
PATOLOGÍA DE LA MAMA

COMUNICACIONES ORALES

O-148. GANGLIO CENTINELA TRAS QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE DEL CÁNCER DE MAMA. RESULTADOS 2 AÑOS DESPUÉS DE LA VALIDACIÓN DE LA TÉCNICA

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

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: Valorar los resultados de la técnica de la biopsia selectiva del ganglio centinela tras quimioterapia neoadyuvante (QTNA) del cáncer de mama, dos años 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 2012 se estudiaron prospectivamente 47 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. 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 35 tumorectomías y 6 mastectomías simples. 21 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 43 carcinomas ductales infiltrantes y 4 carcinomas lobulillares infiltrantes. La tasa de detección del ganglio centinela fue de un 91,5% (43/47). 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 hubo 6 positivos, pero los vaciamentos axilares fueron negativos en 4 casos y positivo en los otros 2. De los 47 pacientes se han evitado 36 vaciamentos (77%). Hasta la actualidad no se ha producido ninguna recidiva axilar.

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 dos años de aplicación confirman que se trata de una técnica efectiva y fiable.

O-149. INFLUENCIA DE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA DE LA CADENA MAMARIA INTERNA EN EL CÁNCER DE MAMA

E. Navarro Rodríguez, I. Gómez Luque, P. Rioja Torres, G. Bascañana Estudillo, M. Álvarez Benito y S. Rufián Peña

Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La presencia de metástasis en la cadena mamaria interna (CMI) se ha descrito como un factor de mal pronóstico del mismo modo que las axilares. El uso cada vez más frecuente de la linfoscintigrafía ha aumentado el interés por el estudio de la CMI cuando en ella se localiza el ganglio centinela con o sin drenaje axilar, sin haberse demostrado su impacto real en el cáncer de mama.

Objetivos: Determinar el impacto del estudio de la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) en la CMI en términos de recurrencia y supervivencia en el cáncer de mama.

Material y métodos: Estudio observacional longitudinal prospectivo sobre pacientes con realización de BSGC por cáncer de mama entre el año 2006 y 2011. Se realizaron análisis univariantes (t-test, chi-cuadrado y Kaplan-Meier) y multivariantes (Cox para supervivencia y regresión logística binaria para recurrencia) de factores de riesgo. $p < 0,05$ se consideró el punto de corte para la significación estadística.

Resultados: Se incluyeron a 889 pacientes con edad media de 55 años. De ellas, 85 presentaron drenaje a la CMI. En 40 pacientes se completó la BSGC de la CMI, siendo negativo en 36 casos y metastásica en 4 casos acompañándose también de afectación tumoral axilar. En los 45 pacientes restantes no se realizó la biopsia del ganglio centinela mamario interno. Con una mediana de seguimiento de 48 meses, la supervivencia global de la serie fue del 98,8% y la recurrencia global fue del 1,2% (una único caso de recidiva y muerte en la misma paciente). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia de las pacientes con drenaje a CMI (100% y 96,9% a 3 y 5 años) ($p = 0,031$) respecto de las pacientes con drenaje fuera de CMI (99,6% y 99,1 a 3 y 5 años) ($p = 0,002$). A su vez, no aparecieron diferencias estadísticamente significativas en la probabilidad de recurrencia en pacientes con (100% y 96,9% a 3 y 5 años) ($p = 0,031$) o sin (97,5% y 95,7 a 3 y 5 años) ($p = 0,01$) drenaje a la CMI. La realización o positividad tampoco fue factor de riesgo de supervivencia o de recurrencia.

Conclusiones: La biopsia del ganglio centinela en la CMI es una herramienta para estadiar el cáncer mamario. En nuestro estudio no se ha demostrado que el drenaje del ganglio centinela a la mamaria interna por sí mismo sea un factor de mal pronóstico, y tratándose de un gesto quirúrgico no exento de complicaciones, no permite la recomendación rutinaria de la biopsia del ganglio centinela en la CMI.

O-150. RENTABILIDAD DE LA LINFADENECTOMÍA AXILAR EN CÁNCER INVASOR DE MAMA POR MICROMETÁSTASIS EN GANGLIO CENTINELA

M. Díaz Tobarra, J. Calvete Chornet, A. Caballero Gárate, O. Burgués Gasió, C. León Espinoza, G. Báguena Requena, R. Díaz Expósito, A. Martínez Agulló y J. Ortega Serrano

Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción: El Consenso sobre Biopsia Selectiva de Ganglio Centinela (GC) de 2010 indica realizar linfadenectomía axilar (LA) ante la detección de micrometástasis en el ganglio centinela. Algunos grupos dudan de la rentabilidad de la LA en GC con micrometástasis, ya que con frecuencia, éste suele ser el único ganglio tumoralmente afecto y continúa siendo controvertido el valor de la LA en la supervivencia global y en la recidiva axila asociando tratamientos adyuvantes.

Objetivos: 1. Valorar la incidencia de micrometástasis en la biopsia selectiva de GC en pacientes con cáncer de mama invasor (CM). 2. Determinar la frecuencia de metástasis en otros ganglios no centinelas tras LA. 3. Identificar factores diferenciales de afectación ganglionar axilar por micro o macrometástasis.

Material y métodos: Entre 2007-2011 se han intervenido 652 pacientes por cáncer invasivo de mama. Se analizó GC en 246 pacientes con CM T1-2 (< 3 cm), y axila clínica y ecográficamente negativa. En 2007-8 las adenopatías axilares se analizaron por tinción histológica con hematoxilina eosina e inmunohistoquímica y desde 2009 mediante método OSNA en caso de expresar CK19 el tumor primario. Se identificó el GC por linfogammagrafía tras inyección intra-peritumoral o periareolar de 2 ml de ^{99m}Tc nanocoloide de albúmina y localización intraoperatoria con gammasonda. La identificación de macro- o micrometástasis en los GC fue indicación de LA. Se han valorado dos grupos de pacientes: Grupo A: pacientes con micrometástasis en GC y Grupo B: pacientes con macrometástasis en algún GC. En ambos grupos se han comparado la edad, tamaño tumoral, quimioterapia neo- o adyuvante, grado histológico, infiltración linfovascular, ki67, receptores hormonales de estrógenos (RE) y progesterona y Her2 neu. En el grupo A se ha valorado además el porcentaje y número de ganglios no centinelas metastásicos tras la LA.

Resultados: El estudio del GC fue negativo en 178 pacientes (72%) y positivo en 68 (28%); por macrometástasis en 47 pacientes (69%) y con micrometástasis en 21 casos lo que supone un 31% de las adenopatías metastásicas y una incidencia del 9,3% de los GC. Obtuvimos una media de 2,5 GC axilares (rango 1-5) en ambos grupos de micro y macrometástasis y en la LA se extirparon una media de 15 adenopatías. En 3 casos (15%) del grupo A se evidenció afectación tumoral axilar, como macrometástasis, en otra adenopatía axilar no centinela, inferior a al 52% en el grupo B. Las micrometástasis predominaron en pacientes > 40 años, T1, RE+ y Her2 neu negativo. El análisis bivariable de los factores de riesgo analizados en el grupo A y B demostró mayor incidencia de macrometástasis en GC en tumores T2, Her 2 positivo e infiltración linfovascular siendo las micrometástasis más frecuentes en tumores Her2 neu negativos (OR 1,34).

Conclusiones: La linfadenectomía evita infraestadificación axilar en 15% de pacientes con GC afectos de micrometástasis si bien supone solo 1.2% (3/246) de estudios de GC. Her 2 negativo se han identificado como factor diferencial entre macro o micrometástasis ante un CG positivo. No hemos podido determinar un grupo de pacientes con micrometástasis susceptibles de evitar la linfadenectomía axilar.

O-151. ESTUDIO COSTE-BENEFICIO DE LA TÉCNICA OSNA FRENTE AL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO CONVENCIONAL DEL GANGLIO CENTINELA EN EL CÁNCER DE MAMA

E. García Santos, V. Muñoz Atienza, S. Sánchez García, F.J. Ruelas García, R. Valle García, J.L. Bertelli Puche, R. Pardo García, M.C. Manzanares Campillo, M.A. Gil-Olarte Márquez, L. Rabadán Ruiz y J. Martín Fernández

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Introducción: El método OSNA (one-step nucleic acid amplification) es una técnica de detección de células tumorales en el ganglio centinela basada en la medición cuantitativa del mRNA de la CK-19, usado como marcador en el cáncer de mama gracias a su elevada expresión en las células tumorales. Posee una sensibilidad y especificidad cercana al 95% y tiene la ventaja de evitar los posibles falsos negativos de la biopsia selectiva clásica basada en cortes por congelación. De esta forma, la tasa de reintervenciones es menor con la técnica OSNA ya que no se requeriría una segunda intervención, con los costes que ello supone.

Objetivos: Comparar el coste económico del método OSNA frente al estudio histopatológico clásico llevado a cabo en nuestro Centro.

Material y métodos: Estudio retrospectivo que incluye a pacientes intervenidas de cáncer de mama entre 2009 y 2011. Con axila clínica y ecográficamente negativa. En el Grupo I se incluyeron 50 pacientes en las que se había realizado método histológico clásico y en el Grupo II otras 50 en las que se había realizado técnica OSNA. Otras variables que se incluyeron en el estudio fueron: edad, localización del tumor, tamaño, tipo histológico, estadio tumoral, tipo de intervención quirúrgica, resultado intraoperatorio del ganglio centinela, linfadenectomía axilar en la primera intervención, ganglios positivos en caso de linfadenectomía, estancia hospitalaria, complicaciones, reintervención para linfadenectomía, estancia hospitalaria en el segundo ingreso, complicaciones si las hubo, coste por día de hospitalización y coste por procedimiento.

Resultados: De forma global, las 50 pacientes en las que se realizó técnica histológica convencional de ganglio centinela tuvieron una estancia hospitalaria de 96 días, lo que supuso un total de 14.400 euros. Mientras que las 50 pacientes del grupo OSNA tuvieron una estancia global de 87 días con un coste de 13.050 euros. Ninguna de las pacientes en las que se realizó método OSNA tuvo un segundo ingreso para reintervención, mientras que en el Grupo I, 13 pacientes fueron subsidiarias de un segundo ingreso para linfadenectomía axilar tras recibir la confirmación histológica definitiva de la pieza, lo que supuso un total de 35 días de estancia y, por tanto, un coste económico de 5.250 euros. En total, se obtuvo un coste de 18.300 euros en el Grupo I frente a 14.400 euros en el Grupo II, siendo estadísticamente significativo ($p < 0,05$). En cuanto al coste por procedimiento, el Grupo I supuso un coste total de 19.975 euros, mientras que en el Grupo II, el coste fue de 9.500 euros. Sumando el coste por hospitalización y por procedimiento, se obtuvo un coste total de 38.275 euros en el Grupo I frente a 23.900 euros en el Grupo II, siendo estadísticamente significativo ($p < 0,05$).

Conclusiones: El estudio intraoperatorio mediante método OSNA supone un ahorro económico con respecto al estudio histopatológico convencional del ganglio centinela. Esta técnica evita segundos ingresos para reintervención y, por tanto, permite una reducción de costes estadísticamente significativo.

O-152. ¿ES NECESARIA LA LINFADENECTOMÍA AXILAR EN LA MUJER CON AFECTACIÓN DEL GANGLIO CENTINELA?

R. González Heredia, B. Acea Nebril, L. Calvo, S. Antolín, P. Santiago, C. Silva, L. Albaina, M. Juaneda, J. Mosquera y J.R. Varela

Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, A Coruña.

Introducción: La estadificación ganglionar en el momento del diagnóstico, es el factor pronóstico más importante para las pacientes con cáncer de mama. Además de factor pronóstico, el conocimiento del estado de los ganglios nos ayuda a seleccionar la terapia sistémica adyuvante y nos permite un mejor control local de la enfermedad. En los últimos años la biopsia selectiva ha desplazado a la linfadenectomía axilar (LA) en el estadio axilar. Esto ha supuesto una mejor calidad de vida de las pacientes, así como una disminución de las complicaciones postquirúrgicas derivadas de la linfadenectomía. Aunque la LA continúa siendo la técnica de elección en las pacientes con ganglio centinela afectado, recientemente plantea dudas como técnica de rutina, ya que parece ser que no supone un beneficio en cuanto a recidiva local y supervivencia. Además se ha visto que en un alto porcentaje, el resultado del estudio de los ganglios resultantes de la linfadenectomía axilar no modifica la terapia sistémica adyuvante inicial y que además se asocia a frecuentes complicaciones postquirúrgicas en relación con la técnica, como son el linfedema (lo más invalidante), las neuralgias y los seromas, lo que supone un aumento de la estancia hospitalaria. El objetivo de nuestro estudio es evaluar lo que realmente aporta la linfadenectomía axilar al diagnóstico y al tratamiento en el grupo de pacientes seleccionadas con ganglio centinela afecto.

Material y métodos: Realizamos un estudio prospectivo no aleatorio en mujeres diagnosticadas de carcinoma infiltrante de mama cuya estadificación axilar se realizó mediante una biopsia selectiva de ganglio centinela. El grupo estudio se definió como aquellas mujeres en las que se realizó linfadenectomía axilar por afectación del ganglio centinela. El grupo observación lo constituyeron aquellas pacientes con biopsia centinela sin linfadenectomía axilar. Se excluyeron a las pacientes con linfadenectomía axilar como método de estadificación axilar inicial, aquellas diagnosticadas de carcinoma ductal "in situ" y las que recibieron tratamiento quimioterápico neoadyuvante.

Resultados: El periodo de estudio se estableció entre el 1 de noviembre de 2001 y el 1 de noviembre de 2011. Fueron diagnosticadas 878 mujeres de carcinoma infiltrante de mama, de las que fueron excluidas 385. Finalmente 446 pacientes cumplieron los criterios de inclusión para este estudio con un seguimiento de 61,4 meses. El grupo estudio lo constituyeron 80 pacientes y el grupo observación un total de 394 enfermas. Los resultados que obtuvimos son: en el 81,5% de las mujeres, la LA no modificó la estadificación ganglionar. Ninguna de las pacientes con micrometástasis modificó su estadificación. En el análisis de las secuelas postquirúrgicas, casi el 20% de la secuelas se produjeron tras LA. Además en el 63,3% de ellas, la LA no demostró otros ganglios afectados.

Conclusiones: La linfadenectomía no supone un beneficio para el cambio de estrategia terapéutica en mujeres con micrometástasis. En la mayoría de las pacientes con afectación ganglionar, la linfadenectomía no modifi-

cará los tratamientos adyuvantes. El 70% de las complicaciones de las linfadenectomías (linfedema o neuralgia) se producen en mujeres sin afectación ganglionar tras linfadenectomía.

O-153. DESARROLLO DEL LINFEDEMA EN EL VACIAMIENTO AXILAR Y GANGLIO CENTINELA

O. Aburedwan, R. Gómez, E. Buch, S. Díaz, K. Maiocchi, M. Muñoz y F. Checa

Hospital de Sagunto, Sagunto.

Introducción: Para la valoración de la axila se ha asumido el GC como prueba diagnóstica, asociándola además a un mínimo de complicaciones, reduciendo el número de linfedemas asociado a VA. El objetivo de nuestro trabajo es determinar el desarrollo de linfedema en ambas técnicas.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio transversal en mujeres intervenidas durante los años 2005 al 2011 por cáncer de mama. Se ha utilizado el paquete informático SPSS19 para la estadística descriptiva y comparación de variables. Se han utilizado las formulas de Mortimer o de Kuhnke para la clasificación del linfedema, para lo cual se han medido el perímetros en 8 puntos a lo largo de los dos brazos obteniendo los grados del linfedema. Cálculo de la clínica hemos utilizado la puntuación del "Quick Dash" (QD) siendo el máximo de sus valores 100 equivaliendo a la mayor sintomatología.

Resultados: Se han recogido 163 mujeres con edad media de 54,76 años (DE 12,23). Con un tiempo de seguimiento mediano de 31 mes, con un máximo de 128 meses (IC95% 31,1 a 38,9). El 62% de las pacientes no han desarrollado linfedema. Existía linfedema subclínico en el 23,4% y el 14% mantiene linfedema clínico. Sólo 3% tiene linfedemas de más de 5 cm. De las pacientes con linfedema el 85% no poseen clínica. Las pacientes con VA desarrollan linfedemas con más frecuencia que las que no se les ha realizado $p = 0,031$. El riesgo de padecer linfedema con el VA es el doble al GC (OR 2,1, IC95% 1 a 4,25) pudiendo llegar a ser 4 veces superior. Las pacientes con VA han desarrollado en el 53,5% linfedemas de grado I, mientras que el 25,6% grado II y el 15,1% grado III. De las 163 pacientes 58 se les realiza sólo GC casi el 75% se acompañaba de cirugía conservadora. En el 25,9% de estas pacientes han cursado con linfedema, todos ellos de grado I. Existe diferencia significativa entre el número de ganglios centinela extraídos $p = 0,012$ siendo la media con linfedema de 2,47 y sin linfedema de 3,56. Con respecto al QD la media de nuestras pacientes ha sido de 16,32 de (DE 15,4). El QD es menor de forma significativa en las pacientes sin linfedemas que con linfedema. En las mujeres con linfedema grado I no existe diferencia con las mujeres sin linfedemas, Como es de esperar el QD aumenta de forma progresiva con el grado de linfedema.

Conclusiones: Si bien, uno de los puntos básicos para el desarrollo de la técnica del GC fue el minimizar las complicaciones y entre ellas no desarrollar linfedema, en nuestra casuística, una vez mides los brazos y no sólo la sintomatología de la paciente, se pone en evidencia que una tercera parte de las pacientes intervenidas, del total, pueden desarrollar un linfedema, habitualmente de grado bajo y poca o nula sintomatología y en el grupo de GC se reduce el riesgo de desarrollarlo hasta en 4 veces, pero no se elimina.

O-154. VALORACIÓN DE LA LINFADENECTOMÍA AXILAR EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA Y BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA (BGC) METASTÁSICO QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS DEL ESTUDIO Z0011

T. Ramos Grande, N. Macías, R. Ruano, M. Sancho, I. Silva, A. García, J.M. González-Orus y M. Ramos

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Objetivos: Actualmente el tratamiento estándar del cáncer de mama en pacientes con axila clínica y radiológicamente negativa es la biopsia del ganglio centinela (BGC), realizándose linfadenectomía axilar (LA) solo cuando es positiva. Desde el estudio Z0011 de la ACOSOG no está claro los beneficios que aporta la LA ante 1 o 2 ganglios centinelas positivos (GC+). Nuestro objetivo es evaluar las LA en pacientes con BGC+ y que cumplan las condiciones del estudio Z0011.

Material y métodos: A partir de la base de datos de la Unidad de Patología Mamaria, se analizan retrospectivamente todas las pacientes con cáncer de mama con BGC positiva y posterior LA durante los últimos siete años y que cumplan los criterios del estudio Z0011 (tumores T1-T2,

cirugía conservadora asociada a radioterapia, 1 o 2 GC+, linfadenectomía axilar con al menos 10 ganglios obtenidos, no cáncer bilateral ni multicéntrico). Se analizan el número de GC+, el número de ganglios no centinela positivos (GNC+) y su relación con el tamaño tumoral.

