterno de la mama derecha, de 2 cm de diámetro. En la ecografía se objetivan 2 nódulos

los hipoecogénicos, el más interno con sombra acústica posterior y PAF compatible con proceso proliferativo ductal (BiRads IV). La palpación es negativa en mama y axila. La biopsia con aguja gruesa demuestra carcinoma ductal infiltrante. Se propone tumorectomía ampliada dirigida por arpones y biopsia selectiva de ganglio centinela. El informe histológico definitivo objetiva 2 focos de carcinoma ductal infiltrante, el primero de 1,1 cm y grado 3 y el segundo de 0,8 cm y grado 1. Ganglio centinela sin evidencia de infiltración por carcinoma. Receptores de estrógenos y progesterona positivos en el 70% y 90%, respectivamente, e índice de proliferación celular Ki67 del 15%.

Discusión: Las modernización de las técnicas diagnósticas permiten evidenciar un mayor porcentaje de casos de cáncer de mama multifocal o multicéntrico: la mamografía diagnóstica tumor multifocal/multicéntrico en el 15% del total de cánceres de mama, la ecografía en el 34%, y otros como la ecotomografía o la RMN pueden llegar al 70% en algunas series publicadas. Clásicamente se ha asociado a factores de mal pronóstico como la bilateralidad, número de adenopatías y estadio tumoral, pero estudios más recientes no han logrado demostrar que influya en la supervivencia ni en las recidivas de los tumores tratados. El estadio T tumoral se considera en relación al tamaño del foco de mayor tamaño, aunque algunos autores defienden la suma total de los tamaños de los focos para predecir el potencial metastásico, lo que según éstos implicaría que muchas pacientes se beneficiaran de los tratamientos adyuvantes al no infraestadificar la enfermedad. En el caso de nuestra paciente no existiría este problema, presentando un estadio IA. La biopsia selectiva de ganglio centinela está indicada en tumores multifocales, pero el consenso no es unánime para los de tipo multicéntrico, lo que ha permitido a nuestra paciente beneficiarse de una cirugía más conservadora.

P-171. VAC EN HERIDA EN MAMA A TENSIÓN TRAS NECROSIS PARCIAL DE COLGAJO DORSAL ANCHO

E. Colmenarejo García, C. Zapata Syro, B. Doblado Cardellach, S. Salido Fernández, N. Torres Waldhaus, M.M. Naranjo Lozano, J. Gómez Ramírez, E. Martín Pérez, G. Fernández Díaz, A. Rodríguez Sánchez y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: La terapia VAC (Vacuum Assisted Closure® - KCI) es un sistema no invasivo y dinámico que ayuda a promover la cicatrización mediante la aplicación de presión negativa en el lugar de la herida, favoreciendo la reducción del área de la herida, eliminando el exceso de fluidos y estimulando la angiogénesis. Su uso está muy extendido sobre todo en heridas de esternotomía media, de laparotomías medias con peritonitis secundarias y sobre heridas en extremidades tras celulitis, miositis y fascitis, en cambio, su uso sobre heridas mamarias sólo se han realizado en casos puntuales. Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de cáncer de mama y que, tras someterse a mastectomía con reconstrucción mamaria inmediata con colgajo miocutáneo de dorsal ancho pediculado, evoluciona con necrosis parcial del mismo ocasionándose un defecto cutáneo con cicatrización tórpida por lo que se decide utilizar el VAC portátil para favorecer su cierre.

Caso clínico: Paciente de 50 años con antecedentes personales de mastocitosis cutánea-urticaria pigmentada. Es diagnosticada en otro centro hospitalario, previa colocación de arpón radiológico y biopsia-extirpación posterior de carcinoma intraductal de alto grado de mama derecha con afectación de bordes quirúrgicos por lo que se decide biopsia selectiva de ganglio centinela con anestesia local, que resultó ser nega-

tivo, y posterior intervención para mastectomía y reconstrucción mamaria inmediata. Intervención: mastectomía ahorradora de piel, reconstrucción mamaria inmediata con colgajo miocutáneo, de dorsal ancho pediculado, asociado a prótesis de gel de silicona de 260 cc en situación retropectoral en su porción superior y cubierta en su parte inferior por la porción muscular del colgajo. En el postoperatorio inmediato se detecta celulitis a nivel de la piel de la mastectomía y en la porción cutánea del colgajo. Hallazgos que nos hacen sospechar sobre la posible toxicidad de la necrosis incipiente de una porción del mismo. Tras tratarse con cobertura antibiótica y antiinflamatoria y no observarse mejoría, se decide reintervención a los 5 días, realizándose resección total de la porción cutánea del colgajo y parcial de su porción muscular, retirada de la prótesis de gel de silicona y sustitución por expansor-prótesis de Becker. A la semana de la reintervención se produce dehiscencia de la herida cutánea por exceso de tensión, quedándose expuesto el plano muscular, debajo del cual se encuentra el expansor-prótesis. Se decide utilizar el dispositivo VAC portátil con recambio cada 48-72 horas, a presiones de 100-125 mmHg, en terapia continua, durante cuatro semanas y control ambulatorio, hasta lograr el cierre casi total del defecto cutáneo, momento que se sustituyó por curas secas diarias. A las dos semanas la herida se cerró completamente y al mes se inició la expansión mamaria mediante introducción de suero salino en el expansor con buena tolerancia del tejido cutáneo a la misma y sin complicaciones sobre la herida quirúrgica.

Discusión: La terapia VAC ha demostrado su efectividad en la cicatrización de heridas complejas que se encuentran sometidas a cierta tensión. Además, ha demostrado ser igualmente útil en evitar la infección protésica que podría habernos llevado a la retirada de la misma.

P-172. BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA Y LINFADENECTOMÍA AXILAR POR PATOLOGÍA NO MAMARIA

A. Prat Calero, R. Alises Sanz, F. Andérica Frías, A.S. Valero Liñán, J.L. Rueda Martínez, M. Abad Martínez, B. Moreno Flores, A. Cardo Maza y P. Cascales Sánchez

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete.

Objetivos: La biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) y la linfadenectomía axilar (LA), son técnicas quirúrgicas que se realizan de forma rutinaria en el tratamiento de la patología mamaria maligna. Es poco frecuente el desarrollo de dichas técnicas en el tratamiento quirúrgico de patologías tanto benignas como malignas no mamarias. Nuestro objetivo es presentar 3 casos de abordaje quirúrgico axilar por afectación ganglionar en patología de origen no mamario.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 34 años que presenta melanoma en región epigástrica. Se realiza BSGC de 2 ganglios axilares izquierdos y 4 ganglios axilares derechos. Caso 2: mujer de 41 años con prótesis mamaria bilateral por motivos estéticos hace 5 años que acude por tumoración axilar izquierda. Tras exploración física, ecografía y RMN se objetiva ruptura de prótesis izquierda, siliconomas axilares y derrame pleural izquierdo. Se decide retirada de prótesis bilateral y LA izquierda. Caso 3: varón de 56 años con carcinoma de orofaringe en tratamiento radical con QT+RT con buena respuesta que presenta en pet-TC adenopatía axilar izquierda sospechosa de carcinoma tras PAAF. Presentado en Comité de Tumores se decide LA izquierda. Resultados: Caso 1: se realiza BSGC de 2 ganglios axilares izquierdos y 4 ganglios axilares derechos. Sin evidencia de malignidad en la AP diferida. Caso 2: se realiza LA axilar izquierda y retirada bilateral de prótesis. En la AP diferida se informa como ganglios linfáticos infiltrados por silicona. Caso 3: se realiza LA izquierda y

en la AP diferida se informa como 17 ganglios, uno de ellos infiltrado por carcinoma.

Discusión: Los ganglios linfáticos axilares constituyen el drenaje de la glándula mamaria, los linfáticos cutáneos de la extremidad superior, tórax y pared abdominal superior. Esta condición justifica la BSGC y LA como parte del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama y piel tanto para obtener el control local de la enfermedad, como para planificar el tratamiento adyuvante. Además es el más valioso predictor pronóstico. La metástasis axilar de los cánceres de cabeza y cuello es rara, habiendo descrita en la bibliografía metástasis axilares de carcinoma de orofaringe únicamente tras reconstrucción con pectoral mayor. Habitualmente los carcinomas de orofaringe drenan al sistema retrofaríngeo y a la cadena yugular inferior. En caso de aparecer la conducta se basa en la situación del tumor primario. En nuestro caso se decidió linfadenectomía axilar por encontrarse el paciente libre de enfermedad. El número de mujeres con prótesis mamarias ha aumentado en los últimos años. Las prótesis mamarias de silicona pueden romperse, pudiendo el gel ser contenido por la cápsula formada por la cicatriz quirúrgica (ruptura intracapsular), o sobrepasando esa cicatriz infiltrando tejido en vecindad, incluso migrando hasta la axila (ruptura extracapsular). En este segundo caso aparecerá una reacción a cuerpo extraño (siliconoma) que es necesario retirar para evitar desplazamientos.

P-173. RECIDIVA AXILAR DE ADENOCARCINOMA ENDOMETRIOIDE

F. Martín Vieira, A.B. Alaez Chillarón, I. Moreno Manso, E. Pérez Merino, F. Mojtar y M. Terrazas Becerra

Hospital Virgen de Altagracia, Manzanares.

Introducción: Se presenta un caso de adenocarcinoma endometrioide que por su comportamiento clínico, sus problemas de diagnóstico diferencial y su evolución y resultado final creemos de interés general.

Caso clínico: Paciente de 65 años intervenida en 1998 por cáncer de endometrio practicándose histerectomía total + doble anexectomía con anatomía patológica de adenocarcinoma endometrioide de grado arquitectural 2 que infiltra más del 50% del espesor de la pared. Posteriormente recibió radioterapia pélvica 4.500 cGy y braquiterapia dosis total 1.600 cGy. En 2004 presenta tumoración axilar izquierda clínicamente compatible con adenopatías y con TAC toracoabdominal donde se objetiva conglomerado adenopático axilar izquierdo de 6 cm sin otra patología y con mamografía sin lesiones en mama izquierda. Es intervenida realizándose extirpación total de tumoración axilar con estudio patológico de adenocarcinoma endometrioide en 1 de 10 ganglios aislados, dicho ganglio es de 5,5 cm y presenta rotura capsular. Dada la rareza de una recidiva exclusiva en axila de un adenocarcinoma endometrioide se plantea diagnóstico diferencial con carcinoma de mama por lo que se realiza RNM donde se detectó imagen espiculada en CIE sugestiva de malignidad y nuevas adenopatías axilares, motivo por el que se realiza biopsia con arpón y extirpación de ganglios con informe patológico de mastopatía fibroquística y ganglios con metástasis de adenocarcinoma endometrioide. La paciente recibe a continuación 4 ciclos con AC y en TAC de control se objetiva recidiva axilar y engrosamiento de mama a descartar carcinoma inflamatorio o difuso. Ante estos hallazgos y manteniendo la sospecha diagnóstica de ca. de mama el comité de tumores propone mastectomía izquierda con el consentimiento de la paciente. En enero de 2005 se realiza mastectomía con reextirpación de ganglios axilares con resultado histológico de mastopatía fibroquística y metástasis de adenocarcinoma endometrioide en tres ganglios con áreas de necrosis y rotura capsular e invasión de tejido musculoes-

quelético. Se inicia quimio con CBP-Taxol recibiendo 6 ciclos. TAC de control en agosto nueva recidiva axilar y pared costal que se extirpa en septiembre recibiendo radioterapia posterior (68 Gy y 48Gy). Después de más de 5 años la paciente está asintomática.

