



Revista de Senología y Patología Mamaria

www.elsevier.es/senologia



COMUNICACIONES ORALES

XXXI Congreso de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria

Barcelona, 18-20 de octubre de 2012

CPL Reconstrucción mamaria

NUEVA MALLA BIOLÓGICA EN LA RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON IMPLANTE

E. Peña Ros, P. Marín Rodríguez, M. Ruiz Marín, M. Vicente Ruiz, A. Sánchez Cifuentes, N. Martínez Sanz, J. Nieves Merino, B. Abellán Rosique y A. Albarracín Marín-Blázquez

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Objetivo: Presentar las ventajas en el uso de una nueva malla (Tutomech®) para la cobertura de la prótesis mamaria en reconstrucción de mama.

Métodos: Presentamos los resultados preliminares de nuestra serie de 10 pacientes intervenidas con dicha técnica mostrando sus ventajas y técnica en el vídeo de la colocación de una prótesis biológica durante la reconstrucción tras una mastectomía para conseguir la cobertura completa de la prótesis tanto con expansor como con anatómica definitiva.

Resultados: Hemos realizado 10 reconstrucciones utilizando la prótesis biológica Tutomech® para dar cobertura al implante mamario, tras mastectomía. En nuestra serie hemos recogido un caso de encapsulamiento de la prótesis, en una paciente sometida a radioterapia. El resto de los casos han tenido una buena evolución y no encontrando complicaciones a la hora de sustituir el expansor por la prótesis definitiva. Presentamos el vídeo de colocación de una de ellas en la que se objetiva un fácil manejo de la membrana, resistente a la sutura y multiperforada permitiendo el drenaje del bolsón, flexible y más elástica para facilitar la cobertura.

Conclusiones: Se ha descrito el uso de matriz de tejido dérmico de origen porcino para la cobertura y soporte de la prótesis en la reconstrucción posmastectomía con buenos resultados estéticos y bajas tasas de encapsulamiento y necesidad de revisión quirúrgica. Nosotros planteamos el uso de una prótesis biológica reabsorbible extraída de pericardio bovino para este fin, aprovechando las propiedades de la misma, que facilitan su manipulación y colocación, consiguiendo buenos resultados estéticos, sin complicaciones. Al tratarse de un material biológico reabsorbible va siendo sustituido por tejido conectivo endógeno. Se trata de un material inerte, sin

rechazo inmunológico ni colonizable por infecciones, y sin capacidad de transmitir enfermedades infecciosas ni por priones. Se encuentra multiperforado, por lo que deja evacuar el exudado postoperatorio del compartimento de la prótesis. Al contrario que el resto de materiales protésicos no sufre retracción alguna. Además elimina la necesidad de elevar el serrato anterior o el recto abdominal o su fascia para dotar de cobertura inferolateral al implante.

Disección axilar en la metástasis de ganglio centinela

CUANTIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS EN LA CIRUGÍA AXILAR DEL CÁNCER DE MAMA DURANTE LA ÚLTIMA DÉCADA

A. Moral Duarte, B. Espina, J.I. Pérez, M. Clos, J. Alanez, A.B. Martín y M. Trias

Hospital de Sant Pau, Barcelona.

Introducción: La cirugía del cáncer de mama ha evolucionado en los últimos años hacia la cirugía conservadora, la implantación de la técnica de la biopsia selectiva del ganglio centinela y la posterior ampliación de sus indicaciones. Hemos cuantificado la evolución de la cirugía axilar comparando 2 grupos de pacientes de nuestra serie intervenidos con una década de diferencia.

Métodos: Análisis de los datos recogidos de forma prospectiva en nuestra base de datos de los casos intervenidos en los años 2000 y 2001 (grupo A) comparándolos con los casos intervenidos en los años 2010 y 2011 (grupo B). Se recogieron los datos relativos al tumor primario, el tratamiento neoadyuvante, la cirugía axilar realizada y el resultado anatomopatológico. Además se comparan los tratamientos realizados cada grupo con los hipotéticos tratamientos si se hubiera aplicado el protocolo del otro grupo.

Resultados: El vaciamiento axilar se realizó en el 100% de los casos del grupo A contra un 31% del grupo B, en éste se concentra-

ron en los pacientes que se intervenían después de realizar tratamiento con quimioterapia, si bien sólo supuso vaciar al 42% de pacientes que realizaron quimioterapia neoadyuvante. La afectación axilar del grupo A fue del 33,7% (23,6% de más de 1 ganglio), y la del grupo B vaciamientos y centinelas del 24% (11,6% de más de 1 ganglio). En el grupo A los vaciamentos negativos supusieron el 66,3%, mientras en el grupo B fueron del 13,7% del total de los casos (43% de los vaciamentos realizados).

Conclusiones: Previo a la introducción de la técnica del ganglio centinela, a las pacientes que se intervenían por cáncer de mama siempre se les debía realizar un vaciamiento axilar, que en la mayor parte de los casos eran finalmente negativos. Los cambios introducidos en la última década cómo son la técnica del ganglio centinela, el diagnóstico precoz, la introducción de la BSGC tras quimioterapia y obviar los vaciamentos ante micrometástasis del ganglio centinela son factores que han permitido disminuir los vaciamentos axilares a menos de una tercera parte de pacientes, y el número de pacientes a los que se realiza un vaciamiento negativo a una quinta parte.

ESTUDIO DE LAS MICROMETÁSTASIS EN GANGLIO CENTINELA. INSTITUTO UNIVERSITARIO DEXEUS 1998-2011

M. García, M.T. Cusidó, F. Tresserra, I. Rodríguez, M. Muñoz, C. Ara y R. Fábregas

Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción Humana, Institut Universitari Dexeus, Barcelona.

Introducción: La detección de afectación del ganglio centinela (GC) en cáncer de mama se ha establecido como el método básico de estudio ganglionar en los casos en que no existe afectación clínicamente. Como resultado de que el estudio de las muestras es cada vez más amplio y de la incorporación de los análisis inmunohistoquímico, somos capaces de detectar volúmenes menores de afectación metastásica en el GC. La micrometástasis (0,2-2 mm) se consideran el mínimo volumen de afectación metastásica ganglionar que obliga a la realización de linfadenectomía axilar (LA).

Métodos: Recogida de los casos de cáncer de mama tributarios a tratamiento quirúrgico primario sin afectación clínica ganglionar (por ecografía y exploración física) que fueron sometidas a biopsia selectiva de GC resultando esta positiva y en las que posteriormente se realizó LA. Estudio descriptivo de los casos en los que el GC positivo en inmunohistoquímica para micrometástasis. Valoración de las variables de alto riesgo que se identificaron en los casos de micrometástasis con afectación de ganglio no centinela (GNC).

Resultados: Realizamos 125 LA con GC positivo en nuestro centro desde 1998-2011. En 123 de ellas pudimos confirmar el tipo de afectación en el GC. Diagnosticamos 43 casos (35%; 43/123) de afectación del centinela por micrometástasis. En el 86% de casos de afectación por micrometástasis (37/43) no se halló afectación en GNC tras realizar la LA. En el 64% (51/80) de las macrometástasis no encontramos afectación en GNC siendo estas diferencias estadísticamente significativas. De los 6 casos con afectación de GNC tras detección de micrometástasis, en 4 casos el estadio definitivo ganglionar pasó a ser N1a y sólo un caso de N2a. En todos los casos los receptores hormonales fueron positivos. En 5 de los 6 casos el grado histológico fue 1. Entre los casos de micrometástasis con afectación de GNC existió más proporción de carcinomas lobulillares [33% (2/6) vs 5,4% (2/37)], invasión linfovascular [83% (5/6) vs 44% (14/32)], tamaño tumoral elevado (1,9 cm vs 1,59 cm) y Her 2 neu positivo [33% (2/6) vs 11% (4/35)] que en los casos en que no hubo afectación de GNC.

Conclusiones: El riesgo de afectación metastásica en GNC es 3.5 veces superior en el caso de macrometástasis que en el caso de micrometástasis (OR 3.5; 1,3-9,3), habiendo podido demostrar con

nuestros datos diferencias estadísticamente significativas. Los casos de micrometástasis que tuvieron afectación de GNC tuvieron en más proporción tipos histológicos lobulillares, ILV y Her2 neu positivos que aquellas micrometástasis sin afectación de GNC aunque dado el tamaño muestral esas diferencias no son estadísticamente significativas.

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

A. Moral Duarte, J. Duch, J.I. Pérez, A. Tibau, O. Uyanik, J. Alanez, M. Estorch y M. Trias

Hospital de Sant Pau, Barcelona.

Introducción: El presente estudio valora 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.

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.

MICROMETÁSTASIS EN GANGLIO CENTINELA. ¿ES NECESARIA? NUESTRA EXPERIENCIA

A. Recas Roselló^a, E. Aguilar Aloma^a, D. Carrera^b, M. Jordà Solé^a y P. Cavallé Busquets^a

^aHospital Universitari Sant Joan de Reus, Tarragona. ^bHospital Joan XXIII, Tarragona.

Introducción: Aplicación retrospectiva de los normogramas del MD Anderson a los ganglios centinelas positivos para micrometástasis realizados en nuestro hospital en los últimos 5 años. La inten-

ción es evaluar la correlación de los normogramas con el resultado de la anatomía patológica con el fin de saber en cuáles se podrían haber obviado la linfadenectomía axilar.

Métodos: Se revisan 260 casos de ganglios centinelas realizados en el Hospital Universitario Sant Joan de Reus para aplicar los normogramas del MD Anderson y evaluar su correlación con la anatomía patológica. De los 260 ganglios centinelas realizados, 36 fueron positivos para micrometástasis (13%), 9 fueron positivos para macrometástasis (3%) y el resto fueron negativos (82%). De las linfadenectomías el 11% tuvieron ganglios afectos.

Resultados: En este momento estamos analizando los datos recogidos y aplicando la estadística correspondiente. Esperamos obtener los resultados en el plazo inferior a un mes.