Resultados: En 632 pacientes se realizó una BGC y según el tamaño tumoral las pacientes se distribuyeron en 491 con T1 y 141 con T2. En total los casos con BGC+ fueron 204 (32,3%) de los cuales 146 fueron T1 y 58 fueron T2. De estos casos, a 147 se les realizó una LA y cumplían los criterios Z0011. En 110 (74,8%) la LA estaba libre de ganglios metastásicos. En el resto (37 casos, 25,2%) se observaron GNC+ siendo 24 (16,3%) casos con 1 GNC+. En el grupo T1 se encontró 1 GNC+ en el 18,6% de los casos y en 5 casos (5%) hubo más de 3 ganglios positivos en total (GC + GNC). En las LA del grupo T2 se hallaron 5 casos (11%) con 1 GNC+ y en otros 5 (11%) hubo más de 3 ganglios positivos en total (GC + GNC). Se analizan también los resultados según el número de GC+ y otras variables como grado histológico, invasión linfovascular, receptores hormonales y her2.

Conclusiones: En el 74,8% de las pacientes con BGC+ han sufrido una LA innecesaria y en el 16% se extirpó un ganglio más metastásico que podría estar en el campo de radiación de la RT mamaria. Estos datos ayudan a comprender los resultados del Z0011 y cuestionar la necesidad de la LA, sobre todo en los cánceres T1.

O-155. GANGLIO CENTINELA EN CARCINOMA DUCTAL IN SITU. EXPERIENCIA DE 190 CASOS

M.J. Giménez, M. Caballero, F. Llopis, A.M. Bayón, I. Bolúmar, F. Sancho, J. Camps, J. Bakkalian, C. Gómez, A. García y R. Estevan

Fundación Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.

Introducción: Las pacientes con carcinoma ductal in situ (CDIS) presentan una baja probabilidad de afectación metastásica ganglionar. Sin embargo, en aquellas que por la extensión del tumor, precisan de mastectomía, la estadificación axilar continúa siendo necesaria. El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de la biopsia del ganglio centinela (GC) en una serie de 190 casos de CDIS, incluyendo el análisis estadístico de los factores que pueden tener influencia en la afectación metastásica ganglionar.

Material y métodos: Desde noviembre de 1998 a enero de 2012 se ha realizado la biopsia del GC a 1.840 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama, 190 casos fueron CDIS. La edad media $\pm$ desviación estándar fue de 54,52 $\pm$ 11,5 años. El 40% fueron premenopáusicas y el 60%, posmenopáusicas. El diagnóstico se obtuvo mediante punción en el 62,1% y biopsia quirúrgica en el 37,9%. La técnica quirúrgica fue cirugía conservadora en el 67,9%, y mastectomía en el 32,1% de los casos. El GC se estudió mediante cortes seriados separados por niveles cada 250 micras y tinción con hematoxilina eosina e inmunohistoquímica en el 93,7% de los casos frente al 6,3% en los que se llevó a cabo la técnica OSNA. El análisis estadístico incluye estudio descriptivo, análisis univariante mediante tablas de contingencia y test de χ^2 y análisis multivariante mediante regresión logística binaria de los factores que pueden tener influencia en la afectación metastásica del GC (edad, estado hormonal, lesión palpable vs no palpable, receptores de estrógenos y progesterona, grado y cirugía conservadora vs mastectomía).

Resultados: El CDIS fue de alto grado en el 86,3%, grado intermedio en el 9,5% y bajo grado en el 4,2%. Los receptores de estrógenos fueron positivos en el 70% de los casos, negativos en el 26,3% y desconocidos en el 3,7%. Los receptores de progesterona fueron positivos en el 53,7% de los casos, negativos en el 42,6% y desconocidos en el 3,7%. El C-erbB2 fue positivo en el 53,2%, negativo en el 39,5% y desconocido en el 7,4%. El mapa linfogammagráfico mostró captación en axila en el 87,9%, en axila y mamaria interna en el 8,4%, sólo en mamaria interna en el 0,5%, intramamario en el 0,5% y negativo en el 2,6% de los casos. Se extirpó al menos un GC en 186 pacientes (tasa de detección 97,9%). El resultado histopatológico del GC fue negativo en 94,2%, células tumorales aisladas en el 3,2% y micrometástasis en el 2,6%. Se completó la linfadenectomía en 8 pacientes, no hallando otros ganglios afectos en ningún caso. En el análisis univariante fue significativo para la afectación metastásica el tipo de cirugía ($p = 0,003$), siendo las pacientes mastectomizadas las de mayor probabilidad de GC afecto. Del mismo modo en el análisis multivariante el tipo de cirugía fue el único factor significativo ($p = 0,021$).

Conclusiones: La biopsia del GC en el CDIS debe realizarse a todas las pacientes con indicación de mastectomía. Consideramos que no es necesario completar la linfadenectomía en ningún caso de micrometástasis en GC.

O-156. IMPACTO DE LA LINFADENECTOMÍA AXILAR EN LA RECURRENCIA DEL CÁNCER DE MAMA CON GANGLIO CENTINELA METASTÁSICO

E. Navarro Rodríguez, I. Gómez Luque, P. Rioja Torres, G. Bascullana Estudillo, R. Ciria Bru, M. Álvarez Benito y S. Rufián Peña

Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) supone una importante herramienta para el estadiaje del cáncer de mama, que en caso de ser positivo para malignidad la recomendación clásica es la linfadenectomía axilar (LA). En los últimos años se ha puesto en duda el beneficio real en términos de supervivencia y recurrencia completar la linfadenectomía en los casos de células tumorales aisladas o micrometástasis en los ganglios axilares, procedimiento que asocia una no desdeñable morbilidad.

Objetivos: Analizar la influencia de la LA sobre la tasa de recurrencia en el cáncer de mama con resultado en la BSGC de micrometástasis y células aisladas. En una segunda etapa, pretendemos determinar qué factores "a-priori" son de riesgo para recurrencia en presencia de micrometástasis y células aisladas.

Material y métodos: Se incluyeron 889 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama subsidiarias de BSGC entre enero de 2006 y diciembre de 2011. Se analizó la tasa de recurrencia en pacientes con ganglio centinela negativo y positivo, desglosada en la presencia de células positivas, micrometástasis y macrometástasis. Se compararon las tasas de recurrencia en función de la realización de linfadenectomía axilar a través de modelos univariantes y multivariantes (regresión de Cox).

Resultados: De un total de 889 pacientes incluidas se identificaron, con un seguimiento medio de 45 meses, 24 pacientes (2,7%) con recurrencia regional o a distancia. En solo 3 (0,3%) la recurrencia fue axilar, 2 de ellas con ganglio centinela negativo y una tercera con aislamiento de células aisladas sin completar vaciamiento axilar. Hubo 607 pacientes con BSGC negativo y 282 con resultado positivo, con tasas de recurrencia regional o a distancia del 2,5% y 3,2% respectivamente. Entre los casos de BSGC positivos, 43 presentaron células tumorales aisladas, 101 micrometástasis y 138 macrometástasis con tasas de recurrencia del 4,7%, 1% y 4,3% respectivamente. El grado histológico (HR = 2,481; [0,936-6,578]; $p = 0,068$), un tamaño tumoral superior a 2 cm (HR = 2,544; [0,528-12,247]; $p = 0,244$), receptores hormonales positivos (HR = 0,133; [0,036-0,494]; $p = 0,033$), la presencia de más de 2 ganglios axilares metastásicos (HR = 7,427; [1,982-27,829]; $p = 0,003$) o los diferentes grupos de edad (HR = 0,319; [0,141-0,724]; $p = 0,06$) fueron factores de riesgo o protectores independientes de recurrencia. Realizar o no vaciamiento axilar no se relacionó ni en el modelo uni- ($p = 0,328$) ni el multivariante (4,153 IC95% 0,408-49,868) con el desarrollo de recurrencia.

Conclusiones: La presencia de ganglios positivos axilares constituye un factor de mal pronóstico en el cáncer de mama. No obstante, la linfadenectomía axilar parece no tener una significativa influencia sobre la recurrencia tumoral. Teniendo en cuenta el empeoramiento en la calidad que supone para los pacientes y los avances de la terapia sistémica, podría reservarse para los casos de células aisladas y micrometástasis en la BSGC con características tumorales de mal pronóstico.

O-347. EFECTO DEL LAVADO AXILAR CON SOLUCIÓN DE GENTAMICINA SOBRE EL DÉBITO DEL DRENAJE AXILAR TRAS LINFADENECTOMÍA AXILAR EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

J. Ruiz-Tovar, P. Cansado, M. Pérez Soler, C. Llaverro, I. Oller, J. Santos, M.A. Gómez, I. Galindo y R. Calpena

Hospital General Universitario, Elche.

Introducción: La cirugía de la mama es considerada una cirugía limpia. No obstante, la incidencia de infección del sitio quirúrgico puede alcanzar hasta el 26%, siendo la contaminación del campo quirúrgico probablemente mucho mayor, pero cursando de forma subclínica. Estudios histopatológicos han demostrado en numerosos tejidos que, ante la presencia de microorganismos, los conductos linfáticos aumentan su luz para favorecer la expulsión de los mismos. Todo ello se traduce en un aumento del flujo linfático. Por ello, creemos que la presencia de contaminación axilar, aparentemente subclínica, pueda manifestarse como aumento del débito por el drenaje axilar.

Material y métodos: Realizamos un estudio prospectivo aleatorizado de mujeres intervenidas de linfadenectomía axilar por cáncer de mama durante el año 2011. Se aleatorizaron en 2 grupos: Grupo 1 (tras la linfadenectomía axilar se realizó un lavado de la axila con 500 ml de suero salino) y Grupo 2 (se realizó un lavado con 240 mg de gentamicina diluidos en 500 ml de suero salino). Antes y después de realizar los lavados se tomaron muestras con hisopo del hueco axilar para cultivo microbiológico. Se cuantificó el débito del drenaje axilar.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes, 10 en cada grupo. La tasa de contaminación del hueco axilar fue del 40% en ambos grupos, creciendo *Staphylococcus epidermidis*, *Propionibacterium* spp y otros gérmenes de la flora saprófita de la piel. En el cultivo después del lavado del Grupo 1, la tasa de contaminación seguía siendo 40%, mientras en el Grupo 2 fue 10%, creciendo un *Staphylococcus epidermidis* resistente a gentamicina. El débito total del drenaje axilar hasta su retirada fue 448 ml en el Grupo 1 y 151,5 en el Grupo 2 ($p = 0,005$). La mediana de tiempo de mantenimiento del drenaje fue 7,5 días en el Grupo 1 y 3,5 días en el Grupo 2 ($p = 0,004$).

Conclusiones: Los lavados axilares con gentamicina reducen la tasa de contaminación axilar, lo que se traduce en un menor débito por el drenaje, que permite una retira más precoz.

O-348. UTILIDAD DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE MAMA Y SU INFLUENCIA EN LA DECISIÓN QUIRÚRGICA

V. Turrado Rodríguez, A. Moral Duarte, J.I. Pérez Pérez, B. Espina Pérez, R. Domínguez Caro, M. Clos Enríquez y M. Trías Folch

Hospital de Sant Pau i de la Santa Creu, Barcelona.

Introducción: La utilidad de la RNM mamaria, complementando la mamografía y la ecografía, reside en el poder de detección de otros tumores sincrónicos en la misma mama o en la contralateral, así como establecer unas dimensiones más ajustadas del tumor primario. Esto teóricamente permite realizar una intervención apropiada y disminuir el número de reintervenciones, si bien hay datos discordantes a este respecto. Por otra parte la detección de lesiones obliga a realizar exploraciones adicionales que aumentan las molestias a la paciente y cuando resultan negativas, únicamente consiguen retrasar el tratamiento inicial del tumor. A la vista de los diferentes resultados publicados hemos realizado un estudio para determinar la efectividad de la RNM en nuestro centro y ver cómo influye en la decisión quirúrgica, estableciendo la correlación con los hallazgos anatomopatológicos.

Material y métodos: Se han tomado los datos de las RNM mamarias practicadas entre enero de 2006 y septiembre de 2011 de nuestra base de datos en la que se recogen de forma prospectiva todos los datos clínicos, epidemiológicos, quirúrgicos y anatomopatológicos. En todos los casos se trató de pacientes previamente diagnosticadas de carcinoma in situ o infiltrante de la mama, mediante mamografía y/o ecografía y corebiopsia. Se registró la información adicional proporcionada por la RNM, si esto obligó a la realización de nuevas exploraciones, si éstas fueron útiles, y cómo la RNM influyó sobre el tratamiento quirúrgico, la intervención realizada y el resultado anatomopatológico.

Resultados: Se incluyeron 214 casos. La RNM aportó información adicional en el 41% de los casos (mayor extensión 14%, otra lesión homolateral en el 13% y contralateral en el 4%, o la combinación de varios hallazgos 9%). En más del 50% no aportó información adicional y en más del 8% no se apreció la presencia del tumor. En el 25% de casos obligó a realizar exploraciones adicionales, de las cuales se consideraron útiles el 58%. Sólo en el 18% del total de pacientes la información generada por la RNM provocó un cambio en el tratamiento. El cambio más frecuente fue la realización de una mastectomía en lugar de cirugía conservadora (44%), cambio a tratamiento sistémico primario (25%) y una resección más amplia en el 20%. Sólo en 1 caso se indicó la mastectomía que no hubiese sido necesaria. Las reintervenciones se realizaron en el 7,5% de los casos.

Discusión: Menos de un 20% de pacientes obtienen un beneficio de la RNM, a expensas de realizar exploraciones adicionales en el 25% de las pacientes que en más de un 40% de las ocasiones no son útiles y retrasan el tratamiento. Sólo en casos aislados se ha realizado un tratamiento excesivo debido a la información aportada por la RNM. La tasa de reintervenciones en este grupo ha sido menor que en nuestra serie general (13%).

O-349. MASTECTOMÍA PROFILÁCTICA CONTRALATERAL (MPC): EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

N. Macías Hernández, T. Ramos Grande, V. Lorenzo, J.M. González-Orús, A. García Plaza, I. Silva Benito y M. Ramos Boyero

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Introducción y objetivos: En los últimos años, se detecta en USA un incremento exponencial en la realización de este tipo de procedimientos, sin que se conozca con certeza cuáles son sus causas. En Europa existen pocos estudios al respecto, con resultados poco significativos. Se intuye una sobreindicación de estas cirugías, que reducen el riesgo de cáncer contralateral pero sin que se demuestre un aumento en la supervivencia. Se conocen diversos factores asociados a este fenómeno: edad joven, antecedentes familiares de cáncer de mama, utilización de RMN, reconstrucción inmediata o intentos fallidos de cirugía conservadora, características tumorales, raza blanca caucásica y cirujanos mujeres jóvenes. Las indicaciones para este procedimiento se limitan a: pacientes de alto riesgo de cáncer de mama contralateral, con difícil seguimiento o motivos de simetrización o reconstructivos. Presentamos la experiencia de nuestra Unidad respecto a este fenómeno.

Material y métodos: Estudio retrospectivo desde enero de 2005 a abril de 2012 mediante base de datos propia de la Unidad, analizando los aspectos epidemiológicos, clínico-patológicos y tipos de cirugía que presentan las pacientes intervenidas de mastectomía profiláctica contralateral.

Resultados: En el periodo del estudio, se intervinieron 25 pacientes con cáncer de mama a la que se le realizó MPC, con edad media de 43 años (rango 34-59). Se realizó MPC sincrónico, en el mismo momento de la cirugía del cáncer inicial, en 16 pacientes (64%), siendo metacrónico en el resto. Se llevó a cabo reconstrucción inmediata en el 96%. El porcentaje total de mastectomías con reconstrucción inmediata se elevó en los años del estudio desde un 23% a un 32%. La evolución anual fue de tendencia al incremento, desde 1 MPC en 2005 a 7 en 2011. Los motivos para realizar el MPC fueron: deseo expreso de la paciente en 23 casos (47%), mama contralateral de riesgo en 19 casos (39%), y dificultad para el seguimiento en 3 (6%). Hasta un 72% de las pacientes son trabajadoras en el ámbito sanitario o tienen relación familiar estrecha con profesionales sanitarios. Se analizaron los tipos de cirugía realizados y sus complicaciones, así como su relación con los tratamientos adyuvantes.

Conclusiones: Se observa un incremento en la realización de MPC en los últimos años, tratamiento agresivo, irreversible e innecesario en algunas pacientes, no siempre relacionado con un mayor riesgo de cáncer de mama contralateral, y que no contribuye a aumentar su supervivencia. La gran relevancia que tiene el deseo de la paciente, ya sea por cancerofobia o por deseo de simetría en el tratamiento reconstructivo inmediato, hace intuir que la causa de este aumento de la MPC se encuentra en el proceso de toma de decisiones y el consejo médico sobre riesgo y alternativas terapéuticas.

O-350. MANEJO DE LAS PRÓTESIS MAMARIAS P.I.P. COMO UNIDAD DE REFERENCIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. PROTOCOLO A SEGUIR Y RESULTADOS OBTENIDOS

I. Oller Navarro, M.D.P. Cansado Martínez, J. Ruiz-Tovar Polo, I. Galindo Benito, L. Armañanzas Ruiz, M.A. Gómez Correcher, P. Moya Forcep, J. Santos Torres, A. Arroyo Sebastián, M. Díez Tabernilla y R. Calpena Rico

Hospital General Universitario, Elche.

Introducción: La rotura de las prótesis mamarias P.I.P (poly-implant-prothese) ha supuesto una alarma social en los últimos años. Ante la elevada frecuencia de rotura y tras el aviso de las autoridades europeas en el cese del uso, el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) ha establecido un protocolo para el diagnóstico, manejo y seguimiento de las pacientes portadoras de dichas prótesis.

Material y métodos: Desde la Unidad de Patología Mamaria del Hospital General Universitario de Elche establecida como una de los centros de referencia en la Comunidad Valenciana, presentamos los resultados obtenidos tras el seguimiento desde que se activó el programa.

Resultados: El protocolo para el manejo y seguimiento de estas pacientes comienza en el Call Center (centro telefónico) donde una vez las pacientes llamen, se les dará las indicaciones para iniciar el proceso. Posteriormente será el SAIP (Servicio Atención e Información al Paciente) el que

coordinará las citas en consulta con los distintos especialistas, tanto para la realización de pruebas de imagen (a todas se les realiza ecografía mamaria), como para la entrevista personal y exploración física en las consultas de la Unidad de Patología Mamaria. Hasta la fecha se han recogido los datos de un total de 167 mujeres, portadoras de prótesis mamarias P.I.P. los resultados obtenidos son: tras la realización de la prueba de imagen diagnóstica, ecografía mamaria, el 39% presentan rotura protésica, de éstas el 70% son extracapsulares. Del total de pacientes con rotura protésica el 20% presentan rotura bilateral, del 80% con rotura unilateral, se observa un predominio en la prótesis mamaria derecha con un porcentaje del 70% (la mayoría de las pacientes son diestras y posiblemente este mayor resultado para el lado derecho sea de origen traumático). En cuanto a los siliconomas se ha detectado que el 43% de las pacientes con rotura protésica, presentan siliconomas visualizados con ecografía. La edad media de las pacientes resultó 39 años (intervalo 22-68 años). Todas las prótesis fueron colocadas en el ámbito de la cirugía privada, por razones estéticas, sin patología de base. El primer año en el que comenzaron a colocarse las prótesis consta del año 2000 y el último en 2009. Con un predominio en los años 2005/2006, por lo que el mayor número de prótesis con roturas corresponden a estos años. Como unidad de referencia, una vez diagnosticada la rotura, se recomienda el explante protésico. Entorno al 90% de las pacientes, deciden acudir a la medicina privada, ante el deseo de un nuevo implante, para en el mismo acto quirúrgico realizar el explante y la colocación de nuevas prótesis mamarias.

