

Revista de Senología y Patología Mamaria

www.elsevier.es/senologia



PÓSTERS

XXXI Congreso de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria

Barcelona, 18-20 de octubre de 2012

CPL Reconstrucción mamaria

P1. NUESTRA EXPERIENCIA EN RECONSTRUCCIÓN MAMARIA INMEDIATA CON MATRIZ DÉRMICA ACELULAR PORCINA E IMPLANTE

E. Bravo Brañas, J.I. Sánchez Méndez, J. de Santiago
y C. Casado Pérez

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivo: Mostrar los casos en los que se ha utilizado esta matriz y evaluar las complicaciones, resultado estético e índice de satisfacción de las pacientes. Aportar nuestra experiencia inicial para seleccionar pacientes que puedan beneficiarse de la aplicación de matriz dérmica porcina acelular en RMI.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en el que se valoran las pacientes con reconstrucción mamaria inmediata tratadas con matriz dérmica porcina acelular (Strattice) e implante entre febrero de 2010 y abril de 2011, en la Unidad de Mama del Hospital Universitario La Paz con un seguimiento mínimo de un año. Se analizan los siguientes parámetros: edad, IMC, tipo de mastectomía, volumen del implante, tiempo quirúrgico de implantación de la matriz, tratamientos adyuvantes de quimioterapia y radioterapia, cirugía contralateral en el mismo procedimiento, complicaciones y grado de satisfacción de las pacientes en una escala visual analógica (0-10).

Resultados: Se revisaron 10 pacientes con 11 matrices dérmicas con una edad media de 49,3 años (37-68) y un IMC entre 18-30. En todos los casos se realizó mastectomía ahorradora de piel, se implantaron 10 prótesis anatómicas con un volumen medio de 330 g (255-515) y un expansor de 400 cc. El tiempo quirúrgico de la implantación de la matriz fue 28 ± 7 minutos. Siete pacientes necesitaron quimioterapia y 5 radioterapia. En 6 casos se realizó cirugía de la mama contralateral (mastectomía contralateral en tres, mastopexia en dos y mamoplastia de reducción en uno). Se observó una dehiscencia de la herida quirúrgica en la paciente de mayor edad. Se realizó cierre directo donde se visualizó la matriz dérmica sin exposición del expansor y evolucionó favorablemente. El grado de satisfacción de las pacientes fue de 8,2.

Conclusiones: Las limitaciones de este trabajo derivan del número reducido de casos y el diseño retrospectivo. La combinación de Strattice e implante en RMI es un procedimiento de baja morbilidad. Las pacientes subsidiarias de RMI con implante, independientemente del tratamiento adyuvante, se benefician en cuanto al resultado estético.

Diagnóstico de lesiones preneoplásicas

P2. NECROSIS GRASA: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

M. Vallespi Ferre^a, E. Oliva Brañas^a, L. Riera Soler^b,
M.A. Carrasco García^a, A. Sierra Vinuesa^a
y E.A. Castañeda Figueroa^a

^aHospital General de Cataluña, Barcelona. ^bCentro Sanitario Parc Taulí, Sabadell, Barcelona.

Introducción: La necrosis grasa es una patología inflamatoria crónica benigna de la mama. Las causas pueden ser traumatismos, intervenciones quirúrgicas o irradiación de la mama. Sus características de imagen son variadas y, a veces, es importante controlar su evolución para su confirmación diagnóstica y valorar su extensión. En ocasiones presenta imágenes similares a lesiones premalignas o malignas, requiriendo biopsia para su diagnóstico diferencial. Excepcionalmente, puede evolucionar requiriendo amplias intervenciones que afectan la estética de la mama.

Objetivo: Evidenciar los diferentes hallazgos en las distintas técnicas de imagen para: diagnosticar la esteatonecrosis y realizar el diagnóstico diferencial con patología premaligna y neoplásica maligna. Valorar su evolución y planificar controles y/o tratamiento quirúrgico.

Métodos: Tras una revisión de la literatura y con la práctica diaria de pruebas diagnósticas, se definen los diferentes hallazgos para cada una de las técnicas de imagen. Mamografía: Microcalcifi-

caciones aisladas; Calcificaciones mayores de 5 mm de morfología redonda; Calcificaciones groseras, asociadas a áreas radiolucientes bien delimitadas; Áreas densas espiculadas o de márgenes no circunscritos o masa focal; Microcalcificaciones agrupadas; Nódulos de baja densidad con pared calcificada (quistes oleosos). Ecografía: Imágenes nodulares o pseudonodulares de difícil delimitación ecográfica, según la ecogenicidad del tejido circundante, hiper o isoecogénicas, a veces con algún área anecogénica (necrótico-quística) y/o calcificaciones asociadas. RMN: Imágenes con ausencia de señal (calcificaciones); Áreas nodulares, polilobuladas o mal delimitadas, con señal de intensidad grasa (hiperintensas en T1 y T2, e hipointensas en secuencias con supresión grasa) con finos bordes hipercaptantes (reacción periférica inflamatoria) o no. Áreas focales de captación adyacentes (edema) en el estudio dinámico. Características histológicas: tejido graso necrótico, con vacuolas intracelulares e infiltración periférica del foco necrótico por linfocitos, histiocitos de tipo espumoso y células gigantes de cuerpo extraño. En la fase tardía aparece una reacción fibroblástica, con fibrosis e, incluso, calcificaciones por precipitación de ácidos grasos liberados tras la hidrólisis de triglicéridos.

Conclusiones: La presentación de la necrosis grasa en las pruebas de imagen es muy variada, planteando similitudes radiológicas con lesiones premalignas o procesos neoplásicos (hiperplasia atípica, carcinoma "in situ" o carcinoma invasivo) y requiriendo, en ocasiones, la práctica de biopsia para su diagnóstico diferencial. La necrosis grasa, generalmente, es autolimitada y no precisa tratamiento. En algunos casos, puede existir una progresión y extensión de la misma, siendo también muy útiles, en estos casos, las técnicas de imagen, requiriendo incluso, una amplia resección de tejido mamario, con relevante repercusión en la estética mamaria, sumado al riesgo de recidiva.

P3. LESIONES PROLIFERATIVAS EPITELIALES B3: NUESTRA EXPERIENCIA DESDE 2006 HASTA JUNIO DE 2012

M. Teixidó Vives, S. Orlando, S. Santos de Vega, E. Picas Cutrina, I. Romero Novo, C. Codina Aróztegui e I. Roig

Hospital de Terrassa, Barcelona.

Objetivo: Revisión de las biopsias con aguja gruesa (BAG) B3. Correlación anatomopatológica de las lesiones tratadas quirúrgicamente, especialmente de la asociación con otras lesiones premalignas o malignas de bajo grado.

Métodos: Se han revisado las BAG realizadas en nuestro centro desde noviembre 2006 hasta junio 2012. Se han seleccionado las lesiones proliferativas epiteliales (B3) tipo cambios de células columnares (CAPPs) con atipia, hiperplasia ductal atípica (HDA), hiperplasia lobulillar atípica (HLA), carcinoma lobulillar in situ (CLIS) con un total de 26 BAG en 25 pacientes. El diagnóstico se ha realizado en el contexto del programa de cribaje poblacional en 15 pacientes y por estudio mamográfico/ecográfico asistencial en las otras 10. En tres de las 25 pacientes la BAG se ha realizado mediante ecografía second-look post- RM en curso de estadiaje locorregional de cáncer mama. El diagnóstico histológico de las 26 BAG incluía 2 CLIS (1 asociado a CAPPs), 16 HDA (3 asociados a CAPPs, 1 a cicatriz radial y 2 dentro de un fibroadenoma) y 8 CAPPs con atipia.

Resultados: De las 26 lesiones, 16 (61%) fueron microcalcificaciones, 8 (31%) nódulos y 2 distorsión/asimetría focal del parénquima. Se ha realizado biopsia escisional en 21 (80%) lesiones. En 7 (33,3%) casos se ha demostrado concordancia entre los resultados histológicos de la BAG y de la biopsia quirúrgica. En 3 (14%) BAG de CAPPs con atipia, la cirugía ha demostrado la existencia de otra lesión precursora-premaligna de mayor grado asociada (HDA). 2 (9,5%) biopsias escisionales han sido B2, con sobrediagnóstico en la BAG, uno verdadero y otro por probable extracción de la lesión

entera en la biopsia percutánea. En 9/21(43%) biopsias quirúrgicas se ha demostrado la existencia de lesión de mayor grado: 1 caso de CDI de bajo grado y 8 lesiones malignas preinvasivas, de las cuales 6 CDIS, 1 carcinoma papilar in situ y 1 carcinoma lobulillar in situ multifocal.

Conclusiones: La introducción de la mamografía digital, los programas de cribaje poblacional y el estadiaje locorregional mediante RM han determinado un aumento de diagnósticos de lesiones B3. Las lesiones proliferativas intraductales B3 abarcan un amplio espectro de alteraciones de la unidad ducto-lobulillar terminal cuyo significado biológico es incierto, lo cual implica su manejo tan controvertido. Aunque una progresión lineal hacia lesiones malignas no está demostrada, la posibilidad de subestimar el diagnóstico en las BAG así como la frecuente asociación con otras lesiones premalignas, preinvasivas o invasivas de bajo grado, obligan a la biopsia escisional. En la espera de progresos en el conocimiento de este grupo de lesiones, nuestra mayor certeza está en su manejo multidisciplinar.

P4. ¿ES NECESARIA LA BIOPSIA QUIRÚRGICA ANTE LAS LESIONES DE POTENCIAL MALIGNO INCIERTO OBTENIDAS POR BAG?

M.A. Sanz de Pablo, C. de Miguel, C. Artieda, R. Trujillo, F. Domínguez, F. Vicente, A. Calvo, L. Apesteguía, Y. Ruiz de Azua y J.M. Lera

Unidad de Patología Mamaria, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Introducción: Se definen como lesiones de potencial maligno incierto, aquellas lesiones asociadas con un incremento del riesgo de desarrollar un carcinoma de mama, que supere, al menos, 1,5 veces el riesgo de la población normal. En concreto incluye la hiperplasia ductal atípica (HDA), La atipia epitelial plana, la neoplasia lobulillar, las lesiones papilares, cicatriz radial y tumor phyllodes.

Métodos: Durante un periodo de cuatro años, se han realizado 1310 biopsias con aguja gruesa. De ellas en 108 casos el resultado de la biopsia fue de lesión de potencial maligno incierto. El fin del presente estudio es analizar la necesidad de realizar biopsia quirúrgica en estos casos.

Resultados: 41 casos de hiperplasia ductal atípica (HDA). Se realizó biopsia quirúrgica en 39 con los siguientes resultados: 16 HDA, 6 HD típica, 8 carcinoma intraductal y 9 carcinoma ductal infiltrante. Total 41,4% de malignidad y 43% de las biopsias quirúrgicas. 7 casos de atipia epitelial plana (AEP). Se realizó biopsia quirúrgica en 6 casos, obteniendo 1 HDA, 3 AEP y 2 carcinomas intraductales. Total 28,5% de malignidad y 33,3% de las biopsias quirúrgicas. 10 casos de neoplasia lobulillar. Se realizó biopsia quirúrgica en 4, obteniendo 1 cicatriz radial y 3 hiperplasias lobulillares atípicas. No se encontraron lesiones malignas. 15 casos de lesión papilar. En 13 se realizó biopsia quirúrgica, obteniendo 11 papilomas y 2 carcinomas intraductales. Total malignidad 13,3% y 15,38 de las biopsias quirúrgicas. 29 casos de cicatriz radial (CR). Se realizó biopsia quirúrgica en 28, observando 18 CR, 2 HDA, 4 lesiones benignas, 3 carcinomas intraductales y 1 carcinoma tubular. Total malignidad 13,8% y 14,2% de las biopsias quirúrgicas. 6 casos de tumor phyllodes. Se realizó tumorectomía de todos ellos, obteniendo un caso de phyllodes maligno. Total malignidad 16,6%. El porcentaje total de malignidad hallado en nuestro estudio fue del 24,7% del total de lesiones y del 27% de las que se realizó biopsia quirúrgica.

Conclusiones: Aparte de la discusión y consenso multidisciplinar de cada caso, en líneas generales, recomendamos la realización de biopsias quirúrgicas en el manejo de las lesiones de alto riesgo o potencialmente malignas, por el alto porcentaje de malignidad hallado en las mismas, que ronda el 25%.

P5. MASTECTOMÍA POR PHYLLODES BENIGNO

R. Alises Sanz, B. Moreno Flores, F. Andérica, A. Prat Calero, M. Abad Martínez, G. Bueno Blesa y P. González Masegosa

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción: Revisamos un caso de nódulos mamarios diagnosticados de fibroadenomas dejados a su libre evolución hasta la afectación completa de la mama, por lo que requirió la realización de mastectomía.

Caso clínico: Enferma de 48 años que acude a la consulta de la unidad de mama por nódulo que ocupa la totalidad de la mama izquierda. En la mamografía aparece en ambas mamas múltiples formaciones nodulares de comportamiento sólido en ecografía de contornos lobulados, la izquierda ocupando toda la mama y de ecoestructura heterogénea. Umbilicación de pezones y ganglios axilares bilaterales no patológicos. Hallazgos probablemente benignos. Birads 3. Se realizó una BAG de la lesión antes del tratamiento quirúrgico con diagnóstico de phyllodes benigno. Con este diagnóstico se decidió tratamiento quirúrgico realizando mastectomía ahorradora de piel y reconstrucción inmediata con expansor de 350 cc. El resultado de la anatomía patológica fue de tumor fibroepitelial tipo phyllodes de bajo grado de malignidad con un diámetro máximo tumoral de 15 × 11 × 6,5 cm encontrándose inmediatamente próximo a la cara posterior, a menos de 2 mm del pectoral mayor. Presentando el caso en el comité de tumores se pensó en darle radioterapia por la proximidad del tumor a plano muscular, aunque se posteriormente se desestimó por no encontrarse ninguna bibliografía al respecto.

Discusión: Concluimos que los tumores benignos hay que tratarlos antes de que su tamaño obligue a tratamientos radicales. Cuando dichos tumores llegan a cierto tamaño, el tratamiento quirúrgico precoz evitaría la mastectomía.