P-174. METÁSTASIS GÁSTRICA DE CARCINOMA LOBULILLAR DE MAMA: DEBUT DE LA ENFERMEDAD SISTÉMICA SIMULANDO UN TUMOR PRIMARIO

M.E. Gómez García, B. Ballester Sapiña,
P.J. González Noguera, J.A. Casterá March,
M.J. Enguix Soriano y S. Mariner Belvis

Hospital de la Ribera de Alzira, Alzira.

Introducción: La afectación metastásica del TGI alto es inusual en el cáncer de mama. Los lugares más susceptibles de metastatización son el tejido óseo, pulmones e hígado. En estómago, peritoneo, colon, retroperitoneo e intestino delgado se consideran ocasionales, sólo potencialmente posibles. Al respecto, se ha sugerido que la implicación metastásica del estómago podría tener lugar muchos años después del tratamiento inicial del tumor originario, lo que eleva la dificultad para diferenciarlo de un primario, tanto clínica, radiológica, endoscópica e incluso histopatológicamente puesto que pueden existir similitudes con ciertos subtipos tumorales (adenocarcinoma difuso y en anillo) que induzcan a confusión y ante las que la inmunohistoquímica es casi imprescindible. La ubicación gástrica de las metástasis tiene una incidencia estimada del 0,3% aunque en series post-mortem alcanza el 2-18%. Habitualmente el origen es un carcinoma lobulillar, más raramente un ductal infiltrante y su presentación clínica es frecuentemente indistinguible a la de un primario de esta localización. Los síntomas mayoritarios incluyen dispepsia, anorexia, dolor epigástrico, saciedad precoz, vómitos y hemorragia. El patrón macroscópico predominante es la linitis plástica con infiltración difusa de la submucosa y muscular propia. Presentamos un caso clínico de especial interés por su rareza puesto que se trata de un carcinoma lobulillar que debutó con enfermedad sistémica plasmada en afectación gástrica que fue interpretada y tratada como neoplasia primaria de estómago en ausencia de evidencia de otro origen (carcinoma oculto de mama). No fue hasta meses después, ante la paradójica forma de progresión de la enfermedad, cuando, gracias a la revisión del material anatomopatológico y un estudio de extensión exhaustivo, se pudo identificar y orientar terapéuticamente el manejo del verdadero tumor primario: un carcinoma lobulillar infiltrante.

Caso clínico: Mujer de 66 años, diagnosticada e intervenida de tumor gástrico, a priori primario, con extensión hasta píloro en forma de linitis plástica, con abundantes ganglios mesentéricos asociados. Se practicó gastrectomía total con confección de anastomosis en Y de Roux. Resultado anatomopatológico: carcinoma de células en anillo de sello G2/3, resección R1, pT4aN3bM1. La revisión del caso, radiológicamente detecta enfermedad ósea, inusual para una neoplasia gástrica y, anatomopatológicamente, basándose en la inmunohistoquímica, se filió el origen en un carcinoma lobulillar de mama estadio IV (metástasis gástrica reseca y ósea) hasta entonces desconocido. Éste, como la mayoría de los casos descritos de metástasis gástrica de cáncer de mama, corresponde a un lobulillar infiltrante, con la doble peculiaridad de que el primario no había sido identificado al debut del metastásico y de que la dificultad para detectar el verdadero origen neoplásico subyacente trascendió al examen anatomopatológico presentando una morfología en anillo, simulación ya descrita en casos excepcionales.

Discusión: La presentación de un tumor de mama en forma de metástasis gástrica supone un ámbito de limitadas referencias bibliográficas. Consideramos por ello interesante, no sólo esta circunstancia en sí misma, sino también la importancia de sospecharla y descartarla ante datos discordantes así como nos planteamos el comportamiento e impacto en la supervivencia y progresión de la enfermedad que habría tenido identificar este carcinoma lobulillar previamente.

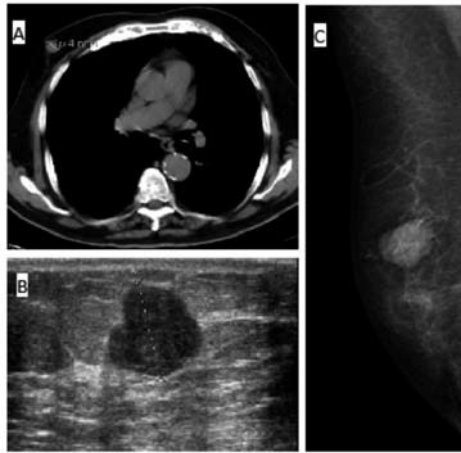
P-175. LEIOMIOMA INTRAMAMARIO EN EL VARÓN

E. Soliveres Soliveres, C. Nofuentes Riera, M. Mella Laborde,
S. Pérez Brú, M. Gil Santos, R. Smilevska Rumenova,
F.J. Orts Micó, M. Ruiz-Piqueras Lecroisey, A. García Marín
y S. García García

Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante.

Objetivos: Los leiomiomas son neoplasias benignas de origen muscular que se localizan más frecuentemente en útero, intestino delgado y esófago. Cuando aparecen en la región mamaria se localizan más frecuentemente en posición retroareolar, siendo los de localización intraparenquimatosa una entidad poco común. En la literatura se describen 28 casos todos ellos en pacientes mujeres. Nosotros presentamos el primer caso de leiomioma intraparenquimatoso (LI) en un varón analizando los hallazgos radiológicos e histopatológicos del mismo. Revisión de la literatura a propósito de un caso.

Caso clínico: Varón de 77 años al que se le diagnosticó de manera incidental un nódulo mamario, se completó el estudio mediante mamografía y ecografía mamaria con punción aspiración con aguja fina con características sospechosas de malignidad. Se realizó una mastectomía simple que evolucionó favorablemente en el postoperatorio. El análisis posterior de la pieza quirúrgica determina como diagnóstico definitivo un LI de 1,7 x 1,4 cm, con bordes libres de enfermedad y una tinción inmunohistoquímica positiva para vimentina, desmina y CD34 y negativa para proteína S-100 y p53. Dada la naturaleza benigna de la lesión no fue necesaria la administración de terapia adyuvante. El LI de la mama es una entidad poco frecuente. Todos los casos publicados hasta el momento se han producido en mujeres, más frecuentemente entre la quinta y la sexta década de la vida, localizándose la mayoría a nivel retroareolar, probablemente en relación a la abundancia de células musculares lisas cerca del complejo areola-pezones. Díaz Arias et al proponen varias teorías para la histogénesis de estas lesiones: origen teratógeno con sobrecrecimiento de elementos miomatosos, migración de células musculares lisas del pezón, células musculares lisas de los vasos, células mesenquimales pluripotenciales y células mioepiteliales. Diferenciar el LI respecto de otras entidades será esencial para determinar el tratamiento más adecuado. El diagnóstico diferencial incluye el leiomiomasarcoma, adenomioepitelioma, miofibroblastoma, fibromatosis, neurofibromas y tumor filodes. La lesión más importante a diferenciar será el leiomiomasarcoma dado que difiere tanto el tratamiento, como la incidencia de recidiva y el pronóstico. Radiológicamente suelen describirse como lesiones bien definidas, homogéneas con moderada o alta densidad en la mamografía, sin presencia de microcalcificaciones ni distorsión arquitectural. Las características histopatológicas del LI mamario presenta las mismas características que los leiomiomas de otras localizaciones, con presencia de células fusiformes dispuestas en haces separados en el seno de un estroma laxo hialinizado, e inmunológicamente siendo positivas para vimentina, desmina y actina muscular específica. Nuestro caso presentó las características típicas de leiomioma tanto histológicamente como en el estudio inmunohistoquímico.



Discusión: El tratamiento del LI mamario es la escisión local dadas las características benignas de dicha lesión. El análisis histopatológico de la misma será necesaria para el diagnóstico diferencial respecto a otros tipos de lesiones dado que las características clínico radiológicas son inespecíficas. En nuestro caso presentado en un varón no se observan diferencias respecto a las características publicadas en casos presentados en mujeres.

P-176. ANGIOSARCOMA PRIMARIO DE LA MAMA. UN TUMOR INFRECIENTE PERO IMPORTANTE

E. Romera Barba¹, I. Navarro García², A. García López², J.M. Rueda Pérez², J.D. Aranda Mercader², P. Martínez Méndez², M.R. Vicente González², P. García García², A. Sánchez Pérez², J.A. García Marcilla² y J.L. Vázquez Rojas²

¹Complejo Hospitalario de Cartagena; ²Hospital General Universitario Santa María del Rosell, Cartagena.

Introducción: Los tumores malignos más frecuentes de la mama son aquellos que se originan en el sistema ductal, y constituyen el grupo de los carcinomas. Los sarcomas de la mama representan el 1% de los tumores malignos, formando un grupo heterogéneo con distintos subtipos histológicos que se diferencian en su etiología, su historia natural y su respuesta al tratamiento, y entre los que destacan el fibrosarcoma, histiocitoma fibroso maligno, liposarcoma y angiosarcoma. Se presenta el caso de un angiosarcoma primario, comentándose aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos de interés.

Caso clínico: Mujer de 74 años, con antecedentes de HTA, que acudió a consulta por bultoma en mama izquierda de un mes de evolución. En la exploración presentaba una tumoración de 4 cm en cuadrante superior e interno de la mama, móvil, no dolorosa, con equimosis en la piel, sin adenopatías palpables en la axila. Se realizó mamografía que informó de masa de alta densidad de 54 × 30 × 35 mm, de contornos lisos, bien definidos, sin microcalcificaciones, y ecografía donde se apreciaba masa heterogénea, hipocogénica, con bordes ligeramente hiperecogénicos. La BAG informó de neoplasia vascular maligna. Se intervino en julio 2009 realizándose cuadrantectomía superointerna. La anatomía patológica informó de angiosarcoma de alto grado, afectando focalmente al límite lateral. En el análisis inmunohistoquímico el CD31 y CD34 resultaron positivos. Ante los resultados, se completó la mastectomía, sin hallar restos de angiosarcoma en la pieza. La paciente fue remitida a Oncología recibiendo tratamiento con RT (50Gy). En mayo 2010 acudió a urgencias por incapacidad para la deambulación, realizándose TC donde se hallaron múltiples metástasis pulmonares y óseas.

La paciente quedó ingresada con analgesia y radioterapia paliativa, siendo exitus en el contexto de progresión tumoral en junio 2010, 11 meses tras la cirugía.

Discusión: El angiosarcoma primario de la mama es una rara entidad que constituye el 0,05% de los tumores de la mama. Es preciso diferenciarlo del angiosarcoma posradioterapia que se presenta asociado a la cirugía conservadora del cáncer de mama tras un periodo de latencia variable, así como del síndrome de Stewart-Treves, que asocia la aparición de angiosarcoma del brazo con linfedema crónico posmastectomía. Su etiología es desconocida. Surge de forma esporádica en mujeres jóvenes, entre 20-40 años, y ocasionalmente en posmenopáusicas, como en nuestro caso. Se presenta como una masa indolora de crecimiento rápido. El diagnóstico es difícil y en la mayoría de los casos es necesario el estudio histológico e inmunohistoquímico para llegar al mismo. La mamografía muestra una masa sin calcificaciones o asimetría focal sin características de malignidad, y hasta en un tercio no son detectables. Ecográficamente se presenta como una masa heterogénea, hiperecogénica y vascularizada. La RNM muestra una masa heterogénea hipointensa en T1 e hiperintensa en T2, con realce rápido tras la administración de contraste, especialmente en las lesiones de alto grado. La cirugía es el único tratamiento potencialmente curativo, aunque presenta una elevada agresividad y tendencia a la recurrencia tanto a nivel local como en forma de metástasis a distancia. El pronóstico es desfavorable, con una supervivencia del 18% a los 3 años.