Conclusiones: El 39% de las pacientes portadoras de prótesis P.I.P. que hemos estudiado presentan rotura protésica. El 43%, además muestran diseminación de silicona en ganglios axilares (siliconomas). Una vez determinada la rotura es imprescindible el explante. Pero el 90% de las pacientes prefieren el reimplante, lo que no es gestionado por el Sistema Nacional de Salud, por lo que acudirán a la medicina privada.

O-351. RM EN LA EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA DEL CÁNCER DE MAMA EN LA MUJER JOVEN

N. Estellés Vidagany, R. Martínez García, N. Peris Tomás, G. Garrigós Ortega, J.A. Díez Ares, A. Martínez Pérez, R. Sospedra, V. García Fons, E.M. Martí, F. Blanes y M. Martínez Abad

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Introducción: El cáncer de mama en la mujer joven (< 40 años) es muy poco frecuente (< 7%). La dificultad diagnóstica es mayor por las características de la mama. Muchos autores consideran indispensable la RM en la evaluación prequirúrgica del cáncer de mama pero el bajo valor predictivo, alto coste, variabilidad interobservador y su dudosa repercusión en recidiva local y supervivencia hacen que se cuestione el uso rutinario preoperatoriamente.

Objetivos: Analizamos si la implantación de la RM como método diagnóstico y su uso rutinario en la estadificación preoperatoria del cáncer de la mama en la mujer joven ha modificado la elección de la técnica quirúrgica.

Material y métodos: Realizamos un estudio observacional descriptivo analizando 2 periodos de 5 años no consecutivos de mujeres jóvenes diagnosticadas de cáncer de mama previo y tras la implantación de la RM. Recogemos 57 pacientes divididas en dos grupos: grupo A (pre-RM): 30, periodo 1998-2002; grupo B (era RM): 22 periodo 2007-2011. Analizamos forma de presentación, tamaño tumoral por mamografía-ecografía y por RM, administración de neoadyuvancia, tipo de cirugía e histología

Resultados: Grupo A: edad media 36 años [29-40], 80% clínica nódulo palpable, tamaño medio por mamografía-ecografía 25,4 mm (10-60 mm). AP 86,7% carcinoma ductal infiltrante. 10 pacientes con neoadyuvancia (33,3%). Grupo B: edad media 35 años [28-40], 89% clínica nódulo palpable, tamaño medio por mamografía-ecografía 26,6 mm (5-100 mm) y por RM 31,9 mm (10-60 mm). AP 77,2% carcinoma ductal infiltrante. 15 pacientes con neoadyuvancia (68%). Exponemos dos tablas sobre el tratamiento en cada uno de los dos grupos. El tamaño tumoral medido por RM fue superior en todos los casos al medido por técnicas convencionales, en dos casos motivó cambio en la actitud terapéutica. En 5 casos detectó multifocalidad sin modificar la actitud. No se detectó bilateralidad.

Conclusiones: El cáncer de mama en la mujer joven es una enfermedad locorregionalmente avanzada al diagnóstico 33% estadio > II; 31%N+ (al diagnóstico). Desde el uso rutinario de la RM para el estadiaje prequirúrgico observamos: 1. No se ha modificado la tasa de mastectomías 66% A/54%B; 2. Los hallazgos de la RM sólo determinan un cambio en la actitud terapéutica en 2 pacientes; en el resto, no cambia el estadio; 3. 5/22 pacientes (22%) identifica multifocalidad sin modificar el tratamiento; 4. No se detectó bilateralidad. El uso de RM no parece haber modificado el tipo de cirugía realizada, encontrándonos datos muy similares en los dos periodos. Pese a la limitación de los datos, la RM rutinaria en el estadiaje prequirúrgico en la mujer joven no genera cambios en la actitud terapéutica, por lo que quizá deberíamos plantearnos como señalan varios autores, limitar su uso a determinadas indicaciones: carcinoma lobulillar infiltrante, sospecha de multifocalidades.

O-352. FACTORES PREDICTORES DE MÁRGENES POSITIVOS EN CIRUGÍA CONSERVADORA DEL CÁNCER DE MAMA

M.D. Ayllón Terán, A.B. Gallardo Herrera, A.S. Cadenas Febres, R. Ciria Bru, P. Rioja Torres, G. Bascuñana Estudillo y S. Rufián Peña

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La cirugía conservadora (CC) en el tratamiento del cáncer de mama pretende evitar grandes resecciones manteniendo los mismos resultados oncológicos. Sin embargo, es necesario resear el tumor con márgenes libres suficientes para evitar la recurrencia local.

Objetivos: Identificar factores preoperatorios que puedan predecir el riesgo de márgenes afectos y así beneficiarse estos casos de resecciones más amplias en la primera intervención.

Material y métodos: Se recogieron datos demográficos, clínicos, radiológicos y patológicos de todas las pacientes sometidas a cirugía conservadora por carcinoma de mama en la Unidad de Patología Mamaria del HURS desde enero del 2006 hasta diciembre del 2010. Se realizaron análisis univariantes y multivariantes (regresión logística) para identificar factores predictores de afectación de márgenes.

Resultados: De un total de 706 pacientes sometidos a CC, excluimos 42 pacientes por tener datos faltantes, histología definitiva benigna o tratarse de enfermedad recurrente. El 8,4% de las piezas quirúrgicas tuvieron márgenes afectos (< 1 mm), 19,4% cercanos (1 mm-2 mm) y 70,8% negativos (> 2 mm). Fueron reintervenidas 66 pacientes (9,9%), 46 de ellas mediante ampliación de márgenes (70%) y 20 (30%) mediante mastectomía. Sólo 21 (31,8%) tuvieron tumor residual en la pieza de ampliación. Con una mediana de seguimiento de 45 meses se detectaron sólo 30 recurrencias (4,5%), siendo 7 de ellas locales, 1 en la mama contralateral y 22 a distancia. En el análisis univariante la presencia de microcalcificaciones en mamografía (p = 0,028), la ausencia de diagnóstico preoperatorio que

Tabla 1. (O-351)

Grupo A					Grupo B				
Estadio	Cir. conservadora		Mastectomía		Estadio	Cir. conservadora		Mastectomía	
	QT. neoady	Sin QT. neoady	QT. neoady	Sin QT. neoady		QT. neoady	Sin QT. neoady	QT. neoady	Sin QT. neoady
I		7		6	I		3		1
IIA	1	2	3	4	IIA	2	1	3	2
IIB			6	1	IIB	4		2	1
IIIA					IIIA			3	
	10 (33%)		20 (66%)			10 (45%)		12 (55%)	

confirme malignidad ($p = 0,045$), la presencia de componente in situ en el diagnóstico histológico tanto prequirúrgico ($p = 0,016$) como posquirúrgico ($p = 0,037$) y la presencia de componente intraductal extenso ($p = 0,02$) se encontraron asociados con la afectación de márgenes. En el análisis multivariante, el tamaño mayor de 30 mm en mamografía ($OR = 2,36$ [1,1-5,03]; $p = 0,02$), la presencia de componente in situ en la histología ($OR = 2,42$ [1,24-4,73]; $p = 0,01$), la necesidad de arpon por tumor no palpable ($OR = 4,1$ [1,19-14,2]; $p = 0,02$) y la ausencia de confirmación de malignidad prequirúrgica ($OR = 0,033$ [0,002-0,69]; $p = 0,02$) fueron factores independientes de predicción de márgenes afectos. A su vez, las dos primeras fueron los únicos factores de riesgo independientes para tener márgenes cercanos ($OR = 0,45$ [0,22-0,97]; $p = 0,04$) y ($OR = 2,43$ [1,26-4,7]; $p = 0,08$), respectivamente. El subtipo histológico de CA lobulillar ($OR = 0,076$ [0,008-0,718]; $p = 0,024$) fue un factor de riesgo para la presencia de enfermedad residual en la pieza de la reintervención. En nuestra serie la supervivencia a los 5 años alcanza el 93% y la supervivencia libre de enfermedad el 92,2%.

Conclusiones: La no confirmación de malignidad en biopsia prequirúrgica, el uso de arpon para resección, un tamaño tumoral en mamografía mayor de 30 mm y componente in situ en el resultado histológico preoperatorio, han resultado ser factores predisponentes para presentar márgenes afectos, por lo que este grupo de pacientes podría beneficiarse de resecciones más amplias que garanticen una resección segura. Las pacientes con márgenes afectos tras una cirugía conservadora, que presenten además un subtipo histológico lobulillar se beneficiarían de una reintervención para ampliación de márgenes o incluso mastectomía.

O-353. TUMORECTOMÍA MAMARIA GUIADA POR ROLL: BENEFICIOS Y RESULTADOS

A. Coret Franco, C. Montesinos Melia, A. Bañuls Matoses, U. Ponce Villar, M. Díaz del Rio, R. Blasco Piqueras, C. Rodero Astaburuaga, F. Peiró Monzó, J. Seguí Gregori y F. Caro Pérez

Hospital Francesc de Borja de Gandía, Gandía.

Objetivos: Presentar el proceso de realización técnica y hospitalaria, así como nuestra experiencia con la técnica ROLL (radioguided occult lesion localization), en el tratamiento de las lesiones de mama no palpables, desde los años 2006 a 2012.

Material y métodos: Se realiza un estudio de una serie retrospectiva de pacientes con lesiones mamarias no palpables (LNP) intervenidas mediante la técnica ROLL en nuestro centro, revisando su asociación con la biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC): SNOLL (sentinel node and occult lesion localization), en las lesiones malignas. La técnica utilizada para el marcaje de las lesiones, fue la inyección de macroagregados de albúmina en la técnica ROLL, y nanocoloide de albúmina en la técnica SNOLL, ambos marcados con Tc99, realizándose posteriormente gammagrafía de comprobación. El marcaje para BSGC, se solicitó en las lesiones con biopsia previa de malignidad, y en aquellas altamente sospechosas por biopsia y/o métodos de imagen, siempre que la exploración clínica y radiológica axilar fuera negativa. La exéresis de la LNP y la BSGC se llevó a cabo con ayuda de una sonda detectora de radiaciones gamma, practicándose un estudio intraoperatorio de las piezas de tumorectomía, ampliándose en caso de afectación o proximidad de los márgenes inferior a 0,5 cm. En una gran parte de las pacientes se realizó en marcaje de GC, realizándose vaciamiento axilar si el estudio intraoperatorio resultaba positivo.

Resultados: En un periodo de seis años (enero 2006-marzo 2012), fueron intervenidas 101 pacientes (107 lesiones), 100 lesiones malignas (9 tras quimioterapia neoadyuvante) y 7 benignas. La edad media fue de 54 años, y 63 mujeres eran remitidas por la UPCM (Unidad de prevención del cáncer de mama). Las lesiones mamográficas encontradas fueron: 51 nódulos, 17 acúmulos de microcalcificaciones, 9 distorsiones, 2 lesiones estrelladas, 1 asimetría y combinaciones entre éstas. Se realizó BAG previa en 93 pacientes, que no fue concordante con la histología definitiva en 13 casos, siendo en 12 de éstas el diagnóstico por BAG de menor entidad. Se realizó marcaje con clips metálicos de la lesión en 9 lesiones, ya que estas recibieron quimioterapia neoadyuvante previa. Las pacientes fueron remitidas la mañana previa a la intervención al hospital de referencia, en el cual se realizaba el marcaje de las lesiones, y en 74 casos, asociándose el marcaje del GC. La resonancia magnética mamaria se solicitó en 80 casos (79,2%, solicitándose en el 100% de las lesiones sospechosas de malignidad en los últimos dos años) suponiendo un cambio de actitud quirúrgica en 6 casos. En cuanto a

los resultados quirúrgicos, se consiguió exéresis de la lesión mamaria en todos los casos (100%), preciándose reintervención para ampliación de márgenes en 9 pacientes (8,9%), a pesar de la negativización del marcaje de la sonda en lecho tumoral. En dos casos se requirieron 2 reintervenciones por persistencia de márgenes afectos. El porcentaje de afectación axilar fue del 20%. En el estudio anatomopatológico definitivo se encontraron: en las lesiones benignas, 2 fibroadenomas y 5 mastopatías fibroquísticas. En las malignas, las lesiones más prevalentes fueron 65 CDI, 18 CDIS, 4 CDIS con microinfiltración, 6 CLI y una respuesta completa a QT. El tamaño medio de las lesiones malignas fue 1,1 cm.

Conclusiones: La técnica ROLL es un procedimiento seguro y que tiene un 100% de efectividad en nuestra serie, ofreciendo un alto porcentaje de márgenes quirúrgicos libres. Resulta cómoda para las pacientes, sencilla en su ejecución, y permite la realización de BSGC en el mismo acto quirúrgico, por lo cual en nuestro servicio se ha establecido como técnica de elección para la exéresis de LNP mamarias.

O-354. UTILIDAD DEL LIPOFILLING EN RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

L. Rabadán Ruiz¹, R. Pardo García², R. Barriga Sánchez¹, M.I. Hernanz Hernández¹, P. Urios Valero¹, P. Galindo Jara¹, E. Esteban Agustí¹, A. Pueyo Rabanal¹, M. Cea Soriano¹, C. García Llorente¹ y J. Garjo Álvarez¹

¹Hospital de Torrejón, Torrejón. ²Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos: Mostrar nuestra experiencia en reconstrucción mamaria mediante transferencia de grasa autóloga o lipofilling.

Material y métodos: Descripción de la técnica quirúrgica. Preparación del campo quirúrgico aplicando una solución de clorhexidina alcohólica en la zona donante (abdomen, flancos o caderas) y en la mama receptora. Preparación de solución con 1.000 cc de Ringer lactato con una ampolla de adrenalina (1 mg) al 1/1.000 conectada mediante un sistema de suero de alta presión a una cánula multiorificios para lograr anestesia tumescente. Se realiza la liposucción a baja presión con jeringas Luer-Lock de 10 cc y cánulas de 3 mm para preservar la viabilidad de los adipocitos. Se extrae el émbolo de las jeringas, colocando el tapón específico y se rellenan hasta 10 cc con grasa procedente del lipoaspirado. Centrifugado durante 3 minutos a 3.000 rpm en condiciones estériles. Vaciado cuidadoso de las fases distal y proximal de la jeringa, y conservación de la fase central o grasa centrifugada que será utilizada para el trasplante. Trasvase de la grasa centrifugada a jeringas Luer-Lock de 1 cc que quedan preparadas para la inserción de la grasa en la zona receptora mediante cánulas de 2 mm de diámetro.

Resultados: Desde la introducción de la técnica se han realizado 10 procedimientos en 9 pacientes. La indicación ha sido reconstrucción de defectos mamarios tras cirugía conservadora en 5 pacientes, mejora final de la reconstrucción mamaria en 2 pacientes y preparación del lecho de mastectomía para colgajo de dorsal ancho tras proceso infeccioso o radioterapia en 2 casos. La edad media de las pacientes fue de 44 años. La cantidad de grasa implantada media fue de 125 cc (rango 65-210). El tiempo operatorio medio fue 117 minutos (rango 95-150). No se han producido complicaciones en la zona receptora. En la zona donante se objetivó un hematoma postoperatorio en 5 pacientes con resolución espontánea. En todos los casos se evidenció una mejora estética y de la consistencia física de la mama (almohadillado, aspecto de piel). La reabsorción de la grasa y pérdida de volumen es constante y en cuantía variable en las distintas pacientes.

Conclusiones: La reconstrucción mamaria con grasa autóloga procedente de lipoaspirado se ha mostrado un procedimiento versátil, con buenos resultados, baja tasa de complicaciones y bajo coste. El procedimiento exige un alto grado de coordinación y experiencia del equipo quirúrgico, para minimizar el tiempo operatorio y optimizar los resultados.

O-355. USO DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN CIRUGÍA CONSERVADORA POR CÁNCER DE MAMA

G. Tadeo Ruiz, M.A. Corral Sánchez, F. Sánchez de Pedro, A. López y C. Moreno Sanz

Hospital General La Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

Introducción: El régimen estándar de radioterapia adyuvante tras la cirugía conservadora en el cáncer de mama, comprende la administra-

ción de fracciones diarias de 50 Gy en la totalidad de la mama durante 5 semanas. La aplicación adicional de una dosis de 10-16 Gy en el lecho tumoral conduce a un excelente control local del tumor, con tasas de recurrencia local de alrededor de un 6% en 10 años de seguimiento. En algunos casos seleccionados con bajo riesgo de recidiva local, el concepto de radioterapia parcial acelerada ha ganado un gran interés con diversos métodos.

Material y métodos: Disponemos en nuestro centro del dispositivo INTRABEAM [Carl Zeiss Surgical, Oberkochen, Germany] para radioterapia intracavitaria basado en una fuente miniaturizada de rayos X que emite hasta 50 kV como máximo. El dispositivo es portátil y no requiere blindaje del quirófano. Las precauciones que se deben seguir son las mismas que cualquier aparato de rayos. El dispositivo tiene un brazo móvil donde se sitúa un aplicador esférico, que se introduce dentro de la cavidad del lecho tumoral. La intensidad de la dosis y el tiempo de radiación son calculados dependiendo del calibre del lecho tumoral por un radiofísico y un especialista radioterapeuta. Las pacientes son previamente informadas y firmados los consentimientos. La aplicación del dispositivo es realizada por el cirujano tras la exéresis del tumor y el informe intraoperatorio de que los bordes están libres. Se realiza alrededor de la herida quirúrgica un cierre parcial a modo de bolsa de tabaco, para que todo el lecho quede en contacto con el aplicador esférico. El paciente es monitorizado desde el antequirófano mediante cámaras. Si durante la administración de la radiación ocurre algún evento anestésico, el procedimiento es inmediatamente interrumpido. Tras la administración de la dosis el procedimiento se realiza según la técnica habitual. Las pacientes son incluidas en el estudio multicéntrico europeo TARGET-II (Targeted intraoperative radiotherapy versus whole breast radiotherapy for breast cancer). Los criterios de inclusión son los siguientes: Administración de RIO parcial como tratamiento único: 1. Pacientes mayores de 65 años. 2. Indicación de cirugía conservadora. 3. Carcinomas ductales o lobulillar infiltrante. 4. Receptores estrógeno y progesterona ++. 5. Tumores menores de 2 cm. 6. Ausencia de multifocalidad o multicentricidad. Administración de RIO parcial como BOOST con posterior RT externa: 1. Indicación de cirugía conservadora. 2. Ca ductales o lobulillar infiltrante. 3. Tumores menores o iguales a 3 cm. 4. Ausencia de multicentricidad o multifocalidad.

Resultados: Desde abril 2011 hasta abril 2012 se ha realizado RIO a 11 pacientes, la edad media es de 63 años (49-76). La estancia media ha sido de 3,27 días (2-5). No se han recogido complicaciones inmediatas y se ha observado mayor incidencia de infección de la herida quirúrgica 18,1% (2 casos) que ha aparecido a los 28 y 43 días de la intervención. Los resultados estéticos han sido excelentes. En 5 pacientes se realizó la técnica como boost, con posterior RT externa. En 6 pacientes se realizó como único adyuvante, ofreciendo a la paciente la conclusión del tratamiento en un solo procedimiento.