RESULTADOS CON TÉCNICA OSNA O CON BIOPSIA PEROPERATORIA CONVENCIONAL DEL PROCESAMIENTO INTRAOPERATORIO DE LA BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER DE MAMA

F. Tuca, A. Ranea, L.M. Alonso, E. Vila, E. López Bonet y A. Rubio Rodríguez

Hospital Dr. Josep Trueta, Girona.

Métodos: De octubre del 2005 a septiembre del 2011 hemos efectuado un procesamiento intra- operatorio en 305 procedimientos de biopsia del ganglio centinela (BGC). En los primeros 209 se practicó biopsia peroperatoria convencional (BPO) con técnicas de inmunohistoquímica (68,2% de los 305 casos), mientras que en los siguientes 96 (31,5%) se utilizó el método de OSNA ("one-step nucleic acid amplification"), introducido en noviembre de 2009, que cuantifica copias de mRNA de CK19 en un tiempo limitado y que proporciona resultados definitivos intraoperatorios.

Resultados: Considerando el objetivo de la BPO determinar la indicación de vaciamiento axilar (Vax) en el tiempo de la resección mamaria, la BPO se consideró positiva (BPO (+)) en 33 GC (15,8%) (resultado de BPO N1 o N1mic con indicación de Vax según los criterios vigentes de consenso), mientras que la BPO fue considerada negativa (BPO (-)) en 176 (84%) (GC N0 o Ny+, sin indicación de Vax). La biopsia diferida confirmó la BPO (-) en 148 casos (73,3%) mientras que en 28 casos la BGC definitiva detectó metástasis o micrometástasis con indicación de reintervención para realización de Vax (15,9%). Estos resultados determinan una sensibilidad de la BPO del GC del 54,10% (IC 40,94% - 66,74%) y un valor predictivo negativo del 84,09% (IC 77,65% - 89,00%). El carácter definitivo del resultado de la BGC en los 96 casos del grupo OSNA eliminó la necesidad de indicación diferida de Vax. Los resultados en el grupo OSNA parecen indicar una mayor sensibilidad para la detección de carga tumoral en el GC con una menor proporción de casos N0 y N0y+ (58,3% y 1% -56 y 1 casos respectivamente-) respecto a la biopsia definitiva del grupo de BPO (61,2% y 9.1% -128 y 19 BGC-) y un incremento del índice de BGC N1mic y N1 en el grupo OSNA (19,8% y 20,8% -19 y 20 casos) respecto al grupo de BPO (12,9% y 16,7% -27 y 35 casos)-. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p = 0,0260$).

Conclusiones: La capacidad predictiva de la biopsia peroperatoria convencional del GC para discriminar la indicación de vaciamiento axilar es limitada (sensibilidad del 54% y valor predictivo negativo de 84%). La aplicación del método OSNA a la BGC evita los falsos negativos de la biopsia peroperatoria con indicación de vaciamiento axilar diferido en un segundo tiempo quirúrgico (16%). De forma adicional el método OSNA parece incrementar la sensibilidad y capacidad de detección de carga tumoral del GC.

PET mama, tomosíntesis ingenieros, nuclear, radiólogos

PAPEL DEL ESTUDIO DE TOMOSÍNTESIS ASOCIADO A LA MAMOGRAFÍA DIGITAL 2D: PRIMEROS RESULTADOS

P. Martínez Miravete^a, M. Sainz^a, A. García-Lallana^b, I. Antón^b, C. Minguillón^a y L. Pina^b

^aÁrea de Patología de Mama, Centro Médico Ginecológico, Pamplona. ^bClínica Universitaria de Navarra, Pamplona.

Objetivo: Evaluar la tasa de detección de cáncer de mama usando la tomosíntesis como técnica adicional o combinada al estudio de mamografía digital convencional en los patrones de densidad ACR 2, 3 y 4.

Métodos: Estudio retrospectivo. Desde diciembre de 2010 a diciembre de 2011 se han realizado 5.603 estudios combinados: de mamografía digital 2D + tomosíntesis 3D, en patrones de densidad ACR 2, 3 y 4. Hemos evaluado el papel de la tomosíntesis en la detección adicional de cánceres, usando como análisis estadísticos el software SPSS y el chi cuadrado de Pearson.

Resultados: 133 cánceres de mama fueron detectados en mamografía digital convencional (tasa de detección del 1,5%). 47 (35,3%) cánceres adicionales se detectaron en tomosíntesis con mamografía convencional negativa: 9 casos con ACR 2 (la tasa de detección aumentó 0,65%), 20 casos con ACR 3 (0,92%) y 18 casos con ACR 4 (0,87%). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las tasas de detección de los tres patrones ($p = 0,66$). La tasa de detección aumentó un 0,83%, siendo la tasa de detección del estudio combinado de 2,33%.

Conclusiones: El añadir el estudio de tomosíntesis al estudio de mamografía convencional 2D supuso un aumento de la tasa de detección del 1,5% al 2,33%. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los tres patrones ECR, por lo que el estudio de tomosíntesis puede ser útil no sólo en mamas densas y heterogéneas sino también en densidad media.

TOMOSÍNTESIS DE MAMA Y SU UTILIDAD EN EL MANEJO DE LAS DISTORSIONES ARQUITECTURALES DE MAMA

P. Martínez Miravete^a, M. Sainz^a, C. Minguillón^a, A. García-Lallana^b, I. Antón^b, L. Pina^b y A. Sebastián^a

^aÁrea de Patología de Mama, Centro Médico Ginecológico, Pamplona. ^bClínica Universitaria de Navarra, Pamplona.

Objetivo: Las distorsiones arquitecturales de mama constituyen generalmente un desafío para su correcto diagnóstico en mamografía convencional o 2D, siendo causa frecuente de infradiagnóstico, sobre todo en mujeres con mamas densas. Nuestro objetivo es demostrar la utilidad de la tomosíntesis en descartar o confirmar las distorsiones identificadas en Mamografía convencional, y establecer su papel en la reducción de la tasa de rellamadas, el número de proyecciones complementarias, y minimizar el número de biopsias innecesarias.

Métodos: Desde noviembre 2010 a marzo 2011 hemos examinado 1300 mujeres con un mamógrafo digital dimensiones, realizando simultáneamente estudio convencional (2 proyecciones) y tomosíntesis (2 proyecciones). Hemos analizado las distorsiones identificadas en estudio convencional que persistieron en tomosíntesis. No fueron necesarias proyecciones complementarias y procedimientos intervencionistas se llevaron a cabo sólo en pocos casos. Ilustramos los hallazgos clínicos y patológicos.

Resultados: Se identificaron 108 distorsiones arquitecturales en la mamografía convencional. Más de la mitad de ellas (79, el 73,14%) desapareció en estudio de tomosíntesis. Éstas correspondieron a es-

estructuras vasculares (39), ganglios intramamarios (4), lesiones cutáneas (3) y superposición de tejido fibroso (33). No fueron necesarios más estudios. Sólo 29 de las distorsiones (el 26,85%) persistieron en tomosíntesis. Cuatro eran palpables. Se realizó biopsia percutánea en todas estas 29 distorsiones. Los resultados histopatológicos fueron: 7 lesiones malignas (3 CDI, 1 CDI con CDIS, 1 carcinoma indiferenciado y 2 carcinomas tubulares), 5 hiperplasias complejas con atipia, 2 cicatrices radiales, y 15 lesiones benignas.

Conclusiones: La tomosíntesis de mama permite descartar las falsas distorsiones producidas por superposición de tejidos y confirmar las verdaderas o patológicas. La tomosíntesis evita proyecciones complementarias y biopsias innecesarias.

Tratamiento sistémico primario como modelo de investigación

FACTORES PRONÓSTICOS DE REDUCCIÓN TUMORAL EN NEOADYUVANCIA DE CÁNCER DE MAMA

S. Baulies Caballero, F. Fargas Fábregas, M. Cusidó, M. González, F. Treserra, I. Rodríguez, B. Úbeda, C. Ara y R. Fábregas

Institut Universitari Dexeus, Barcelona.

Introducción: El tratamiento de quimioterapia neoadyuvante ha demostrado una mejoría en la tasa de cirugías conservadoras de mama frente a la adyuvancia manteniendo el beneficio en términos de supervivencia. La respuesta anatomopatológica completa (pCR) o la presencia de mínima enfermedad residual tras quimioterapia neoadyuvante, tanto en la mama como en la axila, se correlaciona con una mayor supervivencia libre de enfermedad y global.

Métodos: Desde enero 2000 a enero 2011, 110 pacientes han recibido quimioterapia neoadyuvante. Se han revisado los datos demográficos, el tamaño tumoral, los factores pronósticos, la respuesta radiológica y anatomopatológica, según la clasificación de Miller Payne (MP), y la supervivencia.

Resultados: Se revisaron 76 casos en el grupo T1c-T2 y 34 T3-T4. En 25 pacientes T1c-T2 (32,9%) se observó afectación ganglionar versus 24 (70,6%) casos T3-T4. En el grupo T1c-T2, 23 casos (30,3%) recibieron antraciclinas y 53 (69,7%) antraciclinas y taxanos, mientras que en el grupo T3-T4, 10 (29,4%) y 24 (70,6%) casos respectivamente. Los tumores Her2 Neu + y con histología ductal infiltrante presentaron mayor regresión tumoral ($p < 0,05$). En relación al Miller Payne, 39 pacientes (50,6%) tratadas con antraciclinas + taxanos presentaban MP 4/5 frente 15 pacientes (45,5%) con antraciclinas (NS). En el grupo antraciclinas, 9 pacientes (27,3%) presentaron MP 1/2, en relación a 11 pacientes (14,3%) del grupo antraciclinas + Taxanos (NS).

Conclusiones: Existe una tendencia a una mayor reducción tumoral en los tumores tratados con antraciclinas y taxanos. Asimismo, los tumores triple negativos y Her2 neu + presentan mayor regresión tumoral que los receptores hormonales positivos,

MENOR NÚMERO DE GANGLIOS LINFÁTICOS EN LAS LINFADENECTOMÍAS AXILARES POSQUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN EL CÁNCER DE MAMA

M. Fábregas Canal, M. Takeuchi Bigas y M.A. Luna Tomás

Unidad de Patología Mamaria, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona.