P-177. SARCOMA DE MAMA EN EL VARÓN

M. Mella Laborde, C. Nofuentes Riera, E. Soliveres Soliveres, S. Pérez Bru, M.J. Mayol, S. García García y A. Compañ Rosique

Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante.

Objetivos: Descripción y revisión en la literatura médica del sarcoma de mama en el varón a propósito de un caso. Revisión de la literatura médica en pubmed y tirpdatabase utilizando los términos "Breast Male sarcoma". Descrito inicialmente en 1887 por Schmidt, hay publicados menos de 1.000 casos en la literatura médica. Se trata de un tumor raro, representando entre el 0,2 y el 1% de todas las neoplasias malignas mamarias. Los sarcomas son más frecuentes en la infancia y dentro de estos el rhabdomyosarcoma representa el tipo más frecuente con una incidencia de 4-7 casos por millón de habitantes, siendo raros en países asiáticos. El 65% se diagnostica antes de los 6 años de edad y parece existir cierta predilección por varones. Actualmente se desconoce su etiología, aunque hay factores asociados como el uso de la radioterapia externa que se relacionan principalmente con el angiosarcoma y sarcoma osteogénico. El linfedema es otro factor conocido. Con el término sarcoma hacemos referencia a tumores no epiteliales, que se componen de células fusiformes y presentan un crecimiento expansivo. El tipo más frecuente es el angiosarcoma. Los factores pronósticos más importantes son el tamaño tumoral y los márgenes de resección libres. Otros factores que se han estudiado son el aspecto celular, los bordes infiltrantes, el número de mitosis y la atipia del estroma. El pilar fundamental es la escisión quirúrgica con márgenes libres, la mayoría de 1 cm, aunque en el angiosarcoma se recomiendan 3 cm. La linfadenectomía axilar no está indicada, al igual que la biopsia selectiva del ganglio centinela. Existe controversia en el uso de la terapia adyuvante, quimio y radioterapia.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 64 años de edad, institucionalizado, que acudió a urgencias por tumoración indolora de crecimiento progresivo de 4 años de evolución con ulceración y sangrado a nivel de la mama derecha. Entre sus

antecedentes personales no presentaba ninguna enfermedad médico-quirúrgica de interés, destacando ser muy fumador (40 cigarros/día desde hace 50 años) y bebedor moderado-severo. Las pruebas complementarias mostraron: TAC toraco-abdominal: masa de gran tamaño sólida de $16 \times 16,5 \times 11$ cm que se origina de la pared torácica derecha. La ecografía axilar demostró 3 adenopatías axilares derechas, la mayor de 1,5 cm. realizándose PAAF que se informó como linfadenitis reactiva. El procedimiento quirúrgico realizado fue una mastectomía simple derecha sin linfadenectomía axilar. Anatomía patológica: sarcoma pleomórfico, compatible con rhabdomyosarcoma de $25 \times 17 \times 10$ cm ulcerando el tumor la piel adyacente. Inmunohistoquímica: vimentina, desmina y CD99 +. Ki 67 + 40%. No recibió terapia adyuvante. Actualmente sigue revisiones en consultas de cirugía y se encuentra libre de enfermedad.

Discusión: El sarcoma de mama es un tumor raro, más frecuente en la infancia, cuyo tratamiento se basa en la escisión quirúrgica con márgenes libres.

P-178. SCHWANNOMA DE LA MAMA

E. Romera Barba¹, I. Navarro García², A. García López², J.M. Rueda Pérez², J.D. Aranda Mercader², M.R. Vicente González², P. García García², P. Martínez Méndez², A. Sánchez Pérez², M. Balsalobre Salmerón² y J.L. Vázquez Rojas²

¹Complejo Hospitalario de Cartagena; ²Hospital General Universitario Santa María del Rosell, Cartagena.

Introducción: Los sarcomas primarios representan el 1% de las neoplasias de la mama, formando un grupo heterogéneo con distintos subtipos histológicos que se diferencian en su etiología, su historia natural y su respuesta al tratamiento, y entre los que destacan el fibrosarcoma, histiocitoma fibroso maligno, liposarcoma, angiosarcoma y schwannoma. El schwannoma o tumor de la vaina de los nervios periféricos se localiza habitualmente sobre las superficies flexoras de las extremidades, cuello, mediastino y retroperitoneo, siendo la mama una localización infrecuente. Presentamos el caso de un schwannoma de la mama comentándose aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos de interés.

Caso clínico: Mujer de 57 años intervenida en 1996 por tumor filodes realizándose cuadrantectomía superoexterna de la mama izquierda. En mamografía de control se halló masa en línea intercuadrántica interna de la mama izquierda. En la exploración presentaba una masa de 4 cm fija, dura, sin adenopatías palpables en la axila. Con sospecha de tumor filodes se intervino en octubre 2009 realizando cuadrantectomía inferointerna. La anatomía patológica informó de neoplasia mesenquimal fusocelular, positiva para S-100 en el estudio inmunohistoquímico, compatible con tumor maligno de la vaina nerviosa periférica de bajo grado. Posteriormente recibió tratamiento con RT (50Gy sobre la mama con boost sobre lecho de cuadrantectomía hasta 66Gy), encontrándose asintomática tras 14 meses de seguimiento.

Discusión: El schwannoma de la mama es un tumor infrecuente, existiendo 27 casos descritos en la literatura. Se origina en la división simpática o parasimpática del sistema nervioso autónomo presente en la mama. Habitualmente aparecen entre los 20 y 50 años, con una prevalencia similar en ambos sexos, siendo más frecuentes en pacientes con neurofibromatosis tipo I. Clínicamente, se presenta como una masa de crecimiento lento no dolorosa. El tamaño es variable, desde pocos milímetros hasta 20 cm, pero usualmente miden menos de 5 cm. Es una de las pocas neoplasias verdaderamente encapsuladas del cuerpo humano y en la mayoría de los casos son solitarios y benignos, aunque también se han descrito formas malignas, sobre todo

aquellos que aparecen en pacientes con neurofibromatosis tipo I. Microscópicamente constan de dos componentes, uno celular formado por células largas bipolares que forman los cuerpos de Verocay (área Antoni A) y uno hipocelular denominado Antoni B. Inmunohistoquímicamente, exhiben tinción intensa para la proteína S-100. El diagnóstico por imagen es difícil ya que sus características no están bien definidas, con lo que pueden confundirse con otras lesiones tanto benignas como malignas. Con frecuencia la mamografía muestra un aumento de densidad bien delimitado, sin microcalcificaciones. La imagen ecográfica es variable, siendo lo más habitual encontrar una masa sólida hipoecogénica bien delimitada. La PAAF contribuye al diagnóstico demostrando la presencia de grupos de células fusiformes dispuestas en empalizada, en ausencia de elementos epiteliales. Sin embargo, pueden plantear problemas de diagnóstico diferencial con otras lesiones que muestran células fusiformes en el estudio citológico como el filodes, neurofibroma, mioepitelioma, miofibroblastoma, fibromatosis o carcinoma metaplásico. El tratamiento es quirúrgico mediante resección con límites adecuados. La recurrencia es rara, aunque más frecuente en las formas malignas, por lo que, como en nuestro caso, se les asocia radioterapia.

P-179. CARCINOMA METAPLÁSICO CONDROSARCOMATOIDE DE MAMA. UNA ENTIDAD INUSUAL

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

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Introducción: El carcinoma metaplásico de mama es una entidad infrecuente, esto dificulta su estudio. Presentan un componente mixto mesenquimal y epitelial, siendo el primero consecuencia de un proceso metaplásico del segundo. Su diagnóstico requiere un estudio histológico exhaustivo, para localizar el componente epitelial y poder diferenciarlo de los sarcomas puros, que carecen del mismo. Presentamos un caso de carcinoma metaplásico heterólogo de tipo cartilaginoso con ambos componentes malignos.

Caso clínico: Mujer 61 años, que consultó por tumoración mamaria izquierda. El estudio mamario reveló un tumor de 5×2 cm, de márgenes lobulados definidos, con pequeñas lesiones satélite, BIRADS 5, axila sin hallazgos. PAAF del nódulo: carcinoma ductal infiltrante. Marcadores tumorales negativos. Estudio de extensión negativo. Se realizó mastectomía radical modificada tipo Madden, con favorable postoperatorio. El estudio histológico objetivó un carcinoma metaplásico con elementos heterólogos de tipo condrosarcoma poco diferenciado, que representa el 40% del tumor de $4,5 \times 3,8$ cm, con componente ductal poco diferenciado (grado II Bloom-Richardson). Inmunohistoquímicamente, receptores de estrógenos positivos en el 5% de las células y menos 1% de progesterona. 31 ganglios linfáticos libres de enfermedad. Estadio T2N0M0. Fue tratada con quimioterapia adyuvante durante 6 meses, manteniéndose libre de enfermedad. A los 2 años se realizó una reconstrucción con expansor y prótesis. La paciente evolucionó favorablemente, con controles periódicos, estando libre de enfermedad 8 años después.

Discusión: Los carcinomas metaplásicos de mama presentan en proporciones variables áreas de carcinoma, generalmente ductal, con un componente mesenquimal benigno o maligno. La variabilidad del componente mesenquimal es el que dificulta su terminología y clasificación. Existen diferentes clasificaciones, la más frecuente: Wargotz et al que diferenciaron cinco subtipos: carcinomas productores de matriz (I), carcinomas fu-

socelulares (II), carcinosarcomas (III), carcinoma de células escamosas de origen ductal (IV) y carcinoma metaplásico con células gigantes osteoclasticas (V). Nuestro caso sería un carcinoma con metaplasia heteróloga con diferenciación cartilaginosa, tipo I, es decir, productor de matriz; estos tumores presentan un estroma abundante con diferenciación ósea o cartilaginosa benigna o maligna, sin que la transición entre los dos componentes adopte un fenotipo fusiforme pseudosarcomatoide. El diagnóstico diferencial se establece con: sarcomas primarios de mama y tumor filodes, que carecen del componente epitelial, por lo que la inmunohistoquímica será de vital importancia a la hora de reconocerlos, pues en estos casos será negativa. El diagnóstico de los carcinomas metaplásicos sólo se realiza bajo el estudio anatomopatológico, pues no existen hallazgos clínicos ni mamográficos que lo diferencien de un carcinoma ductal típico. Consideramos nuestro caso característico, no sólo por la naturaleza del tumor, sino por su evolución, porque los tumores metaplásicos no suelen diseminarse por vía linfática, sino por vía hematogena, apareciendo dichas metástasis durante el seguimiento, siendo la supervivencia a los 5 años de 35-62%; mientras que, nuestra paciente tras 8 años de seguimiento, no ha presentado recaída tumoral. El carcinoma metaplásico es una entidad infrecuente, con un tamaño relativamente grande, pero que no presenta metástasis locales ni a distancia en el momento del diagnóstico y que, para diferenciarlo del sarcoma de mama, sólo es posible con técnicas de inmunohistoquímica.

