

CARTAS AL DIRECTOR

¿Está indicada la oncoplastia cuando no está indicada?



Is oncoplasty indicated when it is not indicated?

Sr. Director:

Como cirujanos oncológicos de la mama, nuestro principal objetivo es realizar siempre una cirugía oncológicamente radical, pero el hecho de trabajar en una zona tan sensible e identitaria nos obliga a intentar, por todos los medios, minimizar las secuelas¹⁻³.

Cada día aumenta la sensibilidad respecto a este problema, ya que las mejoras en el tratamiento global del cáncer de mama, hace que aumenten las largas supervivientes que van a tener que convivir muchos años con las secuelas secundarias a la yatrogenia de nuestros tratamientos, cosa que nos ha llevado a plantear una desescalada de tratamiento para reducirlas. Desde la vertiente quirúrgica, hemos pasado de las grandes cirugías radicales a las mínimamente invasivas, y actualmente se plantea todo un

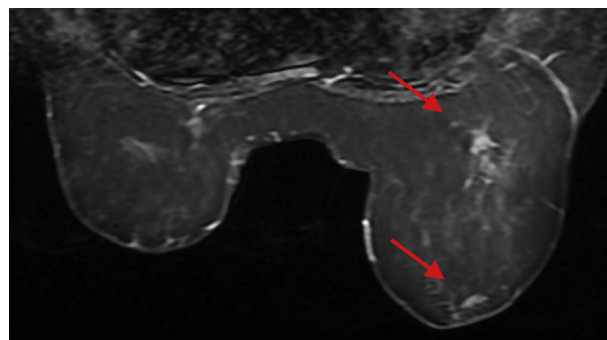


Figura 2 Resonancia magnética.

mundo de posibilidades con la adaptación de las técnicas oncoplásticas^{1,3}.

Así mismo, aquellos que aceptamos el concepto de seno- logía como el tratamiento integrado y global en todas las áreas de la paciente, tenemos que considerar los efectos psicológicos de nuestras actuaciones a largo plazo. Esto nos obliga a plantear que, aparte de intentar curar el cáncer a la paciente, debemos conseguir que cuando esta se mire

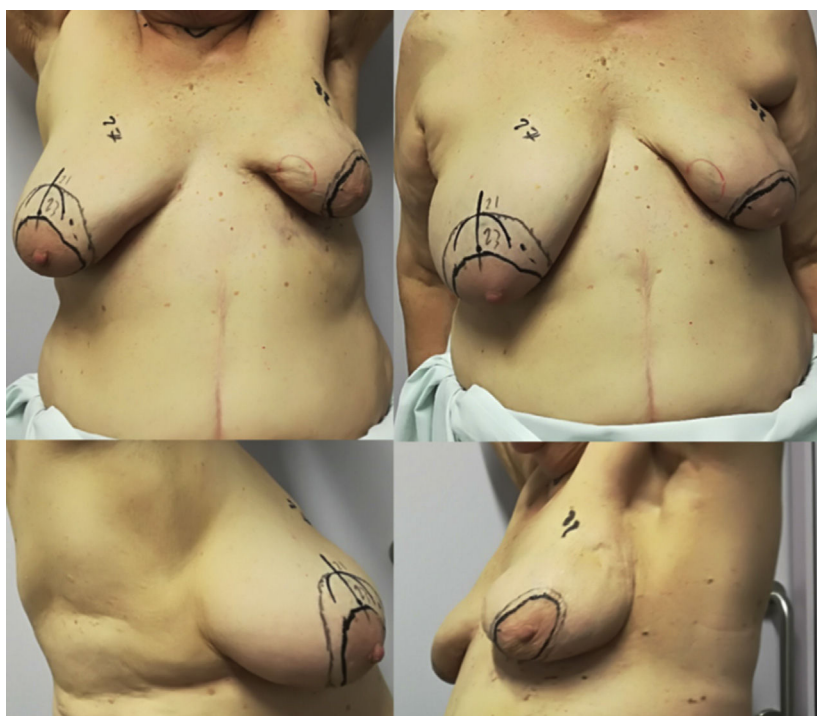


Figura 1 Exploración inicial.

