



Revista de Senología y Patología Mamaria

www.elsevier.es/ senologia



CARTA AL DIRECTOR

Nódulo postoperatorio braquial en paciente con cáncer de mama tratada con cirugía conservadora

Post-surgical brachial node in a breast cancer patient treated with conservative surgery

Sr. Director:

Presentamos el caso de una mujer de 65 años diagnosticada de carcinoma ductal infiltrante en cuadrante súpero-externo de mama derecha, citoqueratina 19 positiva, que se trata mediante tumorectomía amplia y linfadenectomía axilar (niveles I-III Berg) después de una biopsia del ganglio centinela con OSNA positiva para macrometástasis. La determinación de los marcadores en el componente infiltrativo (receptores estrógenos, progesterona y C-erbB-2) son triple negativos, el Ki67% fue del 54%. El carcinoma ductal infiltrante es de 0,9 cm, grado 3 de Nottingham (túbulos 3, polimorfismo 3, mitosis 2), con componente intraductal extenso, presencia de embolización vasculo-linfática sin crecimiento perineural. Los márgenes de la lesión se encuentran libres y los 14 ganglios axilares extirpados en la linfadenectomía muestran linfadenitis inespecífica.

En el postoperatorio inmediato, la paciente presentó hemorragia axilar que precisó reintervención, y se realizó lavado y hemostasia cuidadosa sin que se identificaran lesiones sangrantes. Posteriormente, la evolución fue favorable y se le dio de alta el 7.º día postoperatorio con drenaje axilar, que se retiró al 12.º día.

En el 18.º día del postoperatorio, la paciente acudió con eritema, rubefacción y dolor en el área de la cicatriz de la mama, indicativo de seroma, que se trató mediante punción evacuadora (110 ml). Las punciones se realizaron en 4 ocasiones más, con desaparición de los síntomas y del cuadro.

En la 6.ª semana poscirugía, se inició el primer ciclo de quimioterapia. Tras una semana de tratamiento, la paciente desarrolló de forma súbita un nódulo en región bicipital derecha de 4 × 4 cm de diámetro, que se acompañaba de rubor y eritema (fig. 1). Asimismo, el área quirúrgica de la mama también presentaba eritema, rubor y calor. En la anamnesis se descartó que hubiera un episodio traumático acompañante. En la analítica se cuantificaron 9.800 leucocitos con discreta desviación izquierda (80% neutrófilos) y una proteína C reactiva (PCR) de 25 mg/dl. Se inició tratamiento antibiótico por vía intravenosa con teicoplanina y amikacina, así como heparina de bajo peso molecular por vía subcutánea. Se realizó ecografía de la lesión por la sospecha de enfermedad de Mondor.

En la ecografía no se detectó seroma en el área mamaria, y se observó normalidad de la morfología de las venas cefálica, basilica y braquiales derechas, siendo compresibles a la presión y con flujos venosos en su interior, por lo que se descartó trombosis. Sólo en la cara interior del brazo se identificaba un engrosamiento del tejido subcutáneo, con signos de edema, en cuyo interior se observaba una formación nodular de 3 cm de diámetro hipocóica, por lo que se realizó biopsia de la lesión.

Después de 5 días de tratamiento antibiótico por vía intravenosa, la paciente presentó una mejora de la lesión, con normalidad de los valores de PCR sin leucocitosis, ni neutrofilia, aunque con persistencia de la nodulación, por lo que fue dada de alta con antiinflamatorios no esteroideos (AINE). El resultado anatomopatológico de la lesión fue de necrosis y células inflamatorias, sin células malignas. En el resultado microbiológico, no se identificaron microorganismos en la muestra. Después de 2 meses del inicio del cuadro, el nódulo había desaparecido y la clínica no ha reaparecido, por lo que la paciente sigue con su tratamiento sistémico establecido.

En la cirugía del cáncer mama, además de las complicaciones habituales de la cirugía, como es la hemorragia, como complicaciones específicas se presentan el seroma y el linfedema en el vaciamiento axilar. En algunas ocasiones, se puede producir tromboflebitis superficial de las venas de la mama (que drenan a la vena toracoepigástrica), cuyo diagnóstico es clínico y ecográfico. Su incidencia es mayor en las cuadrantectomías y mastoplastias de aumento que en las mastectomías¹⁻³.