P6. CARCINOMA LOBULILLAR IN SITU CLÁSICO Y PLEOMÓRFICO: IMPLICACIONES PRONÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

N. Contreras Pérez, M.J. Pla Farnós, A. García-Tejedor, C. Quetglas Muñoz y J. Ponce Sebastián

Hospital de Bellvitge, Barcelona.

Introducción: La neoplasia lobulillar de la mama se caracteriza histológicamente por la presencia de poblaciones de células aberrantes con núcleo pequeño, a nivel de los acinos con pérdida de la cohesión. La variante in situ clásica se compone de células de morfología similar a la normal, alargadas que se expanden por los lobulillos siendo considerada un factor de riesgo para desarrollar cáncer de mama (riesgo aproximado 21% a los 15 años); por su parte la variante pleomórfica presenta a la histología necrosis y microcalcificaciones y debe ser tratada como un carcinoma ductal in situ.

Caso clínico: Paciente de 64 años, postmenopausia, derivada a la Unidad Funcional de Mama por presencia de microcalcificaciones en mamografía de cribado. Antecedentes personales: hipertensión arterial. Dislipidemia. Glaucoma. Exploración clínica: anodina. Exploraciones complementarias: mamografía: microcalcificaciones pleomórficas de 22 × 15 mm a CSE mama izquierda. BI-RADS 4. BAG mama: carcinoma intraductal con cancerización del lobulillo. Calcificaciones en el estroma adyacente. Estadaje: TisNOM0. Tratamiento primario: tumorectomía guiada con arpón con comprobación radiológica. Anatomía patológica: carcinoma lobulillar in situ 30 mm variante pleomórfica, con extensa cancerización de ductos, comedonecrosis, microcalcificaciones y 2 focos de microinfiltración < 1 mm. RE 40% RP negativo Ki67 25% Her-2 neu negativo. Márgenes: carcinoma lobulillar in situ clásico: superior con afectación de 6 mm. Inferior con afectación de 2 mm. Carcinoma lobulillar in situ variante pleomórfica: Posterior

(ampliado intraoperatoriamente hasta fascia) afectación focal de 2 mm. Estadaje: pT1micpNx. Se comenta en Comité de Unidad Funcional de Mama y se decide complementar con RMN visualizándose lesión en mama izquierda compatible con serohematoma y pequeño foco de realce con contraste en UCS de mama derecha inespecífico. Se completa el estadaje con biopsia selectiva ganglio centinela; al estudio anatómico patológico se observan un ganglio con micrometástasis y otro ganglio con células aisladas. Estadaje: pT1micpN1mic. Tratamiento adyuvante: quimioterapia tipo FEC-Taxol. Radioterapia y braquiterapia. Hormonoterapia con letrazol. Evolución: tras 16 meses de seguimiento la paciente se encuentra libre de enfermedad.

Discusión: considerando las diferentes implicaciones pronósticas y terapéuticas del carcinoma lobulillar in situ, la afectación del margen por la variante clásica no debe ser ampliada mientras que debe tratarse el margen si esta afecto en la variante pleomórfica.

Disección axilar en la metástasis de ganglio centinela

ENCUESTA NACIONAL SOBRE LA ACTITUD ANTE EL HALLAZGO DE METÁSTASIS EN EL GANGLIO CENTINELA POR CÁNCER DE MAMA EN DISTINTAS UNIDADES HOSPITALARIAS

PASADA A COMUNICACIÓN ORAL

A. Piñero, M. Algara, L. Bernet, J. Camps, A. Moreno, A. Urruticoechea, F. Vicente y S. Vidal-Sicart

Comité Científico del Grupo de Estudios Senológicos de la SESPM.

Introducción: El manejo del cáncer de mama es cada vez más personalizado, dirigido a adaptar los distintos tratamientos, sistémicos o locorregionales, a las características concretas de cada paciente y cada tumor. En el caso específico de la axila, trabajos recientes proponen la posibilidad de evitar la linfadenectomía ante micrometástasis, e incluso ante enfermedad ganglionar macroscópica. El nivel de evidencia actual no permite dar una recomendación taxativa ni están definidos los criterios con los que establecerla, aunque es cierto que algunos grupos ya plantean estas actitudes más conservadoras. Con este trabajo se pretende saber el grado de homogeneidad en la actitud para el manejo de las pacientes con cáncer de mama y enfermedad localizada en las distintas Unidades hospitalarias y, en especial, en relación con los casos que presentan micrometástasis en la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) axilar.

Métodos: Se realizó una encuesta sobre aspectos metodológicos y de actitud frente a hallazgos en la BSGC. Se distribuyó a través de correo electrónico desde la Secretaría de la SESPM a 112 Unidades de Mama nacionales. Se solicitó la respuesta basada en el criterio de la Unidad como tal, y no por los Servicios implicados. Se realizó un análisis descriptivo de las respuestas a cada ítem mediante un cálculo de proporciones de las mismas.

Resultados: Se recibió contestación de 64 centros. El método más utilizado para estudiar el GC es el OSNA (70,3%). El hallazgo de células tumorales aisladas (CTA) no suele conllevar linfadenectomía, mientras que la indicación de linfadenectomía ante el hallazgo de macrometástasis, que se da en 55 centros (85,9%). Menos definidas están las actitudes ante el hallazgo de micrometástasis (26 centros (40,6%) no realizan la linfadenectomía en estos casos, 22 centros (34,4%) la realizan siempre y hasta 16 centros (25%) su-

peditan su decisión a criterios absolutamente variados y heterogéneos). Tampoco existió uniformidad de criterios a la hora de definir la repercusión de no realizar linfadenectomía ante el hallazgo de micrometástasis o macrometástasis sobre la actitud de modificar la adyuvancia.

Conclusiones: En la actualidad, en nuestro medio, es destacable la gran variabilidad, el grado de discordancia y la falta de uniformidad en los criterios entre centros a la hora de manejar los casos de cáncer de mama con micrometástasis y, en menor medida aunque de forma más acusada desde la publicación del estudio ACOSOG Z0011, de las macrometástasis.

P7. NECROSIS GRASA. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS. EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

M. Vallespir, E. Oliva Brañas, L. Riera Solé, A. Sierra Vinuesa, E.A. Castañeda Figueroa y M.A. Carrasco García

P8. ECOGRAFÍA AXILAR EN EL CÁNCER DE MAMA. LO QUE EL RADIÓLOGO DEBE SABER

M. Hernandezorena González, J. Palao Errando, A. Carreres Ortega, R. Ortiz Estévez, E. Blanco Pérez, E. Cascón Sánchez, W. Severino Rondón, S. Peris Benavent y M.L. Peris Pérez

Consortio Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivo: El propósito del estudio es caracterizar los hallazgos fundamentales de Ecografía axilar en la detección de la afectación metastásica axilar en el cáncer de mama, así como el uso de la ecografía como guía de la biopsia y correlacionar los hallazgos de imagen con los resultados histológicos (biopsia del ganglio centinela).

Métodos: Entre junio de 2009 y junio de 2011, se realizó una ecografía axilar prequirúrgica en todos los pacientes con cáncer de mama. En todos los casos el diagnóstico fue confirmado con core-biopsia ecodirigida o con biopsia selectiva del ganglio centinela.

Resultados: Presentamos los hallazgos ecográficos característicos de los ganglios linfáticos y de las adenopatías metastásicas.

Conclusiones: La ecografía ha probado ser efectiva no sólo en la evaluación de las características morfológicas de los ganglios linfáticos axilares sino también en guiar la biopsia percutánea de los ganglios linfáticos optimizando los candidatos a la biopsia selectiva del ganglio centinela.

P9. GANGLIO CENTINELA INTRAMAMARIO ÚNICO EN UNA PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA

E. Romero^a, C. del Álamo^a, F. Muñoz^a, E. Palacios^a, L. Herrera^a, J.P. Roldán^a, M.V. Paredes^b, P. Fernández^c y R. Fernández^d

^aUGC de Cirugía General; ^bServicio de Radiología; ^cUnidad de Anatomía Patológica, Hospital de Alta Resolución de Écija.

^dServicio de Medicina Nuclear, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) ha supuesto un hito en la historia del manejo del cáncer de mama. No obstante, la localización atípica del ganglio a veces plantea dificultades a la hora de tomar una actitud terapéutica que no están del todo resueltas. El hecho de que el único ganglio centinela detectado sea intramamario plantea un problema a la hora de tomar la decisión de completar la disección axilar o no hacerlo. Su asociación con ganglio axilar no parece que cambie la actitud quirúrgica a tomar, según refiere la bibliografía, aunque parece ser que su positividad puede estar ligada a un peor pronóstico.

El problema llega cuando es el único ganglio captante en la linfogammagrafía y no se detectan otros nódulos más que el intramamario en el SPET/TAC preoperatorio. Presentamos el caso de una paciente con cáncer de mama con ganglio centinela único intramamario, realizando una revisión sobre su diagnóstico y su manejo terapéutico.

Caso clínico: Paciente de 52 años sin antecedentes familiares de ca de mama u ovario, que es derivada del cribado de mama por lesión en UCE/CIE de mama derecha de 13 × 15 mm con categoría Bi-Rads 4. En la exploración la lesión no es palpable y las axilas no presentan nódulos. El estudio radiológico muestra nódulo sólido mal delimitado Bi-Rads 4 en la localización descrita, con una axila radiológicamente libre. La biopsia con aguja gruesa informa de carcinoma ductal infiltrante. Se indica cuadrantectomía con biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC). El día antes de la intervención se realiza la linfogammagrafía de ganglio centinela (Tc99m Nanocoloide), que no detecta captación axilar del isótopo, sino solamente un punto captante intramamario próximo a la lesión, por lo que se complementa con SPET-TAC de mama derecha. En la imagen de fusión SPET/TAC se localiza el ganglio intramamario en CSE, así como el punto de inyección. Se realiza cuadrantectomía con estudio de bordes intraoperatorio y la BSGC intramamario con doble localización mediante gammacámara y colorante. El estudio intraoperatorio informa de ganglio con foco de células tumorales aisladas de 0,1 mm por lo que no se realiza linfadenectomía axilar.

Discusión: No existen datos bibliográficos claros respecto al adecuado manejo del hallazgo de ganglio intramamario como único centinela detectado. Las series publicadas describen casos en los que el ganglio intramamario se asocia a un axilar, pero no hay datos que se refieran con rigor al ganglio mamario aislado. En dichas series, se ha observado que la detección de ganglio intramamario se asocia a una posibilidad mayor de positividad de afección axilar y a mayor agresividad del tumor subyacente. No obstante, no se recomiendan actitudes especiales en dichos casos, debiendo atenderse a las directrices marcadas por el ganglio axilar. La dificultad del presente caso radica en la ausencia de referente axilar que marque la actitud a tomar. En nuestro caso, decidimos tomar la misma actitud que si de un ganglio axilar se tratase, de manera que no se realizó la disección axilar ante la presencia de células tumorales aisladas. Al plantear el caso en sesión clínica se decidió que la única actitud adicional, dada la alta asociación a posible afección axilar descrita en la bibliografía, sería asociar tratamiento radioterápico local en la axila.

P10. EFECTO DEL ANÁLISIS MOLECULAR INTRAOPERATORIO DEL GANGLIO CENTINELA

V. Pintado Muñoz, J.I. Sánchez Méndez, L. Sotillo Mallo, J.M. Oliver Goldaracena, D. Hardisson Hernández y J. de Santiago García

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: El empleo del análisis molecular intraoperatorio del ganglio centinela ha cambiado el escenario del manejo axilar en el cáncer de mama. El método OSNA (One-Step Nucleic Acid Amplification) realmente mide la carga tumoral del ganglio, lo que supone un concepto distinto del criterio histopatológico clásico de afectación ganglionar, que es el que recoge la mayoría de guías clínicas en las que nos basamos para la clasificación y el tratamiento de las pacientes con cáncer de mama. Así, es esperable que debido al empleo del método OSNA aumente el número de ganglios centinelas afectos de metástasis y micrometástasis, sin que sepamos si este hecho significa una mejor estadificación, o una sobrestadificación.

Objetivo: El objetivo de nuestro estudio es analizar el impacto del método OSNA en nuestra población.

Métodos: Comparamos los resultados del estudio de la biopsia selectiva del ganglio centinela antes y después de la introducción del método OSNA en nuestro centro (abril de 2010). En el primer periodo, los ganglios se analizaron tanto intraoperatoriamente (sección por congelación y tinción rápida) como de forma diferida (en secciones cada 200 micras, fijadas en formol y teñidas con Hematoxilina Eosina). En el segundo periodo, los ganglios centinelas fueron completamente analizados intraoperatoriamente mediante cuantificación de mRNA de citoqueratina 19.

Resultados: En los 24 meses previos a abril 2010 se han recogido de entre las pacientes con cáncer de mama de nuestro centro, 296 casos de biopsia selectiva de ganglio centinela y 301 en los 24 meses posteriores a la implantación del método OSNA. Ambos grupos presentaban características similares. Se observa un incremento (61,2%) significativo ($p < 0,02$) en la detección de micrometástasis entre el método OSNA (36/301) y el método clásico por tinción con hematoxilina eosina (intraoperatorio + diferido) (22/296). Por el contrario, en este mismo periodo de tiempo, las macrometástasis en el ganglio centinela disminuyeron (36,5%) de forma significativa ($p < 0,001$) probablemente debido a una mejor evaluación preoperatoria de las pacientes mediante ecografía axilar de alta resolución ± punción que excluye de la técnica de biopsia selectiva del ganglio centinela a los casos con adenopatías PAAF positivas.

Conclusiones: El empleo del método OSNA para el estudio del ganglio centinela en el cáncer de mama supone una mayor probabilidad de encontrar afectación micrometastásica del mismo. Se desconoce el verdadero significado de este resultado, ya que en las recomendaciones de las guías clínicas no se contempla el estudio inmunohistoquímico, y mucho menos molecular del ganglio centinela. Es preciso realizar más estudios dirigidos a analizar la eficiencia del método OSNA en el análisis del ganglio centinela en el cáncer de mama.