P-180. CARCINOMA ADENOESCAMOSO DE MAMA

L. Millán Paredes, I. Larrañaga Blanc, J. Rivero Deniz, F.X. Rodríguez Alsina, E. García Olivares, F. Simó, H. Vargas, I. Barco, G. González Pont, E. Veloso Veloso y C. Marco Molina

Hospital Mutua de Terrasa, Terrasa.

Introducción: El carcinoma adenoescamoso de mama es una variante poco frecuente de carcinoma metaplásico. Fue descrito por primera vez en los años 80 y desde entonces se han descrito pocos casos. Su diagnóstico histológico es difícil ya que se asemejan a lesiones benignas, y aunque tienen poco riesgo de metastatizar, son agresivos localmente. Presentamos el caso de una paciente con carcinoma adenoescamoso de mama y revisión de la literatura.

Caso clínico: Paciente de 76 años con antecedentes familiares oncológicos (neoplasia de mama, esófago y ovario), remitida a la Unidad de Patología Mamaria por una tumoración retroareolar en la mama izquierda, irregular, de bordes mal definidos, que retrae el complejo areola-pezón. Axila negativa. Mamografía: distorsión retroareolar con microcalcificaciones dispersas (BI-RADS 0). Ecografía: nódulo heterogéneo de márgenes espiculados de 27 × 16 × 20 mm con sombra posterior. Control hace un año con imágenes nodulares de 1 cm (BI-RADS 2). Se realizan dos BAG y un punch areolar que resultan negativos. RM: lesión retroareolar con morfología y cinética altamente sospechosa de malignidad (39 × 32 × 22 mm). Se decide biopsia quirúrgica por discordancia entre imágenes y resultados anatomopatológicos. Macroscópicamente la lesión está mal delimitada, no encapsulada y de consistencia pétrea. La anatomía patológica demuestra un carcinoma adenoescamoso de bajo grado con margen quirúrgico afecto e invasión perineural (receptores estrogénicos y progesterona 0%, Her-2/Neu 0%, pT2NxMx). Se amplían márgenes quirúrgicos más ganglio centinela. Anatomía: tumoración de 3,5 cm, márgenes libres, biopsia del ganglio centinela negativa (0 de 3 ganglios). Se decide completar tratamiento con radioterapia adyuvante y consejo genético.

Discusión: El carcinoma adenoescamoso de mama es un tipo de carcinoma metaplásico de bajo grado. Su histología se basa en estructuras glandulares en forma de comas, focos de metaplasia escamosa con o sin queratinización, mínima atipia citológica y abundante estroma colágeno. El patrón de crecimiento es típicamente infiltrativo, aunque los marcadores mioepiteliales como el p63 son negativos. No suele expresar receptores estrogénicos. Las características histopatológicas del carcinoma adenoescamoso pueden no ser aparentes en la biopsia con aguja gruesa. El diagnóstico diferencial debe hacerse con el adenoma siringomatoso del pezón (la principal diferencia es la localización, el carcinoma adenoescamoso se presenta en el parénquima mamario y el adenoma siringomatoso en el complejo areola-pezón) y con lesiones esclerosantes de mama de las cuales pueden proceder. Tiene mínimo riesgo de progresión metastásica y alto riesgo de recurrencia. Su tratamiento es la resección local completa con márgenes libres o mastectomía. No hay evidencia del beneficio de la radioterapia. El carcinoma metaplásico se caracteriza por la presencia de células no epiteliales. La histogénesis precisa y el pronóstico del carcinoma adenoescamoso todavía no se conoce, aunque casi todos los estudios publicados muestran un buen pronóstico en un tiempo relativamente corto de seguimiento.

P-181. DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS DE LA MAMA. UN NUEVO CASO

M.I. Navarro García¹, E. Romera Barba¹, M.A. García López¹, J.D. Aranda Mercader², M.R. Vicente González¹, P.R. Cañadillas Mathias¹, E. Álvarez Carretero¹, R. González Costea¹, J.C. Castañer Ramón-Llin¹, J.A. García Marcilla¹ y J.L. Vázquez Rojas¹

¹Complejo Universitario de Cartagena; ²Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia.

Objetivos: El dermatofibrosarcoma protuberans es una neoplasia maligna poco frecuente, localmente agresivo y con alta tasa de recurrencia. Deriva de la dermis y produce infiltración del tejido subcutáneo. Se presenta entre la tercera y quinta década de la vida. Suele comenzar como un engrosamiento cutáneo, de crecimiento lento, a menudo interpretado como patología benigna. Su localización más frecuente es el tronco, seguido de las extremidades, cabeza y cuello. Su presencia en la mama es muy rara, existiendo muy pocos casos descritos en la literatura. Presentamos un caso clínico de dermatofibrosarcoma protuberans analizando el manejo diagnóstico y terapéutico de este tipo de tumor.

Caso clínico: Mujer de 52 años alérgica al látex y con antecedente de tumoración mamaria izquierda, biopsiada en el 2008 y diagnosticada por anatomía patológica de tumor mesenquimal benigno. En el seguimiento, un año después, la paciente refiere molestias constantes en la mama, por lo que se realiza una ecografía abdominal que informa de una lesión heterogénea, hipocóica, de similares características y tamaño a la tumoración ya conocida. En la mamografía se observa una lesión densa, microlobulada y en contacto con la dermis. Se decide intervención quirúrgica, realizando abordaje inframamario izquierdo y exéresis en bloque de la lesión con margen de 2 cm. La paciente tuvo un postoperatorio satisfactorio. El estudio anatomopatológico de la pieza informa de lesión de 3,5 cm que respeta los límites quirúrgicos, compatible con neoplasia mesenquimal fusocelular (dermatofibrosarcoma protuberans). En el seguimiento la ecografía y mamografía mamaria no mostraron hallazgos significativos.

Discusión: El dermatofibrosarcoma protuberans es un tumor poco frecuente, sobre todo aquellos que se localizan en la

mama. Es un tumor de crecimiento lento, indoloro y puede pasar inadvertido durante años. Aunque existen casos con un patrón de crecimiento infiltrante, explicando su alta recurrencia del 20-50% tras la escisión local, justificando la recomendación de un margen de seguridad de 2 cm. Puede presentarse simulando un tumor primario de mama como lesión dérmica pigmentada, lesión subcutánea o lesión intramamaria. En la ecografía aparece como imágenes mixtas, áreas hipoeoicas e hiperecoicas, confundiendo con tumores como hamartomas, quistes lipídicos o necrosis grasa. La mamografía nos ayuda a diferenciar estas lesiones, ya que éstas contienen grasa y el dermatofibrosarcoma protuberans no. El tratamiento es quirúrgico, precisando en la exéresis márgenes de seguridad de dos o más centímetros dada su alta tasa de recidiva local. Esta puede aparecer de forma tardía (descritos casos a los 3 años), de ahí la importancia del seguimiento a largo plazo en este tipo de tumores.

P-182. TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES DE LA MAMA: UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE

M. Ruiz Marín, E. Peña Ros, C. Escamilla Segade, P.A. Parra Baños, P. Pastor Pérez, M. Ramírez Faraco, M.E. Tamayo Rodríguez, A. Ruiz Rodríguez, E. Terol Garaulet, F. Pastor Quirante y A. Albarracín Marín-Blázquez

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Introducción: El tumor de células granulares es generalmente un tumor benigno de crecimiento lento, de origen neural en las células de Schwann que puede afectar a distintas localizaciones. Su localización en el espesor de la glándula mamaria es extraordinaria con pocos casos comunicados en la literatura médica. Presentamos el caso de una mujer con una tumoración palpable cuyo diagnóstico histológico fue tumor de células granulares de la mama.

Caso clínico: Mujer de 37 años sin antecedentes de interés que consulta por lesión palpable de varios meses de evolución, no dolorosa, localizada en cuadrante superoexterno de mama izquierda. A la exploración presentaba una lesión subcutánea, de consistencia dura mayor de 1 cm de diámetro en la zona descrita, sin adenopatías locales palpables. Se realizó exéresis quirúrgica de la lesión con bordes amplios. En informe histológico informó de fragmento nodular de coloración grisácea amarillenta, consistencia elástica firme de 1,5 x 0,4 x 0,8 cm. En el estudio microscópico informó que estaba constituido por nidos de células de amplio citoplasma granular, con núcleo pequeño y redondeado y nucleolo pequeño, con positividad inmunohistoquímica para proteína S-100 y vimentina y negativas para citoqueratina y receptores hormonales, compatible con tumor de células granulares de la mama con márgenes libres.

Discusión: El tumor de células granulares de la mama suele aparecer en mujeres de edad media de 30 a 50 años. Se manifiesta como nódulo palpable en la mayoría de los casos, generalmente localizado en el cuadrante supero-externo, con tamaño variable y que puede ser multicéntrico. A menudo suele afectar a la piel mamaria, siendo rara la afectación glandular sin participación cutánea. Los hallazgos radiológicos pueden hacer presumir la existencia de un tumor maligno, debido a las imágenes estrelladas en la mamografía y a imágenes hipoeoicas con sombra acústica posterior en la ecografía. El diagnóstico definitivo se obtiene generalmente tras el examen minucioso de la pieza, por lo que se recomienda la extirpación quirúrgica de la lesión para estudio histológico y perfil inmunohistoquímico. Generalmente suelen ser de curso benigno, aunque se han descrito criterios de malignidad como: tamaño tumoral mayor de 5 cm, atipia celular, celularidad incrementa-

da, áreas de necrosis, actividad mitótica mayor de 2 por 10 phc, etc. El diagnóstico de sospecha y diferencial de este tipo de tumor es importante ya que puede confundirse con patología mamaria maligna y puede conllevar a cirugías inadecuadas más agresivas. El tumor de células granulares de la mama es una lesión generalmente benigna que clínica y radiológicamente puede simular una tumoración maligna y cuyo diagnóstico diferencial y definitivo lo ofrece el estudio histológico. La extirpación quirúrgica suele ser curativa, dependiendo de la existencia o no de factores de mal pronóstico anatomopatológico, por tanto se recomienda un seguimiento estricto de las pacientes para detectar recidiva o transformación maligna.

P-183. HEMANGIOPERICITOMA: UN CASO EXCEPCIONAL DE TUMOR VASCULAR EN MAMA

A. Roig Bataller, R. Saborit Montalt, R. Penalba Palmi, J. Medrano González, J. García del Caño, J. Torró Richart, R. Ferri Espí, J. Orozco Sobrino y J. Aguiló Lucía

Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva.

Introducción: El hemangiopericitoma es un tumor extremadamente raro que se localiza en los tejidos blandos y es originado por los pericitos que rodean las paredes de los vasos sanguíneos. La localización en la mama es excepcional por lo que su pronóstico es desconocido. Se presenta una paciente intervenida en nuestra Unidad de patología Mamaria que ha presentado este tipo de tumor.

Caso clínico: Mujer de 62 años, con historia de menarquia a los 13 años, menopausia a los 48 y un embarazo con lactancia natural durante dos años. No refería antecedentes familiares de cáncer de mama ni ingesta de anovulatorios. Intervenida de una fractura en miembro superior y de un nódulo tiroideo, hipertensa y con una insuficiencia renal crónica moderada. Consultó por tumoración en mama izquierda de dos años de evolución que asociaba a traumatismo previo. A la exploración se apreciaba una tumoración de unos 10 cm de diámetro, bordes irregulares y con cordones venosos en su superficie. La punción biopsia informó de tumoración de estirpe vascular correspondiente a hemangiopericitoma. Se intervino quirúrgicamente practicándose una tumorectomía con margen amplio. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico. Siguió controles en consulta sin detectarse recidiva.