Conclusiones: La radioterapia intraoperatoria es un método que presenta la ventaja de ofrecer una excelente delineación del lecho del tumor bajo control visual, homogeneidad de la dosis, y preservación del tejido normal circundante ofreciendo excelentes resultados estéticos y permitiendo, en algunos casos, realizar la totalidad del tratamiento en un solo procedimiento.

POSTERS

P-013. VALORACIÓN AXILAR DE 178 PACIENTES CON GANGLIO CENTINELA POSITIVO

F. Vicente García, A. Calvo Benito, A. Córdoba Iturriagaogaita, R. Trujillo Ascanio, M.A. Sanz de Pablo, S. Amoza País, A. Rico Arrastia, G. Marín, J.I. Otegui Altolaguirre y J.M. Lera

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Introducción: El estadiaje axilar ha sufrido grandes cambios en los últimos años habiendo pasado de la linfadenectomía sistemática al ganglio centinela y linfadenectomía cuando este era positivo y más recientemente se aboga por no efectuar ningún otro gesto en determinados casos. Por

otro lado el conocimiento del estado axilar siempre se ha considerado como uno de los mejores factores predictivos de evolución. Esta situación ha llevado a la controversia sobre la conveniencia de realización de linfadenectomía axilar en casos con ganglio centinela positivo. El objetivo de nuestro trabajo es presentar la valoración de los casos con ganglio centinela positivo y el estado axilar tras la linfadenectomía tras más de 10 años de experiencia con esta técnica.

Material y métodos: Estudiamos una serie de 178 pacientes con cáncer de mama y ganglio centinela axilar positivo a los que se practicó linfadenectomía. Se efectúa un estudio descriptivo de la serie en cuanto a edad, tipo histológico, grado histológico, presencia de infiltración linfovascular, fenotipo, tamaño de la lesión, número de ganglios centinela, tipo de afectación ganglionar, afectación de ganglios de la linfadenectomía (no centinelas) y tipo de afectación de los mismos, tiempo de evolución y situación actual de las pacientes. Se efectúa un estudio comparativo según la afectación o no de ganglios no centinela utilizando el programa SPSS 15.0 aplicando las pruebas de t de Student para variables cuantitativas y chi cuadrado para cualitativas.

Resultados: La edad media de las pacientes ha sido de 58,9 años. El 77,5% eran portadoras de Carcinoma ductal infiltrante y el 9,6% de carcinoma lobulillar infiltrante. El tamaño medio de la lesión ha sido 1,78 ($\pm$ 0,98). Se ha aislado un ganglio centinela en el 43,8% de los casos y en el 37,6% dos. En el 59,6% de los casos la afectación era como macrometástasis y en el 40,4% como micrometástasis. En el 23% de los casos (41) se detectó afectación de ganglios no centinela en la linfadenectomía, de los que 34 presentaban afectación metastásica del centinela y 7 presentaban micrometástasis en el mismo. Con un tiempo medio de evolución de 41,6 ($\pm$ 34,6) meses se ha producido progresión de la enfermedad en 9 casos (5,1%). Al comparar las variables estudiadas en relación con la afectación de ganglios no centinela se ha encontrado que existe relación estadística con el tamaño de la lesión ($p = 0,015$), número de ganglios centinela positivos ($p = 0,04$), afectación linfovascular ($p = 0,016$) y tipo de afectación de ganglio centinela ($p = 0,001$). No se ha encontrado relaciones significativas entre afectación de ganglio centinela y el resto de las variables.

Conclusiones: La afectación única del ganglio centinela representa un porcentaje elevado de casos (77%). Cuando la afectación del ganglio centinela se presenta como macrometástasis en el 32,1% de los casos se encuentran ganglios afectados en la linfadenectomía. Cuando la afectación del ganglio centinela se presenta como micrometástasis en el 9,7% de los casos se encuentran ganglios afectados en la linfadenectomía. La afectación linfovascular en el tumor aumenta el riesgo de afectación de ganglios no centinela.

P-014. FACTORES EN EL FALLO DE LA IDENTIFICACIÓN DEL GANGLIO CENTINELA EN CARCINOMA MAMARIO

F. Vicente García, A. Calvo Benito, E. Goñi Gironés, R. Trujillo Ascanio, C. Artieda Soto, M. Mellado Rodríguez, M.A. Sanz de Pablo, A. Vesga, S. Amoza y J.M. Lera Tricas

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Introducción: La estadificación axilar mediante técnica de ganglio centinela en axila clínica y radiológicamente negativa se ha impuesto en la práctica senológica. Existe un bajo porcentaje de casos en los que no se identifica el ganglio en la intervención. El objetivo de nuestro trabajo es identificar factores que puedan influir en el fallo de la técnica (migración e identificación del ganglio centinela -IGC-).

Material y métodos: Estudiamos 588 casos sometidos a biopsia de ganglio centinela (junio 2003/junio 2011), por el mismo equipo quirúrgico. Se analizan: edad, índice de masa corporal (IMC), patrón mamográfico, tipo histológico, tamaño histológico, técnica de marcaje (isotópica o combinada), tipo de cirugía (radical o conservadora). El estudio estadístico de la serie se ha realizado utilizando el programa SPSS 9.0 con las pruebas de χ^2 y Anova.

Resultados: La edad media de las pacientes ha sido 58,1 años (27-87). El 51,3% de las pacientes presentaba un IMC superior a 25. El 47,8% presentaba una lesión nodular en la mamografía. El 86,6% tenían un carcinoma infiltrante (70,6% C. ductal infiltrante). El tamaño medio patológico ha sido 1,4 ($\pm$ 1,44). En el 63,9% de los casos el marcaje ha sido isotópico y asociado a colorante (azul de metileno) en el resto. En el 78,7% la inoculación del isótopo ha sido intratumoral, en la técnica combinada el colorante se inyectó retroareolar. En el 76% de los casos se ha realizado cirugía conservadora. La identificación del ganglio se ha realizado con

gammacárea portátil Sentinella en el 21,2% de los casos y en el resto con sonda Gammaprobe 2000. No se ha identificado migración del isótopo en 11 casos (preoperatoriamente ni intraoperatoria) y la IGC no ha sido posible en 11 casos que presentaban migración en gammagrafía previa, lo que representa (22/588) el 3,7% del total). En el estudio estadístico se ha observado una relación inversa entre IMC y migración del isótopo tanto en valoración cuantitativa ($p = 0,005$) como cualitativa ($p = 0,03$). La IGC se ha relacionado inversamente con el valor cuantitativo de IMC ($p = 0,011$) y no cuando se le considera cualitativamente ($p = 0,09$). La edad se ha relacionado inversamente tanto con la migración ($p = 0,048$) como con la IGC ($p = 0,034$). No se han encontrado relaciones con ninguna de las demás variables estudiadas.

Conclusiones: El IMC puede influir tanto en la migración como en la identificación del ganglio centinela. No hemos encontrado diferencias entre la técnica isotópica y la combinada para la localización del ganglio centinela.

P-015. AFECTACIÓN DE MÁRGENES Y TASA DE REINTERVENCIÓN EN CIRUGÍA CONSERVADORA DEL CÁNCER DE MAMA. RESULTADOS EN NUESTRO CENTRO

M.J. Cases Baldó, M.A. Verdú Fernández, M.P. Guillén Paredes, J. Aguilar Jiménez, L. Carrasco González, B. de Andrés García, M.S. Muelas Martínez, M. Martínez, J.I. Gil, M.A. Chaves y J.L. Aguayo Albasini

Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia.

Introducción: Diversos estudios prospectivos han demostrado que no existen diferencias de supervivencia entre la cirugía conservadora (CC) con radioterapia y la mastectomía. Aunque con la CC, se obtienen tasas de recaída local algo mayores (10% a 10 años frente al 5%) se desconoce el papel de la recaída local en la supervivencia. La afectación del margen quirúrgico, condiciona el factor de riesgo más importante para la recaída local. El objetivo de nuestro trabajo es describir los resultados obtenidos (la tasa de margen afecto y reintervención) en el tratamiento de las pacientes con cáncer de mama sometidas a CC. Los datos de este estudio forman parte de un estudio multivariante no concluido que tiene como objetivo identificar los factores clínicos, histológicos y radiológicos que pueden predecir la afectación de márgenes en la CC.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de cáncer de mama en nuestro hospital entre 2008-2010 y que fueron seleccionadas para la realización de CC, asociando o no biopsia selectiva de ganglio centinela o vaciamiento axilar (BSGC/VA) o tras tratamiento neoadyuvante. El estudio mamario se realizó mediante, mamografía, eco y RNM. En los todos los casos se realizó diagnóstico anatomopatológico preoperatorio mediante BAG/BAV o PAAF previo a la intervención quirúrgica. En los casos en los que se identificaron focos adicionales por RNM se realizó reevaluación mediante eco y PAAF. Se consideró como positivo el margen afecto por tumor próximo como margen libre < 1 mm.

Resultados: Se incluyeron un total de 281 pacientes de las cuales 51 habían recibido previamente tratamiento neoadyuvante. El 100% de los casos fueron mujeres con una edad media de 55,81 años. 128 pacientes presentaban síntomas clínicos (45,5%); 131 lesiones eran palpables (46,6%). En el 98,9% de casos se realizó estudio mamográfico y ecográfico y en el 87,7% de casos RNM. El diagnóstico anatomopatológico se confirmó de forma preoperatoria por BAG, PAAF o BAV guiada por eco o estereotaxia en el 95% de casos. Se colocó arpón localizador en 181 pacientes y se realizó BSGC en 208 pacientes. El resultado de la BSGC fue positivo en 25 pacientes y se realizó VA en 86 casos. En el estudio histológico final 83% correspondieron a carcinoma ductal infiltrante (CDI) y la tasa de margen afecto fue 46 casos (16,37%), margen libre en 203 y margen próximo en 32. Fueron reintervenidas un total de 66 pacientes (46 por margen afecto y 20 por márgenes próximos y factores de riesgo). Se realizó ampliación de margen en 42 y mastectomía directa en 20, en 4 pacientes se realizó ampliación de margen y una tercera reintervención para mastectomía.

Conclusiones: La CC de mama es el tratamiento estándar para tumores en estadio I y II. La tasa de margen afecto en nuestro estudio está dentro del rango publicado, no obstante es necesario identificar factores que ayuden a convergir márgenes quirúrgicos libres y disminuir la tasa de reintervención.

P-016. ¿QUÉ INDICACIÓN TIENE LA CIRUGÍA EN EL TRATAMIENTO DE LOS LINFOMAS MAMARIOS?

O. Ferro, J. Soria, A. Caballero, J. Calvete, G. Báguena, O. Burgués, J.A. Pérez-Fidalgo, M. Díaz y A. Martínez Agulló

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción: Los linfomas primarios de mama (LPM) se pueden originar del tejido linfóide adyacente a los ductos y lóbulos mamarios, de los nódulos linfoides intramamarios o del tejido linfóide asociado a mucosas. Representan un 2,2% de los linfomas no Hodgkin extraganglionares, y son generalmente de tipo B. Los linfomas no Hodgkin son los tumores secundarios más frecuentes de la mama. La incidencia en conjunto es menor del 0,5% de las neoplasias mamarias.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia con una serie de 10 casos de linfomas de mama (LM), señalando las características clínicas, metodología de diagnóstico, tratamientos empleados y supervivencia global.

Material y métodos: Entre los años 1990 y 2011 en la Unidad de Patología Mamaria se han atendido un total de 5246 pacientes con cáncer de mama. Según criterios de Wiesseman y Liao, se estableció el diagnóstico de LM en 10 casos (0,19%), 7 corresponden a LM primarios y 3 a LM secundarios. Analizamos el tipo histológico según clasificación de la OMS, el estadio siguiendo los criterios de Ann Arbor, el rendimiento diagnóstico de las técnicas de imagen, los tratamientos empleados y la supervivencia de las pacientes.

Resultados: La edad media es de 55,75 años (rango 27-82 a). La presentación clínica más frecuente (7 casos) fue como nódulo mamario, único o múltiple, de crecimiento rápido, acompañado de adenomegalias axilares o supraclaviculares en 9 pacientes. La mamografía y ecografía fueron inespecíficas para el diagnóstico, detectando uno o varios nódulos de densidad homogénea sin morfología estrellada ni microcalcificaciones (6 casos). Ecográficamente se manifiestan como nódulos hipocogénicos de bordes lobulados en 9 casos. El diagnóstico se estableció por estudio histológico tras biopsia BAG en cinco casos, y biopsia quirúrgica en las otras cinco pacientes. En nuestra serie, el linfoma difuso de células grandes fenotipo B es el más frecuente (50%), siendo de tipo folicular en 2, y de células pequeñas y linfoplasmocitario en los restantes pacientes. Los LM se clasificaron en estadios I en 2 casos, IIE en tres, con 1, 1 y 2 caso en estadios III, IIIE y IV respectivamente. El tratamiento inicial de elección fue quimioterapia con esquema CHOP (ciclofosfamida, adriamicina, vincristina y prednisona), asociado a radioterapia en estadios precoces. El tratamiento quirúrgico con fines de citoreducción se indicó en 6 pacientes, realizando cirugía conservadora en 5 y mastectomía en 1 caso. Con una mediana de seguimiento de 68 meses (32-136 m) la supervivencia en LPM en remisión completa es 40% a los 5 años.

Conclusiones: 1. Pese a su rareza hay que sospechar un linfoma de mama cuando coexistan una tumoración mamaria indolora de rápida evolución con afectación ganglionar múltiple cérvico-axilar. 2. La mamografía y la ecografía tienen una escasa especificidad en el diagnóstico de los LM siendo lesiones lobulares e hipocogicas sin microcalcificaciones. 3. El tratamiento de elección de los LM es la quimioterapia y/o radioterapia. El tratamiento quirúrgico se debe reservar como "debulking" o citoreductor de volumen tumoral siendo preferible la cirugía conservadora de mama.

P-017. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 108 CASOS DE CÁNCER DE MAMA EN MUJERES JÓVENES

S. Amoza País, A. Calvo Benito, F. Vicente García, F. Domínguez Cunchillos, R. Trujillo Ascanio, M.A. Sanz de Pablos, C. Artieda Soto, G. Marín y J.M. Lera Tricas

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Introducción: La edad es uno de los factores de riesgo del cáncer de mama. El 5% ocurren en mujeres menores de 40 años. Son tumores más agresivos y se asocian a un peor pronóstico. Revisamos en nuestra serie las características clínicas, radiológicas, histopatológicas, la supervivencia global y libre de enfermedad.

Material y métodos: Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo, estudiando 108 pacientes menores de 40 años con tumores malignos de mama (octubre de 1992-noviembre de 2011) lo que supone un 4,8% de los tumores tratados en nuestro centro. Para el diagnóstico se realizó mamografía y ecografía a todas las mujeres, RNM en el 31% (realizadas a partir del 2008), ecografía axilar en 54 casos (50%) y biopsia en todas las pacientes.

Resultados: La edad media de nuestras pacientes fue 36 años (26-40). El motivo de consulta más frecuente fue el nódulo en 80 casos (74%) y en el momento del diagnóstico 27 (25%) presentaban adenopatías axilares palpables con adenopatías axilares palpables en 27 pacientes (25%). El 32,4% de las pacientes presentaban antecedentes de patología mamaria benigna y el 28,7% antecedentes familiares de cáncer de mama. El patrón radiológico más frecuente fue el nódulo solitario o asociado a otros patrones en 55 casos (50,9%). En cuanto al tratamiento, 13 pacientes recibieron neoadyuvancia con quimioterapia. En 49 casos (45,4%) se realizó cirugía conservadora y en 59 (54,6%) cirugía radical. De las pacientes tratadas con cirugía radical al 49,1% se le realizó reconstrucción inmediata. Se practicó estudio del ganglio centinela en 36 casos (33,3%) siendo positivo 13 de ellos. Del total de linfadenectomías realizadas (81 casos) hubo afectación axilar en 58 pacientes (53,7% del total). El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante en el 79,6%. El tamaño medio fue de 2,6 cm (0,1-9) y la media de adenopatías axilares aisladas fue de 14 (5-25) y la media de afectadas 3,6 (0-18). Se evidenciaron receptores hormonales de estrógenos positivos en el 64,8% de los casos y de progesterona en el 52,77%. Durante el seguimiento de las pacientes, con media de 75 meses, se han perdido 2, del resto en el momento actual, 85 (80,1%) están libres de enfermedad y 21 (19,81%) han presentado progresión tumoral con un intervalo libre de enfermedad de 38 meses, falleciendo 19 de estas con una supervivencia global de 68,65 meses.

Conclusiones: La incidencia en nuestra serie del cáncer de mama en mujeres jóvenes es de 4,8%. El tumor más frecuente es el carcinoma ductal infiltrante con afectación axilar en el momento del diagnóstico del 53,7%. En nuestra serie una de cada 5 pacientes presenta progresión de la enfermedad.

P-018. EXTIRPACIÓN DE LAS LESIONES MAMARIAS NO PALPABLES (LNP) MEDIANTE ECOGRAFÍA INTRAOPERATORIA (EIO): 6 AÑOS DE EXPERIENCIA

T. Ramos Grande, J.C. Díez, A. García, I. Silva, J.M. González-Orus y M. Ramos

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Objetivos: Las LNP de la mama han sufrido un incremento debido a los programas de detección precoz del cáncer de mama. Junto con la mamografía podemos detectar las LNP mediante ecografía y/o resonancia magnética. Nuestro objetivo es mostrar la evolución de la localización-extirpación de las LNP desde la introducción de la EIO realizada por los cirujanos de una unidad de patología mamaria (UPM).

Material y métodos: Se analizan retrospectivamente todas las LNP extirpadas durante el período 2005-2011 de nuestra UPM. Se evaluó cronológicamente el tipo de técnica utilizada (guía metálica o EIO), así como el número y proporción de cánceres extirpados.

Resultados: Durante el período 2005-2011 hemos observado un incremento en el número de LNP (de 104 a 168) incrementándose fundamentalmente las LNP malignas (de 49 a 108). La utilización de la EIO se ha ido incrementando siendo utilizada en el último año en el 73% (123/168) de las LNP. Por el contrario, la utilización de la guía metálica (GM) se ha visto reducida un 54% (de 99 a 45), siendo utilizada únicamente en aquellas LNP no detectadas mediante ecografía preoperatoria (fundamentalmente microcalcificaciones). La proporción final de cánceres de las LNP extirpadas se incrementó de un 47% en el 2005 a un 64% en el 2011. En el último año el 44% de las LNP extirpadas con GM y el 72% con EIO el diagnóstico final fue de carcinoma.

Conclusiones: La localización-extirpación de las LNP mamarias mediante EIO ha ido desplazando, en nuestra UPM, a la guía metálica, con lo que hemos conseguido un mayor confort para la paciente y una disminución de los servicios hospitalarios (radiología) con lo que se consigue un menor gasto sanitario.