P11. ACTUACIÓN ANTE EL HALLAZGO MEDIANTE OSNA DE MICROMETÁSTASIS EN EL GANGLIO CENTINELA

J.I. Sánchez Méndez, V. Pintado Muñoz, M.C. Calomarde Rees, C. Escabias del Pozo, P. Zamora Auñón y J. de Santiago García

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: La publicación de los resultados del ensayo ACOSOG Z0011 ha abierto un importante debate entre defensores y detractores del mismo. La pregunta que trataba de contestar este estudio es si, en la población que incluía, completar la linfadenectomía axilar tras ganglio centinela positivo aporta algo. El Z0011 no incluye casos con micrometástasis histopatológicas convencionales, y mucho menos inmunohistoquímicas o moleculares. En nuestro entorno cada vez es más habitual el empleo del análisis molecular intraoperatorio del ganglio centinela mediante el método OSNA (One-Step Nucleic Acid Amplification), que lo que mide es la carga tumoral del ganglio, concepto distinto del criterio histopatológico clásico de afectación. Así, su generalización ha aumentado el hallazgo de micrometástasis en la biopsia selectiva del ganglio centinela.

Objetivo: El objetivo de nuestro estudio es analizar y discutir cuál puede ser el manejo más adecuado de estas pacientes.

Métodos: Estudiamos las pacientes con cáncer de mama, citoqueratina 19 positiva, a las que se les ha realizado biopsia selectiva del ganglio centinela en nuestro centro, y se ha analizado mediante el método OSNA. Esto comprende un periodo desde abril de 2010 hasta la actualidad.

Resultados: Se han recogido 36 casos de micrometástasis. En 11 no se completó la linfadenectomía axilar por tratarse de pacientes de bajo riesgo (evaluado mediante un nomograma). En el resto (25) se completó linfadenectomía axilar. De estas pacientes tan sólo en 2 (8%) encontramos otros ganglios afectados.

Conclusiones: El hallazgo de micrometástasis mediante el método OSNA en la biopsia selectiva del ganglio centinela en nuestro grupo de pacientes con cáncer de mama, previamente estudiadas mediante ecografía axilar de alta resolución, no requiere completar linfadenectomía axilar dada la baja probabilidad, similar a los falsos negativos asumidos en la BSGC, de encontrar otros ganglios afectados.

Investigación

P12. ESTUDIO COMPARATIVO EN EL USO DE BISTURÍ ARMÓNICO Y TACHOSIL PARA LA LINFADENECTOMÍA AXILAR

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: Analizar los resultados obtenidos en la linfadenectomía axilar con uso de bisturí armónico y una plancha de colágeno con fibrinógeno y trombina (Tachosil®) frente a linfadenectomía clásica con bisturí eléctrico monopolar.

Métodos: Se trata de un estudio prospectivo de casos y controles de base hospitalaria durante el periodo 2008-2011 en el que se realizó de forma aleatoria la linfadenectomía axilar por cáncer de mama de forma clásica frente a linfadenectomía usando bisturí armónico y una plancha de Tachosil® en el lecho de la linfadenectomía. Se compararon ambos grupos en cuanto a estancia hospitalaria, volumen y duración del drenaje axilar postquirúrgico. Se tuvieron en cuenta variables como el tipo de tumor y su tamaño, el número de ganglios resecaados y afectados, el nivel de la linfadenectomía, el tipo de cirugía realizada sobre la mama y la edad para constatar que los grupos eran homogéneos. Se realizó un análisis estadístico utilizando el software SPSS v14.0.

Resultados: Se realizaron 80 linfadenectomías, de las cuales 37 correspondieron al grupo de casos con uso de bisturí armónico y plancha de colágeno, y 40 al grupo control con linfadenectomía clásica. 3 linfadenectomías quedaron excluidas por no cumplir los criterios del estudio. No encontramos diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a edad media, número de ganglios resecaados y afectados, tamaño tumoral y tipo de cirugía sobre la mama. El tipo de tumor al ser una variable tan heterogénea no pudo ser comparado estadísticamente. En cuanto a las variables a estudio se obtuvo una reducción de la estancia media (4,25 días frente a 6,1 días) en el grupo que se había realizado con bisturí armónico y Tachosil®, así como en la duración del débito (6,3 días frente a 9,5 días) y el volumen total del mismo (230 cc frente a 550 cc), obteniendo todos ellos significación estadística.

Conclusiones: En la literatura encontramos numerosos estudios (Iovino, Sanguinetti, etc.) han demostrado la reducción de la formación de seroma, la estancia y el débito tras linfadenectomía axilar con uso de bisturí armónico. También existen algunos trabajos que demuestran la reducción de dichos parámetros con el uso de planchas de Tachosil® (Barranger, Piñero, etc.), si bien en alguno de ellos se hace necesario el uso de varias planchas. De nuestro estudio observamos cómo reduciendo a uno el número de planchas de Tachosil®, asociado al uso de bisturí armónico, se reduce la necesidad de usar un número mayor de planchas de colágeno.

Nuevo cálculo del riesgo (pronóstico) y tratamiento

P13. PRESENTACIÓN METASTÁSICA ATÍPICA DE UN CARCINOMA MIXTO DE MAMA

G. Tena Vivó^a, T. Palou^a, F. Moreno^b, M.J. Galera^a, R. Piñeiro^b, C. Gutiérrez^b, I. Morilla^b, A. Petit^c y A. Clemente^a

^aHospital de Viladecans, Barcelona. ^bInstitut Català d'Oncologia, Barcelona. ^cHospital Universitari de Bellvitge, Barcelona.

Introducción: La metástasis cutánea es una neoplasia que afecta a la epidermis y/o el tejido celular subcutáneo pero que no presenta continuidad con el tumor primario. Se presenta entre un 0,7 y un 9% de todos los cánceres, siendo el de mama, en la mujer, el que con mayor frecuencia metastatiza en la piel.

Objetivo: Descripción de un caso de carcinoma mixto de mama (lobulillar y mucinoso) de presentación atípica con lesión cutánea de debut, del componente mucinoso.

Métodos: Descripción cronológica de los hechos y pruebas complementarias. Paciente de 66 años, hipertensa, que consulta en julio de 2010 por quiste epidermoide en cola de ceja izquierda. En mayo de 2011 se realiza mamografía de cribaje diagnosticándose mediante biopsia con aguja gruesa (BAG) de un carcinoma infiltrante tipo mucinoso, G1, RH positivos, Her2neu negativo, de mama D. Estadio clínico T2 N1. El 31-5-2011 se practica tumorectomía y exéresis de ganglio centinela. Se reinterviene el 5-7-2011 para linfadenectomía y ampliación de márgenes. El 14-7-2012 se le practica exéresis de la lesión de cola de ceja izquierda, presente dos años antes.

Resultados: Anatomía patológica (tumorectomía y ganglios centinela): carcinoma infiltrante mixto (ductal, mucinoso y lobulillar) de 40 x 35 mm, grado 2, RE 100%, RP 100%, Ki 67 10% del componente lobulillar y del 20% en el componente ductal. 3 ganglios centinelas positivos, 1 ganglio no centinela positivo, todos por el componente lobulillar. Márgenes próximos. Anatomía Patológica (linfadenectomía y ampliación de márgenes): margen Interno a 5 mm del componente lobulillar infiltrante. 4/17 ganglios afectados, todos por el componente lobulillar. Anatomía patológica (lesión cutánea en ceja): Infiltración por carcinoma mucinoso, compatible con primario de mama, márgenes afectados. Estadio post-cir.: pT2 pN2a M1. Evolución: clínicamente libre de enfermedad al año del diagnóstico.

Conclusiones: Aunque la AP obliga a clasificar a la paciente como metastásica; se decide considerarla afecta de dos cánceres primarios distintos, debido a que el PET no muestra ninguna otra extensión de la enfermedad. Dado que la lesión cutánea presenta los márgenes afectados; se invierte el orden habitual de la radioterapia. La paciente inicia tratamiento sistémico con letrozol y calcio, concomitantemente a braquiterapia HDR simultánea de ambos lechos quirúrgicos (50 Gy en el lecho operatorio cutáneo y 15 Gy en el lecho operatorio mamario), posteriormente completa el tratamiento loco-regional de toda la mama y la región supraclavicular (50 Gy con fraccionamiento estándar).

P14. IMPACTO EN LA SUPERVIVENCIA DE LA CIRUGÍA SOBRE LA MAMA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO

N. Contreras Pérez^a, A. García-Tejedor^a, S. Pernas^b, M.J. Pla Farnós^a y J. Ponce Sebastián^a

^aHospital de Bellvitge, Barcelona. ^bInstitut Català d'Oncologia, Barcelona.

Objetivo: Analizar las características de las pacientes con cáncer de mama estadio IV de nuestro centro y valorar el impacto de

Variables	N (%)
Edad	
< 50 años	7 (19%)
> 50 años	29 (81%)
Estatus menopausia	
Premenopáusica	8 (23%)
Posmenopáusica	27 (77%)
T (tumor)	
T1	1 (3%)
T2	8 (22%)
T3	3 (8%)
T4	24 (67%)
N (ganglios)	
N0	4 (11%)
N1	13 (36%)
N2	8 (22%)
N3	10 (28%)
Histología	
Carcinoma ductal infiltrante	29 (81%)
Carcinoma lobulillar infiltrante	3 (8%)
Otros	3 (8%)
Grado nuclear	
G1	5 (14%)
G2	15 (41%)
G3	16 (44%)
Receptores estrógenos	
Positivos	27 (75%)
Negativos	9 (25%)
Receptores progesterona	
Positivos	20 (56%)
Negativos	16 (44%)
Her-2 neu	
Positivo	6 (17%)
Negativo	29 (83%)
Ki 67	
< 25%	17 (50%)
> 25%	17 (50%)
Tratamiento inicial	
Cirugía	2 (6%)
Quimioterapia	21 (60%)
Hormonoterapia	10 (28%)
Radioterapia	2 (6%)
Tipo de cirugía sobre la mama	
Tumorectomía	2 (12%)
Tumorectomía + Oncoplastia	3 (19%)
Mastectomía	5 (31%)
Mastectomía + Reconstrucción	6 (38%)
Cirugía axilar	
No	6 (40%)
Linfadenectomía	9 (50%)
Localización metástasis	
Óseas	24 (67%)
Pulmón	13 (36%)
Hígado	6 (17%)
SNC	5 (13%)
Otros	5 (13%)

la cirugía del tumor primario sobre la supervivencia global de dichas pacientes.

Métodos: Estudio retrospectivo, que incluye 36 pacientes con cáncer de mama metastásico diagnosticado entre 2009 y 2011 en la Unidad Funcional de Mama del Hospital de Bellvitge-Institut Català d'Oncologia. Se ha realizado cirugía locorregional en 16 pacientes (43%): en 5 casos (31%) tras buena respuesta al tratamiento sistémico y en 11 casos (69%) por enfermedad sistémica estable con progresión local. La mediana de seguimiento desde el diagnóstico es de 16 meses [2-31].

Resultados: Nuestra población de 36 pacientes con cáncer de mama estadio IV incluye 35 mujeres y 1 hombre. El diagnóstico de estadio IV fue de debut en el 89% de los casos y solo el 11% durante el seguimiento. La tabla muestra las características descriptivas, epidemiológicas y tumorales del grupo de estudio. En el seguimiento se observó una respuesta completa en 4 pacientes (11%), respuesta parcial sistémica en 18 pacientes (50%) y muerte por progresión de la enfermedad 12 pacientes (33%). La mediana de supervivencia de las pacientes con múltiples metástasis fue de 21 meses [IC95% 14-28], en pacientes oligometastásicas sin cirugía sobre el tumor primario 17 meses [IC95% 3-31] mientras que en pacientes oligometastásicas sometidas a cirugía del tumor primario 25 meses [IC95% 15-35]. Se realizan las curvas de supervivencia de Kaplan-Meier de cada uno de los subgrupos de pacientes metastásicas. El test de Mantel-Haenzel (log rank) respecto a la supervivencia global de las pacientes oligometastásicas con cirugía sobre el tumor primario versus las no operadas muestra una $p = 0,027$.

Conclusiones: La exéresis del tumor primario incrementa significativamente la supervivencia global en pacientes oligometastásicas.

PET mama, tomosíntesis ingenieros, nuclear, radiólogos

P15. INCORPORACIÓN DEL PEM EN EL DIAGNÓSTICO MAMARIO. EXPERIENCIA INICIAL EN NUESTRO CENTRO

J. Palao Errando, M. Hernandorena González, J. Ferrer Rebolleda, A. Batista Doménech, A. Carreres Ortega, E. Blanco Pérez, R. Ortiz Estévez, E. Cascón Sánchez y R. Sánchez Jurado

Eresa, Medicina Nuclear, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivo: El propósito del estudio es evaluar el valor del Mammipet (PEM) como método complementario en el diagnóstico del cáncer de mama, complemento y/o ayuda a la mamografía, ecografía mamaria y la R.M. de mama.

Métodos: El equipo es un Mammipet - PEM Oncovision equipado con 12 detectores de LYSO dopados con cerio y con un fotomultiplicador sensible a posición. Se realiza mediante la administración de F18- FDG a dosis bajas (3-6 mCi). Se empezó a utilizar en enero del 2012 y presentamos una serie preliminar de 25 pacientes.

Resultados: Mostraremos la iconografía y los resultados preliminares, como ayuda al diagnóstico en casos dudosos así como evaluación de la multifocalidad y multicentricidad.

Conclusiones: El PEM de mama es una herramienta útil en la localización de las lesiones mamarias así como en la caracterización de la actividad metabólica, que puede ayudarnos en el diagnóstico del cáncer de mama.

P16. VALOR DE LA SECUENCIA DE DIFUSIÓN EN EL CÁNCER DE MAMA: CORRELACIÓN CON EL GRADO HISTOLÓGICO Y FACTORES PRONÓSTICOS

B. Úbeda, J.L. Browne, L. Casas, B. Navarro, F. Treserra y R. Fábregas

Institut Universitari Dexeus, Barcelona.

Objetivos: La secuencia de difusión es útil para diferenciar las lesiones mamarias benignas y malignas. El objetivo del estudio fue correlacionar el valor del coeficiente de difusión aparente (CDA) en el cáncer de mama infiltrante con el grado histológico tumoral y factores pronósticos.