Discusión: Los hemangiopericitomas se caracterizan por la proliferación de pericitos sobre la membrana basal. Los rasgos microscópicos ofrecen tinción de la reticulina. Suelen ser de tamaño pequeño pero en ocasiones puede llegar a ser grandes. Pueden localizarse en cualquier situación anatómica, más frecuentemente en retroperitoneo y extremidades inferiores. La localización en el tejido mamario, sin embargo, es notablemente rara. La mayoría son benignos aunque se han informado variedades malignas pudiendo metastatizar en pulmón, huesos e hígado. En la mama, suele ser una tumoración grosera hipervascularizada, pudiendo ulcerar la piel, semejando al cistossarcoma filodes y, microscópicamente, se parecen a la variante degenerativa maligna de este tumor. Las exploraciones de imagen no suelen ofrecer un diagnóstico. El estudio anatomopatológico sí establece el diagnóstico definitivo. El tratamiento consiste en una escisión quirúrgica amplia. No se ha podido demostrar beneficio con la quimioterapia o radioterapia por su rareza. El hemangiopericitoma de mama es un tumor extremadamente raro, con escasa literatura sobre el pronóstico y el tratamiento. El diagnóstico con técnicas de imagen es difícil, por lo que sólo puede establecerse con el estudio microscópico del tumor.

P-184. ANGIOSARCOMA PRIMARIO DE MAMA Y CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES SINCRÓNICOS: PRESENTACIÓN DE UN CASO

M.C. Manzanares Campillo, V. Muñoz Atienza, S. Sánchez García, E. García Santos, F. Ruescas, O. del Olmo Montero, A. Gil Rendo, F. Martínez de Paz, M. Martín Delgado y J. Martín Fernández

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos: El angiosarcoma primario de mama constituye un tumor infrecuente que se desarrolla de forma predominante en mujeres en la tercera y cuarta décadas de la vida. Los nódulos tiroideos incidentales son aquellos que se objetivan en pruebas de imagen realizadas por otra causa y se observan en menos de un 10% con la tomografía por emisión de positrones (PET). Sin embargo, que el incidentaloma tiroideo sea un carcinoma papilar y además sincrónico a un angiosarcoma primario de mama puede ser considerado un suceso excepcional. Presentamos el caso de una paciente con un angiosarcoma primario de mama y un carcinoma papilar de tiroides sincrónicos y revisamos la literatura.

Caso clínico: Paciente mujer de 34 años con angiosarcoma primario de alto grado en la mama derecha que fue sometida a mastectomía simple. En el estudio de extensión mediante PET se halló un incidentaloma tiroideo derecho compatible con carcinoma papilar que requirió tiroidectomía total y linfadenectomía del compartimento central, en un segundo tiempo.

Conclusiones: Los angiosarcomas primarios suponen menos del 0,05% de todos los tumores primarios malignos de la mama. El diagnóstico definitivo de estos tumores viene definido por el estudio anatomopatológico, que define tres grados: alto, bajo e intermedio, los cuales se relacionan de forma directa con la supervivencia. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica con márgenes libres, habitualmente mediante una mastectomía simple, dado la baja frecuencia de metástasis ganglionares (1,5%) que no justifica la linfadenectomía axilar electiva. La radioterapia adyuvante parece disminuir las recurrencias locales (20-50%) y la quimioterapia no muestra resultados significativos. La prevalencia de los incidentalomas tiroideos maligno objetivados por PET varía del 14-30,9%, según los diferentes estudios. En pacientes estudiados por otra neoplasia primaria se recomienda completar su estudio con una ecografía cervical y realizar una punción-aspiración con aguja fina si presentan un diámetro ≥ 1 cm. La planificación del tratamiento quirúrgico de las neoplasias incidentales tiroideas en estos pacientes debe analizarse de forma individualizada, según la supervivencia esperada del tumor primario.

P-185. MONITORIZACIÓN DE LA RESPUESTA A LA NEOADYUVANCIA MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA EN EL CÁNCER DE MAMA Y SU IMPORTANCIA EN LA ESTRATEGIA QUIRÚRGICA

A. Bouzón Alejandro, B. Acea Nebril, M. Carral Freire, A. Gómez Dovigo y J. Atienza Herrero

Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, A Coruña.

Objetivos: En la actualidad, los objetivos en el tratamiento del cáncer de mama pretenden el control local y regional de la enfermedad, además de preservar la mayor cantidad de tejido mamario sano. El siguiente estudio pretende evaluar si la resonancia magnética de mama es una herramienta diagnóstica precisa en el cáncer de mama que nos permite conocer el tamaño tumoral residual tras la terapia neoadyuvante, al compararlo con el examen histopatológico; y evaluar como la presentación inicial del tumor y su respuesta a la neoadyuvancia influyen en la estrategia quirúrgica.

Material y métodos: Se incluyeron en el estudio 25 pacientes con cáncer de mama operable diagnosticados entre octubre de 2006 y noviembre de 2009. Todas las pacientes fueron sometidas a tratamiento con quimioterapia antes del acto quirúrgico. La respuesta del tumor a la terapia neoadyuvante se basó en los cambios del tamaño tumoral medidos mediante resonancia magnética de mama, según los criterios RECIST.

Resultados: La resonancia magnética reveló 10 casos de respuesta completa (40%), 10 casos de respuesta parcial (40%) y 5 casos sin respuesta. Tras el examen tumoral histopatológico, se apreció que la sensibilidad de la resonancia magnética para detectar enfermedad residual fue del 76%. Al comparar la respuesta tumoral preoperatoria medida mediante resonancia magnética con la respuesta histopatológica, la resonancia magnética sobreestimó el tamaño del tumor en 9 casos (36%) y lo infraestimó en 10 casos (40%). En los otros 6 casos (24%), la medida fue exacta. Se realizó mastectomía en 6 pacientes (24%) y cirugía conservadora en 19 pacientes (76%). El tumor era multicéntrico en 4 de los 6 casos de mastectomía, localmente avanzado sin respuesta a la quimioterapia en 1 caso (16%), y en otro caso era unifocal con remisión parcial que resultó en mastectomía por decisión personal de la paciente (16%). Se reintervinieron 3 de las 19 pacientes sometidas a cirugía conservadora (16%), debido a infiltración tumoral de los márgenes de resección. En 2 de estas pacientes se realizó mastectomía, y en la otra fue suficiente con una ampliación de márgenes.

Conclusiones: La resonancia magnética de mama puede resultar una modalidad de imagen idónea para evaluar la respuesta tumoral a la quimioterapia neoadyuvante, y así, permitarnos plantear de modo seguro una cirugía conservadora de mama.

P-186. ¿PUEDEN FACTORES PREQUIRÚRGICOS DETERMINAR EL DESARROLLO DE MALIGNIDAD EN LA HIPERPLASIA DUCTAL ATÍPICA?

S. Fernández Ananín, A. Moral, O. Uyanik, J.I. Pérez, E. Lerma y M. Trias

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: La hiperplasia ductal atípica es una enfermedad benigna de la mama que incrementa el riesgo de desarrollar cáncer. Las mujeres afectas de hiperplasia ductal atípica tienen un riesgo de desarrollar cáncer de mama 5 veces superior que las que no la presentan. La propuesta de este análisis es identificar si existen factores de riesgo prequirúrgicos, tanto clínicos como anatomopatológicos, asociados al desarrollo de malignidad en pacientes con biopsias previas de hiperplasia ductal atípica.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, que incluye una serie de 14 casos de pacientes biopsiadas en nuestro hospital entre 2004 y 2010, con resultado anatomopatológico de hiperplasia ductal atípica. Los parámetros estudiados fueron la edad, el sexo, los antecedentes personales y familiares de neoplasia de ginecológica, la administración previa de tamoxifeno, el tipo de biopsia realizada (corebiopsia/mamotome), las características anatomopatológicas de la biopsia (presencia de microcalcificaciones, índice mitótico expresado mediante tinción de Ki-67), tipo de intervención quirúrgica posterior y el análisis histológico de la lesión extirpada.

Resultados: Se incluyeron 14 pacientes, procedentes del método de screening, todas mujeres, con edad media de 51,75 (DE 15,80). Dos pacientes presentaban como antecedentes carcinoma ductal infiltrante (CDI) en la mama contralateral, dos historia familiar de neoplasia de mama y una fibroadenomas. Las dos pacientes afectas de CDI recibieron tratamiento con tamoxifeno. El 50% de las enfermas fueron sometidas a corebiopsia (media: 6 cilindros) y el otro 50% a biopsia por mamotome, y en un 50% se evidenciaron microcalcificaciones. Tras el resultado histológico

co, 12 pacientes fueron sometidas a tumorectomía y 2 a cuadrantectomía. El tamaño medio de las lesiones fue de 1,3 cm. De los 14 casos, sólo 3 pacientes presentaron neoplasia en la muestra remitida (1 caso de carcinoma ductal infiltrante y 2 carcinomas ductal in situ). Sólo 1 paciente requirió reintervención para ampliación de márgenes. La media de seguimiento fue de 71 meses.

Conclusiones: La presencia de antecedentes personales de carcinoma de mama, así como la historia familiar de neoplasia ginecológica y el índice elevado de ki-67% podrían ser factores de riesgo de desarrollo de carcinoma en pacientes con biopsias iniciales de hiperplasia ductal atípica. Son necesarios estudios prospectivos con un mayor número de pacientes para poder confirmar dicha hipótesis

P-187. RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON MATRIZ DE TEJIDO BIOLÓGICO: UNA BUENA SOLUCIÓN PARA CASOS COMPLEJOS

S. Salido Fernández, B. Doblado Cardelach, N. Torres Waldhaus, G. Fernández-Díaz, E. Bermejo Marcos, A. Rodríguez, E. Colmenarejo, M.M. Naranjo, E. Martín-Pérez y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente y la principal causa de muerte por cáncer en la mujer occidental. El tratamiento de esta enfermedad requiere un planteamiento multidisciplinario. Por parte de radiólogos, oncólogos, radioterapeutas y cirujanos. Dado el carácter tan mutilante de la cirugía se hace necesaria la reconstrucción de la mama afectada como parte de dicha terapia multimodal. Entre las numerosas posibilidades de reconstrucción han aparecido en los últimos años las mallas de tejido biológico. Gracias a ellas se hace posible suplir defectos que de otra manera requerirían técnicas más complejas, peores resultados y probablemente mayor tasa de complicaciones. Presentamos los resultados de la reconstrucción mamaria con prótesis biológica de dermis porcina (Strattice™) de cuatro pacientes.