Objetivo: El hallazgo de menos de 10 ganglios linfáticos en la linfadenectomía axilar realizada en el cáncer de mama puede ser

consecuencia de una inadecuada técnica de disección o ser una variante anatómica de la paciente. Nuestro objetivo principal es constatar un menor número de ganglios linfáticos en las linfadenectomías axilares realizadas después de recibir tratamiento neoadyuvante en el cáncer de mama.

Métodos: Se comparan número de ganglios obtenidos en linfadenectomías de pacientes tratadas con neoadyuvancia y pacientes tratadas con cirugía como primera línea de tratamiento. En todas las pacientes se realizó linfadenectomía axilar nivel I y II en un mismo centro. El número de ganglios encontrados se ha dicotomizado en < 10 y ≥ 10 .

Resultados: Se ha observado que el porcentaje de linfadenectomías axilares con un número de ganglios obtenidos inferior a 10, es sensiblemente superior en pacientes que han recibido quimioterapia neoadyuvante en comparación a las pacientes que realizan cirugía primaria. (71,4% vs 27,5% respectivamente).

Conclusiones: El hallazgo de un menor número de ganglios linfáticos en las linfadenectomías axilares en pacientes que han realizado quimioterapia neoadyuvante es frecuentemente consecuencia directa del tratamiento neoadyuvante, y no se debe considerar, en todos los casos, un vaciamiento axilar incompleto.

Comunicaciones libres

ABSCESOS BILATERALES MÚLTIPLES POR POSICIÓN INADECUADA AL MAMAR

L. Ruiz Guzmán^a, M. Prats de Puig^b y G. Villena Coronado^c

^aGavà Salut Familiar, Barcelona. ^bClinica Planas, Barcelona.

^cHospital Comarcal Alt Penedès, Barcelona.

Introducción: La prevalencia de lactancia materna (LM) en nuestro país está en aumento. Asociada a ello se aumenta la incidencia de patología de la mama lactante. Se presenta un caso de mastitis abscesificada en relación a neonato con dificultades de succión.

Caso clínico: Mujer de 32 años de edad sin antecedentes de interés. Gestación y parto normales. Desde el inicio de la lactancia, dolor y grietas y sensación de plenitud excesiva. Consulta en 5 ocasiones en su CAP. Con matrona y pediatra. A los 30 días acude a urgencias hospitalarias por bultoma mamario, repitiendo la consulta en 3 ocasiones más. Se le indica suplemento de leche artificial alegando falta de producción de leche. Se le recomienda abandonar la lactancia y valorar la mama a posteriori. La matrona del CAP apunta la posibilidad de algún defecto en la boca del neonato. A los 2 meses se realiza una ecografía mamaria en Urgencias, diagnosticando probables tumoraciones bilaterales de contenido líquido. Se remite a la paciente a consulta de Senología, diagnosticándose colecciones líquidas, sugestivas de abscesos mamarios bilaterales que se drenan percutáneamente bajo guía ecográfica y se tratan de forma ambulatoria con ciprofloxacino. El antibiograma demuestra germen sensible al tratamiento. La paciente precisa posteriormente tres punciones ecoguiadas, negativizándose los cultivos y obteniendo remisión sintomática progresiva. Se trata al recién nacido de otitis serosa y se realiza frenectomía para mejorar la extracción de leche. Se recomienda complementación con leche artificial y leche materna. A los 4 meses, la madre refiere amamantar con algo de molestia siguiendo la tercera tanda de antibióticos y el bebé está siendo alimentado con LM exclusiva engordando según parámetros adecuados.

Discusión: A pesar del control de la posición y técnica de lactancia, esta madre sufrió un síndrome de posición inadecuada al lactar con hiper-producción de leche que se sobre-infectó y tras mastitis inadecuadamente tratada derivó a la aparición de abscesos múlti-

ples. La causa estaba en la morfología de la boca del neonato. Un diagnóstico precoz habría permitido una rápida solución y evitar esta complicación de resolución más lenta. En las mastitis puerperales, la supresión de la lactancia no sólo no mejora las tasas de curación, sino que implica cesar un modo de alimentación que, con un nivel de evidencia A, se recomienda como idóneo para el lactante.

BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA (BSGC) EN CÁNCER DE MAMA EN HOSPITALES COMARCALES. IMPLEMENTACIÓN EN EL HOSPITAL SANTA ANA DE MOTRIL EN LA PROVINCIA DE GRANADA

M.C. Bermúdez Morales^a, J.M. Delgado Moreno^a, A. López Ruiz^a, S.J. Ortega Lozano^a, R. Nieto Serrano^a, R. Arenas Aguaza^a, J. Rubi Uriá^b, S. Ranea Jimena^b, F. Herrera^b y J.M. Iza-Gañola^b

^aHospital San Cecilio, Granada. ^bHospital Santa Ana de Motril, Granada.

Objetivo: Describir/analizar los resultados de la fase de aplicación clínica de la técnica BSGC en pacientes con cáncer de mama en el Hospital Comarcal "Santa Ana" de Motril en los últimos dos años.

Métodos: Particularidades de la puesta en marcha del protocolo de BSGC en el hospital comarcal: las pacientes acuden al servicio de Medicina Nuclear la tarde anterior a la intervención quirúrgica para obtener el mapa linfático. Inyección intratumoral eco-dirigida sólo en lesiones no palpables en que está indicado. Desplazamiento del médico nuclear al hospital comarcal. El resto del protocolo técnico es similar al aplicado en el propio Hospital de referencia: 111 MBq de ^{99m}Tc-nanocoloide; inyección peritumoral/periareolar/intratumoral; masaje suave de la mama y ejercicio con el brazo; linfogammagrafía con imágenes estáticas en decúbito supino de 300 segundos en proyección anterior, oblicua anterior y/o lateral. Imagen SPECT-TC en casos de no visualización por la técnica convencional, o localizaciones complejas. Detección con sonda intrao-

peratoria en quirófano del Hospital comarcal el día siguiente a la inyección del radiofármaco. Extracción del Ganglio centinela y accesorios con hasta el 20% de contaje del primero.

Resultados: Entre julio de 2010 y junio de 2012 se ha realizado la técnica de BSGC en 76 pacientes con cáncer de mama. La edad media es de 61.2 años (rango 28-82 años). Las características más frecuentes referidas al tumor, y los porcentajes de detección se muestran en las tablas 1 y 2. El resultado anatomopatológico intraoperatorio de los ganglios extraídos se muestra en la tabla 3.

Conclusiones: La implantación de la BSGC en el hospital comarcal del que es referencia el Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Universitario San Cecilio de Granada ha permitido beneficiarse a 76 pacientes durante los últimos dos años, disminuyendo el número de linfadenectomías innecesarias en un 56.8% de las pacientes pertenecientes al Hospital Santa Ana de Motril. La realización de la técnica de BSGC en más de 20 pacientes por año/cirujano acredita al Hospital Santa Ana de Motril para la realización de dicha técnica, con todas las garantías, y disminuye el flujo de pacientes afectas de cáncer de mama hacia el hospital de referencia.

BLOQUEO PARAVERTEBRAL TORÁCICO TRONCULAR ANESTÉSICO EN CIRUGÍA DEL CÁNCER DE MAMA

C. Buqueras Bujosa, C. Deiros, N. Montero, H. Subirana, R. Batista, A. Vasco, J. Robres y P. Barrios

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

Introducción: El bloqueo paravertebral torácico troncular (BPVT) en la cirugía del cáncer de mama combinado o no con anestesia general ofrece una alternativa como técnica anestésica operatoria. Presentamos la experiencia y resultados preliminares en nuestro centro hospitalario con esta técnica.

Métodos: Realizamos un estudio transversal desde agosto 2011 hasta mayo 2012, incluyéndose 40 pacientes consecutivas intervenidas de cáncer de mama primario. Se realiza BPVT ecoguiado a todos los pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico tanto conservador como radical, combinado con anestesia general con mascarilla laríngea o sedación/EV únicamente, marcándonos como "endpoint" el grado de dolor postquirúrgico (escala analógica EVA) atendiendo al tipo de cirugía mamaria, estadiaje tumoral y la presencia de náuseas y/o vómitos postoperatorios.

Resultados: La localización ecoguiada del espacio paravertebral torácico (T3-T4) ipsilateral a la cirugía se consiguió en todas las pacientes, utilizándose 20 ml bupivacaína al 0,5% (0,3 ml/kg). No hubo casos de yatrogenia de neumotórax o inyección intratecal del anestésico, aunque 1 paciente presentó una absorción intravascular del mismo (2,5%). Se analizó el grado de dolor con EVA al despertar, a la hora postintervención, al alta de Sala Reanimación y a las 24h postintervención, controlándose dolor postoperatorio inmediato en todas nuestras pacientes. No hubo casos de dolor crónico. No fue estadísticamente significativo el tipo de cirugía mamaria y/o reconstructiva realizada ni de la cirugía axilar (biopsia selectiva ganglio centinela o linfadenectomía) añadida ni estadiaje tumoral. El 96% de los casos se realizó la cirugía mamaria en ámbito ambulatorio y ninguna paciente precisó antieméticos endovenosos en el postoperatorio inmediato, mientras que 3 pacientes solamente (7.5%) requirieron de analgésicos no esteroideos poscirugía.

Conclusiones: El BPVT ecoguiado reduce significativamente el dolor postoperatorio, tanto inmediato como crónico, así como la presentación de náuseas y/o vómitos, independientemente del tipo de cirugía mamaria realizada. Es una técnica anestésica factible, eficaz y segura en manos expertas para la cirugía mamaria electiva, con mínimas complicaciones, siendo una alternativa a la anestesia general, pudiéndose realizar en régimen ambulatorio, reduciéndose costes e ingresos hospitalarios.