Métodos: Desde junio de 2009 hasta junio de 2010 se realizó una resonancia magnética (RM) para estadificación a 106 pacientes diagnóstico histológico de cáncer de mama infiltrante (edad media: 51,29 años, rango: 28-83). El protocolo incluía un estudio convencional de RM dinámica con contraste y una secuencia de difusión con valores b de 0 y 600 s/mm². El valor del CDA se calculó mediante el promedio de 3 mediciones en cada lesión. Los valores medios del CDA se correlacionaron con el grado histológico y factores pronósticos (receptores hormonales y Her2).

Resultados: 46 pacientes (43,4%) mostraron un grado histológico 1, 47 (44,3%) grado 2 y 13 (12,3%) grado 3. El CDA medio fue de $1,02 \times 10^3$ mm²/s, $1,076 \times 10^3$ mm²/s en los cánceres grado 1, $0,998 \times 10^3$ mm²/s en los grado 2 y $0,904 \times 10^3$ mm²/s en los grado 3. Aunque el valor del CDA fue menor en los tumores grado 3 que en los grado 2 y en éstos que en los grado 1, las diferencias sólo fueron estadísticamente significativas entre los grados 1 y 3. En cuanto a los factores pronósticos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes subgrupos. Se valoró un subtipo específico de mal pronóstico, los triples negativos (22 pacientes), con un CDA medio de $0,971 \times 10^3$ mm²/s, sin diferencias estadísticamente significativas con el resto de subtipos.

Conclusiones: La secuencia de difusión mostró valores de CDA menores en los tumores de mayor grado histológico, si bien las diferencias sólo fueron estadísticamente significativas entre los grados 1 y 3. Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos de factores pronósticos.

Comunicaciones libres

P17. FIBROHISTIOCITOMA MALIGNO MAMARIO

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

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

Caso clínico: Paciente de 45 años que presenta nódulo en mama izquierda de reciente aparición. La exploración es de nódulo en cuadrantes superiores de mama izquierda de 2 cm bien delimitado no adherido a piel ni a planos profundos sin adenopatías palpables. Ecográficamente presenta nódulo en mama izquierda, sólido, hipocogénico y bien delimitado de 14 mm de diámetro, categoría diagnóstica BIRADS 3. El diagnóstico anatomopatológico es compatible con tumor mesenquimal maligno con marcada atipia nuclear, alto índice mitótico y focos de necrosis. Se decide realizar mastec-

tomía tipo Madden. El diagnóstico definitivo es neoplasia mesenquimal maligna de alto grado con morfología y perfil inmunohistoquímico compatible con histiocitoma fibroso maligno sin afectación ganglionar. El estudio inmunohistoquímico es negativo para receptores hormonales, HER-2, antígeno leucocitario común y marcadores epiteliales, con tinción intensamente positiva para vimentina, p53 y actina de músculo liso, con Ki 67 superior al 75%. Se decide tratamiento adyuvante con ciclosporina. Actualmente se encuentra en periodo libre de enfermedad.

Discusión: El histiocitoma fibroso maligno mamario es una entidad infrecuente. Suele debutar como tumoración mamaria de rápido crecimiento y se comporta localmente de forma agresiva, presentando un tamaño de hasta 5-10 cm al diagnóstico. Las pruebas de imagen suelen ser inespecíficas, llegando a simular la imagen de un fibroadenoma, de ahí la importancia de un diagnóstico precoz mediante biopsia ya que la punción suele ser falsamente negativa. La presencia de un componente fusocelular pleomórfico, con notable atipia y mitosis, acompañado de un alto componente de células gigantes multinucleadas y presentando un aspecto homogéneo y bien delimitado, diagnostica la enfermedad. Los fibrohistiocitomas malignos se clasifican en alto y bajo grado en función de un mayor o menor grado de necrosis central, hemorragia, atipia citológica y número de mitosis. El estudio inmunohistoquímico no es específico siendo positivo para vimentina. En las lesiones de alto grado el tratamiento habitual es la mastectomía con o sin vaciamiento axilar. Se puede considerar la resección local de la lesión en los casos de bajo grado, en función de la presentación clínica y características de la paciente. La diseminación por vía linfática es rara, y por lo tanto no se suele ser necesaria la linfadenectomía. Respecto a la terapia adyuvante (quimioterapia y radioterapia), suele ser poco efectiva.

P18. CÁNCER BILATERAL MAMARIO EN VARÓN

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

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

Caso clínico: Varón de 75 años, fumador de 10 cigarrillos diarios y etilismo crónico sin antecedentes familiares de cáncer de mama ni otro tipo de cáncer. Presenta lesiones excrescentes, irregulares y costrosas en ambas areolas, de 30 mm en mama derecha y de 25 mm en la izquierda. La ecografía mamaria identifica masa irregular en región retroareolar de mama derecha de 33,5 × 28,7 mm, heterogénea y con marcada atenuación sónica posterior y lesión similar en región retroareolar de mama izquierda de 31,7 × 24,3 mm, categoría diagnóstica BIRADS 5. Ambas axilas presentan adenopatías altamente sugestivas de metástasis. El TAC de tórax determina infiltración de músculos pectorales mayores y piel, y la biopsia con aguja gruesa diagnóstica carcinoma ductal infiltrante bilateral. Se realiza mastectomía bilateral tipo Madden, encontrándose actualmente en periodo libre de enfermedad.

Discusión: La neoplasia bilateral de mama en el varón corresponde al 1,5% de todas las neoplasias mamarias masculinas. Existen multitud de factores que pueden predisponer a la aparición de esta patología en el varón; síndrome de Klinefelter, cirrosis hepática, administración de estrógenos exógenos (como ocurre en casos de transexuales), cáncer de próstata, obesidad, exposición a radiación y aquellas personas portadoras de mutaciones en genes asociados a neoplasia mamaria hereditaria (portadores de mutación en el gen BRCA 2). Se ha estimado que el momento de aparición en el hombre es sobre el rango de edad comprendido entre los 60 y 70 años. En el varón debuta normal-

mente como un tumor retroareolar con aplanamiento del complejo areola-pezones, debido al poco volumen de la mama masculina, invadiendo rápidamente la piel. Por ello, el diagnóstico en el varón se suele realizar en estadios más avanzados que en la mujer. Respecto al tratamiento, la técnica de elección es la mastectomía con linfadenectomía, ya que existe escasa posibilidad de conservación de tejido mamario en el varón. Si existe extensión a piel, la terapia adyuvante es la radioterapia. Para los casos con axila negativa clínica, radiológica y/o anatomopatológicamente se debe realizar biopsia selectiva del ganglio centinela. Son tumores hormonodependientes y por ello, se aconseja terapia adyuvante con tamoxifeno. El pronóstico del cáncer de mama en el varón es de similar pronóstico al de la mujer, a igualdad de estadio tumoral.

P19. MIOEPITELIOMA MALIGNO DE MAMA

M. García Cabrera, L. Gutiérrez Palomino, E.M. Iglesias Bravo, C. Delgado Jiménez, R. Garrido Teruel y M. Sánchez Sevilla

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

Caso clínico: Mujer de 62 años que consulta por nódulo de mama que retrae piel de 1 mes de evolución. Se observa piel violácea sobre nódulo en cuadrantes inferiores de mama izquierda, blando y con componente quístico. Prueba de imagen con nódulo quístico tabicado de 3-4 cm y zona de distorsión adyacente, categoría BIRADS 5, ecografía axilar negativa y RNM con curva de captación altamente sospechosa. La PAAF informa de quiste con exudado inflamatorio y la BAG de mioepitelioma y/o hiperplasia mioepitelial sin signos de malignidad. Estudio inmunohistoquímico positivo para p63, actina de músculo liso, CK AE1-AE3 y negativo para CK19, RE, RP y HER2. Ante la discordancia radiopatológica, se realiza nueva BAG que informa de carcinoma infiltrante con diferenciación mioepitelial grado 2 e inmunohistoquímica positiva para p63, CD10, CK5/6 y CK7; parcial y citoplasmática con EMA y focal con p53 (10% de las células). El estroma reactivo peritumoral es positivo para actina de músculo liso y negativo para CK19, CK8, estrógenos, progesterona, HER-2, CD31, CD34, S-100 y CEA policlonal. El diagnóstico es mioepitelioma maligno a descartar carcinoma metaplásico con diferenciación mioepitelial por expresión de marcadores de epitelio ductal CK7 y EMA. Se realiza biopsia selectiva de ganglio centinela con resultado negativo. La paciente actualmente recibe quimioterapia neoadyuvante.

Discusión: El mioepitelioma maligno es una neoplasia muy rara que presenta exclusivamente proliferación de células malignas mioepiteliales, descrito en mujeres entre los 26 y los 76 años, manifestaciones clínicas desde nódulos cutáneos a la inspección hasta lesiones no palpables y pruebas de imagen inespecíficas. La PAAF o BAG suelen ser diagnósticas. El diagnóstico diferencial se realiza con fibromas, tumores benignos de células fusiformes, fascitis nodular, pseudotumor inflamatorio, tejido de granulación, carcinoma adenoide quístico, adenomioepitelioma maligno, carcinoma adenoescamoso, carcinoma sarcomatoide monofásico y carcinoma pobremente diferenciado rico en células mioepiteliales. Es fundamental el estudio inmunohistoquímico. Las células mioepiteliales tumorales expresan mayor positividad para la proteína S-100 que las normales. Puede presentar agresividad local y metástasis a distancia con vía hematológica como principal vía de metástasis sobre la linfática. En ausencia de afectación metastásica, la agresividad se establece por la presencia de un componente infiltrativo, necrosis tumoral, atipia citológica e índice mitótico. Se recomienda exéresis amplia de la lesión con márgenes adecuados.

P20. CARCINOMA LOBULILLAR INFILTRANTE DE MAMA. PREVALENCIA DE LA BILATERALIDAD Y PRESENTACIÓN SINCRÓNICA. REVISIÓN DE 14 AÑOS DEL REGISTRO MULTIHOSPITALARIO DEL GRUPO DE MAMA DEL VALLÈS

M. Teixidó Vives^a, E. Picas Cutrina^a, S. Santos de Vega^a, N. Martínez Puig^a, S. Orlando^a, A. Reñe Maspocho^b y M. Sentís^c

^aHospital de Terrassa, Barcelona. ^bHospital Universitario Mútua de Terrassa, Barcelona. ^cCorporació Sanitària Parc Taulí-UDIAT, Barcelona.

Objetivo: Demostrar que la bilateralidad y sincronía en la presentación del carcinoma lobulillar infiltrante (CLI) está por debajo de lo que se asume en la literatura. Analizar retrospectivamente la prevalencia del CLI en nuestra región y las formas de presentación radiológicas. Comparar con el carcinoma ductal infiltrante (CDI) en el mismo periodo.

Métodos: Se revisaron los registros de patología de los hospitales del GMV, que atienden una población de 862.369 habitantes, en el periodo 1994-2008. Se describe el total de neoplasias de este periodo y la prevalencia de la bilateralidad y sincronía de ambos tipos de tumores.

Resultados: Se han identificado 5.040 carcinomas infiltrantes, 4.542 CDI (90%) y 498 CLI (9,9%). Las tasas de bilateralidad sincrónica fueron de 226 CDI (5%) y 11 CLI (2,3%). La razón de proporcionalidad ha sido de 2,19 respecto al CLI bilateral sincrónico (es decir que el CDI bilateral sincrónico ha sido 2,19 veces más frecuente que el CLI).

Conclusiones: A pesar de lo que está descrito en la literatura, salvo algunas series, la manifestación bilateral y sincrónica del CLI es una manifestación inusual. Nuestra experiencia no corrobora los datos publicados de alta prevalencia de bilateralidad, siendo ésta mayor en los carcinomas ductales infiltrantes, alrededor del 5%, mientras que la tasa en el carcinoma lobulillar es del 2,3%.

P21. LOS MIL ASPECTOS EN IMAGEN DE LA NECROSIS GRASA EN LA MAMA EN RELACIÓN A CIRUGÍA PREVIA

M. Teixidó Vives, E. Picas Cutrina, S. Santos de Vega, N. Martínez Puig, S. Orlando, C. Codina y C. Corral

Hospital de Terrassa, Barcelona.

Introducción: La necrosis grasa localizada en la mama es un proceso inflamatorio benigno debido a una agresión al tejido graso de la mama. A pesar de que muchas veces se considera de causa idiopática (35-50%) es frecuente tras cirugía (tumorectomías, mastoplastia reductora, aumentos con implantes o inyecciones de silicona;) tras traumatismo previo y también posible tras isquemia (mastopatía diabética, reconstrucciones mamarias con tejido autólogo: TRAM, DIEP). Debido a su apariencia muy variable por imagen que va desde hallazgos típicamente benignos, a indeterminados o indistinguibles de un cáncer y a su forma de presentación clínica, a veces como masa palpable, constituye un reto para el radiólogo. El conocimiento de las diferentes formas de presentación con una correcta valoración de los antecedentes quirúrgicos, nos puede ser útil para disminuir el número de biopsias innecesarias.

Objetivo: Mostrar las diferentes manifestaciones de la necrosis grasa en la mamografía, ecografía y RM haciendo énfasis en aquellas formas de presentación que simulan un cáncer de mama. Discutir la fisiopatología de los cambios que se producen y correlacionarlos con los hallazgos radiológicos.

Resultados: Se presenta iconografía recogida en nuestra unidad mamográfica de las diferentes manifestaciones de la necrosis grasa en la mamografía, ecografía y RM, tanto de las típicamente benignas (quistes oleosos con y sin calcificación, calcificaciones groseras y distróficas, nódulos subcutáneos hiperecogénicos), como de las indeterminadas que requieren seguimiento y también de aquellas

que simulan un cáncer (microcalcificaciones, asimetrías focales, nódulos espiculados) así como su correlación histopatológica.

Conclusiones: La necrosis grasa puede manifestarse en las técnicas de imagen con una apariencia típicamente benigna o sospechosa de malignidad. Es importante conocer los antecedentes quirúrgicos, traumáticos o de radioterapia de la paciente. La mamografía es más específica que la ecografía y la RM puede ser de utilidad en algunos casos porque detecta la presencia de tejido graso. El conocimiento de las diferentes apariencias radiológicas de la necrosis grasa nos puede ser útil para disminuir el número de biopsias innecesarias siendo un reto para el radiólogo.