Material y métodos: Incluimos los casos de cuatro mujeres con cáncer de mama que requirieron mastectomía radical modificada como parte de su tratamiento. Se realizó medición preoperatoria de la mama y varias referencias anatómicas para la elección del tamaño del injerto. Se prepara el lecho quirúrgico y se realiza el bolsillo con el músculo pectoral mayor. La matriz porcina se sutura al surco submamario (SSM) y al borde inferior del músculo pectoral mayor desinsertado previamente. De esta manera se obtiene un bolsillo donde alojar la prótesis mamaria. Se colocan drenajes aspirativos subpectorales lateral y medial. Se han incluido cuatro casos de reconstrucción mamaria compleja: un caso de radiodermatitis y radio necrosis parcial del colgajo TRAM, un caso de migración axilar de una prótesis mamaria definitiva con radiodermatitis, un caso en el que el tamaño de la mama contralateral es excesivamente grande para poder reconstruir la mama intervenida con tejido autólogo y un caso de atrofia de colgajo dorsal ancho. Tras la intervención las pacientes llevaron los drenajes aspirativos hasta que su débito fue lo suficientemente escaso para retirarlos. El ingreso osciló entre 4 y 7 días. Al alta las pacientes que los requirieron conservaron los drenajes y fueron revisadas en consulta cada 3 días.

Resultados: Los resultados fueron satisfactorios en los cuatro casos desde el punto de vista de la morbilidad, sin aparición de ningún caso de infección del sitio quirúrgico, sin desarrollo de seroma y sin extrusión o migración de la prótesis mamaria. También fueron satisfactorios los resultados estéticos, en un caso se hizo necesaria una sesión de lipofilling por la presencia previa de extensa radiodermatitis para aportar volumen y tejido

revitalizador a la zona. En otro caso de radiodermatitis se requirió implantar un expansor tisular que, en un segundo tiempo, fue reemplazado por una prótesis mamaria definitiva.

Conclusiones: En el caso de la mastectomía la matriz biológica proporciona tejido adicional para cubrir el implante de forma más completa. Se disminuye o elimina la necesidad de expansiones posteriores. Consigue una mejor definición del SSM. Además puede prevenir la aparición de ciertas complicaciones tales como extrusión o protrusión de la prótesis mamaria, el adelgazamiento de los colgajos y la retracción del pectoral mayor. Es una técnica de fácil aprendizaje y la malla es fácilmente recorrible y adaptable.

P-188. USO DE TACHOSIL COMO SELLANTE TISULAR EN MUJERES CON LINFADENECTOMÍA AXILAR POR CÁNCER DE MAMA

A. Muñoz Ortega, J. Cañete Gómez, F. Docobo Duránte, J.M. Sousa, J.M. de León y F.J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La linfadenectomía axilar sigue siendo en la actualidad una indicación frecuente en el cáncer mamario, tanto en la cirugía radical como en la conservadora. Pese a que la morbilidad no es excesiva, si conlleva una serie de complicaciones importantes que prolongan la estancia hospitalaria reduciendo significativamente la calidad de vida de las pacientes.

Material y métodos: Se realiza un estudio prospectivo y aleatorizado, en mujeres sometidas a linfadenectomía axilar por cáncer mamario. Se usó dos láminas de tachosil en 10 pacientes frente a un grupo control sin tachosil. Los objetivos son: determinar la efectividad del uso del fibrinógeno humano/trombina humana en la reducción del débito linfático y determinar la eficiencia del uso de fibrinógeno humano/trombina humana comparando los costes derivados de su uso/días de hospitalización en el grupo A frente a un grupo B en el que no se utilice el producto.

Resultados: Mujeres con linfadenectomía axilar sin tachosil: Media de débito total en cc: 480,9. Media de días de hospitalización en días: 5,72. Media de gasto secundario a la hospitalización en euros: 2.577. Mujeres con linfadenectomía axilar con tachosil: Media de débito total en cc: 263. Media de días de hospitalización en días: 3,71. Media de gasto secundario a la hospitalización en euros: 2.340 (incluido PVP de dos láminas de tachosil). Resultados preliminares de la serie en las pacientes en las que se usó dos láminas de tachosil tras la linfadenectomía axilar: reducción de 2 días de estancia hospitalaria, disminución del débito linfático total en 218 cc y reducción del gasto sanitario de 237 euros por paciente.

Conclusiones: El uso de fibrinógeno-trombina humana (tachosil) en el lecho de la linfadenectomía axilar en nuestra experiencia disminuye de forma medible el drenaje linfático y proporciona un sellado eficaz del lecho axilar, proporcionando un acortamiento significativo de la estancia hospitalaria, una reducción del coste sanitario y, por lo tanto, una mejoría de la calidad de vida de las pacientes.

P-189. MASTOPEXIA EN PTOSIS EXTREMA POSCIRUGÍA BARIÁTRICA

L. Rabadán Ruiz, R. Pardo, S. Cárdenas, M.C. Manzanares, V. Muñoz, S. Sánchez, E. García, F.J. Ruescas, F. Martínez, B. Menchén y J. Martín Fernández

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Introducción: La cirugía bariátrica en pacientes con obesidad mórbida origina una gran disminución del volumen mamario y

una ptosis mamaria extrema, concomitantes a la pérdida de un gran porcentaje del peso corporal, que alteran la calidad de vida y originan importantes problemas psicológicos.

Objetivos: Mostrar nuestra experiencia en la corrección de la ptosis mamaria extrema poscirugía bariátrica.

Material y métodos: Se han recogido las pacientes intervenidas por ptosis mamaria tras cirugía bariátrica en el Servicio de Cirugía del Hospital General Universitario de Ciudad Real. Se realizó una mastopexia mediante un patrón Wise y un pedículo superomedial. 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 una pequeña cantidad de tejido mamario del polo inferior de la mama y parte del polo superoexterno donde se crea un hueco para alojar el CAP tras ascenderlo y rotarlo 90 grados. Finalmente, tras dotar a la mama de la proyección deseada mediante puntos a la pared torácica se cierra la piel siguiendo las marcas preoperatorias, dando a la mama su forma definitiva. Se realiza la técnica en la mama contralateral buscando la simetría con la mama precedente.

Resultados: La mastopexia tras cirugía bariátrica se introdujo en nuestra cartera de servicios en el año 2010. Desde entonces y hasta febrero de 2011 se han intervenido 11 pacientes con una edad media de 37 años (rango 26-49). El ascenso medio del complejo areola-pezones fue de 12,5 cm con un rango (11-14,5). El tiempo operatorio medio fue de 105 minutos (rango 90-130) en función de contar con uno o dos equipos de cirujanos. La estancia hospitalaria fue de 24 horas en todos los casos siendo dadas de alta las pacientes con drenajes, que se manejaron en la consulta hospitalaria. No hubo complicaciones en el postoperatorio inmediato, reportando un seroma prolongado en una paciente. La satisfacción con el resultado estético, forma y tamaño, fue valorado como bueno o muy bueno por el 91% de las pacientes que se mostraron, en general, satisfechas con el procedimiento.

Conclusiones: La mastopexia con patrón de Wise y pedículo superomedial es una técnica aplicable a las pacientes con ptosis mamaria extrema tras cirugía bariátrica, resultando efectiva y segura para su corrección. Sin embargo se trata de un procedimiento con una alta exigencia técnica, dado el ascenso necesario del complejo areola-pezones y la longitud resultante del pedículo que mantendrá su irrigación, que precisa de una amplia curva de aprendizaje en la utilización de dicho patrón. El abordaje multidisciplinario e integral de la patología derivada de la obesidad mórbida, en el seno de Unidades de Obesidad, asegura una alta calidad asistencial a estos pacientes.

P-190. RECONSTRUCCIÓN DEL COMPLEJO AREOLA-PEZÓN: NUESTRA EXPERIENCIA

M.C. Manzanares Campillo, V. Muñoz Atienza, S. Sánchez García, E. García Santos, F. Ruescas, O. del Olmo Montero, B. Menchén, M. Estaire, M.A. Gil-Olarte y J. Martín Fernández

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos: La reconstrucción del complejo areola-pezones (CAP) constituye el proceso final con el cual culmina la reconstrucción mamaria. El principal objetivo de este procedimiento es lograr un pezón y una areola similares en tamaño, textura, color, proyección y posición con respecto del CAP contralateral. Presentamos nuestra experiencia con el colgajo en flecha para la recons-

trucción del pezón y el injerto cutáneo para la areola y revisamos la literatura al respecto.

Material y métodos: Realizamos un estudio clínico retrospectivo comprendido entre enero de 2006 y enero del 2011. En este periodo fueron intervenidas 16 pacientes realizando 17 reconstrucciones del CAP. El procedimiento de reconstrucción mamaria predominante fue la colocación de un expansor tisular/prótesis en 12 casos (70,6%), seguido del colgajo del músculo dorsal ancho en 4 casos (23,5%) y la reconstrucción con el colgajo transversal del músculo recto anterior del abdomen (TRAM) en un caso (5,9%). Únicamente se incluyeron pacientes que requirieron reconstrucción mamaria por causa neoplásica. La reconstrucción del CAP se realizó en un segundo tiempo bajo anestesia local. La localización del nuevo CAP se marcó con la paciente en bipedestación, en una posición simétrica al contralateral. La técnica quirúrgica utilizada para la reconstrucción del pezón fue la del colgajo en flecha con pedículo superior y anchura igual que la base del pezón contralateral. El montaje del mismo se realizó con puntos simples de poliglicaprona (Monocryl®) de 4/0, cerrando el defecto en cuña ocasionado tras la disección del cuerpo y las alas del colgajo. La areola circundante marcada se desepidermizó como paso previo a la colocación de un autoinjerto cutáneo total procedente de la región interna del muslo de la paciente y fue fijada con una sutura intradérmica de Monocryl® de 4/0.

Resultados: Las 13 reconstrucciones del CAP estudiadas fueron realizadas en 16 pacientes cuya edad media fue de 45,1 años (rango 36-57 años). Tres de las pacientes (18,7%) eran fumadoras activas. En un 58,8% (10 casos) el procedimiento se realizó sobre la mama izquierda y en un 41,2% (7 casos) en la mama derecha. La estancia media fue de 2 días (rango 1-5 días). Únicamente hubo un caso de isquemia epidérmica en el injerto como complicación precoz que se solucionó con curas ambulatorias sin documentarse complicaciones en la zona donante.

Conclusiones: La importancia de la reconstrucción del CAP se ha puesto de manifiesto en los últimos años gracias a diferentes estudios que han demostrado un mayor grado de satisfacción en las pacientes sometidas a este procedimiento. Actualmente no existe consenso en cuanto a la mejor técnica, pero sí en el momento de la realización, de forma diferida tras la estabilización del montículo mamario. En la literatura se describen múltiples técnicas: colgajo en estrella, C-V, en raya, en S, de Bell, injerto autólogo de región inguinal, labios mayores, areola contralateral, tatuaje intradérmico, etc. En nuestra corta experiencia los resultados preliminares han sido alentadores basados en la mejoría estética y satisfacción expresada por las pacientes. Sin embargo, no hemos de olvidar la importancia del seguimiento en estas pacientes dado que la proyección del pezón se pierde de un 30% a un 70% de los casos y puede ser necesaria una nueva intervención quirúrgica.

P-191. USO DEL COLGAJO DEL MÚSCULO DORSAL ANCHO EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA MUCINOSO GIGANTE DE MAMA

S. Díaz¹, E. Buch¹, F. Ripoll², R. Gómez¹, M. Hurtado¹, M. Muñoz¹ y F. Checa¹

¹Hospital de Sagunto, Sagunto; ²Hospital de Requena, Requena.

Objetivos: Presentar las características clínicas, diagnóstico y tratamiento de un carcinoma mucinoso gigante de mama.