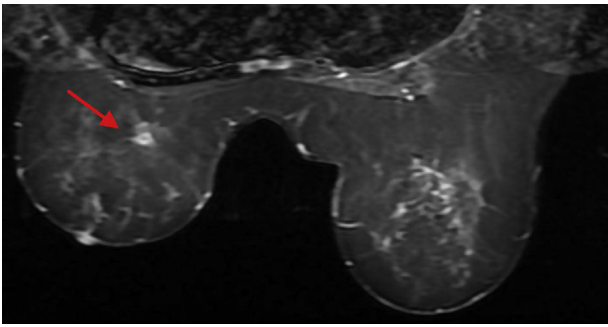


Figura 3 Resonancia magnética.

al espejo, 10 años después, las cicatrices que generamos no sean un recuerdo continuo del año negro que tuvo que pasar, sino una imagen que le haga pensar que, después de todo, resultó que no era tan malo.

Presentamos un caso en que la edad y los antecedentes nos hicieron dudar que la oncoplastia pudiera aportar mejoras sustanciales sobre las cirugías clásicas. Paciente de 79 años, con antecedentes de carcinoma tubular de mama desde hace 20 años tratado con tumorectomía, linfadenectomía (0/25), pT1aN0Mx, radioterapia y curieterapia. Actualmente se diagnostica de neoplasia de mama bilateral. Mamografía: nódulo 8 mm unión cuadrantes inferiores mama derecha y patrón de distorsión 13 mm en mama izquierda. Biopsia: carcinoma infiltrante grado I, receptores estrógenos y progesterona al 90%; HER 2: 1+ bilateral, Ki-67 5% en derecha y 20% en izquierda. Exploración: importante asimetría con secuelas de cirugía y radioterapia en mama izquierda sin palpase nódulos en mamas ni axilas. Resonancia magnética: segundo nódulo de 7 mm en mama derecha sospechoso (figs. 1-3).

Se valoró y aceptó en comité la reirradiación de la mama izquierda. Se realizó una tumorectomía bilateral siguiendo un patrón circular obteniendo 2 piezas de $6 \times 6 \times 2,5$ cm derecha y de $3 \times 2 \times 1$ cm izquierda. El tiempo quirúrgico fueron 2 h, y los márgenes libres (3 mm)¹.

Durante la postintervención, se produjo una isquemia superficial de CAP. Congestiva, por hematoma, en mama derecha, secundaria a malas condiciones cutáneas en mama izquierda. Resolvieron en 6 semanas con curas tópicas dejando una despigmentación leve y generando un retraso en la radioterapia que consideramos asumible (fig. 4).

El resultado estético, como ya dijimos, no era un objetivo principal, aunque quizá podríamos haber sido algo más ambiciosos con la simetría de volúmenes. Pero lo que más nos sorprendió, y consideramos el mayor logro, fue el impacto psicológico sobre la paciente quién nos explicó que, «por fin, podía ponerse un sujetador sin comprimirse un pecho, o que el otro le quedase totalmente suelto en la copa».

En nuestro caso, inicialmente, debido a la edad de la paciente y la mala estética inicial, se indicó una tumorectomía bilateral clásica, pero tras una intensa discusión en comité y valorando las quejas de la paciente sobre la cirugía previa y el previsible resultado final, se decidió realizar una cirugía oncoplástica poco agresiva, pero que permitiese incluir ambos nódulos de mama derecha en una misma pieza e intentase simetrizar en lo posible ambas mamas. A pesar de que lo más indicado desde el punto de vista oncoplástico hubiera sido un patrón vertical, o una T específica de mama derecha, dadas las características de la paciente, se buscó una opción menos agresiva y se optó finalmente por un patrón circular bilateral^{4,5}.

Los resultados finales, como era esperable, no consiguieron unas mamas de aspecto joven ni con una simetría perfecta, ya que el objetivo en esta paciente no era este, si



Figura 4 Resultados a las 6 semanas.

no tratar la enfermedad con intención curativa a la vez que minimizamos la yatrogenia quirúrgica ya provocada anteriormente y que se iba a acentuar ahora con una técnica conservadora clásica. Todo ello dirigido a proporcionar a la paciente una mejora en su calidad de vida y en la aceptación psicológica de la enfermedad^{2,3}.

En nuestra opinión las técnicas oncoplásticas hoy en día deben formar parte del arsenal terapéutico de cualquier cirujano de la mama, y aunque solemos pensar en ellas principalmente en gente joven para evitar deformidades, también pueden tener su papel en pacientes mayores con deformidades ya establecidas donde el objetivo será simplemente paliar estas deformidades con técnicas no demasiado complejas.