P22. CARCINOMA MICROPAPILAR INFILTRANTE DE MAMA

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 carcinoma micropapilar infiltrante de mama es una variante infrecuente, menos del 2% de los cánceres invasivos de la mama, asociado con una alta incidencia de afectación ganglionar, por su especial angiotropismo, y baja supervivencia. Se asocia a una alta tasa de recidiva locoregional. La edad media al diagnóstico es de 55 años, y el tamaño tumoral entre 0,1-10 cm con un tamaño medio de 2,6 cm, presentándose generalmente como una masa sólida con afectación ganglionar en el 70% de los casos.

Métodos: Se revisaron 5 casos de mujeres afectas de carcinoma micropapilar infiltrante diagnosticadas en nuestra unidad, recogiendo sus datos clínicos, diagnósticos y terapéuticos, así como su estado actual.

Resultados: La edad media al diagnóstico fue de 60 años (rango 54-68 años), estando todas ellas en periodo posmenopáusico. Dos de las pacientes consultaron por nódulo palpable. El tamaño tumoral medio fue de 29,6 mm (12-60 mm) con estudio de imagen sugestiva de malignidad en todos los casos y BAG positiva para carcinoma infiltrante. La ecografía axilar fue positiva en la paciente con mayor tamaño tumoral. El inmunofenotipo fue luminal B el 60% y luminal A en el 40%. Dos de las pacientes se diagnosticaron en estadio IA; a una de ellas se le realizó mastectomía simple y quimioterapia adyuvante y a la otra cuadrantectomía seguida de quimioterapia y radioterapia, ambas con biopsia selectiva del ganglio centinela negativo. Una paciente se diagnosticó en estadio IIA y tratada mediante mastectomía radical tipo Madden, quimioterapia y radioterapia. Otra paciente diagnosticada en estadio IIB se trató con cirugía conservadora y linfadenectomía axilar, con ganglio centinela positivo para macrometástasis, quimioterapia y radioterapia adyuvantes. A la paciente diagnosticada en estadio IIIC, se le practicó cirugía tipo Madden, quimioterapia y radioterapia. Todas recibieron hormonoterapia con inhibidores de la aromataza y viven libres de enfermedad con periodo de seguimiento medio de 18 meses (5-32).

Conclusiones: El carcinoma micropapilar infiltrante es una rara variante que afecta a mujeres de edad avanzada con alta tasa de metástasis ganglionar, en nuestra serie en un 60% de los casos, lo que le confiere un mal pronóstico, con alta tasa de recidivas locales y supervivencia global del 43% a los 5 años.

P23. FÍSTULA PERIAREOLAR RECIDIVANTE

J. Janer i Torné, J. Ribas Montfort, E. Cristóbal Vales, C. Molina, L. García y M. Pérez Molina

Hospital Esperit Sant, Barcelona.

Dentro de las infecciones crónicas en la patología mamaria benigna tenemos la fístula periareolar recidivante que es el estadio

final de un síndrome inflamatorio que ocurre después de la dilatación patológica de los galactóforos, sobreinfección de los mismos con absceso posterior y evacuación por orificio fistuloso cutáneo con formación de fístula periareolar, por lo cual será infecciosa, crónica y recidivante. Es una enfermedad que afecta a mujeres jóvenes, premenopáusicas, de entre 25 y 40 años. Suelen ser fumadoras ya que el tabaco favorecería la metaplasia escamosa en el conducto galactofórico, apareciendo inflamación crónica del CAP. A veces es bilateral de forma sincrónica o metacrónica. En la mayoría de ocasiones se presenta con umbilicación del pezón y areola. Etiopatogenia: la causa fundamental es la sustitución del epitelio cilíndrico ductal normal, en el tercio distal de los galactóforos, por epitelio epidérmico plano o sea una metaplasia pavimentosa. Clínica: dolor mamario no cíclico, con rubor de la zona areolar. Algunas veces sí que se relacionan los brotes con el ciclo menstrual. Tumoreación de pequeño tamaño. Con o sin febrícula. Formación empastamiento-absceso. Drenaje espontáneo o quirúrgico. Cronificación y fistulización con episodios recidivantes que se establece en unos 14 meses. Secreción o derrame. A veces hay bilateralidad. Los cultivos suelen ser negativos en la mayoría de los casos. En un 24% tendremos un estafilococo coagulasa negativo, en el 17% habrá un estafilococo aureus, y en el 14% serán bacterias gram negativas. Inversión del pezón como efecto final, por retracción del mismo por fibrosis. Diagnóstico: radiológico. Principalmente el diagnóstico es clínico, pero podemos realizar una mamografía para descartar patología asociada (neoplasia). La ecografía es la prueba principal y la más utilizada en las diferentes fases: ectasia ductal con dilatación de uno o varios conductos galactofóricos. En el caso de absceso retroareolar, visualizaremos una colección anecogénica e hipocógena de morfología irregular y con refuerzo posterior. La galactografía, es una prueba de gran utilidad, para ver el trayecto fistuloso o un "stop" en caso de papiloma o carcinoma. Citología: se puede realizar una PAAF o punción-aspiración aguja fina. Anatomía-patológica: también podemos realizar una BAG o biopsia aguja gruesa. Cultivo: estudio bacteriológico con antibiograma. Tratamiento: abstención del tabaco. En la fase inflamatoria, recetaremos antiinflamatorios y antibióticos cuando hay sobreinfección. En el absceso haremos desbridamiento quirúrgico, preferentemente con anestesia local. Y el tratamiento definitivo es quirúrgico con exéresis de la fístula tras canalizarla desde el orificio del pezón hasta el orificio de salida periareolar, extirpando todo el trayecto en profundidad hasta tejido sano.

P24. CARCINOMA MEDULAR DE MAMA

M. Amodeo Hernández, B. Rodríguez Rodríguez, 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: El carcinoma medular de mama presenta una baja incidencia, aproximadamente el 3% de todos cánceres de mama. Sus características son el predominio del componente linfoide infiltrativo, bajo potencial de diseminación metastásica y buen pronóstico en pacientes jóvenes (peor en menopáusicas).

Métodos: Revisamos 14 casos de mujeres con diagnóstico anatómopatológico de carcinoma medular de mama entre los años 1994-2009.

Resultados: El rango de edad al diagnóstico fue 32-78 años (edad media 52 años). El 57,1% eran menopáusicas. Sólo una presentaba un familiar de primer grado afecto por cáncer de mama. La clínica de presentación fue tumor palpable en el 78,6% de los casos, con adenopatías palpables en el 21,4%. El tamaño tumoral fue de 15-67 mm (tamaño medio de 31 mm). El perfil inmunohistoquímico fue triple negativo y el grado histológico 3 en todos los casos. El 35,7%

se diagnosticaron en estadio IA, 35,7% en estadio IIA, 21,4% en estadio IIB y el 7,1% en estadio IIIB. Se realizó linfadenectomía en todos los casos excepto en la paciente más joven, con un tamaño tumoral de 19 mm y biopsia selectiva del ganglio centinela negativa. En el 42,9% se realizó cuadrantectomía y linfadenectomía, seguida de quimioterapia y radioterapia. En el 50% se practicó cirugía radical (6 tipo Madden y 1 tipo Patey); 2 de ellas con quimioterapia neoadyuvante y radioterapia posterior. En 3 pacientes se realizó tratamiento adyuvante con quimioterapia y 2 no recibieron tratamiento adyuvante alguno. La paciente más joven fue tratada con cuadrantectomía seguida de quimioterapia y radioterapia adyuvantes. La supervivencia libre de enfermedad a los 5 y 10 años es del 78,6% y la supervivencia global por cáncer de mama del 83,6% a los 5 y 10 años.

Conclusiones: El carcinoma medular de mama es una entidad poco frecuente que afecta a mujeres jóvenes, edad media de 52 años en nuestra serie. Se presenta con frecuencia como nódulo palpable de características clínicas benignas. Estos tumores presentan baja tasa de afectación metastásica ganglionar, 14,3% en nuestra casuística. Se concluye que el carcinoma medular de mama es un tipo histológico favorable a pesar de su alto grado nuclear alto y elevado índice mitótico, sobre todo en pacientes jóvenes y con ganglios axilares negativos.

P25. CARCINOMA MUCINOSO DE MAMA

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 carcinoma mucinoso es una entidad poco frecuente, representando el 3% de los tumores malignos de mama. Se caracteriza por la producción de moco en cantidad variable y se describen dos variedades histopatológicas, el carcinoma mucinoso puro (CMP) y el mixto (CMM), siendo importante esta distinción ya que el primer tipo tiene un pronóstico mejor respecto del carcinoma ductal invasivo, con menor tasa de metástasis ganglionares y tasa de supervivencia mayor. Revisamos las 31 mujeres diagnosticadas de carcinoma mucinoso entre 1994-2011.

Resultados: La media de edad al momento del diagnóstico fue de 68 años (rango 30-89), con una mediana de 73 años, siendo menopáusicas el 83,9%. Se presentó como tumor palpable en el 64,5% de los casos, con tamaño tumoral medio de 25,7 mm (rango 8-70 mm). El 83,9% fueron CMP y el 16,1% CMM (1 caso de mucinoso-papilar y 4 casos de mucinoso-ductal). Se diagnosticaron 2 pacientes de carcinoma bilateral, una de ellas con ambos tipos histológicos de carcinoma mucinoso y otra con carcinoma mucinoso y ductal infiltrante en la mama contralateral. El grado histológico fue en el 38,7% grado 1, 38,7% grado 2 y 22,6% grado 3, con inmunofenotipo luminal A en el 67,7% de los casos. La distribución por estadios fue: 41,9% estadio IIA, 38,7% IA, 6,5% IIB, 6,5% IIIA y 6,5% IIIB. Realizamos biopsia selectiva del ganglio centinela con resultado negativo en 8 casos. Se practicó cirugía conservadora sin linfadenectomía en el 45,2%, cirugía radical tipo Madden en el 35,5%, tumorectomía y linfadenectomía en el 9,7% y cuadrantectomía y linfadenectomía en el 9,7%. El 25,8% recibieron quimioterapia y radioterapia adyuvantes (los CMM, la paciente más joven y una paciente diagnosticada de carcinoma bilateral), quimioterapia el 29% del total de la serie y quimioterapia neoadyuvante el 3,2%. El 93,5% se trataron con hormonoterapia (65,5% con inhibidores de la aromataza y el 20,7% con tamoxifeno).

Conclusiones: El carcinoma mucinoso afecta con mayor frecuencia a mujeres posmenopáusicas y se presenta comúnmente como tumor palpable sin afectación axilar lo que conlleva menor agresividad. En nuestra serie, la supervivencia libre de enfermedad es

del 73,3% a los 5 y 10 años y la supervivencia global del 92,3% a los 5 y del 83,1% a los 10.

P26. CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE MAMA

M. Amodeo Hernández, B. Rodríguez Rodríguez, 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: El carcinoma epidermoide primario de mama es una entidad poco frecuente con una prevalencia de aproximadamente 0,04% de todos los tumores malignos de la mama. Se presenta frecuentemente como nódulo palpable y pruebas de imagen con hallazgo de quiste complejo. Los receptores hormonales son negativos. Histológicamente el tumor tiene que ser mayoritariamente escamoso (más del 90%) y en el diagnóstico es importante descartar que el tumor sea de la piel de la mama o primario en otra localización. En la mayoría de los casos la evolución suele ser agresiva. Presentamos un caso de carcinoma epidermoide.

Caso clínico: Mujer de 50 años que acude en enero de 2004 por nódulo en mama derecha. No antecedentes personales de interés ni de patología mamaria. Antecedentes gineco-obstétricos: menarquía a los 14 años, fórmula menstrual normal, dos partos vaginales, primera gestación a los 25 años, lactancia materna y no usuaria de anticonceptivos orales. No antecedentes familiares de cáncer de mama ni de otras neoplasias. A la exploración se palpa nódulo en cuadrante superoexterno de mama derecha de unos 2 cm y adenopatía axilar. La mamografía y la ecografía informan de lesión quística compleja sugestiva de malignidad, la punción aspiración con aguja fina de lesión quística con cambios sospechosos de malignidad y la de la adenopatía de linfadenitis reactiva. Se realiza biopsia intraoperatoria que informa de carcinoma epidermoide de 10 mm y posterior cuadrantectomía con exéresis de la adenopatía axilar. La biopsia diferida de la adenopatía informa de metástasis de carcinoma epidermoide. La paciente recibe quimioterapia y radioterapia adyuvantes y actualmente se encuentra libre de enfermedad.

Discusión: El carcinoma epidermoide primario de mama es una forma extremadamente rara que se presenta generalmente como una tumoración palpable y pruebas de imagen con hallazgo de lesión quística compleja. En la literatura existe una pequeña serie de casos. Existen presentaciones menos típicas como el inicio con un absceso mamario. La edad de presentación es similar a la de otros carcinomas mamarios. Se asocia a una alta tasa de metástasis a distancia sin afectación ganglionar, por lo que no se suele realizar la disección axilar de rutina. En nuestro caso a pesar de la positividad de la adenopatía no se consideró realizar la linfadenectomía axilar.

P27. CARCINOMA TUBULOLOBULILLAR DE LA MAMA

E. de la Hoz Freitas, M. Amodeo Hernández, 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 carcinoma tubulolobulillar es un subtipo muy poco frecuente de carcinoma de mama que comparte características citológicas y arquitecturales de carcinoma lobulillar y tubular. Este tumor suele aparecer en mujeres de 40-80 años, siendo generalmente de pequeño tamaño, unilaterales, raramente multifocales y de pronóstico habitualmente bueno.

Métodos: Presentamos los datos de 6 pacientes diagnosticadas de carcinoma tubulolobulillar en el periodo 2002-2007.

Resultados: La edad de nuestras pacientes está comprendida entre 51-71 años (media 58,2 años). Tres de ellas presentaban ante-

cedentes familiares de cáncer de mama, dos de ellas en familiar de primer grado y otra de segundo grado. Antecedente de mastitis puerperal en una de ellas hacía 25 años. De las 6 pacientes, sólo 2 consultaron por nódulo palpable. El tamaño de la lesión fue de 1,2-2 cm, con un tamaño medio de 1,4 cm. Las pruebas de imagen informaron de sospecha de malignidad en todos los casos. Se practicó tumorectomía y linfadenectomía en dos casos, cuadrantectomía mas linfadenectomía en otros 2 (uno de ellos con 12 ganglios positivos), mastectomía radical modificada tipo Madden en otro y mastectomía simple en una paciente a la que se realizó biopsia selectiva del ganglio centinela con resultado negativo. Todas las pacientes recibieron tratamiento hormonoterápico, radioterapia adyuvante a las 4 tratadas con cirugía conservadora y quimioterapia a la paciente diagnosticada en estadio IIIC.