P-019. BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA EN EL MELANOMA

E. Soliveres Soliveres, A. García Marín, M. Mella Laborde, S. Pérez Bru, C. Nofuentes Riera, P. Luri Prieto, A. Candela Gomis, V. Núñez Rodríguez, F. Orts Micó, M. Díez Miralles y S. García García

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

Objetivos: La biopsia del ganglio centinela (BCG) se emplea para determinar aquellos pacientes que se beneficiarían de una linfadenectomía dis-

minuyendo la morbilidad asociada. El objetivo del trabajo es analizar nuestra experiencia en el uso de BCG en pacientes con melanoma en nuestro centro y determinar si existen factores predictores de positividad del GC.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes a los que se les realizó BCG por melanoma en un período de 10 años (febrero de 2002 y marzo de 2012). Criterios de inclusión para su realización: estadio la con factores de riesgo (satelitosis, invasión vascular, ulceración, Clark IV-V, regresión tumoral > 75% o extirpación incompleta con margen profundo afecto), Ib, IIa, IIb y IIc (si buen estado general). Las variables cuantitativas fueron definidas por la mediana y percentiles (25; 75) mientras que las variables lo fueron por frecuencia y porcentaje. Test estadísticos: a) Variables cualitativas: chi cuadrado. b) Variables cuantitativas: Mann-Whitney y t Student (si distribución normal: test de Kolmogorov-Smirnov). Se consideró que el resultado fue significativo cuando la $p < 0,05$.

Resultados: De los 88 pacientes incluidos, 44 fueron varones (50%) y 44 mujeres (50%), con una mediana de edad de 58 años (41-70). Distribución anatómica de los melanomas cutáneos (87): miembros inferiores 36 (40,9%), miembros superiores 19 (21,6%), tronco 31 (35,2%) y cabeza y cuello 1 (1,1%). Localizaciones BANS: 20 (22,7%). Tamaño tumoral: 1,2 cm (0,8-1,75). a) Tipo histológico (n = 72): extensión superficial (43, 59,7%), nodular (24, 33%), lentiginoso acral (3, 4,2%), desmoplásico (1, 1,4%), sobre lentigo maligno (1, 1,4%). Tipo de crecimiento (n = 52): vertical (47, 90,4%) y radial (5, 9,6%). Índice de Breslow: 1,82 (1,1-3,1), con la siguiente distribución en grupos: I (2; 2,3%); II (36; 40,9%); III (36; 40,9%); IV (13; 14,8%). Niveles de Clark fueron: II (3; 6,3%); III (26; 54,2%); IV (16; 33,3%); V (3; 6,3%). Ulceración: 28 (31,8%). Infiltrado linfocitario peritumoral en 33 (37,5%) e intratumoral en 34 (60%). Regresión tumoral (5). Estadio tumoral pre BCG: Ia (12, 13,8%), Ib (33, 37,9%), IIa (19, 21,8%), IIb (12, 13,8%), IIc (11, 12,6%). Linfogramagrafía: a) GC identificados: 2 (1; 2). b) Lateralidad: derecha (30, 34,1%), izquierda (45, 51,1%) y bilateral (13, 14,8%). c) Localización: única (71, 80,7%), doble (16, 18,2%) y triple (1, 1,1%). Drenaje linfático múltiple (17): tronco 15 (88,2%) (dorsal 10, lumbar 3, pectoral 1 y abdominal 1), miembros superiores 1 (5,9%) e inferiores 1 (5,9%). El resultado definitivo de la BCG fue positivo en 14 casos (15,9%) y negativo en 74 (84,1%). El análisis de los factores relacionados con la positividad del ganglio centinela mostró que el parámetro con significación estadística fue el espesor tumoral ($p = 0,042$).

Conclusiones: 1. La linfogramagrafía preoperatoria es necesaria para la correcta localización del drenaje linfático. Las localizaciones múltiples del GC fueron más frecuentes en el tronco, principalmente en cara posterior. 2. La BCG permitió seleccionar candidatos a linfadenectomía. El único factor predictor de resultado positivo del GC fue el índice de Breslow.

P-020. CÁNCER DE MAMA EN EL VARÓN. NUESTRA EXPERIENCIA Y PRESENTACIÓN DE UN CASO DE NEOPLASIA BILATERAL

P. González Noguera, J. Ballester, J. Casterá, J. Lorenzo, M. Gómez, S. Mariner, V. Ricart, J. Cano, J. Cuevas y L. Gisbert

Hospital Universitario de la Ribera, Alzira.

Introducción: El cáncer de mama en el varón constituye aproximadamente el 1% de todos los cánceres de mama. En nuestra serie desde el año 2000 hemos intervenido a 15 pacientes, uno de ellos bilateral.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de carcinoma de mama en nuestro hospital desde enero de 2000 hasta la fecha; y presentamos el caso de un paciente con neoplasia bilateral.

Resultados: En nuestra serie se han intervenido un total de 1.554 pacientes por neoplasias de mama entre los cuales hay 15 varones (0,96%), con una edad media de 68,8 años (rango 52 a 83 años). En la exploración física en todos los casos se notaba nódulo a la palpación, en 5 casos (33%) existía también retracción del pezón y en 1 caso (7%) presentó telorragia. En 3 pacientes existían antecedentes familiares de primer grado de cáncer de mama (20%). El diagnóstico se realizó mediante mamografía y PAAF y/o BAG en todos los casos. Un paciente fue tratado con quimioterapia neoadyuvante (7%) por neoplasia localmente avanzada con ganglios positivos. El tipo de cirugía realizado ha sido mastectomía simple más ganglio centinela en 12 casos (75%); en 7 casos el ganglio centinela fue negativo (58%), en 3 casos micrometástasis (25%) con linfadenectomía axilar negativa; y 2 casos macrometástasis (17%) tb ambos con linfadenectomía posterior negativa. En los otros 4 casos (25%) se ha realizado mastectomía radical modificada con linfadenectomía axilar, 3 casos eran del prin-

cipio de la serie cuando aún no estaba validada la técnica del ganglio centinela y durante la fase terapéutica sólo ha habido 1 caso con ganglios positivos diagnosticado preoperatoriamente por PAAF axilar. El tamaño tumoral medio ha sido de 16 mm (rango 2 a 30 mm). Todos los pacientes presentaron receptores hormonales positivos. Tan sólo 2 pacientes (14%) presentaron c-erb-2 positivo +++. En cuanto al tratamiento adyuvante 4 pacientes (27%) recibieron quimioterapia + radioterapia, 2 pacientes (13%) quimioterapia sola y 2 pacientes (13%) radioterapia sola; todos (100%) recibieron tratamiento con hormonoterapia. En el seguimiento con un promedio de 55 meses (11-126) han fallecido 3 pacientes; 2 por causas no relacionadas con el cáncer de mama y 1 caso (7%) por progresión de la enfermedad con metástasis pulmonares, pleurales y hepáticas a los 6 meses de la intervención. El resto de los pacientes 12 (80%) están libres de enfermedad.

Conclusiones: El cáncer de mama en el varón es una patología rara, con una incidencia estabilizada. El esquema de tratamiento sigue los mismos esquemas que en las mujeres, pudiéndose realizar neoadyuvancia en casos avanzados y realizando tratamiento quirúrgico con mastectomía y ganglio centinela y/o linfadenectomía axilar. Después hay que valorar tratamiento adyuvante con quimioterapia y/o radioterapia y/o hormonoterapia.

P-021. CARCINOMA PAPILAR INTRAQUÍSTICO DE MAMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA ATÍPICA

M. Medarde-Ferrer¹, R. Pardo², R. Rovira¹, C. Serra¹ y E. de Caralt¹

¹Consorci Hospitalari de Vic, Vic. ²Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Introducción: El carcinoma papilar intraquístico es un tipo histológico de cáncer de mama que ocurre en 1-2% de las mujeres. Puede asociarse a carcinoma ductal in situ (46%) o a un carcinoma invasor (36%). Existen muy pocos casos descritos de carcinoma papilar en mujeres premenopáusicas y un solo caso en el que el debut clínico es en forma de hemorragia cutánea postraumática.

Caso clínico: Mujer de 35 años de edad, sin antecedentes familiares ni patológicos de interés, se presenta con un hematoma postraumático en el cuadrante superior de la mama derecha. Tras 4 meses el hematoma no disminuye y aparece de forma súbita una secreción sanguinolenta por el pezón, motivo por el cual acude para evaluación a la Unidad de Mama. A la exploración presenta una masa de 4 centímetros de diámetro que ocupa los cuadrantes superiores. La ecografía informa de nódulo de 33 mm de diámetro mayor con componente sólido y líquido, compatible con hematoma en fase de resolución. Se identifica importante zona de vascularización de tipo arterial aparentemente dentro del componente sólido que no puede descartar origen neoplásico papilar. La Resonancia nuclear magnética muestra una imagen multilobulada de 29 mm sospechosa de malignidad. Se practica biopsia con aguja gruesa eco-guiada que muestra fragmentos de carcinoma papilar de mama sin evidencia de infiltración del estroma. Las células neoplásicas muestran el siguiente perfil inmunohistoquímico: CK-19: 100% de (+). RE: 90% de (+). RP: 90% de (+). BCL-2: 100% de (+). Ki-67: 15% de (+). C-ERB-2: Positivo (+++/+++). Ki-67: Negativo (+) débil del 20%. Ante los hallazgos se decide intervención quirúrgica practicándose mastectomía con reconstrucción inmediata y biopsia selectiva del ganglio centinela. La anatomía patológica informa de pieza de mastectomía subcutánea con carcinoma papilar intraquístico G2, asociado a carcinoma intraductal de patrón papilar. Los bordes de resección se encontraban libres de tumor. La biopsia de ganglio centinela es negativa para la presencia de células tumorales.

Discusión: Las lesiones papilares comprenden un amplio espectro en cuanto a su clínica, comportamiento, características morfológicas y potencial maligno. Suele presentarse como masa palpable y/o telorragia en mujeres posmenopáusicas. La prueba idónea para su detección es la ecografía. La mamografía puede mostrar una masa oval bien delimitada frecuentemente a nivel retroareolar. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico. La característica más importante para identificar proliferaciones papilares malignas de los papilomas intraductales benignos es la pérdida de células mioepiteliales entre las papilas. La PAAF presenta una sensibilidad variable. No hay guías claras en el tratamiento del carcinoma papilar de mama. El tratamiento principal es la exéresis quirúrgica. La radioterapia no ha demostrado mejorar la supervivencia y la hormonoterapia podría ser de utilidad ya que la mayoría de estos tumores presentan receptores de estrógeno positivos. El pronóstico del carcinoma papilar puro es excelente, con supervivencia cercana al 100% a los 5 años.

P-022. CÁNCER DE MAMA BILATERAL EN VARÓN

H. Subirana Magdaleno, C. Buqueras Bujosa, J. Robres Puig, A. García Arias, L. Heras López y S. Ruiz Macarrilla

Hospital General de Hospitalet, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: El cáncer de mama en el varón representa aproximadamente el 1% de los cánceres de mama que se diagnostican y entre el 0,1% y el 0,2% de todas las neoplasias en el varón, siendo la presentación bilateral de mayor rareza (< 1%). La incidencia anual se sitúa en unos 0,7 casos/100.000 varones. En el 92% de los casos se trata de un carcinoma ductal infiltrante. La edad de presentación más frecuente es entre los 60 y los 70 años y los factores de riesgo que se proponen son las anomalías genéticas (BCRA-2), sd. Klinefelter, historia familiar de cáncer de mama, exposición a radiaciones y alteraciones hormonales como obesidad o alteraciones testiculares. Presentamos un caso de un paciente varón con neoplasia de mama bilateral.

Caso clínico: Paciente varón de 74 años con antecedentes de gonartrosis rodilla derecha, EPOC, hernioplastia inguinal izquierda e intervención quirúrgica por fractura fémur y tibia derechos. No presentaba antecedentes familiares ni alteraciones hormonales y/o genéticas. Fue remitido a Unidad de Patología mamaria por dolor e invaginación del pezón de mama izquierda de unos 2 meses de evolución. No refería antecedente traumático ni secreciones ni mastitis. A la exploración se evidencia una leve ginecomastia bilateral, palpándose nódulo retroareolar en mama izquierda de unos 15 mm junto a retracción del complejo areola-pezón y un importante eccema en el pezón. Resto de exploración normal. Los marcadores tumorales (CEA y CA 15.3) resultaron negativos. La mamografía bilateral altamente sugestiva de malignidad bilateral BI-RADS 5, siendo la BAG guiada por ecografía positiva para cambios compatibles con carcinoma ductal infiltrante bilateral con microcalcificaciones. En mama izquierda presencia de necrosis, clasificándose como cT1cN0 bilateral. El estudio ecográfico axilar no demostró adenopatías sospechosas. En el estudio de extensión (radiografía de tórax y ecografía abdominal) no aparecen imágenes sugestivas de metástasis. Se realiza mastectomía bilateral con biopsia ganglio centinela bilateral, precisando en mama izquierda de una mastectomía radical modificada por positividad del ganglio centinela ipsilateral en el estudio preoperatorio. El estudio anatomopatológico definitivo se informa como CDI bilateral, G2, ganglio centinela axilar derecho negativo por inmunohistoquímica y positividad de 2 ganglios en la linfadenectomía axilar izquierda. En cuanto a la inmunohistoquímica y factores pronósticos el resultado fue: RH(+). HER-2(-) p53(-) y Ki 67(-) en ambas mamas (fenotipo Luminal A). La clasificación definitiva según AJCC fue pT1cN1aM0 en mama izquierda y pT1bNsn0(i-) M0 en la mama derecha y según protocolo de nuestra Unidad se decide tratamiento adyuvante con radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia.

Discusión: El cáncer de mama en el varón ha sido considerado durante mucho tiempo como una curiosidad médica, siendo la presentación clínica, la patología y la historia natural similares a la mujer, no así el pronóstico. Nuestro paciente no presentaba alteraciones genéticas, hormonales ni antecedentes neoplásicos familiares. La mayoría de los pacientes se presentan con estadios localmente avanzados. La localización central le brinda peor pronóstico y al tener menor parénquima mamario en el varón la invasión linfática axilar es precoz, como en el caso de nuestro paciente. También coincide con la literatura el resultado anatomopatológico; el carcinoma ductal infiltrante es el más frecuente, así como, la presentación fenotípica tipo luminal A.

P-023. DETECCIÓN AXILAR BILATERAL DE GANGLIO CENTINELA EN TUMOR DE MAMA DE LOCALIZACIÓN INFRECUENTE

G.J. Fernández-Díaz, N. Torres Waldhaus, B. Doblado Cardellach, E. Colmenarejo García, M. Di Martino, M.D.M. Naranjo Lozano y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en la mujer, así como la primera causa de muerte entre los 40-50 años. Son tumores de crecimiento lento y que en estadios precoces tienen una supervivencia del 95% a los 5 años. La afectación ganglionar de la axila supone el factor pronóstico más importante en ausencia de metástasis a distancia, disminuyendo drásticamente la supervivencia cuando apare-

cen metástasis ganglionares. Es en este contexto donde la técnica del ganglio centinela adquiere gran importancia. Bajo el concepto de que la afectación o no del primer ganglio linfático de drenaje predice la presencia o ausencia de afectación tumoral regional, se realiza un estudio morfofuncional basado en el depósito del radiotrazador y colorante en los ganglios linfáticos de forma secuencial y ordenada. El número de ganglios que muestran actividad al radiotrazador es variable, siendo el ganglio centinela el que presenta mayor marcaje nuclear, extirpándose aún así, todos aquellos positivos para la radiosonda. En la literatura prácticamente la totalidad de los casos la localización del ganglio centinela es ipsilateral a la mama afecta. Presentamos el caso de un tumor de mama de localización poco frecuente que presentó ganglios centinelas en ambas axilas y discutiremos los aspectos relacionados.

Caso clínico: Mujer de 68 años, con antecedentes de HTA y dislipemia, menarquia a los 13 años. Menopausia a los 50 años y un parto a los 23 años, que presenta una lesión cutánea a nivel del surco intermamario. Exploración: mamas con ptosis grado II-III. Tumoración en región intermamaria en cuadrante inferointerno de mama derecha. Analítica: CEA 1,07 ng/ml; CA15.3 25,2 U/ml. Resto normal. Mamografía: sin hallazgos patológicos. Ecografía mamaria: nódulo subcutáneo en surco intermamario 17 × 12 mm. No adenopatías axilares significativas. RM mamaria: tumor único en línea intermamaria lateralizado hacia lado derecho con infiltración de músculo pectoral derecho y piel. En el comité multidisciplinar se decidió tratamiento conservador y ganglio centinela. En estudio nuclear del ganglio centinela se objetiva migración para el radiotrazador de un ganglio a ambas regiones axilares. Se realiza extirpación bilateral de ambos ganglios centinelas, hallándose microinfiltración del centinela derecho y negatividad del centinela izquierdo. Cirugía conservadora: resección segmentaria de mama de cuadrante infero-interno con mamoplastia de rotación inferior. El estudio histológico de la pieza muestra un carcinoma ductal infiltrante. Bordes libres. Receptores hormonales positivos, C-erb/B2-. Postoperatorio sin incidencia. La paciente fue remitida al servicio de Oncología radioterápica para tratamiento adyuvante.

Discusión: Generalmente el drenaje linfático de la mama es hacia la axila ipsilateral o a través de la mamaria interna. La existencia de un drenaje a la axila contralateral es extremadamente rara. En nuestro caso el drenaje del radiotrazador hacia ambas axilas se deba probablemente a la localización intermamaria del tumor. Creemos que es importante descartar la existencia de un drenaje linfático a la axila contralateral en aquellos tumores de mama cercanos a la línea media. No se realizó linfadenectomía axilar al hallarse tan sólo microinfiltración ganglionar, actitud ampliamente apoyada por la evidencia actual.

P-024. APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DEL GANGLIO CENTINELA EN UN HOSPITAL COMARCAL. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 262 PACIENTES

C. Serra Genís, M.J. Martínez Araque, J. Autonell Reixach, M. Medarde Ferrer, R. Rovira Saperas, J. Ribe Pie, R.M. Franquesa Grané, M.D. Baulenas Nadeu y E. de Caralt Mestres

Hospital General de Vic, Vic.

Objetivos: Presentar los resultados globales obtenidos con la aplicación de la técnica del ganglio centinela (GC) y analizar la utilidad o no del vaciamiento ganglionar axilar diferido, en las pacientes con afectación ganglionar en el estudio patológico definitivo del GC.

Material y métodos: En el Hospital General de Vic de noviembre del 2003 a noviembre de 2010 (7 años), fueron intervenidas 526 pacientes por cáncer de mama. Se indicó la técnica del GC a 275 pacientes (52,3%), aplicando los criterios de consenso nacional y el protocolo institucional. 136 pacientes (52%) se diagnosticaron a través del programa de screening de cáncer de mama. Se incluyeron 3 varones en el estudio. La inyección del trazador intratumoral (0,3 ml) se realizó en un centro de referencia 24 horas antes de la intervención. Se practicó la exéresis radioguiada del ganglio o ganglios centinelas con una sonda gamma portátil. Se realizó estudio intraoperatorio por congelación de los GC y de forma diferida se añadió, al estudio histológico, técnicas de inmunohistoquímica.

Resultados: Se obtuvo un alto porcentaje de migración del trazador (95,3%) y de extirpación del GC (99,2%), con una media de ganglios centinelas extirpados por paciente de 2,13. La migración fue sólo axilar en 203 pacientes, en 43 axilar y en la mamaria interna, en 11 pacientes hubo una migración única a la mamaria interna y en 5 en otras localizaciones además de la axilar. Se extirparon otros ganglios no centinelas en un 39,3% de pacientes, con un promedio de 2,4 ganglios no centinelas por paciente.