Nuestra paciente se había curado físicamente de un cáncer hacía 20 años, pero había estado arrastrando sus secuelas todo ese tiempo.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Consideraciones éticas

Los autores disponen del consentimiento de la paciente para hacer pública de forma anonimizada las imágenes de los resultados del tratamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Yoon J, Ros W, Kim S, Kearney T, Haffty B, Eladounmikhachi F, et al. Oncoplastic breast surgery in the setting of breast-conserving therapy: A systematic review. *Adv Radiat Oncol.* 2016;1:205–15, <http://dx.doi.org/10.1016/j.adro.2016.09.002>.
2. Yiannakopoulou E, Mathelin C. Oncoplastic breast conserving surgery and oncological outcome: Systematic Review. *EJSO.* 2016;42:625–30, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2016.02.002>.
3. Acea B. El proceso informativo sobre la indicación de la cirugía oncoplástica del cáncer de mama. *Cir Esp.* 2007;82: 204–8, [http://dx.doi.org/10.1016/S0009-739X\(07\)71707-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0009-739X(07)71707-4).
4. Acea B. Cirugía oncoplástica conservadora en el cáncer de mama. Indicaciones y límites en su aplicación quirúrgica. *Cir Esp.* 2005;78:12–8, [http://dx.doi.org/10.1016/S0009-739X\(05\)70878-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0009-739X(05)70878-2).
5. Baratte A, Mathelin C, Dissaux C, Ruffenach L, Bruant-Rodier C. Cirugía oncoplástica de la mama. *EMC.* 2018;26, <http://dx.doi.org/10.1016/S1634-21431889905-8>.

Jairo Cortés Prados*, Laia Sánchez Paniagua
y Carmen Corral Gamez

*Unidad de Patología Mamaria, Servicio de Ginecología,
Consorcio Sanitario de Terrassa, Terrassa, Barcelona,
España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jairocortesprados@gmail.com
(J. Cortés Prados).

<https://doi.org/10.1016/j.senol.2020.07.006>

0214-1582/ © 2020 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U.
Todos los derechos reservados.

Cáncer de mama ectópico en la raíz del brazo



Ectopic breast cancer in the root of the arm

Sr. Director:

En los humanos, la línea láctea se desarrolla en el tronco del embrión hacia la sexta semana de gestación, y se extiende desde la axila hasta la región inguinal¹. A partir de la décima semana, la línea láctea se atrofia, a excepción de la parte situada en el cuarto espacio intercostal, donde se desarrollará la glándula mamaria. Un fallo en el proceso de involución puede conducir a la presencia de tejido mamario supernumerario, sobre todo en mujeres.

Este tejido puede presentarse como tejido mamario con pezón, tejido mamario con aréola o solamente tejido mamario. El sitio más frecuente donde se desarrolla mama ectópica es en las axilas, siendo infrecuente en el tórax y muy raro en la vulva. Se han comunicado hallazgos de tejido mamario en área escapular, cara, oreja, cuello, muslo y pie. Este tejido, a veces ya visible al nacer, puede hacerse más evidente por la influencia hormonal, sobre todo durante la pubertad o el embarazo, y puede ocasionar problemas

cosméticos, molestias o llegar a padecer las mismas enfermedades benignas y malignas que el tejido mamario de localización normal². La incidencia de tejido mamario accesorio es incierta, cifrándose en alrededor de un 1% en la población general³. Señalar que el tejido mamario ectópico sin pezón puede confundirse con otras lesiones subcutáneas como lipomas, adenopatías, quistes foliculares, fibromas, queratosis seborreicas y nevus intradérmicos⁴.

La aparición de un cáncer sobre tejido mamario ectópico es extremadamente raro sobre todo fuera de la axila, representando un 0,3-0,6% de los cánceres de mama y, a menudo, puede pasar desapercibido inicialmente, pudiendo evolucionar hacia la afectación de los tejidos circundantes y/o ganglios linfáticos, comportando un peor pronóstico. Aunque hay poca bibliografía al respecto, el tratamiento es similar al del cáncer desarrollado en glándula mamaria normal⁵.

Presentamos el caso de una paciente de 41 años con antecedentes personales de tratamiento con Sintrom® por trombosis portal compatible con cavernomatosis portal y ascitis. Celiaquía y telorrea pluriorificial bilateral de años de evolución. Acude a la unidad de patología mamaria por la telorrea, añadiendo que recientemente nota un nódulo subcutáneo y móvil en la raíz de brazo izquierdo. Se le practica ecografía y biopsia con aguja gruesa al nódulo, con el resultado de carcinoma ductal infiltrante grado II, de unos