Conclusiones: El carcinoma tubulolobulillar es un subtipo poco frecuente que comparte características propias del carcinoma lobulillar y del carcinoma tubular. Microscópicamente, el diagnóstico se establece cuando en una misma lesión se observan claramente ambos componentes, lobulillar y tubular, no separados espacialmente, y con transición entre ambos. El pronóstico evolutivo de este tipo de carcinoma suele ser bueno. En una media de 3 años, el 12% de las pacientes desarrollan metástasis ganglionares y en 4% aparecen recidivas locales. Las tasas de éxito terapéutico a corto plazo son similares a las observadas en el carcinoma tubular puro y en el carcinoma lobulillar puro. En nuestra serie, la paciente diagnosticada en estadio IIIC tuvo una supervivencia libre de enfermedad de 61 meses y supervivencia global por cáncer de 75 meses. El resto de las pacientes fueron clasificadas en estadio IA y permanecen libres de enfermedad.

P28. CARCINOMA TUBULAR DE LA MAMA

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

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

Introducción: La OMS define al carcinoma tubular como una variante de carcinoma de mama de pronóstico favorable compuesto por estructuras tubulares bien diferenciadas, revestidas por una única capa de células epiteliales. Antes de la introducción de la mamografía como técnica de detección precoz suponía el 2% de todos los carcinomas de mama ya que generalmente son lesiones de pequeño tamaño no palpables. Actualmente su incidencia ha aumentado y representan hasta el 10% de todos los cánceres de mama. Se presenta típicamente en pacientes jóvenes y generalmente se detecta en mamografía como masas irregulares de pequeño tamaño y con márgenes espiculados. Suelen tener buen pronóstico, siendo la presencia de adenopatías poco frecuentes.

Métodos: Se presentan 18 pacientes diagnosticadas de carcinoma tubular de mama en el periodo comprendido desde 1993-2011.

Resultados: La edad media de las pacientes es de 54,3 años (39-69 años). Existen antecedentes familiares de cáncer de mama en 4 pacientes (22,2%). De la serie, el 77,8% de los casos (14 pacientes) fueron asintomáticas, sin exploración de adenopatías en ningún caso. La mamografía fue sospechosa de lesión maligna en el 100% de los casos. En cuanto al inmunofenotipo el 66,7% (12 casos) fueron clasificados como luminal A, 1 luminal B-HER2 y 1 triple negativo. Casi el 95% se diagnosticaron en estadio IA. Se realizó tumorectomía mas linfadenectomía al 44,4% de las pacientes (8 casos), en 2 casos cuadrantectomía mas linfadenectomía, en 4 pacientes Madden y en otras 4 tumorectomía sin linfadenectomía (2 con biopsia selectiva del ganglio centinela negativo). Ninguna paciente tuvo ganglios positivos. Recibieron radioterapia adyuvante el 77,8% de las pacientes (14 casos), quimioterapia neoadyuvante 2 casos y quimioterapia adyuvante en 3. El 50% de las pacientes

(9 casos) se trataron con tamoxifeno y el 39% con inhibidores de la aromataasa. No existe ningún caso de recidiva en ninguna paciente y ninguna muerte por cáncer de mama (1 fallecimiento por leucemia). La supervivencia libre de enfermedad es de 92 meses (p25 50-p50 133 meses).

Conclusiones: El pronóstico del carcinoma tubular puro es excelente, con una frecuencia extremadamente baja de diseminación ganglionar o a distancia. No obstante, la decisión de cirugía conservadora está condicionada por la frecuente multifocalidad y multicentricidad.

P29. CARCINOMA APOCRINO MAMARIO

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 apocrino de la mama corresponde a una forma poco común de cáncer de mama con una morfología propia y originado en los ductos de la glándula. Al menos un 90% de las células tumorales deben presentar características citológicas e inmunohistoquímicas apocrinas. Representan un porcentaje variable (0.3-4%) del total de cánceres de mama, aunque no es infrecuente encontrarse focos de diferenciación apocrina en otros tipos de carcinoma mamario.

Métodos: Se presentan 11 casos de carcinoma apocrino diagnosticados en el periodo de 1998-2011.

Resultados: La edad media de las pacientes de la muestra es de 62 años (42-82 años). La mayoría de ellas fueron derivadas desde el PDPCM (72%). En 5 de las pacientes existen antecedentes familiares de cáncer de mama y en una de ellas antecedentes personales. En el 63,6% (7 casos) no se evidenció nódulo palpable con presencia de adenopatías axilares clínicas en el 36%. Las pruebas de imagen sugirieron malignidad en el 90% de las pacientes. En 2 de los casos se realizó PAAF y en 7 BAG confirmando el diagnóstico. En cuanto a la clasificación inmunohistoquímica, el 72,7% de las pacientes fueron triple negativo, 1 HER2, 1 luminal A y 1 no clasificada. Respecto a la distribución por estadios, se diagnosticaron en estadio IA el 45,5% de los casos, 18,2% IIIA, 9,1% IIIB y 27,3% IIIC. Se practicó tumorectomía mas linfadenectomía a 3 pacientes (27,3%), Madden al 63,6% y tumorectomía sin linfadenectomía a una paciente. La media del total de ganglios positivos fueron 5,4 (rango 0-19). Recibieron radioterapia adyuvante el 63,6% de las pacientes (en una de las pacientes se indicó castración radioterápica); quimioterapia neoadyuvante en 3 casos (27,3%), quimioterapia adyuvante en 6 (54,5%) y hormonoterapia con tamoxifeno en dos pacientes. Recidivó una paciente con fallecimiento a los 49 meses. La supervivencia media libre de enfermedad es de 60 meses (p25 27-p75 88 meses).

Conclusiones: No existen diferencias estadísticamente significativas en el pronóstico, supervivencia libre de enfermedad ni global entre las pacientes diagnosticadas de carcinoma apocrino y el resto de los carcinomas ductales infiltrantes de la mama. El pronóstico del carcinoma apocrino viene determinado fundamentalmente por factores como son el grado de diferenciación, tamaño y la afectación ganglionar.

P30. TUMORES NEUROENDOCRINOS DE LA MAMA

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: Los tumores neuroendocrinos representan menos del 2% de las lesiones malignas que se presentan en la mama. Un

30% pueden ser metastásicos principalmente derivados de tumores carcinoides intestinales. El diagnóstico debe realizarse por histología y confirmado con técnicas de inmunohistoquímica. Son tumores con baja agresividad que no presentan síntomas sistémicos por liberación de hormonas como en otras localizaciones. Muchos de ellos son carcinomas ductales o lobulillares con características histológicas de células de pequeño tamaño, siendo típica en su histología la presencia de nidos de células argirófilas con capacidad de producir determinadas hormonas como la ACTH, epinefrina y otras.

Métodos: Presentamos dos casos de carcinoma neuroendocrino de mama entre los años 2003 y 2005.

Resultados: Las dos pacientes tienen 75 años en el momento del diagnóstico, ambas múltiparas, con menopausia a los 42 y 52 años. No habían realizado tratamiento hormonal sustitutivo ni toma de anticonceptivos orales. No existían antecedentes personales de cáncer de mama aunque si en familiares de segundo grado. Una de ellas había sido diagnosticada de papilomatosis intraductal. Consultaron por nódulo palpable de 12 meses de evolución una paciente y otra por retracción del pezón desde hacía 4 meses. En la exploración física se evidenció un nódulo de 3 cm en ambos casos, duro y móvil. La segunda paciente se diagnosticó de carcinoma bilateral tras biopsia diferida de lesión no palpable en mama contralateral. La PAAF sospechó malignidad en ambos casos y tras biopsia intraoperatoria, diagnóstico de carcinoma neuroendocrino de mama de células grandes en el primer caso (luminal B) y carcinoma neuroendocrino y ductal infiltrante (luminal A) en el segundo. Se practicó cuadrantectomía y linfadenectomía más radioterapia y hormonoterapia adyuvantes con inhibidores de la aromataasa en el primer caso y Madden más hormonoterapia en el segundo. La supervivencia libre de enfermedad es de 82 y 99 meses con último control hace 4 meses.

Conclusiones: En nuestras pacientes existe baja agresividad en los carcinomas mamaros con patrón neuroendocrino al no presentar recidivas tras el tratamiento. Ambos casos se diagnosticaron en estadio IIA. En el primer caso se trata de un tumor neuroendocrino puro con patrón histológico de tumor carcinoide y en el segundo se asocia a carcinoma ductal infiltrante.

P31. CARCINOMA CRIBIFORME INVASIVO DE MAMA

B. Rodríguez Rodríguez, E. de la Hoz Freitas, 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 cribiforme invasivo está considerado como un tipo especial de carcinoma epitelial que presenta una peculiar estructura morfológica y apariencia macroscópica que simula a un queso suizo. Suelen tener buen pronóstico que lo hacen separarse del resto de tumores de la mama, pero no presentan unas características clínicas y radiológicas específicas.

Métodos: Presentamos los 4 casos de mujeres diagnosticadas de carcinoma cribiforme invasivo diagnosticados en nuestra unidad entre los años 2002 y 2010.

Resultados: La edad media de las pacientes fue de 65 años (rango 52-71), 3 múltiparas y una nulípara, edad media de la menarquía 14 años (rango 11-19) y edad media de la menopausia a los 50. Ninguna de las pacientes fue usuaria de anticonceptivos orales ni tratamiento hormonal sustitutivo. No existen antecedentes de patología mamaria personal ni antecedentes familiares de cáncer de mama. Sólo un antecedente familiar de primer grado diagnosticada de cáncer de ovario. Ninguna de las pacientes procedía del programa de detección precoz de cáncer de mama. Consultaron por autoexploración de tumoración mamaria 3 pacientes y una estaba asin-

tomática detectándose un nódulo en una revisión rutinaria. El tamaño medio del nódulo mamario fue de 2,5 cm (rango 1,8-3,4). Una paciente tenía la axila clínicamente positiva. Las pruebas de imagen sospecharon malignidad en el 100% de los casos. En 2 casos la biopsia mamaria con aguja gruesa fue diagnóstica de malignidad y en las otras 2 se obtuvo mediante biopsia intraoperatoria (3 inmunofenotipos luminal A y uno luminal B). Se realizó mastectomía radical tipo Madden en las 4 pacientes en estadio IIB y cirugía conservadora más linfadenectomía en la paciente en estadio IA asociada a radioterapia adyuvante. La axila fue positiva en 3 pacientes con una media de 2,3 ganglios metastásicos (rango 1-3) y una media de ganglios aislados de 15,7 (rango 10-23). Todas las pacientes recibieron hormonoterapia, 3 con inhibidores de la aromatasa y una con tamoxifeno.

Conclusiones: El carcinoma cribiforme es un tipo histológico de cáncer de mama con una baja incidencia y considerado de buen pronóstico. De nuestras pacientes 3 viven libres de enfermedad y solo una mujer recidivó a los 41 meses a nivel ganglionar mediastínico y hepático, falleciendo a los 73 meses.

P32. CARCINOMA PAPILAR INTRAQUÍSTICO

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: Los carcinomas papilares de la mama son neoplasias malignas que presentan características especiales, tanto en su morfología como en su conducta biológica. Entre los subtipos no invasores se encuentra la forma localizada, el carcinoma papilar intraquístico, cuya incidencia varía del 0,5 a 1,6% de todos los cánceres mamarios. Éste se desarrolla a partir del revestimiento epitelial de un quiste mamario y en ocasiones provoca gran dilatación, con obstrucción y acúmulo de líquido en el ducto en el que se origina.

Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de los carcinomas papilares intraquísticos mamarios diagnosticados y tratados en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Universitario de Valme de Sevilla. Se incluyen en esta revisión un total de 10 mujeres diagnosticadas de carcinoma papilar intraquístico entre los años 1998 y 2011.

Resultados: La edad media de las pacientes fue 61,3 años, siendo un 30% derivadas del programa de detección precoz de cáncer de mama. Ninguna de las pacientes incluidas presentaba antecedentes de patología mamaria benigna. Tres de ellas presentaron antecedentes familiares de cáncer (ninguno de mama) y una había padecido un cáncer de endometrio. El 60% de las pacientes consultaron por nódulo palpable que se confirmó en la exploración, con axila clínicamente negativa en el 100% de los casos. Se realizó punción aspiración con aguja fina en 6 casos, todos con sospecha citológica de malignidad. En dos pacientes se obtuvo el diagnóstico mediante biopsia con aguja gruesa. El 60% fueron grado I, 30% grado II y 10% grado III. El tratamiento realizado fue cirugía conservadora en el 90% de pacientes. En una paciente se realizó mastectomía simple debido a tamaño tumoral de 6 cm. Un 50% de las pacientes recibieron radioterapia adyuvante y en un 80% hormonoterapia (70% tamoxifeno y 10% inhibidores de la aromatasa). En la actualidad, ninguna paciente ha presentado recidiva o muerte por cáncer de mama. Una paciente ha fallecido por otra causa (vólculo intestinal).

Conclusiones: El tratamiento óptimo del carcinoma papilar intraquístico no ha sido definido con claridad hasta la fecha al no existir estudios prospectivos aleatorizados. En nuestra serie, la su-

pervivencia libre de enfermedad y la supervivencia global por carcinoma papilar intraquístico es del 100% a los 5 y 10 años.

P33. CARCINOMA PAPILAR INFILTRANTE DE MAMA

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: Las lesiones papilares mamarias representan un grupo heterogéneo de tumores que crecen en el interior de los conductos galactóforos y que representan desde lesiones benignas como son los papilomas intraductales hasta entidades malignas como los carcinomas "in situ" (carcinomas intraductales o carcinomas papilares intraquísticos) o sus formas infiltrantes (carcinoma papilar infiltrante). Ambos tipos de neoplasias representan entre un 1 y 2% de todos los carcinomas mamarios.