Caso clínico: Se presenta un caso clínico con diagnóstico de carcinoma mucinoso gigante de mama izquierda (MI) y su tratamiento, tanto sistémico como quirúrgico, a través de mastectomía radical modificada (MRM), reconstrucción mediante colgajo del músculo dorsal ancho y colocación de prótesis subpectoral. Acude a Consultas Externas de Cirugía, remitida por su médico

de atención primaria, una mujer de 60 años -con antecedentes de virus hepatitis B de varios años de evolución, desprendimiento de retina e histerectomía y doble anexectomía-, por presentar gran deformidad de la MI de más de seis meses de evolución. A la exploración física se observan varias tumoraciones quísticas y sólidas, que ocupan la totalidad de la superficie de la MI, produciendo invaginación del complejo areola-pezones; no se palpan adenopatías axilares izquierdas. La exploración de la mama contralateral es normal. Se realizó una biopsia de la lesión mediante aguja gruesa, que confirmó la naturaleza anatomopatológica de carcinoma mucinoso de MI, con negatividad para receptores de estrógenos y progesterona, y Herceptest negativo. Se decidió realizar estudio de extensión a través de ecografía axilar y abdominal, radiografía de tórax y resonancia magnética nuclear (RMN) de mamas, sin hallar metástasis a distancia en ninguna de estas localizaciones. En la RMN se determinan tres nódulos, dos de ellos de características quísticas y, otro, de características sólidas, interconectadas por tejido de aspecto tumoral, que determinan un tamaño global de la lesión de unos 12 cm de diámetro. Se determinan, en la axila izquierda, pequeñas adenopatías dudosas para malignidad. En la mama contralateral se detecta un foco retroareolar sospechoso de malignidad, que se biopsia por ecografía, obteniéndose anatomía patológica de papiloma intraductal. Por las características del tumor, se decide iniciar tratamiento neoadyuvante de cuatro ciclos con FEC. Tras la ausencia de respuesta al tratamiento con quimioterapia, se decide realizar intervención quirúrgica, que por el tamaño tumoral y la ausencia de tejido cutáneo suficiente para completar la cirugía, se propone como MRM asociada a reconstrucción mediante un colgajo muscular de dorsal ancho y colocación de prótesis tipo Becker subpectoral a demanda. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, dándose de alta a la paciente a los cinco días de la intervención con seguimiento de la Unidad de Hospitalización a Domicilio. Actualmente, la paciente está en tratamiento con radioterapia.

Discusión: En el tratamiento de tumores de mama gigantes el cierre tras MRM es un problema frecuente. La utilización del colgajo del músculo dorsal ancho asociada, o no, a la colocación de prótesis, permite, de un lado, la exéresis oncológica adecuada en estos casos en que se ha de extirpar gran cantidad de piel, ya que es la misma piel del colgajo muscular la que contribuirá al cierre cutáneo; de otro lado, permite la reconstrucción inmediata de procesos catastróficos cuya única opción quirúrgica hubiese sido una cirugía radical. Por tanto, la técnica del dorsal debe

ser un arma terapéutica necesaria para cualquier cirujano dedicado al tratamiento del cáncer de mama.

P-192. RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON EXPANSORES TISULARES: NUESTRA EXPERIENCIA

E. García Santos, C. Manzanares Campillo, F.J. Ruescas García, V. Muñoz Atienza, S. Sánchez García, P. Menéndez Sánchez, I. Arjona Medina, R. Pardo García, L. Rabadán Ruiz y J. Martín Fernández

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Introducción: El tratamiento multidisciplinar del cáncer de mama incluye una etapa esencial como es la reconstrucción mamaria. Existen múltiples opciones quirúrgicas (prótesis, prótesis expansoras, colgajos, etc.) que pueden realizarse de forma inmediata o diferida según las características individuales de la paciente. Las prótesis expansoras permiten aumentar la superficie cutánea de la zona afecta sin que ésta pierda sus características esenciales. Su introducción en la reconstrucción mamaria se realizó a partir de la década de los 70, en pacientes sometidas a mastectomía subcutánea, simple o radical modificada, asociadas o no a colgajos. Presentamos nuestra experiencia en la reconstrucción mamaria con prótesis expansoras.

Material y métodos: Realizamos un estudio clínico retrospectivo de 98 pacientes reconstruidas mediante prótesis expansoras durante el periodo comprendido entre enero de 2006 y julio del 2010. La reconstrucción se realizó de forma inmediata en 26 (26,5%) casos y de forma diferida en 63 (64,3%) pacientes. Los expansores utilizados fueron en un 47% (46) Becker 35, Contour (Mentor®) en un 38,8% (38) y McGhan 150 SH (Allergan®) en un 12,2% (12).

Resultados: Las pacientes estudiadas fueron 98 con una edad media de 47,9 años (rango 29-79 años). Las pacientes fueron reconstruidas mediante prótesis expansoras en 86 (87,7%) casos y mediante un colgajo del músculo dorsal ancho en 9 (9,2%) casos, con una estancia media de 4,5 días (rango 2-14 días). La espera media para el recambio a una prótesis definitiva fue de 8 meses. El resto de datos clínico-patológicos los agrupamos en la tabla.

Conclusiones: En 1978 Radovan publicó la primera serie de reconstrucciones mamarias con prótesis expansoras y las definió como "un implante de silicona con base semirrígida y con una

	N (%)		N (%)
Edad		Tipo de expansor	
< 50 años	66 (67,3)	Becker 35	46 (47,0)
> 50 años	32 (32,7)	Mentor Contour	38 (38,8)
Antecedentes personales		Allergan	12 (12,2)
Fumadora	9 (9,2)	Volumen expansor	
RT adyuvante	40 (40,8)	Teórico	492,9
Cirugía previa		Real	292
MRM	69 (70,4)	Complicaciones	
MS	12 (12,3)	Seroma	7 (7,2)
M. subcutánea	12 (12,3)	Hematoma	5 (5,2)
		Infección	5 (5,2)
		Necrosis cutánea	2 (2,1)
		Extrusión	4 (4,2)
		Movilización prótesis	2 (2,1)
		Rotación de válvula	2 (2,1)
		Contractura capsular	3 (3,0)
Tiempo de reconstrucción		Qx reconstructivas posteriores	
Inmediato	26 (26,5)	Prótesis definitiva	44 (44,9)
Diferido	63 (64,3)	Retirada de válvula	23 (23,5)
		CAP	27 (27,5)
		Pexia contralateral	42 (42,8)
		Otros	4 (4,0)

entrada remota que se cierra automáticamente", denominada reservorio o válvula de inyección. En la actualidad existen numerosos tipos que se clasifican según la envoltura de silicona (de superficie lisa o rugosa), la forma (redonda o anatómica), la válvula (incorporada o a distancia) y el relleno (tipo Becker: compartimento interno que se rellena de suero fisiológico y externo relleno de gel de silicona y tipo Radovan: un único compartimento que se rellena progresivamente con suero fisiológico). Las ventajas de la utilización de prótesis expansoras son el aporte de una mama con un aspecto, color y tacto similares a la contralateral, sin secuelas en zonas donantes y mediante una técnica quirúrgica rápida de ejecutar. Los resultados definitivos con esta nueva opción requieren de más casos y de un seguimiento a largo plazo.

P-193. NEOADYUVANCIA Y CIRUGÍA CONSERVADORA EN EL CÁNCER DE MAMA

M.C. Manzanera Campillo, V. Muñoz Atienza, S. Sánchez García, F. Ruescas, E. García Santos, R. Vitón, O. del Olmo Montero, R. Pardo García, L. Rabadán y J. Martín Fernández

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos: La utilización de la quimioterapia neoadyuvante ha demostrado su eficacia en el manejo terapéutico inicial de las pacientes con cáncer de mama inoperable, convirtiéndolo en operable. Esto ha permitido extender su aplicación a pacientes con cáncer de mama en estadios más precoces, en las cuales se logran los mismos objetivos oncológicos pero con una cirugía más conservadora. Presentamos nuestra experiencia quirúrgica en pacientes con cáncer de mama tratadas con quimioterapia neoadyuvante e intervenidas quirúrgicamente y revisamos la literatura al respecto.

Material y métodos: Realizamos un estudio clínico retrospectivo de 25 pacientes intervenidas quirúrgicamente por cáncer entre enero de 2006 y marzo del 2010, las cuales habían recibido quimioterapia neoadyuvante. Las indicaciones de la quimioterapia neoadyuvante fueron: cáncer de mama localmente avanzado (> 5 cm, N+, afectación torácica, cutánea, inoperable M0), Cáncer inflamatorio de mama, estadios T2 > 3 cm y discordancia entre tamaño tumoral y mama residual si se plantea la cirugía conservadora. La pauta de quimioterápicos más utilizada tras comprobar la negatividad de los estudios de extensión (TAC toraco-abdominal, gammagrafía ósea) fue de antraciclina (adriamicina, epirubicina) y ciclofosfamida durante cuatro ciclos asociadas a taxanos (docetaxel, paclitaxel) o 5-fluorouracilo durante otros cuatro ciclos. Posteriormente se evaluó la respuesta mediante mamografía. En la práctica totalidad de las pacientes se aplicó radioterapia adyuvante (50 Gy) sobre el lecho quirúrgico. Las técnicas quirúrgicas realizadas fueron la biopsia selectiva del ganglio centinela pre-neoadyuvancia para la estadificación axilar en pacientes con la axila clínica y radiológicamente negativa y que cumplieren el resto de criterios exigidos para esta técnica, la cuantrectomía con linfadenectomía axilar ipsilateral si la reducción tumoral post-neoadyuvancia permitía esta opción conservadora con garantías oncológicas y la mastectomía radical modificada cuando esto no era posible o la paciente rechazaba la cirugía conservadora.

Resultados: Las 25 pacientes intervenidas sometidas a quimioterapia neoadyuvante presentaban una edad media de 49 años (rango 25-79) y en 11 casos (44%) referían antecedentes familiares de cáncer de mama. Los datos clínico-patológicos de las pacientes los agrupamos en la tabla. Las complicaciones derivadas de la quimioterapia neoadyuvante fueron 2 casos de dermatitis grado 3, dos casos de alopecia y dos casos en los que hubo de suspenderse el tratamiento por intolerancia hepática. Las com-

plicaciones quirúrgicas precoces fueron 3 casos de seroma y una infección de herida quirúrgica. Durante el seguimiento de las pacientes (rango 6-48 meses) no se objetivó ninguna recidiva ni exitus.