Tabla 1

Características más frecuentes referidas al tumor	%
Tipo tumoral CDI	78,5
Mama izquierda	53,9
CSE	45,6

Tabla 2

Detección de GC	
Efectividad de localización	100%
Media de ganglios/paciente	1,1

Tabla 3

Anatomía Patológica del GC	%
Negativo	56,8
Positivo macrometástasis	29,8
Positivo micrometástasis	5,9
Células tumorales aisladas	7,5
Total	100

CÁNCER DE MAMA DUCTAL-LOBULILLAR INFILTRANTE

E. de la Hoz Freitas, B. Rodríguez Rodríguez, E.M. Iglesias Bravo, M. Amodeo Hernández, C. Delgado Jiménez y M. Sánchez Sevilla

UGC Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario de Valme, Sevilla.

Introducción: El carcinoma mixto ductal-lobulillar es una variante pleomórfica que incorpora características del carcinoma ductal y del lobulillar puro. Su pronóstico y forma de presentación son poco conocidas. A diferencia del carcinoma ductal puro, este tipo de tumores mixtos presentan menor tasa de metástasis a distancia pero mayor porcentaje de tumores primarios en la mama contralateral. Su incidencia se estima en un 6% de todos los carcinomas mamarios.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo transversal. Se incluyen 54 pacientes con diagnóstico de carcinoma de mama ductal-lobulillar infiltrante tratadas en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Universitario de Valme en el periodo comprendido entre 1987-2011.

Resultados: La edad media de las pacientes fue de 58,3 años (rango 33-83). Solamente un 11% fueron derivadas del programa de detección precoz de cáncer de mama. El 26% de las pacientes tenían antecedentes familiares de cáncer de mama y el 11% antecedentes personales de cáncer. El 64,8% de las pacientes consultaron por nódulo palpable y 4 pacientes (7,4%) por retracción de piel y pezón. En el 77,8% de los casos se detectó tumoración palpable con axila positiva clínicamente en el 13%. En un 96,3% de los casos hubo sospecha radiológica de malignidad. Se realizó punción aspiración con aguja fina en el 55,5% de casos (83,3% con sospecha citológica de malignidad). En el 33,3% de pacientes se obtuvo el diagnóstico mediante biopsia con aguja gruesa. La distribución por inmunofenotipo fue: luminal A el 46,3%, luminal B el 18,5% y luminal B-HER2 el 1,8%. Se practicó mastectomía radical modificada tipo Madden en el 70,4% de las pacientes, cirugía conservadora y linfadenectomía en el 22,2% y cirugía conservadora sin linfadenectomía en el 7,4%. Un 55,6% recibieron quimioterapia adyuvante, 14,8% quimioterapia neoadyuvante, 55,6% radioterapia, tratamiento hormonal con tamoxifeno el 59,3% y tratamiento con inhibidores de la aromatasa el 51,9%. En 9 de las pacientes (17%) se evidenciaron metástasis en distintas localizaciones: cerebrales (1), hepáticas (1), hepáticas y pulmonares (2), óseas (4), óseas y pulmonares (1).

Conclusiones: En nuestra serie la tasa global de recidiva es del 26% y la tasa de muerte por cáncer de mama del 13%. La supervivencia media se estima en 85,7 meses (p25 41,25-p75 115,50).

CÁNCER DE MAMA HER2 POSITIVO

B. Rodríguez Rodríguez, M. Amodeo Hernández, E.M. Iglesias Bravo, E. de la Hoz Freitas, C. Delgado Jiménez y M. Sánchez Sevilla

UGC Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario de Valme, Sevilla.

Introducción: Entre el 18 y 20% de los cánceres de mama muestran una amplificación anormal de los genes que codifican el HER2 y aumento de expresión de la proteína asociada. La amplificación del HER2 está asociada con una rápida proliferación tumoral y una menor supervivencia global y libre de enfermedad.

Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de los tumores de mama con sobreexpresión de HER2 diagnosticados y tratados en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Universitario de Valme de Sevilla. Se incluyen en esta revisión un total de 75 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama con sobreexpresión del HER2 entre los años 1999 y 2012.

Resultados: La edad media de las pacientes fue de 55 años (rango 30-85). Un 20% fueron derivadas del programa de detección pre-

coz de cáncer de mama. Sólo un 12% de las pacientes presentaban antecedentes de patología mamaria benigna y 3 pacientes refirieron antecedentes personales de cáncer (vulva, tiroides y leucemia). El 26,7% de las pacientes tenían antecedentes familiares de cáncer de mama. El 52% de las pacientes consultaron por nódulo palpable y el 36% estaban asintomáticas. En el 77,3% de los casos se detectó tumoración con axila clínicamente positiva en el 18,7%. Se realizó punción aspiración con aguja fina en el 44% de casos (87,9% con sospecha citológica de malignidad). En el 48% de pacientes se obtuvo el diagnóstico de malignidad mediante biopsia con aguja gruesa. En el 97,3% de los casos el diagnóstico anatomopatológico fue de carcinoma ductal infiltrante. El 25,3% del total fueron grado II y 74,7% grado III. Se practicó mastectomía radical modificada tipo Madden en el 53,3% de las pacientes, mastectomía simple en el 5,3%, cirugía conservadora con linfadenectomía en el 30,7% y cirugía conservadora sin linfadenectomía en el 10,7%. Un 70,7% recibieron quimioterapia adyuvante, 24% quimioterapia neoadyuvante y 66,7% radioterapia. El 64% de la serie se beneficiaron del tratamiento con trastuzumab.

Conclusiones: El cáncer de mama HER2 positivo tiende a ser más agresivo con mayores tasas de recaída y menor supervivencia. En nuestra serie, la supervivencia libre de enfermedad es del 66,7% y la supervivencia global por cáncer de mama del 74,7% y 70,9% a los 5 y 10 años respectivamente.

CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO

M. Amodeo Hernández, E. de la Hoz Freitas, E.M. Iglesias Bravo, B. Rodríguez Rodríguez, C. Delgado Jiménez y M. Sánchez Sevilla

UGC Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario de Valme, Sevilla.

Introducción: El cáncer de mama triple negativo se ha definido como un subgrupo de cánceres que no expresa receptores hormonales ni receptores HER2. Suponen el 15% de todos los casos. Histológicamente son pobremente diferenciados, comprendidos normalmente en el grupo basal-like y dan positividad para citoqueratinas 5 y 6. Se presentan más frecuentemente en mujeres jóvenes y en estadios avanzados al diagnóstico.

Métodos: Revisamos los 137 casos de cáncer de mama triple negativo diagnosticados en nuestra unidad entre los años 1999 y 2012.

Resultados: La edad media fue de 57 años (29-92). El 64,2% eran menopáusicas. Un 35,8% tenían algún familiar afecto de cáncer de mama. A la exploración existía tumor palpable en un 83,2% y adenopatías axilares palpables en un 17,5%. El tamaño tumoral medio fue de 31,3 mm (20-140). En el 86,9% de los casos las pruebas de imagen fueron sospechosas de malignidad. En el 75,2% el tipo histológico fue ductal infiltrante, con grado histológico 3 en el 73,7%. En el 85,3% de los casos el ki-67 fue > 15%. La distribución por estadios fue la siguiente: 27,7% estadio IA, 25,5% IIA, 21,2% IIB, 9,5% IIIA, 8% IIIB, 5,1% IIIC y 1,5% IV. Respecto de las premenopáusicas, el 26,5% se clasificaron en estadio IIB y el 27,6% en estadios III-IV. El 30,7% de las menopáusicas se diagnosticaron en estadio IA y el 21,6% en estadios III-IV. Se realizó mastectomía radical tipo Madden en el 37,2% de las pacientes, cuadrantectomía y linfadenectomía en el 28,5%, tumorectomía y linfadenectomía en el 13,1%, mastectomía simple en el 6,6% y cirugía conservadora sin linfadenectomía en el 14,6%. En un 38% existían metástasis axilares; 46,9% de las premenopáusicas y 33% de las menopáusicas. Recibieron quimioterapia neoadyuvante el 24,8% de las pacientes, quimioterapia adyuvante el 63,5% y radioterapia el 74,5%.

Conclusiones: El cáncer de mama triple negativo es un subtipo de cáncer de mama heterogéneo que está asociado a una alta tasa de recidiva y baja supervivencia. En nuestra serie, la tasa global de recidiva es del 16,1% y la de mortalidad por cáncer del 13,9%, con

una supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global por cáncer de mama a los 5 años del 78,6% y 79,9% respectivamente.

CARACTERÍSTICAS PATOLÓGICAS EN EL CÁNCER DE MAMA DURANTE EL EMBARAZO: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL ANALÍTICO

S. Baulies Caballero, M. Cusidó, F. Treserra, A. Rivero, I. Rodríguez, B. Úbeda, C. Ara y R. Fábregas

Institut Universitari Dexeus, Barcelona.

Introducción: El carcinoma de mama durante el embarazo es una situación clínica compleja debido a la dificultad del diagnóstico. Es de esperar que su incidencia aumente en un futuro debido a la tendencia a retrasar la maternidad y a un mayor screening.

Métodos: Estudio retrospectivo, analítico y observacional que compara 56 pacientes con cáncer de mama y embarazo (BCP) tratados en IU Dexeus (1976-2008) con 73 pacientes con cáncer de mama no asociado al embarazo (N-BCP). Se analizaron los factores pronósticos y predictivos de ambos grupos.

Resultados: Los estadios eran mayores en el grupo BCP en relación al N-BCP ($p < 0,05$). En ambos grupos, la histología predominante fue de carcinoma ductal infiltrante. El 48,7% de las pacientes BCP presentaban receptores de progesterona negativos frente al 24,1% de los casos N-BCP, y en un 51,8% del grupo BCP existía afectación ganglionar en relación al 33,8% del grupo N-BCP ($p < 0,05$). En el grupo BCP se encontró mayor porcentaje de grado histológico III, receptores estrogénicos negativos y Her2 Neu positivo (NS).

Conclusiones: En el grupo BCP se observaron tumores de mayor tamaño tumoral con factores pronósticos adversos. Estas características posiblemente sean debidas a un diagnóstico tardío con un porcentaje mayor de cánceres avanzados.

ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS INMUNOHISTOQUÍMICAS EN VARONES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER DE MAMA EN EL INEN, LIMA, PERÚ

M.E. Pinto Paz^a, V.A. Gómez Ponce^a, H. Guerra Miller^b y C. Vigil Rojas^b

^aEssalud, Lima, Perú. ^bInstituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Perú.

Introducción: El cáncer de mama en varón es una patología poco frecuente, representa < 1% de todos los casos de cáncer mama y menos del 1% de todas las enfermedades malignas en el hombre. Por lo que, el presente trabajo intenta subclasificar el carcinoma de mama en varón basado en estudios inmunohistoquímicos.

Métodos: Se revisó las historias clínicas con diagnóstico cáncer de mama en varón, desde el año 1998 al 2008, se seleccionó a los pacientes que contaban con los datos completos y tenían todas las pruebas de inmunohistoquímica completas. Se definieron 4 perfiles inmunohistoquímicos, basados en la expresión de receptores hormonales (estrógenos, progesterona) y/o Her2neu. Luminal A y B, Her2neu y triple negativo y se estudio si había diferencias entre ellas y su relación con variables clínicas, histopatológicas e inmunohistoquímicas de conocido valor pronóstico.

Resultados: Se encontró 22 casos (81,47%) correspondiente al inmunofenotipo luminal, de los que 13 (48,14%) fueron luminal A y 9 (33,33%) luminal B, 3 (11,11%) casos fueron triple negativo y 2 (7,42%) Her2neu. El 92,6% correspondió a carcinoma ductal infiltrante. Los tumores luminal A tenían una expresión significativa de receptores androgénicos. El 63% tuvo grado nuclear intermedio y el 29,6% tuvo un grado nuclear elevado. El 55,6% presentó afectación ganglionar y en el subtipo luminal B esta afectación fue del 77,8% (7/9). El número de hombres con más de 10 ganglios positivos fue mayor en el subtipo luminal B 33,3% que el luminal A 7,7%. El 78,8%

recibieron tratamiento quirúrgico, seguido de tratamiento hormonal, mucho más frecuente en el luminal A que en el B.

Conclusiones: El cáncer de varón es una patología rara en nuestro estudio: 0,3% de frecuencia. Los subtipos luminal A y B son los más frecuentes en el carcinoma de mama en el varón. El subtipo luminal B está asociado a un alto grado nuclear y mayor afectación ganglionar.

ESTUDIO DE LAS REINTERVENCIONES TRAS CIRUGÍA DEL CÁNCER PRIMARIO DE MAMA

A. Moral Duarte, J.I. Pérez, M. Clos, O. Uyanik, J. Alanez, A.B. Martín y M. Trias

Hospital de Sant Pau, Barcelona.

Introducción: El diagnóstico precoz del cáncer de mama y la técnica de la biopsia selectiva del ganglio centinela han permitido que la mayoría de pacientes diagnosticados de cáncer de mama primario puedan ser tratados con cirugía conservadora. Esto ha ocasionado un aumento de reintervenciones. El objetivo del presente estudio fue realizar un estudio de la reintervención tras la cirugía del cáncer primario de mama.

Métodos: Se analizaron los datos recogidos de forma prospectiva en nuestra base de datos, referentes a las reintervenciones realizadas en el periodo 2006-2011, tras una intervención por tumor primario de mama en mujeres. Se recogieron las variables: diagnóstico inicial, tamaño tumoral preoperatorio, intervención primaria, diagnóstico y tamaño postoperatorio, motivo de la reintervención, tipo de reintervención y resultado anatomopatológico final.

Resultados: Se realizaron 58 reintervenciones en 56 pacientes de un total de 436 intervenciones por tumor primario, lo que supuso una tasa global del 13%. La reintervención por motivo axilar fue del 7,4% (13 de 175) y por motivo mamario tras cirugía conservadora de la mama del 17% (54 de 304). Las causas más frecuentes fueron el margen afectado ($n = 27$), el margen próximo ($n = 13$) y el ganglio centinela afectado ($n = 13$). La reintervención consistió en tumorectomía (48%), mastectomía (20%), vaciamiento axilar (25%) y ganglio centinela (7%). En más de la mitad de las reintervenciones de mama se encontraron restos de tumor, sin embargo el 76% de los vaciamientos y el 100% de ganglios centinelas fueron negativos.

Conclusiones: A la vista de los resultados, en general podemos considerar que el porcentaje de reintervenciones fue aceptable, estando en la línea de las series publicadas. Las reintervenciones por motivo mamario parecen más justificadas que las reintervenciones axilares, donde el hecho de no encontrar tumor en la mayoría de los casos, obliga a un replanteamiento de la indicación de reintervención por este motivo.

MASTITIS GRANULOMATOSA TUBERCULOSA. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN 28 CASOS

M.E. Pinto Paz^a, L. Rodríguez Piazze^b, F. Bautista García^a, E. Santa Cruz^c, D. Carrera Palao^c y E. Núñez^c

^aServicio de Cirugía; ^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital de Emergencias Grau EsSalud, Lima, Perú. ^cServicio de Infectología, Hospital Almenara, Lima, Perú.

Introducción: La mastitis granulomatosa tuberculosa es una enfermedad infecciosa benigna, infrecuente, producida por el bacilo de Koch. Puede simular carcinoma mamario, por lo cual su diagnóstico definitivo puede ser por histopatología, cultivo del bacilo de Koch, examen directo PCR; pero en el tejido glandular mamario muchas veces es difícil de identificar y aislar este bacilo, por lo que en última instancia la prueba terapéutica es la que nos hace el diagnóstico. Por otra, parte no existe consenso respecto al tiempo de su tratamiento. Realizamos una caracterización clínica de esta

patología considerando su forma de presentación, métodos diagnósticos y tratamiento con especial énfasis en la efectividad de la cirugía y prueba terapéutica.

Métodos: Estudio prospectivo protocolizado de diagnóstico, tratamiento quirúrgico, tratamiento médico y seguimiento de pacientes que se diagnosticaron de mastitis tuberculosa, el que fue realizado en el servicio de cirugía del Hospital de Emergencias Grau EsSalud Lima, Perú desde enero del 2010 a mayo del 2012.

Resultados: La serie corresponde a 28 pacientes de sexo femenino. El promedio de edad fue de 35 años. La presentación clínica más frecuente fue absceso mamario en 22/28. Se realizó estudio imagenológico en 28/28 casos, mediante mamografía en 12/28 y ecografía en 28/28. Las muestras para estudio histopatológico fueron obtenidas por biopsia percutánea en 20/28 y quirúrgica en 8/28. Se realizó tratamiento quirúrgico 24/28 pacientes y recibieron tratamiento específico 28/28 paciente, logrando buena respuesta en todos los casos. En este tiempo de seguimiento no se presentó ninguna recidiva.

Conclusiones: La presentación clínica de las mastitis fue similar a la reportada en la literatura. La respuesta al tratamiento quirúrgico y específico logró el control de la enfermedad en todos los casos. Las reacciones adversas al tratamiento no se presentaron en las pacientes tratadas.

MEJORA EN EL CONTROL LOCAL EN MUJERES JÓVENES CON CÁNCER DE MAMA PRECOZ AÑADIENDO UNA SOLA FRACCIÓN DE BRAQUITERAPIA DE ALTA TASA DE DOSIS

J.L. Guinot, M. Santos, F. López Campos, E. Jiménez, P. Soler, E. Arregui, A. Mut, A. Moreno y L. Arribas

Servicio de Oncología Radioterápica, Fundación Instituto Valenciano de Oncología (IVO), Valencia.

Objetivo: Las mujeres jóvenes tienen una alta tasa de fracaso local después de la cirugía conservadora de mama (CCM) y radioterapia (RT). Queremos evaluar la eficacia y tolerancia de la braquiterapia con iridio-192 de alta tasa de dosis (HDR) con una sola fracción como sobreimpresión después de la irradiación de la mama en mujeres menores de 46 años de edad.

Métodos: Se estudiaron 167 pacientes consecutivas (26-45 años) sometidas a CCM y RT (46-50 Gy) por carcinoma de mama invasivo entre 1999 y 2008. Una a dos semanas más tarde se llevó a cabo un implante con agujas metálicas paralelas bajo anestesia local y sedación en forma ambulatoria. Se requería margen libre de más de 4 mm. Todos los casos fueron estadios T1-2, salvo un T3. La quimioterapia se utilizó en el 85% (67% adyuvante y 19% neoadyuvante) y terapia hormonal en el 77%. Se administró una dosis única de 7 Gy (HDR) a la isodosis del 90% al volumen valorado clínicamente. No se realizó simulación ni TAC y la dosimetría fue calculada teóricamente. Todo el tratamiento se completa en 2-3 horas, por lo que se denomina "Fast Boost".

Resultados: La mediana de seguimiento fue de 69 meses. Ocho pacientes recayeron en el lecho del tumor o en el margen del implante con un control actuarial local de 95,6% a las cinco y diez años (tasa de fracaso del 4,4%). Otra paciente recayó en un cuadrante diferente, por lo tanto, el control de mama fue del 96% y 94,1%. Las pacientes menores de 41 años de edad tuvieron una tasa de fallo en la mama de 6,9% a diez años (en comparación con el 13,5% de la EORTC 22881-10882 trial) Veintidós pacientes desarrollaron metástasis a distancia. La supervivencia libre de enfermedad fue del 87,5% y 85,5% con una supervivencia global del 92%. Los resultados cosméticos fueron buenos o excelentes en la mayoría de los casos y la toxicidad aguda y tardía fue mínima.

Conclusiones: El "Fast Boost" con una sola fracción de HDR es una buena técnica, rápida, sencilla, cuando los márgenes quirúrgicos están libres. El control local en las mujeres menores de 46 años

de edad se ha mejorado comparado con los datos relacionados en la literatura, con menos fracasos de lo esperado a los diez años. Se interpreta que sea debido a un mejor efecto biológico de HDR, por ello se recomienda la preservación de mama en mujeres jóvenes si se utiliza este esquema.

PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA PORTADORA DE RESERVORIO SUBCUTÁNEO: ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN DURANTE UN AÑO EN EL HOSPITAL DE DÍA DE ONCOHEMATOLOGÍA

F. Cuadras i Lacasa, M. Mesalles Sin, J. Ramírez Vaca, A. Vives Gallart y M.L. Ortigosa Sasot

Corporació Sanitària Parc Taulí, Hospital de Sabadell, Barcelona.

Introducción: Cada vez es más frecuente la colocación de reservorios subcutáneos (RS), en pacientes con tratamientos de larga duración, irritantes o vesicantes, o cuando la valoración del equipo de enfermería del árbol venoso periférico lo requiere. La coordinación entre los equipos de enfermería del Servicio de Radiología Vascular Intervencionista (SRVI) (colocación) y Hospital de Día de Oncohematología (HDOH) (manipulación), permite detectar y solucionar con gran rapidez las complicaciones. El equipo de enfermería (HDOH) ha adquirido formación en el manejo del RS, y sigue el protocolo: "Guía de uso de catéteres intravenosos y subcutáneos", aprobado por el Comité de Guías Clínicas de la Institución/2009.

Objetivo: Conocer el grado de satisfacción de las pacientes con cáncer de mama (CM) portadoras de RS (encuesta) y analizar las incidencias y/o complicaciones derivadas del RS durante un año (registro).

Métodos: Estudio descriptivo desde mayo 2011/abril 2012. Datos extraídos del registro rutinario de enfermería del HDOH, en el que se anotan los motivos de manipulación y las incidencias de los accesos venosos centrales, seleccionando RS en CM. Elaboración de una encuesta de satisfacción (telefónica) con tres criterios de exclusión y 9 ítems: tiempo con RS, seguridad acceso venoso, limitación actividades básicas vida diaria (ABVD), complicaciones, satisfacción de resolución, si volvería a ser portadora de RS.

Resultados: De 2.784 manipulaciones, 644 fueron de RS con CM (125 pacientes). Motivo: análisis, quimioterapia, transfusión, tratamiento de soporte, mantenimiento del catéter. Sólo se registraron 5 incidencias. De 125 pacientes (exitus, no localización telefónica...) se recogieron 87 encuestas: tiempo de portadora entre 10 años y 2 meses; el 98% reconocieron ventajas; el 79% no limitación en las actividades diarias, (natación...); sólo el 16% tuvieron problemas, (rotación, infección, no reflujo...); el 69% quedaron satisfechas con la resolución y el 19% no requirieron atención especial; en cuanto a la decisión de si volvería a ser portadora de un RS, el 94% lo afirmó, sólo 5 pacientes no volverían a serlo.

Conclusiones: El resultado de la encuesta de satisfacción, permite afirmar que las enfermas portadoras de un RS, lo valoran como una excelente opción para los tratamientos de CM. Las pocas incidencias registradas, indican que las manipulaciones por parte de enfermería según el protocolo institucional, favorecen estos buenos resultados.

PHYLLODES TUMORS AND SIMULTANEOUS BREAST LESIONS - A CASE REPORT

N. Barros, R. Sardinha, M. Cruz, L. Castro, M.J. Rocha, A. Ferreira y F. Pardal

^aHospital de Braga, Portugal. ^bCentro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães, Portugal.

Introduction: Phyllodes tumors (PT) accounts for fewer than 0.5 percent of all breast malignancies. Given their rarity, epi-

miologic data are scant. They are uncommon fibroepithelial breast tumors capable of a diverse biologic behavior. Treatment of PT is with local surgical excision with tumor free margins of ≥ 1 cm. Adjuvant therapy remains controversial. Atypical Ductal Hyperplasia (ADH) is usually found as the target lesion on biopsy of mammographic microcalcifications whereas Atypical Lobular Hiperplasia (ALH) is usually an incidental finding on breast biopsies performed for other reasons. Atypical hyperplasias confer an increase in the risk of subsequent breast cancer. Analysis of a larger tissue sample may result in an upgrade of the diagnosis to ductal carcinoma in situ or invasive breast cancer in 10-20% of cases depending on the gauge of the needle used at biopsy and the number of cores done. Lobular carcinoma in situ (LCIS) is a noninvasive lesion that arises from the lobules and terminal ducts. It almost always represents an incidental finding that is diagnosed on a breast biopsy performed for some other reason. Like ADH, ALH and LCIS are currently managed as indicator lesions for the subsequent risk of developing invasive ductal or lobular carcinoma (both ipsilateral and contralateral breast). Guidelines from the National Comprehensive Cancer Network (NCCN) suggest excisional biopsy for all cases of ADH and LCIS diagnosed by core needle biopsy.

Case report: We report a case of a 57-year-old Caucasian woman affected by a borderline phyllode tumor of the breast. The peculiarity of the case was the presence of simultaneous lesions of LCIS and ADH at the histopathological examination after surgical excision. This patient was referred to our department in February of 2012. She presented with a palpable left breast lesion with 20 mm confirmed at the ultrasound and mammography as a 25mm heterogeneous nodule. A core needle biopsy was inadequate to distinguish fibroadenoma and a PT. Complete local excision was performed.

Discussion: The histopathological examination confirmed a PT with margins < 1 cm with other lesions associated (LCIS and ADH). After discussion in a multidisciplinary setting and consent of the patient a wide local excision was done in May 2012 and histopathological examination excluded margin involvement. Short follow-up didn't show local recurrence and breast cancer risk reduction counseling and screening were clarified to the patient.

PHYLLODES TUMORS OF THE BREAST: CASE REVIEW BETWEEN 2004-2012 IN HOSPITAL OF BRAGA, PORTUGAL

R. Sardinha^a, N. Barros^b, M. Cruz^c, L. Castro^b, M.J. Rocha^b, A. Ferreira^b y F. Pardal^c

^aServiço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães, Portugal. ^bUnidade de Senologia; ^cServiço de Anatomia Patológica, Hospital de Braga, Portugal.

Introduction: Phyllodes tumors (PT), described by Johannes Muller in 1838, are a fibroepithelial tumor of the breast. They present with a diverse range of biologic behavior (benign; borderline and malignant), accounting for less than 1% of all breast neoplasms.

Objective: Our aim was to assess the clinical presentation, imaging, treatment and clinical behavior of the PT diagnosed in our department.

Methods: We conducted a retrospective study of all consecutive women diagnosed with PT in our department between January 2004 and June 2012. Evaluation was carried out with the review of the clinical files.

Results: The study population included a total of 8 cases. The age ranged from 45 to 62, with a mean age of 52. As for their clinical presentation, 4 lesions were clinically palpable and 4 cases presented as imaging alteration. As for the mammographic evaluation the classification of the benign PT ranged from R2 to R4; the bor-

derline PT was R4 and the malignant PT were R4 and R5. Complementary US was done to characterize the tumor and axillary involvement, which was negative in all. Fine-needle aspiration (FNA) was done in 5 patients (cytologic examination suggested 1 PT, 3 fibroadenomas and 1 was inconclusive) and core biopsy in 3 patients (histological examination suggested 2 PT and 1 fibroadenoma). Both cytological and histological results suggested complete excision. All cases were submitted to surgical excision except the 2 malignant PT (a total mastectomy with adjuvant radiotherapy and a subcutaneous mastectomy with immediate reconstruction were performed) and one borderline PT (reexcision was done to ensure acceptable margins). The histological diagnosis of the 8 excised lesions were: 5 benign PT, 1 borderline PT (with lesions of lobular breast carcinoma in situ and atypical ductal hyperplasia associated) and 2 malignant PT. None of the cases presented recurrence with one of the malignant PT being diagnosed in May of 2009 and the other one in December of 2011.

Conclusions: Given the rarity of PT large epidemiologic studies are not available. However our mean age of 52 was older compared to the data available. In our study PT presented as both clinically palpable nodule and imaging alteration in similar proportions. Despite FNA and core biopsy, complete excision was essential for definitive diagnosis. Benign PT was the most common type of PT found. For benign PT surgical excision remains the standard of care. As for non-benign PT adjuvant treatment is still controversial.

POLITELIA Y POLIMASTIA EN MADRES LACTANTES

L. Ruiz Guzmán^a, R. Sorribas^b, A. Clemente^c y J. Verasategui^c

^aGavà Salut Familiar, Barcelona. ^bCrianza Natural, Barcelona. ^cCentre Atenció Primària El Castell, Castelldefels, Barcelona.

Introducción: Aunque la incidencia de politelia es baja 4,1% y desconocemos la de polimastia la presencia de estos restos embrionarios persistentes es un hecho relevante por el hallazgo en sí y sus consecuencias. Más en la polimastia en la que hay restos de glándula mamaria, completamente activa, pudiendo presentar patologías así como un desarrollo puberal y gestacional normales que en la politelia en las que solo hay restos de pezón y/o areola. Se presentan 4 casos en madres lactantes con polimastia.

Casos clínicos: Se describen 4 casos que acuden a consulta especializada en lactancia materna, remitidos por grupos de madres y profesionales sanitarios. En 3 casos se realiza estudios ecográficos y de mamografía. Caso 1. Madre con problemas de posicionamiento, refiere que los pechos le llegan a las axilas. Se aprecia polimastia bilateral dolorosa. Se corrige la posición y mejora el dolor. Se identifica tejido mamario en ecografía y mamografía. Caso 2. Puérpera de 1 mes con dolor en pezón. Se aprecia pezón supernumerario conocido desde la infancia. La madre refiere que presionando la tumefacción aparecida bajo el pezón sale leche. La polimastia desapareció pese a amamantar a su hijo 10 meses. Caso 3. Madre lactante remitida con politelia bilateral y galactorrea por uno de los pezones. La madre conocía esta situación con pezones situados en región próxima a la axila. Se aprecia glándula mamaria en ecografía y mamografía. Caso 4. Madre de lactante de 3 meses, acude por problemas de lactancia y refiere dificultades con masa axilar identificada por ecografía y mamografía como polimastia. No ha dado problemas durante la lactancia y se sigue control ecográfico al finalizar esta.