Tabla 1. (P-024)

Migración	Nº pacientes	%	Extirpación
Axilar	203	77,4	202
Axilar + mi	43	16,4	43
mi	11	4,2	10
Otras	5	2,0	5

Histología	Nº pacientes	%	q2 tumoral
CDI	194	74,0	2,0
CDIS	40	15,3	3,4
CLI	12	4,6	2,2
Otros	16	6,1	1,3

La técnica más utilizada fue la tumorectomía (90,8%). El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante con una media tumoral de 2 cm. De 260 pacientes a los que se extirpó el GC, en 33 fue positivo el análisis intraoperatorio (12,7%) y se les practicó el vaciamiento ganglionar axilar (VGA). De 227 pacientes con GC intraoperatorio negativo, 32 (14%) presentaron algún tipo de afectación ganglionar en el estudio diferido: 14 pacientes con presencia de células aisladas a las que no se realizó VGA, 6 con micrometástasis (2 con VGA, 2 sin VGA por entrar en un ensayo clínico y 2 sin VGA por extirpación de otros ganglios no centinela negativos) y 12 pacientes con metástasis del GC en las que ninguna fue superior a los 10 mm, a 11 de las cuales se les practicó VGA (promedio de ganglios extirpados de 11,4) sin afectación ganglionar en ningún caso. Hubo 3 falsos GC negativos, demostrados por la presencia de ganglios no centinelas extirpados positivos. Hasta la actualidad no se han evidenciado recidivas axilares.

Conclusiones: La técnica del GC es útil y fiable en un Hospital de ámbito Comarcal, con unos resultados equiparables a la mayoría de Centros. Es recomendable la extirpación de algunos ganglios no centinelas para la detección de falsos negativos y para valorar la posibilidad de no realizar el VGA cuando las metástasis del GC son inferiores a los 10 mm.

P-025. CIRUGÍA GUIADA POR SONDA PET EN EL CÁNCER DE MAMA. METÁSTASIS ÚNICA EN CADENA MAMARIA INTERNA

A. Melero Abellán, C. Fuster Diana, J. Ferrer Rebolleda, J. Palao Errando, C. Mulas Fernández, A. García Vilanova, R. Sánchez Campos y J.V. Roig Vila

Hospital General Universitario, Valencia.

Introducción: La cirugía radioguiada apoyándonos en la localización preoperatoria mediante el PET/TAC de lesiones tumorales hipermetabólicas, junto con el empleo de sondas PET para uso intraoperatorio permiten la correcta detección e identificación de pequeñas lesiones tumorales facilitando la labor del cirujano.

Caso clínico: Mujer de 65 años tratada en julio de 2006 por carcinoma ductal infiltrante triple negativo de mama izquierda T2N1M0, realizando cuadrantectomía con linfadenectomía axilar radical, con posterior tratamiento con quimioterapia (QT) y radioterapia (RT). En julio 2008 se realiza mastectomía simple de por recidiva local y en junio 2010 se practica exéresis amplia de nueva recaída local en cicatriz de mastectomía. En oncología médica donde únicamente pudieron dar un ciclo de QT por intolerancia de la paciente. En control de mayo 2011 se detecta adenopatía axilar derecha sospechosa de 5 cm, por lo que decide solicitar un PET-TAC total, previo a tratamiento quirúrgico, que evidencia una adenopatía hipermetabólica axilar derecha y otra cadena mamaria izquierda. En la ecografía mamaria se observa adenopatía redondeada hipoeoica, aspecto necrótico de 13 × 10 mm en cadena mamaria interna entre esternón y vasos del 2º espacio intercostal izquierda. Se decide vaciamiento axilar derecho y exéresis de adenopatía de mamaria interna previo marcaje ecográfico del ganglio en 2º espacio intercostal. Se informa de metástasis 1/28 ganglios axilares derechos, y linfadenitis en el ganglio mamario interno de 10 mm. Posteriormente se procede a QT adyuvante. Tras finalizar QT, se evidencia en el PET-TAC de control persistencia de actividad en

adenopatía de cadena mamaria interna sugestiva de enfermedad tumoral activa, por lo que se decide exéresis de adenopatía cadena mamaria interna izquierda guiada por sonda PET intraoperatoria. Preoperatoriamente, se realiza marcaje cutáneo guiado por ecografía seguido de inyección radiofármaco, viendo en PET el ganglio hipermetabólico detrás de arco anterior de 3ª costilla izquierda y con ayuda de sonda detección PET marcamos la piel localizándolo sobre 2º espacio intercostal izquierdo con angulación de 80°. En quirófano tras extirpación de tercer cartilago costal se localiza con sonda PET una adenopatía de 15 mm, altamente sospechosa que se extirpa en bloque con vasos mamarios internos y tercer cartilago costal. La anatomía patológica confirma la metástasis de carcinoma ductal. Se decide completar tratamiento con RT locorregional y posterior valoración de QT.

Discusión: La cirugía de rescate oncológico “radioguiada” persigue mejorar detección lesiones no accesibles fácilmente, evitando resecciones incompletas o incorrectas. La posibilidad de establecer una correcta localización de pequeñas lesiones tumorales hipermetabólicas tiene una importante implicación terapéutica, pues en muchas ocasiones hace posible la realización de una terapia radical y correcta como en nuestro caso. En este escenario, la PET/TAC abre nuevas expectativas a la cirugía dirigida.

P-026. TRATAMIENTO DE LAS LESIONES BENIGNAS DE MAMA MEDIANTE TÉCNICAS ONCOPLÁSTICAS

R. Barriga Sánchez, L. Rabadán Ruiz, M.I. Hernanz Hernández, M. Cea Soriano, A. Pueyo Rabanal, C. García Llorente, E. Esteban Agustí, P. Galindo Jara, G. Hernández Núñez-Polo, E. Bancalari Rojnic y J.A. Garijo Álvarez

Hospital de Torrejón, Torrejón.

Objetivos: Presentar y describir nuestros resultados en el manejo de lesiones benignas de la mama mediante el uso de técnicas de cirugía oncológica para el tratamiento de estas lesiones.

Material y métodos: Se presentan 20 casos de lesiones benignas tratadas desde septiembre 2011 hasta abril del 2012 en el Hospital de Torrejón de Madrid. Se dividen en 7 pacientes con fibroadenomas, uno de ellos de 8 cm de diámetro, 4 lipomas, 2 de ellos de gran tamaño (9 y 10 cm, este último en un paciente varón), 3 casos de ginecomastia en el varón siendo bilateral una de ellas, 3 casos de mama ectópica axilar, 1 hamartoma extirpado mediante control ecográfico intraoperatorio y 2 quistes sebáceos. Las técnicas quirúrgicas llevadas a cabo incluyen accesos poco visibles axilares y periareolares con resección de la lesión mediante tunelización y remodelación mamaria, así como patrones de resección circular periareolar en round-block.

Resultados y conclusiones: Las lesiones benignas de la mama suponen, con frecuencia, un reto para el cirujano. En ocasiones se trata de lesiones de mayor tamaño que las lesiones malignas, que aparecen en mujeres jóvenes y con una mayor expectativa por parte de las pacientes en el resultado estético final. El uso de técnicas de cirugía oncológica y los accesos no visibles deben ser una técnica habitual en el tratamiento de todas las lesiones de la mama. El acceso axilar permite la extirpación de lesiones situadas en la línea medio axilar como en el caso de mamas axilares ectópicas o tumoraciones situadas en cuadrantes superoexternos de la mama. El acceso periareolar permite un acceso no visible de las lesiones situadas en el área central de la mama y lesiones periareolares. El acceso inframamario permite la extirpación de lesiones situadas en cuadrantes inferiores de la mama. El patrón de resección en round block permite un resultado estético excelente en los casos de ginecomastia de gran tamaño con exceso de piel. En nuestra serie se utilizó este patrón de resección en todos los casos de ginecomastia y en los casos de lesiones que por su tamaño no se podían extirpar por accesos periareolares pequeños. Permite un mejor control de la lesión, facilita la remodelación mamaria posterior a la extirpación y se logra obtener un mejor resultado estético final. Otros patrones de resección que serían de gran utilidad en el caso de lesiones situadas en cuadrantes inferiores incluyen patrones de resección vertical de rama única y de doble rama. La utilización de patrones de cirugía plástica y el uso de accesos no visibles debe ser la práctica habitual en el tratamiento de las lesiones, tanto benignas como malignas de la mama. Para el mejor resultado, es importante que este tipo de tratamientos se lleve a cabo por cirujanos formados en técnicas de cirugía plástica y en el seno de equipos multidisciplinarios.

P-027. TUMOR DESMOIDES AXILAR: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA MASA AXILAR

A. Prat Calero, A.S. Valero Liñán, M. Abad Martínez, B. Moreno Flores, G. Bueno Blesa, R. Alises Sanz, A.F. Honguero Martínez y F. Andérica Frías

Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

Introducción: El tumor desmoide (TD) es una neoplasia infrecuente y benigna de tejido conectivo. En el 50% de las ocasiones aparece en la pared abdominal asociada a poliposis adenomatosa familiar (PAF), malformaciones óseas, estimulación estrogénica, antecedente de embarazo y/o cirugía. La aparición en axila es rara y plantea el diagnóstico diferencial con patología mamaria. Nuestro objetivo es revisar el tema presentando una paciente con una masa axilar que resultó un tumor desmoides localmente agresivo.

Caso clínico: Mujer de 50 años con el antecedente de carcinoma lobulillar de bajo grado de mama derecha hace 1 año que presenta masa axilar izquierda de 3 x 2 cm con exploración y mamografías sin hallazgos. Eco axilar: tumoración sólida de 2,2 x 1,3. PAAF/BAG: proliferación mesenquimal de aspecto benigno. Se realiza exéresis incompleta por infiltración local. La AP informa de tumor desmoides y se realiza TC y RMN que demuestran tumor fibroso e infiltrante en axila izquierda con aumento de tamaño de la musculatura desde el tercer arco costal que se continúa con los escalenos cervicales sin infiltrar costillas, plexo braquial ni vasos subclavios. Se remite a Cirugía Torácica quienes realizan toracotomía axilar izquierda y cervicotomía izquierda evidenciando gran tumor fibrótico que infiltra serrato, intercostales (1º-3º), subescapulares, escaleno anterior y escaleno medio. Se realiza exéresis macroscópica completa con preservación de plexo braquial y vasos subclavios y reemplazo de pared torácica con malla de titanio. La AP definitiva informa de fibromatosis extra-abdominal que alcanza bordes de resección por lo que se decide RT postoperatoria. En los controles posteriores persiste masa de 4 x 3 x 3 por lo que se decide continuar con RT. En el último TC de control (12/11) ha disminuido de tamaño midiendo 2,5 x 2,5 cm por lo que se decide seguimiento.

Discusión: Los tumores desmoides son tumores raros (2,4-4,3/millón habitantes) del tejido conectivo que se clasifican como benignos aunque presentan un comportamiento local maligno muchas veces más agresivamente que otros sarcomas. Existe predominio en mujeres (2:1) y en la tercera década de vida, apareciendo la mitad de ellos en pared abdominal y el resto en extremidades (40%) y mesenterio (10%). La clínica depende del lugar de aparición, se presenta como masa oligosintomática de crecimiento lento. La TC y la RMN sirven para el diagnóstico y determinan la resecabilidad. La evolución varía dependiendo del paciente, llegando incluso a regresar sin tratamiento en algunos casos por lo que es posible la observación cuando no cause dificultades funcionales. La cirugía se realiza con el objetivo de obtener márgenes libres. En casos aislados la RT puede controlar lesiones irresecables pero generalmente se aplica postcirugía para evitar la recurrencia. El tratamiento médico se administra cuando la cirugía y la RT no pueden emplearse. El TD es una entidad rara que debe siempre tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en masas de pared abdominal, especialmente en mujeres en edad reproductiva y con antecedentes de cirugías en el abdomen. La aparición en axila es extremadamente rara y el diagnóstico diferencial con patología mamaria debe estar siempre presente.

P-028. ABSCESO “IDIOPÁTICO” DE LA MAMA: UNA ALERTA DIAGNÓSTICA DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE

J. Soria Estrems, J. Calvete Chornet, A. Caballero Garate, G. Báguena Requena, O. Ferro Echevarría, A. Mayol Oltra, B. Bermejo de Las Heras, O. Burgués Gasió, A. Martínez Agulló, A. Pérez Fidalgo y J. Ortega Serrano

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Objetivos: Se considera carcinoma epidermoide de mama (CEM) a la neoplasia por metaplasia maligna del epitelio ductal mamario. Son criterios diagnósticos de CEM primario: 1. Diferenciación escamosa superior al 90% de las células del tumor. 2. Exclusión del origen neoplásico en la piel suprayacente al tumor y/o areola, y 3. Descartar el origen metastásico de otro tumor primario. El CME es muy poco frecuente, su incidencia oscila entre el 0,1-0,67% de los carcinomas de mama. Se caracteriza por una rápida progresión local, tendencia a la formación de lesiones quísticas y negatividad de los receptores hormonales en la mayoría de los casos. Al diagnóstico suelen ser tumores avanzados T2-3, asocian bajo índice de

metástasis ganglionares pero alta incidencia de metástasis a distancia. El objetivo es describir una serie de seis casos de CEM tratados en nuestra Unidad de Patología y Cirugía mamaria, destacando la alerta diagnóstica en un caso de presentación inicial muy infrecuente, como hematoma mamario infectado en una mujer posmenopáusica.

Material y métodos: Entre 2002 y 2011, se intervinieron 1.756 pacientes por neoplasias mamarias. Sólo 6 (0,39%) presentaron un diagnóstico definitivo de CEM. Se describen las manifestaciones clínicas, metodología diagnóstica empleada, tratamientos realizados y supervivencia de las pacientes.

Resultados: La media de edad de las 6 pacientes fue de 64,17 años (rango de 45-80 años), cinco posmenopáusicas. El síntoma principal fue una tumoración de rápido crecimiento en la mama izquierda en cinco pacientes; en un caso se trató de una 2ª tumoración tras cirugía y quimioterapia de un carcinoma ductal infiltrante ipsilateral. En la otra paciente, el carcinoma epidermoide se diagnosticó por la aparición de un gran hematoma infectado "espontáneo" en mama derecha que requirió drenaje quirúrgico, detectando en la exploración afectación tumoral de la mama, siendo la citología y BAG de CEM. La mamografía demostró en 4 pacientes un nódulo irregular B4 y en la ecografía, en dos casos, se observaron lesiones sólido-quísticas. El diagnóstico de CEM se confirmó preoperatoriamente en todas las pacientes por estudio histológico mediante BAG. Todas las pacientes fueron sometidas a mastectomía radical modificada con vaciamiento axilar, con quimioterapia adyuvante en 4 casos y neoadyuvante sin respuesta patológica en las otras dos. Se indicó radioterapia postoperatoria sobre pared torácica en 4 casos. El estudio patológico definitivo evidenció estadificación T3N0 en 5 pacientes, T3N1 en otra, con inmunohistoquímica triple negativo (RE, RP y Her 2 negativos) en todos los casos. A los 6 años poscirugía 3 pacientes continúan libres de enfermedad y 3 fallecieron, en dos por progresión neoplásica.

Conclusiones: El carcinoma epidermoide es una entidad muy infrecuente en patología oncológica mamaria, con predominio en mama izquierda y en pacientes posmenopáusicas. El debut como hematoma-absceso mamario "idiopático" en estas condiciones debe alertar hacia un posible CME indicando el estudio citológico del aspirado. La asociación de lesiones sólido-quística en la ecografía con imagen mamográfica B4 debe orientar el diagnóstico de CEM. El tratamiento quirúrgico requiere generalmente mastectomía, con o sin vaciamiento axilar, y radioterapia postoperatoria siendo controvertida la utilidad de la quimioterapia

P-029. MAMA TUBEROSA EN EL VARÓN

R. Sánchez Campos, G. Martín Martín, J.V. Roig Vila, A. García Vilanova, C. Fuster Diana, A. Melero Abellán, C. Bases Valenzuela, C. Martínez, V. Gumbau Puchol, C. Mulas Fernández y M.A. Lorenzo Liñán

Hospital General Universitario, Valencia.

Introducción: La mama tuberosa o hernia mamaria constituye una entidad malformativa de la mama caracterizada por una protrusión patológica de la glándula mamaria hacia el complejo areola-pezones. Es muy infrecuente en la mujer y excepcional en el varón.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 15 años que presentaba un crecimiento mamario bilateral de varios años de evolución y que le ocasionaba importantes problemas psicológicos y sociales. La exploración evidenciaba unas mamas tuberosas con escasa base de implantación y desviación caudal de la areola, que correspondería a un grado IV en la clasificación de Von Heimbürg. No se palpaban nódulos. La analítica sanguínea no mostró alteraciones y la eco-mamografía evidenciaba tejido glandular retroareolar bilateral sin nódulos. El tratamiento quirúrgico consistió en una glandulectomía subcutánea y reducción areolar bilateral con colocación de drenajes aspirativos y sutura periareolar independiente con material monofilamento no absorbible. A las 48 horas el paciente fue dado de alta sin complicaciones, retirando los drenajes la sutura periareolar a los 5 y 15 días de la intervención, respectivamente. El diagnóstico histológico fue de ginecomastia.

Discusión: La etiología es idiopática y en el varón siempre se relaciona con ginecomastia. El diagnóstico es etiológico y se debe realizar estudios hormonales que incluyan gonadotropinas y prolactina para descartar posibles causas endocrinas; así como mamografía y/o ecografía para conocer las dimensiones de la afección y descartar posible nodularidad. La clasificación más utilizada para establecer el grado malformativo es la de Von Heimbürg en cuatro subtipos. La reparación quirúrgica constituye el único tratamiento curativo. Desde que se describió esta patología en 1976 por Rees y Aston han surgido numerosas técnicas para resolver el proble-

ma, entre las que se incluyen: glandulectomía, exéresis cutánea, disrupción del teórico anillo fibroso periareolar, lipoaspiración, reposicionamiento del complejo areola-pezones, etc. En el caso presentado se decidió realizar incisión periareolar y glandulectomía subcutánea, respetando un pequeño remanente retroareolar para evitar una depresión cicatricial, así como mastoplastia circular para eliminar el exceso de piel. El tratamiento de este proceso malformativo debe ser personalizado y el cirujano debe conocer las diferentes opciones técnicas disponibles.

P-030. TUMOR MAMARIO DE CÉLULAS GRANULARES

T. Gallart Aragón, A. Ortega, M.J. Cabrerizo y J.A. Jiménez Ríos

Hospital San Cecilio, Granada.

Introducción: El tumor de células granulares descrito por Abrikossof en 1926, es una lesión tumoral benigna infrecuente (0,06/100.000 hab/año), que deriva de las células de Schwann de los nervios periféricos. La localización más frecuente es en cabeza y cuello, siendo excepcional la localización mamaria (5% de los casos). Es muy fácil confundir radiológicamente y clínicamente esta lesión de un carcinoma, de ahí la importancia de realizar un buen diagnóstico diferencial con dicha patología.

Caso clínico: Mujer de 52 años de edad, apendicectomizada que es derivada a nuestro Servicio de Cirugía por tumoración de consistencia pétreas en cuadrante superior interno de mama izquierda de 2,5 cm de tamaño. Se realiza mamografía que informa de lesión con características BI-RADS-4 y biopsia con aguja gruesa que informa de tumor de células granulares. Realizamos cuadrantectomía superior interna izquierda y la enferma es dada de alta hospitalaria a las 27 horas de la intervención quirúrgica. Tras la cirugía realizamos controles mamográficos cada 6 meses de dicha paciente, no evidenciándose recidiva de la lesión ni otro hallazgo patológico. Como complicación postoperatoria destacamos cicatriz hipertrófica y dolorosa.