Métodos: Estudio retrospectivo de los carcinomas papilares infiltrantes de mama diagnosticados y tratados en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Universitario de Valme de Sevilla. Se incluyen un total de 24 pacientes diagnosticadas de carcinoma papilar infiltrante mamario entre los años 1999 y 2009.

Resultados: La edad media de las pacientes fue de 69,71 años (rango 37-82), siendo un 16,7% derivadas del programa de detección precoz de cáncer de mama. Ninguna paciente presentaba antecedentes de patología mamaria benigna, un 45,8% referían antecedentes familiares de cáncer y 25% antecedentes familiares de cáncer de mama. Un 12,5% de las pacientes tenían antecedentes personales de neoplasia (cérvix, colon y endometrio). Un 25% de las pacientes eran asintomáticas y el 70,8% de las pacientes consultaron por nódulo palpable. La exploración clínica evidenció tumoración en el 91,7% de las pacientes y la axila fue clínicamente negativa en el 91,7%. La punción aspiración con aguja fina fue sospechosa de malignidad en el 91,7% de las realizadas (12 pacientes) y la biopsia con aguja gruesa confirmó el diagnóstico en 14 pacientes. La distribución por estadios fue: 58,3% IA, 33,3% IIA, 4,2% IIB y 4,2% IV. El inmunofenotipo más frecuente fue el luminal A con el 62,5% de los casos. Se realizó cirugía conservadora y linfadenectomía axilar en el 45,8% de la serie, mastectomía simple en el 4,2%, Madden en el 25% y cirugía conservadora sin linfadenectomía en 6 pacientes (4 con biopsia selectiva del ganglio centinela negativa). Tratamiento quimioterápico adyuvante recibieron el 45,8% de las pacientes, radioterapia el 66,7% y hormonoterapia el 91,7%.

Conclusiones: Los carcinomas papilares infiltrantes de mama son neoplasias de baja incidencia y buen pronóstico. En nuestra serie, sólo una paciente se diagnosticó en estadio IV (metástasis pulmonares) y otra falleció por causa distinta a su proceso mamario.

P34. ANÁLISIS DE COSTE-EFICACIA DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA COMPARADA CON OTRAS 3 TÉCNICAS PARA LA IRRADIACIÓN PARCIAL DE LA MAMA EN ESTADIOS PRECOCES DE CÁNCER DE MAMA

M. Dos Santos^a, J.L. López Guerra^b, F. Calvo^c, M.J. Ortiz Gordillo^d, A. Fondevilla^b, J. Samblás^b y H. Marsiglia^b

^a*Institut de Cancérologie Gustave Roussy, Villejuif, Francia.*

^b*Instituto Madrileño de Oncología, Madrid.* ^c*Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid.* ^d*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.*

Objetivo: La irradiación parcial de la mama (IPM) se considera una alternativa segura al estándar de la irradiación completa de la

mama (ICM) en estadios precoces de cáncer de mama con la ventaja de ser administrada en un menor tiempo. Cuatro técnicas diferentes se han descrito en estudios aleatorizados con un seguimiento de > 4 años: radioterapia intraoperatoria (RIO), administrada inmediatamente durante la cirugía; braquiterapia de baja tasa (LDR), administrada en 3 días; radioterapia externa (RTE) y braquiterapia de alta tasa (HDR), ambas administradas en 5 días. El tratamiento más común (ICM), para la comparación, es administrado en 7 semanas. El objetivo de este estudio fue analizar el coste-eficacia de la RIO comparada con las otras 3 técnicas de IPM en estadios precoces de cáncer de mama.

Métodos: Se utilizó un modelo de análisis de decisión usando los datos de eficacia reportados en ensayos prospectivos previamente publicados, calculado en años sin mastectomía (ASM). Los costes directos fueron estimados según los cargos aplicados en la Comunidad Autónoma de Madrid. Para cada modalidad de IPM, las recaídas locales fueron individualizadas, y los cargos que suponen fueron evaluados según su frecuencia de aparición. Se aplicó un análisis de sensibilidad probabilística para evaluar la robustez de los resultados.

Resultados: Un coste total de 5.488,25 € fue estimado para RTE, 6.595,87 € para LDR, 7.454,10 € para HDR, y 8.895,71 € para RIO. El incremento coste-efectividad (ICER) comparando RIO y RTE fue de 17.209,41 €/ASM. El análisis de sensibilidad mostró que el ICER depende principalmente del nivel de recurrencias tras la RTE además del coste de la RIO. Finalmente, todas las técnicas de braquiterapia (LDR y HDR) fueron más costosas y menos eficaces en el análisis comparativo.

Conclusiones: En un escenario del sistema público, la RIO muestra ser un tratamiento razonable en cuanto a coste-efectividad en pacientes con estadios precoces de cáncer de mama, con la ventaja de su administración inmediata. Debería ser, por tanto, considerada como alternativa útil, principalmente en aquellos pacientes que tienen que recorrer largas distancias para recibir el tratamiento rápido.

P35. CARCINOSARCOMA MAMARIO

B. Rodríguez Rodríguez, E. de la Hoz Freitas, 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 carcinosarcoma mamario es un tumor infrecuente, alrededor del 0,2% de los cánceres de mama, y compuesto de una mezcla de tejido mesenquimal (óseo, condroide, escamoso, etc.) y zonas carcinomatosas epiteliales sin áreas de transición entre ambos componentes. Característicamente, y a diferencia del resto de carcinomas mamarios, suele expresar el gen EGFR y menos frecuentemente el HER-2. Estas neoplasias no responden al tratamiento hormonal y parcialmente al tratamiento quimioterápico convencional. Con todo, se están proyectando investigaciones para plantear nuevas líneas terapéuticas útiles para el tratamiento de uno de los carcinomas mamarios más agresivos conocidos.

Métodos: Se presentan dos casos de carcinosarcoma mamario diagnosticados en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Universitario de Valme de Sevilla en los años 2004 y 2011.

Resultados: La edad de las pacientes es de 83 y 47 años. La paciente mayor tenía como antecedente un cáncer gástrico y la más joven tenía antecedentes familiares de cáncer de mama. Las pacientes consultaron por nódulo palpable de 6 y 4 cm, respectivamente. En ambos casos la exploración clínica y las pruebas de imagen fueron sospechosas de malignidad con axilas clínicamente negativas. La punción aspiración con aguja fina fue sospechosa de malignidad en la paciente más joven, confirmándose el diagnóstico

mediante biopsia intraoperatoria. La paciente de 83 años se diagnosticó mediante biopsia con aguja gruesa. Histológicamente los dos casos fueron de alto grado y con un tamaño de 42 y 50 mm. El tumor de la paciente de 47 años presentó en la histopatología un patrón de carcinoma ductal infiltrante y sarcoma tipo fibrohistiocitoma. A la paciente de 83 años (estadio IIA) se le practicó cirugía conservadora y linfadenectomía más radioterapia adyuvante y a la paciente de 47 años (estadio IIIA) mastectomía radical modificada tipo Madden más quimioterapia y radioterapia adyuvantes. Las dos pacientes se encuentran actualmente libres de enfermedad (14 y 94 meses).

Conclusiones: El carcinosarcoma de mama es una forma rara de tumor mamario (0,2% de los cánceres de mama) que se incluye en la clasificación dentro de los tumores metaplásicos de la mama. El tratamiento se realiza según el estadiaje inicial de la paciente aunque el pronóstico suele ser peor que en otros tipos anatomopatológicos de cáncer de mama.

P36. INCIDENTALOMAS MAMARIOS EN PET-TC

J.I. Pérez, B. Espina, A. Moral Duarte, J. Duch, M. Estorch, M. Clos y M. Trias

Hospital de Sant Pau, Barcelona.

Introducción: El uso de la tomografía por emisión de positrones-tomografía computarizada (PET-TC) en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes oncológicos ha provocado un aumento de la detección de incidentalomas, es decir, nuevos focos lesionales en otros órganos sin historia previa conocida de enfermedad neoplásica. Esto supone una nueva forma de afrontar el manejo tanto diagnóstico como terapéutico de estos pacientes.

Métodos: Análisis de nuestra base de datos de neoplasias de mama, seleccionando los casos de pacientes diagnosticadas de un incidentaloma mamario mediante el PET-TC, entre abril de 2011 y abril de 2012. Han sido recogidas de forma prospectiva las técnicas de imagen utilizadas, el resultado de la biopsia, el tratamiento administrado y la anatomía patológica definitiva.

Resultados: Se detectaron 5 pacientes. Las enfermedades neoplásicas por las que estaban siendo evaluadas eran: neoplasia de ovario, linfoma MALT, neoplasia de pulmón y neoplasia de la unión esófago-gástrica. Todos los casos fueron evaluados en un comité multidisciplinar. En cuatro de las cinco pacientes se realizó ecografía y mamografía para confirmar el hallazgo radiológico de segunda neoplasia primaria a nivel mamario. En la paciente restante no se completó el estudio al presentar una neoplasia pulmonar estadio IV. En las pacientes con mejor pronóstico de su enfermedad (neoplasia de ovario y linfoma MALT ambas en remisión completa) se completó el estudio mediante resonancia mamaria y core-biopsia. A dichas pacientes se les realizó el tratamiento quirúrgico de la neoplasia de mama que consistió en cirugía conservadora y biopsia selectiva del ganglio centinela, que en ambas resultó negativo. Las dos paciente restantes presentaban importantes comorbilidades y un estadio avanzado de la enfermedad neoplásica previa, por lo que se decidió tratamiento paliativo.

Conclusiones: La introducción de nuevas técnicas de imagen para la evaluación y seguimiento de los pacientes oncológicos nos ha permitido observar un aumento en el diagnóstico de segundas neoplasias primarias en otros órganos. En el caso de la patología mamaria, se describe en la literatura actual una prevalencia creciente de incidentalomas mamario en PET-TAC, confirmándose la malignidad entre el 30 y el 50% de dichos casos, según las diferentes series estudiadas. Por tanto, ante un incidentaloma mamario, consideramos que debe completarse tanto el estudio de imagen como el anatomopatológico; y con todo ello decidir el manejo en un comité multidisciplinar dada la complejidad de estos pacientes.

P37. CARCINOMA DE MAMA Y MASTOPATÍA DIABÉTICA. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

M. Abad Martínez, A. Prat Calero, B. Moreno Flores, G. Bueno Blesa, A.A. Osorio Manyari, A.S. Valero Liñán, J.L. Rueda Martínez, F. Andérica Frías, R. Alises Sanz y P. González Masegosa

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivo: Se presentan dos casos de mastopatía diabética como diagnóstico diferencial del carcinoma de mama, patología que supone menos del 1% de las lesiones benignas de mama.

Métodos: Mujer de 31 años, DMID desde los 12, se palpa nódulo en cuadrante supero externo de mama derecha de un mes de evolución por lo que es remitida a consulta para su valoración. A la exploración destaca nódulo retroareolar de 2 cm. La mamografía muestra nódulo sólido, mal definido y heterogéneo que se cataloga como BIRADS 3 recomendando PAAF que resulta negativa para células malignas aunque la paciente prefiere extirparlo por lo que se realiza tumorectomía. Mujer de 59 años DM tipo 2 de larga evolución con mastitis de repetición a la que se le realiza mamografía en la que destaca un aumento de densidad de mama izquierda con área en CSI-retroareolar mal definida, que podría corresponder con cambios inflamatorios por el antecedente de mastitis pero se decide la realización de BAG para mayor seguridad.

Resultados: En el primer caso en el examen microscópico destaca tejido mamario con extensa fibrosis del estroma con células miofibroblásticas, infiltrado inflamatorio linfoide maduro en la periferia de los vasos y ductos sin atipia epitelial todo ello en relación con mastopatía diabética. En el segundo caso se observa infiltrado inflamatorio crónico, con linfocitos y algunos plasmáticos, tanto de localización lobulocéntrica como periductal. También se observan acúmulos de histiocitos en áreas fibroescleróticas, en relación también con mastopatía diabética. La mastopatía diabética, entidad infrecuente, aparece en alrededor del 13% de las diabéticas insulino dependientes de larga evolución, habitualmente premenopáusicas. Se trata de una lesión histológicamente benigna, no progresiva y que no predispone a la malignización. Clínicamente se presenta como masa mamaria única o múltiple, en una o en ambas mamas, de rápido crecimiento, habitualmente en localización subareolar, de consistencia firme o dura, indolora, móvil y sin compromiso de la piel. En las imágenes radiológicas se observan densidades asimétricas mal definidas, no asociadas a microcalcificaciones, que en el examen ecográfico se traducen en nódulos y áreas hipocóicas mal definidas, heterogéneas, de márgenes irregulares y con una marcada atenuación posterior. El análisis histológico es indispensable cuando existe sospecha clínica y radiológica para llegar a un diagnóstico de certeza por lo que habitualmente se realiza BAG que se caracteriza por una lobulitis linfocitaria esclerosante con una densa infiltración de los lobulillos por linfocitos B maduros. Pueden encontrarse algunas células plasmáticas, pero no aparecen plasmocitos ni células gigantes multinucleadas. No hay formación de centros germinales. Se suele asociar con infiltración linfocitaria periductal y perivasculares, aunque sin lesión endotelial.

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

P38. CATÉTER INTERINCISIONAL ANALGÉSICO EN MASTECTOMÍA

M. Abad Martínez, R. Alises Sanz, A. Prat Calero, B. Moreno Flores, G. Bueno Blesa, A.A. Osorio Manyari, A.S. Valero Liñán, F. Andérica Frías, M.L. Ibarra Martí y P. González Masegosa

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivo: Se presentan los resultados de la utilización de un catéter de analgesia en 36 pacientes después de mastectomía con/sin

linfadenectomía axilar dado que el dolor postoperatorio después de la cirugía mamaria supone un importante efecto invalidante.