Discusión: La glándula mamaria ectópica puede generar dificultades añadidas a la lactancia. Hay que buscarlas en madres lactantes con masas axilares. La politelia con restos mamarios puede producir y expulsar leche mediante la presión. Estas porciones de tejido ectópico mamario podrían sufrir los mismos procesos patológicos que las otras glándulas mamarias habituales.

POR QUÉ Y CÓMO RECITAMOS A LAS SEÑORAS

R. Ariza García, M.J. González, M. Gómez González, V. Gómez Bermúdez, A. Martín, L. Tortajada, M.M. Villa Lago, C. Aynés Suárez, E. Doncel García, L. Navarro García y M. Carrasco Larrosa

UDIAT CD, Sabadell, Barcelona.

Introducción: Debido por una parte a la facilidad que se les ofrece desde los programas de cribado de cáncer de mama y por otra a las campañas informativas que ofrecen los medios de comunicación cada vez son más mujeres a las que se realizan mamografías. Al realizar mayor número de mamografías y ser estas imágenes de gran resolución, se diagnostican más lesiones, lo cual eleva el número de recitaciones.

Objetivo: Nuestro objetivo es explicar el por qué y el cómo recitamos a las señoras en nuestro centro.

Métodos: Expondremos el protocolo de actuación de nuestro servicio en todo el proceso, desde que la señora se realiza la mamografía hasta su diagnóstico definitivo. El material que aportamos está basado en nuestra experiencia profesional.

Resultados: Cuando las señoras conocen paso a paso lo que se les va hacer y el por qué se consigue una mayor colaboración, una disminución de la ansiedad y por tanto una realización más rápida y menos traumática del procedimiento.

Conclusiones: Destacar la importancia de que dar una información adecuada y comprensible para la paciente disminuye el nivel de ansiedad. Involucrar a la paciente en el proceso diagnóstico haciéndole consciente de que su colaboración es fundamental. Priorizar la atención a la paciente.

PREVALENCIA DE POLITELIA

L. Ruiz Guzmán^a, J. Verasategui^b, N. Perellada^b, S. Català^b, N. Murillo^b y M. Carrau^b

^aGavà Salut Familiar, Barcelona. ^bCentre Atenció Primària El Castell, Castelldefels, Barcelona.

Introducción: La presencia de tejido ectópico mamario como resultado de la involución de la cresta mamaria es un hallazgo frecuente en la consulta habitual aunque no totalmente reconocido o mencionado dada su poca importancia clínica. No existen datos de prevalencia de esta situación en España y la falta de registros con el diagnóstico y el hallazgo un grupo de individuos con esta característica han originado el estudio de la prevalencia de politelia en un centro de atención primaria. Presentamos también imágenes de la clasificación propuesta en 1915 de los tipos de politelia.

Métodos: Estudio descriptivo de los casos de politelia y polimastia en los niños de 0 a 14 años asistentes a un Centro de Atención Primaria (CAP) y encuesta a los padres, tras explicar el hallazgo, solicitando datos de dicha característica en otros miembros de la familia. Se han tomado fotografías de los individuos tras solicitar el permiso correspondiente.

Resultados: La población total en el pueblo de 62.314 habitantes. Los niños de 0 a 14 años son de 10.492 de los que 6.148 se atienden en el CAP por 5 pediatras. 977 atienden regularmente a uno de los pediatras que tiene en su cupo 1.265. El diagnóstico de politelia o pezón supernumerario consta en los registros de 56 individuos de los que el pediatra tiene en su cupo 41. La frecuencia de politelia en 977 individuos visitados por el autor es de 4,2%. La distribución por sexos es similar y en dos casos los padres conocían la presencia de esta situación. Uno de ellos por haber sido diagnosticado por el dermatólogo y el otro por haber sido tratada en centro de lactancia por polimastia durante la lactancia. Los otros casos registrados pertenecientes al cupo de los demás pediatras en 14 ocasiones habían sido anotados por el autor. La presencia de poli-

telia en los miembros de la familia se ha encontrado en un 30%. Se presenta las imágenes de los distintos tipos de politelia según clasificación de Kasiva en la que hay imágenes de adultos familiares de estos niños.

Conclusiones: Las cifras de politelia son similares a las halladas en otras poblaciones con igual distribución. No hemos encontrado entre los individuos con esta patología ninguna asociación con alteraciones renales. El conocimiento anatómico de esta situación puede ser útil en reconocimientos y es bastante desconocida entre la población.

TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES DE LA MAMA. A PROPÓSITO DE 4 CASOS

A. Vesga Rodríguez, M.A. Sanz de Pablo, C. Chaveli Díaz, T. Abadía Forcén, C. Artieda Soto, F. Domínguez Cunchillos, A. Calvo Benito y F. Vicente García

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Introducción: El tumor de células granulares de la mama es una neoplasia benigna infrecuente de probable origen schwanniano, difícil de distinguir tanto clínica como radiológicamente del carcinoma de mama. La localización más frecuente de los tumores de células granulares es la lengua. Aproximadamente el 6% de todos los tumores granulares se localizan en la mama y representan 1/1.000 diagnósticos de cáncer de mama. Presentamos 4 casos ocurridos en nuestro hospital desde el año 1996. En todos se realizó extirpación quirúrgica conservadora del tumor sin posterior tratamiento adyuvante.

Casos clínicos: 1. Mujer de 39 años intervenida previamente por ptosis mamaria que acudió a consulta por tumoración en CSE de mama izquierda de 1cm de años de evolución que había sido etiquetada como fibroadenoma. Se realizó PAAF del nódulo que se informó como sospechoso de carcinoma de mama y se realizó tumorectomía guiada por arpón que fue diagnóstica de tumor de células granulares de la mama. La paciente no recibió tratamiento adyuvante. 2. Mujer de 67 años que fue derivada a consulta desde el programa de detección precoz de cáncer de mama por un nódulo de nueva aparición en CSI de mama izquierda. Se realizó ecografía con punción biopsia que fue compatible con tumor de células granulares de la mama con posterior exéresis sin tratamiento adyuvante posterior. 3. Mujer de 52 años que fue derivada a consulta desde el programa de detección precoz de cáncer de mama por un nódulo en CII de mama izquierda que radiológicamente presentaba imagen especulada de 12 mm. Se realizó tru-cut cuyo diagnóstico fue de tumor de células granulares de la mama. No recibió tratamiento adyuvante. 4. Mujer de 48 años derivada a consulta por nódulo espiculado de nueva aparición en mamografía que a la exploración se localizaba en CSE de mama derecha con diámetro de 2 cm. Se realizó tru-cut con diagnóstico anatomopatológico de tumor de células granulares. Se realizó tumorectomía sin tratamiento adyuvante posterior.

TUMOR PHYLLODES: CASUÍSTICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME DE SEVILLA

M. García Cabrera, C. Delgado Jiménez, E.M. Iglesias Bravo, A. Artura Serrano, R. Garrido Teruel y M. Sánchez Sevilla

UGC Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario de Valme, Sevilla.

Introducción: El tumor phyllodes constituye < 1% de los tumores de mama. Afecta principalmente a mujeres alrededor de la cuarta década. El pronóstico en general es favorable aunque varía en fun-

ción de si se trata de formas benignas, borderline o malignas. El tratamiento debe ser conservador en sus formas benignas y borderline dado su comportamiento biológico y su baja agresividad.

Métodos: Estudio retrospectivo de 112 casos de phyllodes diagnosticados en el Hospital de Valme entre 2000-2011. Revisamos: edad media, número de casos anuales, método anatomopatológico de diagnóstico, tratamiento realizado, histología, tamaño, márgenes y recidivas.

Resultados: Observamos escasa variación los primeros años, manteniéndose por debajo de 10 casos anuales hasta 2009. Desde este año se observa tendencia creciente. La edad media al diagnóstico fue de 37,48 años, sin embargo la moda se sitúa en el grupo de mujeres < 35 años. El caso de mayor tamaño fue de 23 cm, realizándose mastectomía simple. El tamaño medio de los casos fue de 3,57 cm. Se realizó biopsia con aguja gruesa en el 61% (60% con sospecha diagnóstica de phyllodes) y punción aspiración en el 34% (6% de sospecha diagnóstica). En un 99% realizamos tumorectomía. El 78% de los casos fueron clasificados como benignos, 15% borderline y 7% malignos. Se informó en un 58% de los casos márgenes de "resección inadecuados" (afectos o < 1 cm), en un 41% se realizó reintervención. Tuvimos 3 casos de recidiva local, todos los casos informados con márgenes afectos. La supervivencia global es del 100% con un periodo libre de enfermedad a 5 años > 90% para los malignos.

Conclusiones: Los tumores phyllodes son más frecuentes entorno a la cuarta década de la vida. El diagnóstico diferencial se realiza con fibroadenomas, y su diagnóstico definitivo es anatomopatológico, teniendo una sensibilidad superior la biopsia con aguja gruesa respecto de la evaluación citológica. El tratamiento de elección es conservador con márgenes de seguridad de al menos 1 cm, pudiendo tener buenos resultados con seguimiento clínico. Es un tumor con buen pronóstico en general. No encontramos causa directa del aumento de casos los últimos años, por lo que realizaremos un estudio a largo plazo de la tendencia de este diagnóstico histológico en nuestro hospital.

TUMOR PHYLLODES MAMARIO: NUESTRA EXPERIENCIA

J.M. Brenes Sánchez, V. Furió, M.A. Moreno, M.J. Merchán, J. Ruiz, M.E. Olivares y J.M. Román

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción y objetivo: El tumor phyllodes representa menos del 0,5% de todas las neoplasias mamarias. El manejo clínico y control local de la enfermedad ofrece diferentes líneas de tratamiento.