	N (%)
Edad	
> 40	19 (76)
≤ 40	6 (24)
Menopausia	
Sí	9 (36)
No	17 (64)
Tipo histológico	
Ductal	22 (84,6)
Lobulillar	4 (15,4)
Estadio	
I	1 (3,8)
IIA	5 (19,2)
IIB	6 (27)
IIIA	6 (23)
IIIB	5 (19,2)
IV	2 (7,8)
Grado histológico	
G1	3 (11,5)
G2	13 (50)
G3	10 (38,5)
Receptores hormonales	
RE+ y/o RP+	14 (53,8)
RE- y/o RP-	12 (46,2)
Régimen	
AC+D	10 (38,6)
AC	3 (11,5)
FEC	3 (11,5)
DE	5 (19,2)
Otros	5 (19,2)
Respuesta clínica global	
≥ 50%	16 (61,5)
< 50%	10 (38,5)
Adyuvancia	
HT	7 (26,9)
RT	23 (88,5)
Técnica quirúrgica	
BSGC	5 (19,2)
ROLL	2 (7,6)
CC+LA	7 (27)
MRM	17 (65,4)
Cirugía reconstructiva	4 (15,4)

Conclusiones: La administración de la quimioterapia neoadyuvante presenta múltiples ventajas: administración precoz de tratamiento sistémico, Evaluación del comportamiento biológico del tumor frente a quimioterapia, disminución del volumen tumoral permitiendo la realización de técnicas quirúrgicas conservadoras (factor pronóstico), aplicación en pacientes donde se contraindique la cirugía o donde ésta deba retrasarse (ej: embarazo). Sin embargo, no hemos de olvidar los aspectos menos ventajosos de la misma: quimiorresistencias, retraso en el tratamiento local (cirugía) en pacientes no respondedoras. Las técnicas de cirugía conservadora en el cáncer de mama favorecidas por la quimioterapia neoadyuvante permiten con una menor morbilidad un mejor resultado estético en relación a las técnicas radicales. Comparando ambos abordajes no existen diferencias significativas en cuanto a la supervivencia libre de enfermedad o resultados a largo plazo, sin embargo se ha objetivado un mayor porcentaje de recurrencias locorregionales con la cirugía conservadora en pacientes con determinados factores de riesgo: márgenes de resección positivos, edad inferior a 40 años y tumor multicéntrico e indiferenciado. Nuestra experiencia inicial con ese enfoque terapéutico del cáncer de mama ha sido satisfactoria aunque la presencia de cirugía conservadora (9 casos, 34,6%) es inferior a la de otras series y hemos de completar

el seguimiento a largo plazo de estas pacientes para obtener conclusiones definitivas.

P-194. NUESTRA EXPERIENCIA CON LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA MEDIANTE COLGAJO MIOCUTÁNEO DEL MÚSCULO LATISSIMUS DORSI

M.C. Manzanares Campillo, V. Muñoz Atienza, S. Sánchez García, F. Ruescas, E. García Santos, I. Arjona Medina, O. del Olmo Montero, L. Rabadán, R. Pardo García y J. Martín Fernández

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos: La técnica ideal de reconstrucción mamaria debe ser segura, reproducible, con mínima morbilidad sobre la zona donante y que dote de un adecuado tamaño, forma y volumen a la mama reconstruida. Existen múltiples procedimientos descritos en la literatura: expansor/prótesis, colgajo miocutáneo del músculo dorsal ancho (CDA), colgajo miocutáneo transversal del recto anterior del abdomen (TRAM), colgajos libres, etc. La técnica del CDA está indicada en pacientes con tejidos locales de mala calidad, sobre todo tras haber recibido tratamiento con radioterapia. Presentamos nuestra experiencia en la reconstrucción mamaria diferida con el CDA y revisamos la literatura.

Material y métodos: Realizamos un estudio clínico retrospectivo de las 10 pacientes reconstruidas de forma diferida con CDA durante el periodo comprendido entre enero de 2006 y enero de 2011. Las pacientes seleccionadas habían sido sometidas a mastectomía radical en un 80% (8 casos), mastectomía simple 10% (1 caso) y cirugía conservadora en 10% (1 caso) por causa neoplásica. Presentaban antecedentes de radioterapia adyuvante 80% (8 casos) y todas mostraban una cicatriz retraída con un tejido exiguo de mala calidad. El islote cutáneo oblicuo se diseñó con la paciente en posición sentada. En la primera fase quirúrgica, con la paciente en decúbito lateral se extirpó la cicatriz de la mastectomía, creándose un túnel subcutáneo hasta el borde anterior del dorsal ancho y se disecó el CDA traspasándolo a la pared anterior torácica y cerrando la herida quirúrgica dorsal. En la segunda fase, la paciente se colocó en decúbito supino y semisentada, procediéndose a la fijación del colgajo con ácido poliglicólico (Polysorb®) de 3/0 y sutura intradérmica de poliglecaprona (Monocryl®) de 4/0. En todos los casos se requirió de una prótesis/expansor adicional tipo Becker-35 para aportar volumen a la mama reconstruida. Se dejaron drenajes aspirativos en la cavidad anterior y en la herida dorsal.

Resultados: Las 10 pacientes intervenidas presentaban una edad media de 41,3 años (rango 35-57 años), dos de las cuales (10%) eran fumadoras activas. En el 70% (7 casos) el CDA se realizó en la mama izquierda y en el 30% (3 casos) en la derecha. La estancia media fue de 4,4 días (rango 2-11 días). En un caso (10%) existió congestión venosa tisular en el CDA que favoreció la extrusión del expansor y determinó su recambio. Únicamente en un caso (10%) hubo que evacuar un seroma en la zona donante. La cirugía de simetrización contralateral fue realizada en un 60% (6 casos) implantando 5 prótesis de aumento, realizando una mamopexia y 4 reconstrucciones del complejo areola-pezones. Tras un seguimiento medio de 13,5 meses (rango 4-23 meses) no se han descrito complicaciones tardías y todas las pacientes se muestran satisfechas con los resultados obtenidos.

Conclusiones: El CDA fue descrito por Hill, Schneider y Brown y popularizado principalmente por Bostwick et al en 1979. La reconstrucción mamaria con tejido antológico proporciona unos resultados más naturales y duraderos. En el CDA la secuela estética en la espalda es pequeña y la pérdida funcional inaprecia-

ble, salvo en pacientes deportistas. Como desventajas mencionar que la isla cutánea puede tener una coloración y textura diferente de la pared anterior torácica y una sensibilidad disminuida o ausente. Asimismo hemos de añadir los riesgos asociados a la utilización de una prótesis mamaria y la frecuente formación de seromas en la cicatriz dorsal en el postoperatorio. En nuestra breve experiencia los resultados preliminares han sido útiles para depurar la técnica quirúrgica, y satisfactorios en relación a la mejoría estética y de calidad de vida referida por las pacientes.

P-195. TUMEFACCIÓN MAMARIA PERSISTENTE TRAS TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

M. Martínez Borrás, M. Ortín Navarro, M. Colomina Pascual, C. Navarro Noguera, J. del Río Barcenilla, F. Arlandis Félix, L. Ferri Candela, N. Pérez Climent y C. Serra Díaz

Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy.

Caso clínico: Mujer de 45 años, sin antecedentes de interés, acude a urgencias por tumoración dolorosa y caliente en CSE de mama derecha con diagnóstico de absceso mamario, se drena y desbrida en quirófano. En el postoperatorio, se observa persistencia de la tumoración y el enrojecimiento, por lo que se decide completar estudio. Se practica biopsia con aguja gruesa, siendo el resultado de carcinoma ductal infiltrante (B5) con receptores hormonales negativos. Marcadores tumorales, CA 15.3: 34,9 y CEA: 4,1. En el estudio de extensión mediante TAC se observan múltiples adenopatías de centro hipodenso y necróticas axilares derechas y en la RM mamaria, identifican múltiples lesiones en mama derecha sospechosas de malignidad, gran cantidad de adenopatías, edema e infiltración cutánea. Comentado en Comité de Tumores Mamariorios y se decide tratamiento con quimioterapia neoadyuvante, por lo que se inicia tratamiento con Myocet (doxorubicina liposomal), administrándose 3 ciclos y ante la ausencia de respuesta al tratamiento y la evolución de la enfermedad, se decide intervención quirúrgica. En el momento de la intervención, presenta cutánide a nivel de LII de mama derecha, ulcerada. La mama derecha presenta piel de naranja y supuración activa por la zona de drenaje. Se realiza mastectomía simple, observando tumoración de gran tamaño que infiltra piel, edema importante de tejidos y adenopatías induradas y de gran tamaño a nivel axilar derecho. Debido al tamaño de la lesión y la imposibilidad de cierre del defecto, se decide realizar colgajo de dorsal ancho.

Discusión: El caso expuesto se trata de un cáncer mamario localmente avanzado que se presenta como un absceso doloroso infiltrando piel y con adenopatías de gran tamaño a nivel axilar. El diagnóstico de esta entidad se realiza por la clínica y se completa el estudio mediante pruebas radiológicas para determinar la extensión tumoral. En muchas ocasiones, las dimensiones no se pueden cuantificar adecuadamente por lo que es muy importante la realización de una resonancia magnética. El diagnóstico definitivo se hará mediante biopsia, seguida de un estudio de extensión (radiografía de tórax, ecografía hepática y gammagrafía ósea). Los objetivos del abordaje terapéutico son mejorar la supervivencia, gracias al control de la enfermedad sistémica, y el control local de la enfermedad mediante la cirugía y/o radioterapia. La tendencia actual en cuanto al tratamiento de estos tumores es la quimioterapia neoadyuvante, evaluación de la respuesta local y se completa con cirugía y/o radioterapia, seguido de quimioterapia nuevamente. A pesar de que la tasa de respuesta clínica a la neoadyuvancia es del 72 -97%, en el caso clínico presentado observamos un crecimiento local del tumor a pesar del tratamiento,

por lo que no se completaron los cuatro ciclos y se abogó por la cirugía radical.

P-196. FIBROADENOMA DE MAMA GIGANTE EN VARÓN DE 12 AÑOS

J.G. Alonso Roque, A. Sáez Zafra, C. Garde Lecumberri,
P. Torné Poyatos, A.P. Martínez Domínguez,
A. Ortega Carrasco, I. Machado Romero,
M. González Martínez y J.A. Jiménez Ríos

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: El fibroadenoma es el tumor benigno más frecuente de la mama. Se presenta como una tumoración de consistencia firme, móvil y bien delimitada. Es estrogendependiente por lo que se presenta mayoritariamente en mujeres entre 15 y 30 años. La variante juvenil aparece antes de los 20 años, es de crecimiento rápido, pudiendo llegar hasta los 20 cm de diámetro y su tratamiento definitivo es la exéresis quirúrgica. Es extraordinariamente raro en varones menores de 15 años, como sucede en el caso que presentamos a continuación.

Material y métodos: Varón de 12 años, sin antecedentes de interés que acude a la consulta de mama procedente de atención primaria por tumoración de unos 10 cm que engloba toda la superficie mamaria derecha, de crecimiento rápido, no doloroso, móvil y bien delimitado. Se practica ecografía, y biopsia con aguja gruesa llegándose al diagnóstico de fibroadenoma juvenil. La exploración axilar normal. Se decide intervención quirúrgica programada confirmándose el diagnóstico de sospecha y evidenciándose un tumor gigante, de unos 15-20 cm que engloba toda la superficie mamaria por lo que es necesario realizar mastectomía total para poder extirpar la totalidad de la tumoración, con reconstrucción mamaria incluyendo el complejo areola-pezones en el mismo acto quirúrgico.

Resultados: El estudio anatomopatológico de la pieza informó de fibroadenoma juvenil. El postoperatorio reciente transcurrió sin incidencias clínicas destacables, siendo dado de alta el paciente al tercer día postoperatorio. Actualmente el paciente se encuentra completamente asintomático, no habiendo presentado ninguna complicación durante su seguimiento en consulta y habiendo sido dado de alta por nuestra parte.

Conclusiones: El fibroadenoma juvenil gigante es un tumor muy poco frecuente, siendo extraordinariamente raro en varones menores de 15 años, pero no debe excluirse del diagnóstico diferencial ante cualquier tumoración mamaria. Es necesario realizar biopsia para diferenciarlo del tumor filodes y es recomendable su extirpación, sobre todo en varones, pues aunque no se considera factor de riesgo de cáncer, el riesgo existe si hay antecedentes familiares directos de cáncer de mama y si en la biopsia aparece hiperplasia atípica.