Discusión: El tumor de células granulares en raras ocasiones presenta una localización en tejido mamario, su localización principal es en cabeza y cuello (30% de los casos en lengua). Se da en 1 de cada 1.000 casos de cáncer de mama, siendo su localización principal el cuadrante superior interno. Frecuentemente por sus características clínicas y radiológicas suele confundirse con un carcinoma. Histológicamente se caracteriza por nidos o masas celulares de amplio citoplasma granular con núcleo pequeño y redondeado, dichas células dan positividad a proteína S-100 y vimentina, siendo negativas para citoqueratinas y receptores hormonales a diferencia de las células malignas. Con frecuencia la punción aspiración da resultados anatomopatológicos erróneos como citología maligna para inusual tipo de carcinoma, lesión sospechosa de malignidad, células benignas apocrinas o lesión benigna histiocitaria, debido a las características citológicas del tumor. Se han descrito casos con agresividad local y variantes malignas con metástasis a distancia, aunque esto es infrecuente y presentan unas determinadas características como necrosis, intensa actividad mitótica y pleomorfismo celular. El cirujano debe tenerlo presente a la hora del diagnóstico diferencial en la patología mamaria y realizar en esta variedad tumoral tratamiento conservador al ser una patología benigna.

Discusión: El tumor de células granulares en raras ocasiones presenta una localización en tejido mamario. Frecuentemente por sus características clínicas y radiológicas suele confundirse con un carcinoma. Con frecuencia la punción aspiración da resultados anatomopatológicos erróneos como citología maligna para inusual tipo de carcinoma, lesión sospechosa de malignidad, células benignas apocrinas o lesión benigna histiocitaria, debido a las características citológicas del tumor. El cirujano debe tenerlo presente a la hora del diagnóstico diferencial en la patología mamaria y realizar en esta variedad tumoral tratamiento conservador al ser una patología benigna.

P-201. SERIE DE CASOS EN EL CÁNCER DE MAMA EN EL SEXO MASCULINO

L. Comín Novella, M. Oset García, D. Escribano Pérez, M. González Pérez, C. Yáñez Benítez, D. Fernández Rosado, C. Pastor Espuig, J.M. del Val Gil y J.A. Muniesa Soriano

Hospital General Obispo Polanco, Teruel.

Objetivos: El cáncer de mama en el varón es una entidad poco frecuente, a pesar de ello, existe y se tiene que tener en cuenta cuando acude un hombre a la consulta con una tumoración mamaria. El objetivo de este trabajo es dar a conocer nuestra casuística y realizar una revisión de la bibliografía sobre el tema.

Material y métodos: Se realiza un análisis retrospectivo de la base de datos del Registro Hospitalario de Tumores del Hospital General de Teruel "Obispo Polanco" desde 1994 hasta 2012.

Resultados: Nuestra serie la componen 10 hombres. La edad media es de 65 ± 6 años. En todos los casos se trató de un carcinoma ductal infiltrante. El tratamiento fue mastectomía radical modificada. Respecto a la clasificación molecular, 9 de ellos tenían un patrón luminal y uno de ellos triple negativo. El tamaño medio del tumor en su diámetro máximo (T) fue $3 \pm 0,7$ cm. Acerca de la variable de ganglios aislados (N), de los 10 pacientes, 5 de ellos no tenían ganglios afectos (N0), 1 era N1 y 4 resultaron ser N2. Respecto al estadio tumoral, 2 pacientes se clasificaron como estadio I, 2 como estadio IIA, otro como IIIA, 4 como IIIB y 1 como estadio IV. Referente al tratamiento oncológico complementario, 1 paciente recibió quimioterapia neoadyuvante (AC (doxorrubicina + ciclofosfamida) + taxanos) y 6 pacientes quimioterapia adyuvante (otro con AC + taxanos, 4 CMF (ciclofosfamida + metotrexato + fluorouracilo) y 1 sólo con taxanos). Radioterapia adyuvante externa recibieron 5 pacientes y todos, excepto el paciente triple negativo, recibieron hormonoterapia (5 con tamoxifeno, 2 con inhibidores de la aromatasa y 2 con ambos). En la actualidad 5 pacientes siguen vivos sin enfermedad activa, 1 paciente permanece vivo pero con metástasis óseas y 4 pacientes fallecieron debido a progresión de la enfermedad, a los 7, 10, 21 y 146 meses (un paciente con metástasis pulmonares, otro pulmonares y cutáneas, otro con metástasis óseas y otro paciente con metástasis óseas y cutáneas).

Conclusiones: El cáncer de mama en el varón es una patología infrecuente que se suele presentar como una tumoración retroareolar, con similar diagnóstico y tratamiento al de la mujer y con semejante pronóstico a igualdad de estadio tumoral. La clasificación según los marcadores inmunohistoquímicos permitiría distinguir aquellos con mejor y peor pronóstico y nos sienta las bases del tratamiento tanto neo como adyuvante. Debido a la rareza de este cáncer en el hombre, hace que no lo sospechemos, por lo que se muestra más frecuentemente en estadios más avanzados. Ello exige una mayor concienciación de médicos y población general ya que basa su buen pronóstico en el diagnóstico precoz. Se deben realizar estudios de más calidad para caracterizarlo y, si fuera necesario, protocolizar el tratamiento sin necesidad de extrapolar el de la mujer a los hombres.

P-202. TUMOR NEUROENDOCRINO DE MAMA: UNA RAREZA

L. Comín Novella, M. Oset García, D. Escribano Pérez, M. González Pérez, C. Yáñez Benítez, D. Fernández Rosado, C. Pastor Espuig, J.M. del Val Gil y J.M. Lázaro Maisnava

Hospital General Obispo Polanco, Teruel.

Introducción: Los carcinomas neuroendocrinos son neoplasias malignas que muestran características histopatológicas e inmunohistoquímicas de diferenciación neuroendocrina. Más del 97% se localizan en el sistema gastrointestinal o respiratorio, siendo la mama una localización poco frecuente. En 2003 la Organización Mundial de la Salud clasificó este tumor en 3 subtipos histológicos: sólido, de célula pequeña y de células grandes.

Caso clínico: Mujer de 44 años sin antecedentes patológicos de interés y sin factores de riesgo para el cáncer de mama que acude a la Consulta de Cirugía por presentar una tumoración paraareolar de unos 3 cm en la mama izquierda. En la mamografía se apreciaron unas microcalcificaciones inespecíficas (BI-RADS 2). Se realiza una PAAF con resultado de lesión proliferativa epitelial con atipia. Se realiza BAG con resultado de carcinoma ductal infiltrante. Con este resultado se decide cirugía. Se realiza técnica del ganglio centinela sin migración del trazador, por lo que se procede a mastectomía radical modificada. El informe de anatomía patológica describe un tumor neuroendocrino de $2 \times 2,5$ cm, pobremente diferenciado infiltrante de célula grande de localización central con afectación de 11 ganglios de 15 aislados. El estudio inmunohistoquímico demuestra unos receptores de estrógenos y progesterona positivos ++, c-erbB2 +/-, P53 negativo, Ki 67 positivo en el 50-60%, cromogranina A positividad intensa y difusa en el componente infiltrante pobremente diferenciado. Se trata de un estadio IIIC que fue tratado con posterioridad con quimioterapia (TAC).

Discusión: Los tumores neuroendocrinos de la mama son una entidad infrecuente, más común en mujeres mayores. Sólo la histología y la inmunohistoquímica aportan un diagnóstico definitivo. La cirugía siempre se debe considerar la primera línea de tratamiento. La radioterapia no es efectiva, salvo para paliar los síntomas de dolor y sangrado, pero sí lo es la quimioterapia. El pronóstico suele ser sombrío debido a que son tumores menos diferenciados, tendiendo a una mayor recurrencia tanto local

como sistémica que los carcinomas ductales infiltrantes, a igualdad de edad y estadio tumoral. El diagnóstico temprano, el tratamiento multidisciplinar con cirugía y quimioterapia, es fundamental para un resultado favorable en los tumores neuroendocrinos. Se necesitan más estudios para determinar las características clínicas, radiológicas, anatomopatológicas y diferentes estrategias terapéuticas que puedan mejorar el pronóstico de este tumor agresivo.

P-203. TUMOR PHYLLODES DE MAMA. SERIE DE CASOS

M. González Pérez, M. Oset García, D. Escribano Pérez, C. Pastor Espuig, L.I. Comín Novella, A.C. Utrillas Martínez, C.J. Yáñez Benítez, D. Fernández Rosado, J.M. del Val Gil y J.A. Muniesa Soriano

Hospital General Obispo Polanco, Teruel.

Introducción: El tumor phyllodes es un tumor fibroepitelial poco frecuente. Histológicamente contiene dos tipos de tejido, el estromal y el tejido glandular de la mama, formando una masa multinodular de coloración blanco-grisácea, que al microscopio presenta una arquitectura característica con un patrón de crecimiento intracanalicular en forma de hoja con proyecciones papilares que contienen estroma con diferentes grados de hiperplasia y atipia. Ocurre sobre todo en el sexo femenino, entre los 30 y 50 años, aunque se han reportado casos en hombres asociados a ginecomastia. Suele presentarse como una tumoración bien definida, firme, móvil e indolora que tiende a un crecimiento rápido. En aquellos de gran tamaño pueden observarse lesiones ulceradas debido a la presión sobre el tejido sano. La sospecha diagnóstica se establece ante una masa de crecimiento rápido y características de benignidad. Las pruebas de imagen pueden contribuir al diagnóstico, aunque la confirmación se obtiene mediante histología. Se clasifican en benignos, borderline o malignos según el grado de atipia celular, la actividad mitótica, la invasión de márgenes y el grado de hiperplasia estromal. Su tratamiento es quirúrgico, recomendándose mastectomía radical o escisión amplia, ya que pueden recidivar a nivel local. No tienden a la bilateralidad.

Material y métodos: Se presenta una serie de casos de 4 pacientes con edades entre los 40 y los 77 años, sin factores de riesgo para tumoraciones mamarias. Se presentaron como tumoraciones palpables de tiempo de evolución, con un crecimiento acelerado reciente. No referían dolor ni alteraciones tróficas de la piel. Dos de las pacientes presentaron tumoraciones de un tamaño máximo de 4 cm, mientras que en las otras dos superaban los 10 cm. En todos los casos se realizó una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) que sugería el diagnóstico de fibroadenoma o tumor phyllodes. El tratamiento fue quirúrgico en todas ellas, en 3 casos escisión amplia y en uno mastectomía simple con reconstrucción y posterior colocación de prótesis de Becker. Tras el estudio histológico se confirmó el diagnóstico en todos los casos, siendo de bajo grado y sin signos de malignidad. Actualmente las pacientes se encuentran libres de enfermedad.

Conclusiones: El tumor phyllodes es un tumor fibroepitelial poco común que representa entre el 0,3-1% de todas las neoplasias mamarias y el 2-3% de los tumores fibroepiteliales. Más frecuente en mujeres entre los 30 y 50 años. Suele presentarse con características de benignidad a pesar de poder alcanzar un gran tamaño, de hasta 30 cm según series, con crecimiento rápido. La realización de una PAAF no es suficiente para establecer el diagnóstico, por lo que se realiza una aproximación diagnóstico-terapéutica mediante una escisión amplia o mastectomía simple si no es posible mantener un resultado estético aceptable, siendo innecesario practicar la linfadenectomía axilar ya que suele respetar los ganglios aunque sea maligno. Es posible la recidiva local, sobre todo en los dos primeros años, con cifras que varían entre el 8% y el 30%. Se han descrito metástasis a distancia en un 3-15% de casos, siendo más frecuentes en pulmón y óseas.

P-204. SARCOMA MAMARIO POSTOPERATORIO RADIOINDUCIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Marrero Marrero¹, V. Vega Benítez², P. Pérez Correa², M.J. Palacios Fanlo¹, G. Navarro Barlés², C. Rosas², R.A. Romero², C. Trujillo², C. Torres², V. Núñez Jorge² y A. Soriano Benítez de Lugo¹

¹Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

²Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: Los sarcomas de mama radioinducidos son neoplasias raras pero muy agresivas. Los supervivientes de cánceres de mama trata-

dos mediante cirugía conservadora y radioterapia adyuvante constituyen una importante fracción de este tipo de tumores. Presentamos el caso de una paciente con un cáncer de mama tratado mediante tumorectomía y quimioterapia-radioterapia adyuvantes que debuta años más tarde con un sarcoma radioinducido

Caso clínico: Mujer de 65 años de edad, intervenida hacía 14 años de cáncer en cuadrante ínfero-interno de mama derecha (pT2 N1 M0, grado II, receptores hormonales negativos, Herceptest negativo), tratada mediante tumorectomía, linfadenectomía axilar ipsilateral, quimioterapia (esquema FEC 600/90/600 mg, cada 21 días, 4 ciclos; seguido de Taxol 100 mg/m²/semanal, durante 8 semanas) y radioterapia según fraccionamiento estándar (2,35 Gy/fracción) durante 22 días. A los 14 años de seguimiento en consultas externas, la paciente comienza a referir aumento de consistencia doloroso en el cuadrante ínfero-interno de la mama derecha, antiguo lecho de la tumorectomía, lo que asociado a una elevación de los marcadores tumorales y a una biopsia con aguja gruesa (BAG) positiva para un carcinoma pobremente diferenciado con cambio metaplásico sarcomatoso, llevó al diagnóstico de sarcoma postoperatorio radioinducido. El caso fue presentado en el Comité multidisciplinar de tumores de mama del Hospital decidiéndose mastectomía y reconstrucción con colgajo miocutáneo de dorsal ancho. Actualmente la paciente se encuentra pendiente de la intervención quirúrgica programada.

Discusión: En el momento actual, la evidencia existente para guiar la práctica clínica en las pacientes con sarcomas radioinducidos que han sido tratadas previamente por cáncer de mama mediante cirugía conservadora y radioterapia adyuvante, está limitada a estudios de cohortes, estudios caso-control y casos clínicos reportados aislados. Dicha evidencia nos permite afirmar únicamente que la cirugía exéretica con márgenes amplios negativos constituye el tratamiento de elección. Por desgracia, el papel de la quimioterapia neoadyuvante y adyuvante es aún incierto. De lo que se deduce la necesidad de estudios adicionales para poder disponer de una guía de práctica clínica basada en la evidencia científica.

P-205. ADENECTOMÍA MAMARIA SUBCUTÁNEA BILATERAL. CIRUGÍA DE LA TRANSEXUALIDAD (MUJER A HOMBRE)

R. Castañera González, F. Hernanz de la Fuente, H. Real Noval, B. Martín Rivas y M. Gómez Fleitas

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Objetivos: La primera cirugía que se realiza en el proceso de reasignación de sexo (mujer a hombre) es la toraco-mamaria. El procedimiento quirúrgico debe conseguir la eliminación del tejido glandular mamario y resituar el complejo areola-pezones, disminuyendo su tamaño, todo ello con las menores cicatrices posibles.

Caso clínico: Se presenta la cirugía mamaria realizada a una paciente de 20 años en su cambio de sexo (mujer a hombre) con mamas de tamaño medio y discreta ptosis; la técnica utilizada, una adenectomía subcutánea bilateral con traslación del complejo areola-pezones mediante un colgajo superomedial con un patrón de incisión vertical con prolongación lateral. El procedimiento quirúrgico obtuvo los resultados cosméticos deseados sin complicaciones postoperatorias.

Discusión: La técnica utilizada consigue los objetivos que nos propusimos anteriormente, con unas cicatrices estéticamente aceptables; del mismo modo puede ser utilizada para el tratamiento de ginecomastias muy voluminosas con ptosis grado IV-V.

P-206. MASTOPATÍA DIABÉTICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CARCINOMA DE MAMA

M. Abad Martínez, A.S. Valero Liñán, A. Prat Calero, B. Moreno Flores, G. Bueno Blesa, J.L. Rueda Martínez, J.A. González Masía, R. Alises Sanz, F. Andérica Frías, J.A. García del Pozo Jiménez y P. González Masgosa

Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

Objetivos: Describir la mastopatía diabética, menos del 1% de las lesiones benignas de mama, como diagnóstico diferencial del carcinoma de mama.

Caso clínico: Mujer de 31 años, DMID desde los 12, se palpa nódulo en cuadrante supero externo de mama derecha de un mes de evolución por lo que es remitida a consulta para su valoración. A la exploración destaca nódulo retroareolar de 2 cm. La mamografía muestra nódulo sólido, mal

definido y heterogéneo que se cataloga como BIRADS 3 recomendando PAAF que resulta negativa para células malignas aunque la paciente prefiere extirparlo por lo que se realiza tumorectomía. Mujer de 59 años DM tipo 2 de larga evolución con mastitis de repetición a la que se le realiza mamografía en la que destaca un aumento de densidad de mama izquierda con área en CSI-retroareolar mal definida, que podría corresponder con cambios inflamatorios por el antecedente de mastitis pero se decide la realización de BAG para mayor seguridad. En el primer caso en el examen microscópico destaca tejido mamario con extensa fibrosis del estroma con células miofibroblásticas, infiltrado inflamatorio linfocitario maduro en la periferia de los vasos y ductos sin atipia epitelial todo ello en relación con mastopatía diabética. En el segundo caso se observa infiltrado inflamatorio crónico, con linfocitos y algunos plasmáticos, tanto de localización lobulocéntrica como periductal. También se observan acúmulos de histiocitos en áreas fibroescleróticas, en relación también con mastopatía diabética. La mastopatía diabética, entidad infrecuente, aparece en alrededor del 13% de las diabéticas insulinodependientes de larga evolución, habitualmente premenopáusicas. Se trata de una lesión histológicamente benigna, no progresiva y que no predispone a la malignización. Clínicamente se presenta como masa mamaria única o múltiple, en una o en ambas mamas, de rápido crecimiento, habitualmente en localización subareolar, de consistencia firme o dura, indolora, móvil y sin compromiso de la piel. En las imágenes radiológicas se observan densidades asimétricas mal definidas, no asociadas a microcalcificaciones, que en el examen ecográfico se traducen en nódulos y áreas hipoecoicas mal definidas, heterogéneas, de márgenes irregulares y con una marcada atenuación posterior. El análisis histológico es indispensable cuando existe sospecha clínica y radiológica para llegar a un diagnóstico de certeza por lo que habitualmente se realiza BAG que se caracteriza por una lobulitis linfocitaria esclerosante con una densa infiltración de los lobulillos por linfocitos B maduros. Pueden encontrarse algunas células plasmáticas, pero no aparecen polimorfonucleares ni células gigantes multinucleadas. No hay formación de centros germinales. Se suele asociar con infiltración linfocitaria periductal y perivascular, aunque sin lesión endotelial.

Discusión: En pacientes insulinodependientes se debe valorar esta entidad en el diagnóstico diferencial. El análisis anatomopatológico, mediante BAG, es fundamental para evitar cirugías innecesarias.

P-207. TERAPIA VAC EN FASCITIS NECROTIZANTE TRAS MASTECTOMÍA SIMPLE

C. Martínez Pérez, V. Gumbau Puchol, A. Melero, G. Martín Martín, A. García Vilanova, C. Fuster Diana y J. Roig Vila

Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción: La fascitis necrotizante es una entidad rara (incidencia menor a 1 caso cada 10.000 pacientes) consistente una necrosis infecciosa de partes blandas. Su descripción tras cirugía mamaria se presenta en la literatura en muy contadas ocasiones. Su reconocimiento y la aplicación temprana de un tratamiento agresivo será fundamental para su resolución. La terapia vacuum-assisted closure (VAC) es utilizada ampliamente para cierre de heridas difíciles en otros campos. Tras cirugía mamaria encontramos escasos artículos publicados donde se utilice este sistema de cierre de heridas.