Métodos: Estudio descriptivo de los casos procedentes del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Se recogieron los casos diagnosticados como tumor phyllodes (N = 34) entre 1997-2010. Se clasificaron en benignos, borderline y malignos dependiendo de las características histológicas del tumor y de acuerdo a los criterios de la WHO (World Health Organization). Se aplicó la prueba exacta de Fisher para las variables cualitativas. Las variables cuantitativas se resumen en media y desviación estándar (\pm DE). Se estimaron las funciones de tiempo libre de enfermedad por el método de Kaplan-Meier. Se utilizó un error tipo I menor a 0,05. El paquete informático utilizado para el análisis fue SPSS para Windows versión 15.0.

Resultados: Se clasificaron en benignos el 73,5% (n = 25) de la muestra, borderline el 8,8% (n = 3) y malignos el 17,6% (n = 6). La primera cirugía consistente en escisión local se realizó en el 100% (n = 34) de la muestra. Las segundas cirugías fueron el 41,2% (n = 14), realizándose el 66,6% (n = 4) de mastectomías en los tumores phyllodes malignos. El grado tumoral pareció relacionarse con el tamaño tumoral, mayor edad de la paciente al diagnóstico y signos

histológicos ominosos. Se observó un mayor tamaño tumoral en los tumores phyllodes malignos, el 50% (n = 3) tuvieron tamaños entre 5-10 cm y el 6,7% (n = 1) por encima de los 10 cm. Se registró un mayor número de atipias histológicas, hiper celularidad estromal, aumento de actividad mitótica, necrosis y hemorragia en los tumores phyllodes malignos. El 23,5% (n = 8) de las recurrencias locales aparecieron en los tumores phyllodes borderline y malignos, fundamentalmente en los dos primeros años tras el diagnóstico. El 33,3% (n = 2) de los casos de tumores phyllodes malignos recibieron radioterapia adyuvante.

Conclusiones: El tumor phyllodes es un tumor voluminoso potencialmente curable, con una gran capacidad de recurrencia local. Su principal tratamiento es la cirugía, principalmente la escisión local ampliada, y las mastectomías quedarían relegadas a pacientes añosas con tumores phyllodes malignos, tumores voluminosos, recurrencias locales voluminosas o tumores phyllodes malignos con histopatología biológicamente agresiva (presencia de elementos heterólogos estromales).

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

A. Moral Duarte, V. Turrado, J.I. Pérez, M. Clotet, S. Torrubia, R. Pineda, M. Clos y M. Trias

Hospital de Sant Pau, 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. 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.

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 el 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%. 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.

Conclusiones: Un 20% de pacientes obtienen un beneficio de la RNM, a expensas de realizar exploraciones adicionales en el 25% de las pacientes. 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%).

VACIAMIENTO AXILAR FRENTE A GANGLIO CENTINELA EN EL DESARROLLO DEL LINFEDEMA

O. Aburedwan, E. Buch Villa, R. Gómez, S. Díaz, K. Maiocchi, A. Galán y F. Checa

Hospital de Sagunto, Valencia.

Introducción: Para la valoración de la axila se ha asumido el GC como prueba diagnóstica, asociándola a mínimas complicaciones. El objetivo de nuestro trabajo es determinar el desarrollo de linfedema en ambas técnicas.

Métodos: Se ha realizado un estudio transversal en mujeres intervenidas durante 2005 a 2011 por CM. Se han utilizado las fórmulas de Mortimer para la clasificación del linfedema, midiendo el perímetro en 8 puntos en los dos brazos obteniendo. El cálculo de la clínica utilizamos la puntuación del "Quick Dash" (QD) siendo el máximo de sus valores 100.

Resultados: Se han recogido 163 mujeres con edad media de 54,76 años (DE 12,23). Con un tiempo de seguimiento 31 mes. El 62% de las pacientes no han desarrollado linfedema. Existía linfedema subclínico en el 23,4%, sólo 14% mantiene linfedema clínico. 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 $p = 0,031$. El riesgo de padecer linfedema con el VA es el doble al GC (OR 2,1) pudiendo llegar a ser 4 veces superior. Las pacientes con VA han desarrollado en el 53,5% linfedemas de grado I, grado II 25,6% y grado III 15,1%. De las 163 pacientes 58 se les realiza sólo GC. En el 25,9% de estas pacientes han cursado con linfedema, todos ellos de grado I. Existe diferencia significativa entre el número de gc extraídos $p = 0,012$ siendo la media con linfedema de 2,47 y sin linfedema de 3,56. Con respecto al QD la media ha sido de 16,32 (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, lo desarrollan habitualmente de grado bajo y poca o nula sintomatología. GC se reduce el riesgo de desarrollarlo hasta en 4 veces, pero no se elimina.

VALORACIÓN DE LAS URGENCIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE DÍA ONCOHEMATOLÓGICO A PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO ACTIVO DE QUIMIOTERAPIA

M.I. Sánchez Rodríguez, M. Santos Rodilla, J. Ramírez Vaca, D. Rueda Moreno, M. Mesalles Sin y F. Cuadras Lacasa

Corporació Sanitària Parc Taulí, Hospital de Sabadell, Barcelona.

Introducción: En el Hospital de Día de Oncohematología (HDOH) se atiende de manera urgente a pacientes con complicaciones derivadas de su tratamiento o de la propia enfermedad. Como equipo asistencial nos planteamos realizar un estudio de las urgencias atendidas en nuestra unidad, de pacientes con cáncer de mama en tratamiento activo de quimioterapia y hasta 3 meses posteriores a su finalización (como criterio de atención urgente establecido en

nuestra unidad). Los pacientes con cáncer de mama representan un 25% del total de las urgencias que se atienden al año.

Objetivo: Analizar la experiencia de doce meses de atención urgente a los pacientes con cáncer de mama que están realizando tratamiento de quimioterapia en HDOH. Valorar el cumplimiento de los criterios definidos por las urgencias.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo desde mayo de 2011 a abril 2012. Población a estudio: Personas que padecen cáncer de mama en tratamiento activo de quimioterapia y tres meses posteriores a la finalización del tratamiento, que precisan una atención urgente en nuestro servicio. Se han recogido todos los datos a analizar a través de un formulario de registro de las urgencias.

Resultados: De un total de 200 registros analizados se derivan los siguientes resultados: media de edad: 55,26 años; siendo la edad mínima 34 y la máxima 95 años; estancia media en HDOH: 3 horas 15 minutos; entre 15 minutos y 12 horas (estancia media en urgencias generales: 6 horas); distribución de la atención por días de la semana: muy homogénea, siendo el día más concurrido el lunes (21,94%) y el menos el jueves (18,37%). Motivo de consulta el más frecuente relacionado con el tratamiento (53%): son 36 pacientes con fiebre (33%), y relacionados por evolución de la enfermedad (47%): 34 pacientes con dolor (48%). 4 pacientes acuden a urgencias fuera del plazo de 3 meses establecido. Destino a domicilio 142 pacientes, requieren ingreso 19 y 39 pacientes no estaba registrado el destino al alta.

Conclusiones: Resolución de las urgencias de forma eficiente con una estancia media de 3 horas y 15 minutos, la mitad que en las urgencias generales, y destino a domicilio del 71% de los pacientes. En nuestro HDOH el 53% de los pacientes acuden por problemas derivados del propio tratamiento y en un 47% las urgencias por síntomas evolutivos de la enfermedad. En estos últimos casos se están revisando nuevos circuitos de atención urgente.

VALORACIÓN DE UNA TRAYECTORIA CLÍNICA EN CÁNCER DE MAMA LOCALMENTE AVANZADO EN TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE

M.M. Mesalles Sin, F. Cuadras Lacasa, M.L. Prior Vial, J. Ramírez Vaca, S. Resino Soler y M. Santos Rodilla

Corporació Sanitària Parc Taulí, Hospital de Sabadell, Barcelona.

Introducción: El equipo de enfermería valoró el diseño y la aplicación de una trayectoria clínica (TC) como una herramienta de trabajo multidisciplinar en pacientes con cáncer de mama localmente avanzado (CMLA), para registrar todas las actividades realizadas tanto delegadas como propias de enfermería, esto sirve para disminuir la variabilidad de la práctica. El CMLA representa un 20-25% del total del cáncer de mama.

Objetivo: Valorar la efectividad de la aplicación de una TC en CMLA.

Métodos: Diseño de la TC: Definición de enfermo tipo, establecer criterios de inclusión o exclusión. Buscar etiquetas diagnósticas NANDA-I, NOC y NIC, tanto de rol autónomo como colaboración. La TC consta de 2 partes, primera: datos primeros 4 ciclos; segunda: siguientes 4, también se registran urgencias durante todo el proceso. Aplicación de la TC, durante el periodo: junio/09 a noviembre/10 y recogida de los datos.

Resultados: 1. Estudio retrospectivo: junio 2009-noviembre 2010. 2. Se abrieron 20 TC. 65% TC registro completo (13). 35% está incompleto (7), de los cuales: a. 10% No cerraron la TC (2). b. 70% no se registraron las urgencias. c. 10% salió fuera de la TC (2). d. 30% algún ciclo no registrado (6). También se obtuvo registro de los diagnósticos enfermeros. La TC no mejoró el registro de enfermería. Dada la cantidad de esquemas (aprox. 300) de tratamiento y la variabilidad de quimioterapia, es muy difícil instaurarlas como ins-

trumento de trabajo. Se aplicó en un solo esquema de tratamiento, ha llevado muchas horas de elaboración sin obtener beneficios. El Equipo llega a la decisión de actuar con planes de cuidados y registrar en el programa informático.

Conclusiones: 1. La inclusión de pacientes no ha sido estricta por parte de todo el equipo. 2. La falta de registros es porque se requiere un período de aprendizaje y tiempo para cumplimen-

tarlo. 3. Se detecta que los pacientes incluidos, la dedicación en su acogida y valoración inicial es mayor que en el resto. 4. Según los resultados pensamos que la incorporación de una TC para cada esquema de QTP, no mejoraría la calidad asistencial, ni aporta ningún beneficio profesional. 5. Creemos que sería más ventajoso crear un plan de cuidados estandarizado para todos los pacientes.