El seroma del área quirúrgica es una complicación frecuente en la cirugía de mama. Se han identificado múltiples causas de seroma⁴, como son: la edad del paciente, el tamaño de la mama, la hipertensión arterial, la afectación metastásica ganglionar axilar, el número de ganglios afectados, el índice de masa corporal, la administración de heparina y de tamoxifeno, la biopsia quirúrgica previa y el uso de radioterapia. El tratamiento habitual del seroma se ha realizado de forma clásica con punción evacuadora, según algunos autores con un máximo de 4 ocasiones, y si éste se perpetúa, se precisa la colocación de drenaje⁵.



Figura 1 Se identifica el nódulo biopsiado en la región bicipital de brazo derecho y el eritema del área quirúrgica axilar y mamaria.

Otra complicación —frecuente, aunque infradiagnosticada, hasta en un 72% en algunas series— es la descrita por algunos autores como el *axillary web syndrome*^{6,7}, la cual suele aparecer en el postoperatorio temprano y se caracteriza por la existencia de cordones fibrosos en el ámbito del tejido celular subcutáneo, que se extienden desde la axila hasta la parte interna del brazo, producido por la esclerosis de las venas y linfáticos superficiales, que en la mayoría de los casos produce dolor y/o limitación de la abducción del hombro⁸. Algunas veces puede asociarse a la existencia de nódulos subcutáneos. Cuando se asocia a estos nódulos, hay que realizar un diagnóstico diferencial con la enfermedad metastásica. Por este mismo motivo, se realizó una biopsia en el caso que presentamos. El tratamiento consiste en analgesia (AINE u opioides) y suelen desaparecer espontáneamente entre las 8 y las 16 semanas después de la intervención quirúrgica⁹.

En el caso que presentamos, después de establecerse el diagnóstico diferencial entre las posibles complicaciones, consideramos como probable el diagnóstico de *axillary web*

syndrome, que se abordó con tratamiento antibiótico más analgesia, teniendo en cuenta las características inflamatorias locales de la lesión y después de realizar la biopsia.

Bibliografía

1. Fietta P, Manganelli P. Mondor's diseases. Spectrum of the clinical and pathological features. *Minerva Med.* 2002;93:453-6.
2. Pappo I, Wasserman I, Stahl-Kent V, Sandbank J, Halevy A. Mondor's disease of the axilla: a rare complication of sentinel node biopsy. *Breast J.* 2004;10:253-5.
3. Shetty MK, Watson AB. Mondor's Disease of the breast: sonographic and mammographic findings. *AJR.* 2001;177:893-6.
4. Pogson CJ, Adwani A, Ebbs SR. Seroma following breast cancer surgery. *Eur J Surg Oncol.* 2003;29:711-7.
5. Woodworth PA, McBoyle MF, Helmer SD, Beamer FL. Seroma formation after breast cancer surgery: Incidence and predicting factors. *Am Surg.* 2000;66:444-51.
6. Leidenius M, Leppänen E, Krogerus L, Von Smitten K. Motion restriction and axillary web syndrome after sentinel node biopsy and axillary clearance in breast cancer. *Am J Surg.* 2003;185:127-30.
7. Peedijk M, Boerner S, Ghazarian D, McCreedy D. A case of axillary web syndrome with subcutaneous nodules following axillary surgery. *Breast.* 2006;15:411-3.
8. Moskowitz AH, Anderson BO, Yeung RS, Byrd DR, Lawton TJ, Moe RE. Axillary web syndrome after axillary dissection. *Am J Surg.* 2001;181:434-9.
9. Aydogan F, Belli AK, Baghaki S, Karabulut K, Tahan G, Uras C. Axillary Web Syndrome after Sentinel Node Biopsy. *Breast Care.* 2008;3:277-8.

Concepción Gómez Gavara, Julia Giménez Climent, Alfonso García Fadrique, Ana María Bayón Lara, Francisco Llopis Martínez y Rafael Estevan Estevan

Servicio de Cirugía General, Fundación Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: imgoga@hotmail.com (I. Gómez Gavara).