Caso clínico: Paciente mujer de 79 años de edad con antecedentes de HTA, accidente cerebro-vascular e insuficiencia renal crónica, que tras 2 semanas de la realización de una mastectomía izquierda simple y vaciamiento axilar por una neoplasia localmente avanzada que infiltra piel acude a urgencias por empeoramiento del estado general, febrícula y mala evolución de la herida quirúrgica. A la exploración la paciente presenta una importante infección de la herida quirúrgica con dehiscencia cutánea, necrosis grasa de ambos colgajos de la mastectomía y supuración purulenta. Ante la extensión del tejido necrótico, altamente sugestiva de fascitis necrotizante, se realiza un amplio desbridamiento quirúrgico de la zona, toma de muestra para cultivo e ingreso con antibioterapia de amplio espectro. Tras 48 horas realizando desbridamientos quirúrgicos por progresión del tejido necrótico, se decide aplicar terapia VAC con intención de estimular la granulación y control de la infección. Se ajusta la antibioterapia según el patógeno aislado en los cultivos: *Corynebacterium amycolatum/striatum*. La paciente sigue tratamiento con la terapia VAC (sistema que se revisa con la herida cada 48 horas). Después de 15 días la paciente presenta una correcta evolución con resolución del proceso infeccioso y con aproximación suficiente para realizar injerto cutáneo en la zona del desbridamiento. Tras la correcta evolución del injer-

to cutáneo la paciente recibe el alta hospitalaria con controles en consultas externas.

Discusión: En nuestro caso, la paciente presentaba factores de riesgo para infección de herida quirúrgica tales como su patología renal y la presencia de una neoplasia avanzada. El hallazgo de *Corynebacterium am-colatum/striatum* como causante de la infección, es llamativo, ya que por tratarse de una bacteria presente en la flora cutánea habitual, rara vez condiciona cuadros infecciosos graves, aunque en las publicaciones en las que se le ha relacionado con infecciones cutáneas graves siempre se relaciona con heridas quirúrgicas y pacientes añosos con comorbilidades serias. Como sabemos el tratamiento de este tipo de infecciones requiere desbridamientos extensos y agresivos que nos supondrán un problema a la hora del futuro cierre de las heridas por la extensa pérdida de sustancia. En este caso, la terapia VAC fue de amplia utilidad, no sólo por la estimulación que ésta produce en la creación de tejido de granulación, sino también por su contribución al control infeccioso y la aproximación de tejidos. La terapia VAC es un arma terapéutica que puede ser de utilidad en este tipo de infecciones con gran pérdida de sustancia tras cirugía mamaria.

P-208. LINFOMA MALT PRIMARIO DE MAMA CON INFILTRACIÓN DE LA PIEL

S. Amoza País, A. Calvo Benito, A. Córdoba Iturriaga, M. Mellado Rodríguez, M.A. Sanz de Pablo, C. Artieda Soto, F. Vicente García y J.M. Lera Tricas

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Introducción: El linfoma MALT es un linfoma de bajo grado de malignidad asociado a mucosas: estómago, pulmón, conjuntiva, piel, tiroides, mama... Representa el 0,04-0,53% de todos los tumores malignos de la mama y el 2,2% de los linfomas malignos extranodales. Se asocia a enfermedades autoinmunes. En la mama se presenta habitualmente como un tumor único, indoloro, de rápido crecimiento o como un aumento difuso de la consistencia. En algunos casos existe compromiso de la piel y adenopatías axilares. Ocasionalmente suele ser bilateral. Los hallazgos radiológicos son similares al resto de las tumoraciones malignas de la mama por lo que para su diagnóstico es necesario un estudio anatomopatológico, inmunohistoquímico y molecular. Su tratamiento no difiere del linfoma en otras localizaciones.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 39 años con artritis reumatoide de 20 años de evolución, que presenta desde hace 5 meses una tumoración palpable en CSI de la mama izquierda de 4 cm y lesiones eritematosas cambiantes en la piel de ambas mamas desde hace 2 años. La mamografía-ecografía de la mama, confirma la existencia de dicho nódulo con engrosamiento del tejido celular subcutáneo. En la ecografía axilar se objetivan en ambas axilas ganglios con cortical engrosada, más llamativos en axila izquierda. Se realizan biopsias del nódulo situado en CSI de mama izquierda, adenopatía axilar y de la piel con diagnóstico de linfoma B de tipo MALT (linfoma de la zona marginal extranodal). Se completa el estudio con medulograma, citometría de flujo y biopsia coxal sin evidenciar datos de infiltración por linfoma así como estudio de extensión con TAC cérvico-torácico-abdominal sin hallar afectación de otros órganos. Tratado con rituximab en remisión completa en el momento actual.

P-209. ESTADIFICACIÓN AXILAR Y RADIOTERAPIA ADYUVANTE (RT) EN LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA INMEDIATA (RI) EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA (CM): EXPERIENCIA EN 154 CASOS

T. Ramos Grande, R. Ruano, M.C. García Macías, I. Silva, A. García, J.M. González-Orus y M. Ramos

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Objetivos: Uno de los mayores problemas de la mastectomía más RI son los efectos secundarios de los tratamientos adyuvantes, fundamentalmente la radioterapia. En nuestra institución, además del tamaño tumoral, la indicación de radioterapia viene determinada por el número de ganglios axilares afectados. Nuestro objetivo es valorar la repercusión de la cirugía axilar en las pacientes sometidas a mastectomía ahoradora de piel (MAP) más RI.

Material y métodos: A partir de la base de datos de la Unidad de Patología Mamaria (UPM) se realizó una análisis retrospectivo de las MAP más

RI y su tratamiento quirúrgico axilar: biopsia de ganglio centinela (BGC) o linfadenectomía axilar (LA) inicial. Se evaluaron el número de casos con ganglio centinela (GC) positivo así como el número de GC y no centinelas (GNC) positivos, número total de ganglios axilares afectados así como otros datos clinicopatológicos.

Resultados: Durante el período 2000-2011 se realizaron 154 MAP con RMI y cirugía axilar. La cirugía axilar llevada a cabo fue 132 BGC y 22 LA inicial. En 56 casos (42%) la BGC fue positiva para metástasis. El número de GC extirpados (mediana de 2) fue de 1, 2, 3 y 4 en 16, 21, 14 y 5 casos respectivamente. En el 28% (16/56) se obtuvieron GNC positivos. En el 16% (9/56) la suma total superó los 3 ganglios metastáticos. En 7 (32%) de las LA iniciales se obtuvieron más de 3 ganglios positivos. En ningún caso el resultado intraoperatorio de la BGC indicó RT, y solamente en el 6,8% (9/132) se indicó RT cuando se conocieron los resultados definitivos postoperatorios.

Conclusiones: El resultado positivo intraoperatorio del GC no contraindica la RI posmastectomía ya que solamente un número escaso de pacientes recibirán RT. En cambio, cuando exista afectación axilar preoperatoria la paciente necesitará conocer que existe una mayor probabilidad de RT.

P-210. RECONSTRUCCIÓN MAMARIA TRAS CIRUGÍA CONSERVADORA DE CÁNCER DE MAMA DE LOCALIZACIÓN CENTRAL. TÉCNICA QUIRÚRGICA

A. Coret Franco, U. Ponce Villar, A. Bañuls Matoses, C. Montesinos Meliá, M. Díaz del Río, R. Blasco Piqueras, J. Seguí Gregori, J. Carbó López y F. Caro Pérez

Hospital Francisc de Borja, Gandía.

Objetivos: Presentar la técnica para cirugía conservadora mamaria en tumores retroareolares y centrales. La localización central de los tumores mamarios ha sido una indicación clásica de mastectomía. La reciente introducción de los procedimientos oncoplasticos ha permitido ampliar las indicaciones de la cirugía conservadora para tumores de esta localización.

Material y métodos: Presentamos la técnica quirúrgica de mastoplastia vertical tipo Grisotti, que utilizamos en nuestro servicio en caso de tumores centrales mamarios. Descrita por Andrea Grisotti en Milán en 1994. Se extirpa todo el CAP y todo el tejido subyacente hasta la fascia pectoral, ampliando la tumorectomía central según los hallazgos del estudio anatomopatológico intraoperatorio. Se reconstruye el defecto creado con un colgajo de avance procedente de la parte central del polo inferior mamario, utilizando una isleta de piel de dicha zona para reconstruir la superficie cutánea del CAP. Es importante extender adecuadamente la parte cutánea del colgajo para evitar distorsiones en el contorno del CAP. Esta técnica proporciona un resultado estético adecuado y, en la mayoría de los casos, no requiere cirugía contralateral para la simetrización. Asimismo, permitirá, tras acabar los tratamientos oncológicos, reconstruir el CAP sobre el círculo cutáneo creado.

Conclusiones: La técnica de Grisotti nos permite indicar cirugía conservadora en un grupo de pacientes que previamente requerían mastectomías, con todos los beneficios que ello supone para la mujer: menor agresión quirúrgica y psicológica, así como menor número de intervenciones comparado con las técnicas de reconstrucción total mamaria. Dadas las ventajas de esta técnica, es fundamental la correcta selección de las pacientes basada en la edad, tamaño tumoral, características biológicas del tumor y características anatómicas de la mama, siendo las ideales las mamas de tamaño mediano-grande con ptosis suficiente.

P-211. PROCEDIMIENTOS DE PERITONECTOMÍA CON QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL PERIOPERATORIA EN LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN MAMARIO: ¿SON APLICABLES?

E. Navarro Rodríguez, F.C. Muñoz Casares, A. Arjona Sánchez, R. Ortí Rodríguez, F.J. Medina Fernández, A. Padial Aguado, D. Ayllón Terán, P. Rioja Torres, G. Bascuñana Estudillo y S. Rufián Peña

Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La carcinomatosis peritoneal puede tener un origen mamario, frecuentemente lobulillar infiltrante. Sus mecanismos de diseminación peritoneal, no bien conocidos, sugieren ser diferentes al crecimiento locoregional inicial de los tumores intraabdominales e implican

a la diseminación sistémica. Existen controversias en cuanto a la opción de realizar cirugía radical-peritonectomía con quimioterapia intraperitoneal perioperatoria, dado que estrictamente no cumplen los principios de diseminación locoregional intraabdominal que preconizaba Sugarbaker.

Casos clínicos: Presentamos tres casos clínicos de pacientes con carcinomatosis peritoneal de origen mamario intervenidos en nuestra Unidad, con 35, 51 y 48 años de edad respectivamente. Caso 1: carcinomatosis peritoneal y metástasis hepáticas aparecidas siete años después de la cirugía mamaria, consiguiendo citorreducción óptima CC0 tras procedimientos de peritonectomía con HIPEC (paclitaxel) así como metastasectomía II y segmentectomía VI-VII. Reintervención por recidiva abdominal dos años después, con nueva citorreducción radical y HIPEC (paclitaxel) consiguiendo citorreducción óptima CC0. Pasados otros cuatro años precisa de nueva citorreducción, siendo subóptima por enfermedad difusa intestinal y hepática. Desde entonces siguió tratamiento quimioterápico sistémico, alcanzando una supervivencia final de 91 meses. Caso 2: carcinomatosis peritoneal, seis años después de cirugía mamaria, con varias intervenciones abdominales previas y regímenes de poliquimioterapia, se consideró citorreducción subóptima CC2, dada la diseminación miliar peritoneal difusa con afectación masiva intestinal, optando por dejar catéter intraperitoneal para tratamiento citostático combinado (paclitaxel intraperitoneal semanal y doxorubicina liposomal iv) que recibió sin incidencias, alcanzando una supervivencia final de 25 meses. Caso 3: carcinomatosis peritoneal sincrónica con ca mama lobulillar infiltrante bilateral. Recibió QT neoadyuvante, con mastectomía radical modificada bilateral y, dos semanas después, cirugía radical-peritonectomía extensa con HIPEC (paclitaxel), consiguiendo citorreducción óptima y completando el esquema de quimioterapia adyuvante. Recidiva ganglionar mediastínica a los 10 meses de la intervención que presentó respuesta completa al tratamiento quimioterápico sistémico. Actualmente libre de enfermedad, tras 17 meses.

Discusión: Aunque son necesarios estudios al respecto, la posibilidad de aplicar procedimientos de peritonectomía con quimioterapia intraperitoneal en pacientes seleccionadas con carcinomatosis peritoneal de origen mamario, podría conseguir aumentar las expectativas de vida de estas pacientes.

P-212. LINFADENECTOMÍA AXILAR CON RESECCIÓN CUTÁNEA: COLGAJO MIOCUTÁNEO DE AVANCE DEL MÚSCULO PECTORAL COMO OPCIÓN TÉCNICA Y ESTÉTICA

M. del Campo Lavilla, I. Talal El-Abur, M. Beltrán Martos, N. Sánchez Fuentes, P. Riverola Aso, J.L. Moya Andía, S. Saudí Moro, A. Bavai Sanguino, M. Gutiérrez Díez, J.M. Esarte Muniain y A. Monzón Abad

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: Ante un paciente que presenta un importante defecto cutáneo debido a que precisa una linfadenectomía axilar con resección cutánea, queremos mostrar el colgajo de avance del músculo pectoral como una opción técnica válida para la reparación de dicho defecto.

Caso clínico: Nos encontramos ante un varón de 48 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés hasta el momento; al cual, en febrero de 1996, se le practicó resección de una lesión névica en espalda. AP: melanoma maligno nodular, Breslow 2 mm, Clark III, pT3NxMx, por lo que hubo que realizar una ampliación de márgenes, donde no se evidenció neoplasia residual y siguió tratamiento posterior con IFN, con posteriores controles negativos para enfermedad. En febrero de 2011 se realiza biopsia escisional de una adenopatía axilar izquierda. AP: melanoma maligno de tipo expansivo-nodular. Tras realizar PET-TC que descartaba la existencia de enfermedad a ningún otro nivel se le realizó linfadenectomía axilar izquierda AP: piel con fibrosis cicatricial, sin neoplasia residual. Linfadenectomía: 5 ganglios linfáticos de 30 aislados con metástasis de melanoma maligno. Se remitió al paciente a Oncología, comenzando tratamiento con IFN a altas dosis durante 4 semanas; tras finalizar esta 1ª fase, se objetivó la aparición de un conglomerado axilar izquierdo con numerosos nódulos satélites, produciendo retracción cutánea. Se realiza un nuevo PET-TAC: no enfermedad metastásica a distancia. Tras ser debatido en el Comité de Tumores, se decide realizar nueva resección quirúrgica de la recidiva axilar. Se realizó resección cutánea más linfadenectomía axilar izda de los niveles I, II, y III de Berg, con porción del músculo serrato y de la zona de inserción axilar del músculo pectoral mayor y menor por sospecha de infiltración, cerrando el defecto cutáneo con un

colgajo de avance del músculo pectoral. AP: piel de axila con recidiva de melanoma, multifocal. Tejido celular subcutáneo con 2 ganglios linfáticos sin signos neoplásicos. El paciente evolucionó favorablemente, sin complicaciones postoperatorias, presentado unos resultados estéticos aceptables y sin presentar limitaciones funcionales del miembro superior. Actualmente continúa tratamiento oncológico con radioterapia e interferón.

Discusión: Las recidivas axilares en muchas ocasiones nos van a obligar a realizar una resección cutánea de la cicatriz previa. En casos como los de nuestro paciente que además había afectación cutánea, el defecto es de gran tamaño lo que no nos permitirá realizar un cierre primario. La región axilar es una zona con mucha movilidad, donde cicatrices a tensión pueden limitar la movilidad del miembro superior. El músculo pectoral es fácil de liberar. Su colgajo de avance se obtiene realizando una pequeña rotación del mismo, lo que moviliza ligeramente la situación de la areola manteniendo una simetría aceptable. Esta técnica nos aporta unos buenos resultados tanto estéticos como funcionales en pacientes con un defecto cutáneo importante tras una linfadenectomía axilar.

P-213. TRATAMIENTO RADICAL EN EL CARCINOMA METAPLÁSICO DE TIPO FIBROMATOSIS LIKE DE MAMA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

D. Navas Carrillo, R. García Pérez, M.J. Fernández Carrión, P.J. Galindo Fernández, J. Illana Moreno y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: El carcinoma metaplásico de la mama tipo fibromatosis-like es un tumor poco frecuente y con relativo buen pronóstico con un enfoque terapéutico adecuado. Clínicamente es indistinguible de otros tumores de mama, malignos y benignos, por lo que es necesario un estudio histológico de la lesión para realizar el diagnóstico diferencial. Se trata de un tumor sólido que puede asociarse a retracción de piel o complejo areola-pezones (CAP), de crecimiento local y con baja probabilidad de metástasis linfáticas y a distancia, pero que hay que tenerlas en cuenta. Microscópicamente, encontraremos un tumor de baja celularidad, de predominio estromal y de células fusiformes, con atipias celulares y típicas digitaciones que suelen infiltrar los bordes de resección y la grasa peritumoral. Para el diagnóstico histológico definitivo es necesario el estudio inmunohistoquímico para la detección de positividad a receptores epiteliales (citoqueratinas), vimentina y/o actina, así como su frecuente negatividad a receptores de andrógenos, estrógenos y progesterona. Así mismo, suelen presentar negatividad para HER2-neu y para ki67. Presentamos un caso clínico de tratamiento radical en este tipo de tumor.

Caso clínico: Mujer de 43 años que, como antecedente de interés, refiere haber presentado hacía 6 meses un hematoma espontáneo centro mamarario en mama izquierda. Tras la resolución del hematoma, se observa tumoración indurada retroareolar izquierda, de 8 cm de diámetro, mal delimitada, con retracción del CAP y adenopatías izquierdas palpables. En la mamografía, se observa retracción del CAP, edema de piel y nódulo retroareolar de morfología estrellada. La RM informa de nódulos múltiples, estrellados, retroareolares izquierdos, con retracción de CAP y adenopatías izquierdas. Se realizó BAG con 15 cilindros que no fueron concluyentes para malignidad, presentando positividad para actina, S-100 y p63. Se intervino para la toma de biopsias siendo el informe anatomopatológico positivo para citoqueratina AE1/AE3, 19 y 34 beta E12, y negativa para E-cadherina. Los receptores de estrógenos, andrógenos y progesterona fueron negativos, así como HER2-neu y ki67%. La morfología de las muestras fue fibrosis hipocelular, de tipo estrellada, de crecimiento digitiforme. Todo compatible con carcinoma metaplásico de tipo fibromatosis-like. Tras tratamiento quimioterápico neoadyuvante, se realizó mastectomía radical modificada tipo Madden. La anatomía patológica informó de carcinoma metaplásico.

Discusión: El carcinoma metaplásico de la mama es una entidad poco frecuente que requiere un diagnóstico diferencial con otros tumores malignos estromales como los sarcomas. El tumor de tipo fibromatosis-like es un tumor de buen pronóstico con tratamiento conservador, con baja incidencia de metástasis. Sin embargo, el tratamiento de esta patología debe ser individualizado, requiriendo tratamiento quirúrgico radical, sobre todo en caso de tumores localmente avanzados y en aquellos con adenopatías en el momento del diagnóstico.