Métodos: Este dispositivo es colocado por el cirujano y consta de un pequeño balón que contiene una solución anestésica y un catéter multiperforado que lo conduce hasta la zona elegida. En este caso se irrigan ambos pectorales en las mastectomías. El dispositivo también cuenta con un sensor de temperatura que regula el flujo. El anestésico utilizado en todos los casos es ropivacaína al 0,31% y el balón contiene la cantidad suficiente para cubrir un máximo de 48 horas. El estudio se ha realizado de forma prospectiva sobre 36 pacientes, 35 mujeres (97,2%) y 1 hombre (2,7%) en los que se ha utilizado el catéter interincisional, variando los diagnósticos entre distintos tipos de neoplasias mamarias. Los procedimientos realizados han sido mastectomía simple en 21 casos (58,3%), mastectomía tipo Madden en 12 (33%), mastectomía bilateral en 2 (5,55%) o con reconstrucción inmediata en un caso (2,77%). La edad de las pacientes está comprendida entre los 31 y los 92 años con una media de 57,3 y una mediana de 54. Se han recogido diferentes datos para evaluar y medir las dimensiones del dolor aplicando la escala de intensidad verbal (EVA), cuestionario de ansiedad, grado de discapacidad y satisfacción, náuseas y vómitos y necesidad o no de mórnicos.

Resultados: Destacan el buen control del dolor, medido con la escala de intensidad EVA, clasificando como leve los resultados de 1-3, moderado de 4-6 y severo entre 7-10. A la hora de la intervención sólo 3 pacientes (8,33%) presentaron dolor moderado, a las 2 horas el 100% lo catalogó como leve, a las 24h una paciente lo estimó como moderado y a las 48h el 100% lo etiquetó de leve. Sólo 8 de 36 (22,2%) precisaron mórnic y por lo tanto disminuyeron sus efectos secundarios como náuseas y vómitos (una de las pacientes presentó náuseas sin vómitos 2,7%), mareo (2,7% sin administración de mórnic), ansiedad, somnolencia, dificultad respiratoria, dependencia física y mental, estreñimiento y cambios en el estado de ánimo entre otros. Además permite la deambulación, movilidad temprana de los pacientes (100%) y su descanso (100%) reduciendo así la estancia hospitalaria y por lo tanto la reincorporación a la vida normal después de la cirugía. La satisfacción de su uso fue excelente, con una aceptación del 100%.

Conclusiones: La utilización de este catéter permite un buen control del dolor evitando los efectos adversos de otros analgésicos con una colocación rápida y sencilla.

P39. SEGUNDO TUMOR DE MAMA EN VARÓN TRAS CARCINOMA PAPILAR INTRAQUÍSTICO

T. Balsa Marín, J. Díez, R. Tobalina, D. Cuevas, T. Calderón, S. Martínez, R. Rodríguez, L. Arriero y J. Timón

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, Toledo.

Introducción: El cáncer de mama en el varón representa el 1% de la presentación de esta neoplasia. El carcinoma papilar intraquístico es una forma infrecuente de cáncer de mama, representando entre el 0,5 y el 1% de los mismos. Habitualmente se presenta en mujeres añosas y presenta un excelente pronóstico. La supervivencia a los 10 años es del 100%, y la supervivencia libre de enfermedad a los 2 y 10 años es del 96 y el 77%, respectivamente. El manejo de este tipo de neoplasia continúa siendo motivo de controversia. Presentamos un caso de carcinoma papilar no infiltrante intraquístico de mama en un varón, con un segundo cáncer en la misma mama a los 8 años de su diagnóstico inicial.

Caso clínico: Varón 74 años. Tumorectomía de mama izquierda en el 2001 por adenocarcinoma papilar intraquístico no infiltrante, con varios focos de papiloma atípico. La ampliación de la tumorectomía realizada no demostró enfermedad residual. Receptores de estrógenos (3+); receptores de progesterona (+); HER-2: negativo; Ki 67, menos de 5% de núcleos positivos; p53 negativa. Radioterapia

pia post-operatoria y tamoxifeno durante 5 años. En noviembre del 2009 se detecta nódulo bajo cicatriz de tumorectomía. Mamografía bilateral (noviembre 2009): En axila izquierda nódulo espiculado (adenopatía vs nódulo), de aprox. 10 mm de diámetro, que no se visualizaba anteriormente. Ecografía axilar (noviembre 2009): En axila izquierda, imagen hipoecoica de 21,5 × 10,0 mm de diámetro en relación con adenopatía y otro nódulo sólido, de aprox. 8,2 × 7,3 × 6,8 mm de diámetro, que podría corresponder con adenopatía vs metástasis. PAAF ecoguiada, sospechosa para malignidad. Biopsia: Adenocarcinoma de probable origen mamario. Inmunohistoquímica: receptores de estrógenos y progesterona: +++. HER-2: negativo. Mastectomía radical modificada: Adenocarcinoma ductal infiltrante de 13,2 mm de diámetro máximo. Inmunohistoquímica: receptores de estrógenos: +++. Receptores de progesterona: ++. HER-2: negativo. Ki-67: 10%. Los ganglios aislados no mostraron infiltración neoplásica. Actualmente, 3 años después de la intervención por su segundo tumor mamario, no hay hallazgos clínicos sugerentes de nueva recidiva. El paciente se encuentra en estudio por nódulo de reciente aparición en glándula parótida izquierda.

Discusión: La biopsia escisional debe ser considerada en los casos de lesiones mamarias. El manejo de este tipo de neoplasia continúa siendo motivo de controversia. La cirugía es la base del tratamiento en este tipo de lesiones. A pesar del excelente pronóstico del carcinoma papilar intraquístico de mama, no debe olvidarse la posibilidad de la aparición de segundos tumores.

P40. CONCOMITANCIA DE PATOLOGÍAS DE DIFERENTE PRONÓSTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Lopez Banacloche, K. Lissette Aguilar Duarte, A. Sarrias Garriz, M.A. Pina Montoya, P. López Ortín y M. Costa Andreo

Hospital Rafael Méndez, Lorca, Murcia.

Introducción: Hamartoma: es una lesión encapsulada de morfología redondeada u oval, compuesta de grasa y tejido fibroglandular normal, en proporciones variables. Muchos son asintomáticos, pero pueden ser palpables, típicamente de consistencia blanda. La imagen mamográfica es patognomónica: imagen en “rodaja de salchichón”. No es preciso biopsia para su diagnóstico. Carcinoma papilar: mamográficamente suelen ser nódulos redondeados, ovoides o polilobulados, bien delimitados, únicos o múltiples. Pueden tener microcalcificaciones. En ECO, se puede apreciar como un nódulo sólido, bien delimitado o como uno completo con áreas sólidas y quísticas. El doppler puede mostrar su vascularización. El diagnóstico es mediante biopsia. Carcinoma ductal infiltrante: En la mamografía aparece con bordes mal constituidos con trabéculas y tejido graso con áreas de necrosis y hemorragia que pueden aparecer como calcificaciones. A la exploración, tiene un tacto más rígido que las lesiones benignas.

Caso clínico: Paciente de 53 años en seguimiento por ginecología por útero miomatoso. Sin antecedentes médicos ni familiares de interés. G2P2. Tratamiento con THS durante un año. En una mamografía rutinaria se apreció en MD imagen pseudonodular en línea intercadrántica de 0,9 cm y en MI masa de 8,5 cm compatible con hamartoma. Se realizó citología de la punción del nódulo, informando de lesión quística con cambios papilares apocrinos. La ECO mostró varios nódulos sólidos; el más grande de unos 2 cm en CSE que presentaba signos de sospecha (Bi-rads4c). La PAAF posterior reveló hallazgos citológicos compatibles con tumor papilar. Tras nueva Mx y Eco se vio crecimiento del nódulo de mayor tamaño realizando ITC con CGD quien reseca la tumoración. El resultado de la pieza informaba de CDI grado II y CD de bajo y alto grado con Rc estrógenos, progesterona, Kl67, BCL2 positivos; P53 y Hcept negativos. Se procedió a nueva cirugía programada con mastectomía radical modificada. Actualmente está en seguimiento por Oncología con tratamiento quimioterápico pendiente de estudio histológico definitivo.



Conclusiones: Existe una amplia variedad de lesiones y tumores benignos infrecuentes, algunos de los cuales tienen imágenes patognomónicas (hamartoma) mientras que la mayoría son diagnósticos por biopsia. Además de los tumores malignos habituales, existen otros tipos tumorales más heterogéneos. El carcinoma papilar representa menos del 2% de los cánceres malignos de la mama en contra del carcinoma ductal infiltrante que es participe de más del 70%.

P41. EXTRACCIÓN AUTOMÁTICA DEL ESTADIAJE DE CÁNCER DE MAMA A PARTIR DE TEXTO LIBRE DE INFORMES CLÍNICOS

J.L. López Guerra^a, C. Parra^b, R. González^b, A. Martínez^b, J. Peinado^b, V. Suárez^b, A. Moreno^b y M.J. Ortiz^b

^aInstituto Madrileño de Oncología, Madrid. ^bHospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El estadiaje de cáncer de mama constituye uno de los factores pronósticos más relevantes. Sin embargo, la compleja clasificación TNM, la existencia de diferentes versiones y la variabilidad de la fuente de la información hacen que la recogida de datos sobre texto libre sea compleja. El objetivo de este proyecto es elaborar una herramienta que permita realizar el estadiaje de manera automática.

Métodos: El estudio incluyó las 100 primeras pacientes con cáncer de mama no metastásico tratadas con cirugía y radioterapia en 2012. La recogida del tamaño tumoral postquirúrgico (pT; según la 7ª edición TNM) se realizó con la herramienta desarrollada y manualmente por un residente de tercer año de oncología radioterápica (OR). La herramienta consiste en una aplicación Java que obtiene información a partir de los informes de anatomía patológica (AP) y OR, escritos en texto libre, mediante la aplicación de algoritmos de filtrado de texto y extracción de datos. Aquellos casos en los que se observaron divergencias fueron revisados por un adjunto de OR experto.

Resultados: La aplicación fue capaz de detectar el 62% de los casos tras examinar los informes de AP, y el 77% al añadir el examen de los informes de OR. Los casos no detectados se debieron a que la información estaba almacenada en otra sección de la estación clínica. Comparando los resultados entre la aplicación y la recogida manual, hubo una diferencia del 13% (10/77). Al examinar estos casos, se observó que en el 50% (5/10) la aplicación era correcta, mientras que en el otro 50% era correcta la recogida manual. El error más común (N = 3) cometido por la aplicación fue la falta de capacidad para estadificar carcinoma inflamatorio (pT4d) debido a que el estadio postquirúrgico sigue considerándose inflamatorio aunque se resuelva la inflamación tras quimioterapia neoadyuvante. El error más común en la recogida manual (N = 3) fue designar con el estadio inicial clínico aquellos casos con respuesta completa a la quimioterapia tras la cirugía (ypT0).

Conclusiones: Este innovador sistema permite realizar automáticamente el estadiaje del tamaño tumoral en el cáncer de mama. Es una herramienta aplicable a los Unidades de Patología Oncológica Mamaria que ayudaría a ahorrar tiempo en la recogida de datos, evitar errores en la clasificación tumoral y mejorar la decisión terapéutica así como la calidad de los estudios de investigación. Las limitaciones de la herramienta se solventarían mediante bases de datos estructuradas en lugar de texto libre.

P42. FACTORES DE RIESGO DE LINFEDEMA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE MAMA

M. Segura, C. Murta-Nascimento, V. Juncà, S. Monleón, A. Salazar, D. Sabadell, J.A. Pereira, J. Solsona, L. Grande y R. Belmonte

Parc de Salut Mar, Barcelona.

Introducción: La incidencia de linfedema en cáncer de mama oscila entre 6-65%. Los factores de riesgo de linfedema en el tratamiento del cáncer de mama no están bien establecidos y son motivo de controversia. Se han relacionado factores del paciente, del tumor, del tratamiento quirúrgico y del tratamiento adyuvante, especialmente la radioterapia. El objetivo del estudio fue valorar estos factores en la incidencia de linfedema.

Métodos: Se ha realizado un estudio longitudinal retrospectivo de las pacientes tratadas por cáncer de mama en que se haya incluido el tratamiento quirúrgico, desde enero de 2005 hasta diciembre 2009. Las pacientes fueron monitorizadas tras la cirugía por cáncer de mama a 1, 6 y 12 meses y posteriormente cada año hasta diciembre de 2010. En cada visita de control se registraron los síntomas y la exploración física y se midieron los perímetros de ambas extremidades superiores en 7 puntos pre-establecidos. El criterio de linfedema fue una diferencia igual o mayor a 2 cm en alguna medida perimetral de la extremidad afecta respecto a la contralateral. Las variables fueron: edad, índice de masa corporal, intervención sobre el lado dominante, estadio del tumor, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia. En cuanto al tratamiento quirúrgico las variables analizadas fueron seroma, hematoma e infección postquirúrgica, mastectomía vs cirugía conservadora, linfadectomía axilar (LA) vs biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) y el número de ganglios extraídos. Se realizó el análisis mediante modelos de supervivencia de Cox y Kaplan-Meier.

Resultados. Se incluyeron 373 pacientes intervenidas durante el periodo. Un 31,4% (n = 117) de pacientes presentaron linfedema. La probabilidad acumulada de presentar linfedema a los 12, 24 y 36 meses de la cirugía fue del 26,3%, 31,4% y 36%, respectivamente. El 83,4% de los linfedemas aparecieron durante el primer año. En el análisis univariado resultaron predictivos los estadios de tumor más avanzados, el seroma postoperatorio, la LA, la quimioterapia y la radioterapia. Sin embargo, en el análisis multivariado solamente mantuvieron su valor predictivo la LA vs BSGC (HR = 18,44, IC95% 4,47-76,04) y la radioterapia vs no radioterapia (HR = 3,66, IC95% 1,62-8,27). No se encontró relación entre el número de ganglios resecados y la presencia de linfedema.

Conclusiones. La probabilidad de presentar linfedema a los 3 años tras cirugía por cáncer de mama fue del 36%. La LA y la radioterapia fueron los factores de riesgo identificados.

P43. PATRONES ELASTOGRÁFICOS ATÍPICOS DEL CÁNCER MAMARIO

B. Navarro^a, B. Úbeda^a, J.L. Browne^a, L. Casas^a, F. Tresserra^b e I. Rodríguez^c

^aDiagnóstico Ginecológico por la Imagen, Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción; ^bServicio de Anatomía Patológica y Citología; ^cUnidad de Estadística y Epidemiología, Institut Universitari Dexeus, Barcelona.

Objetivo: Identificar los factores que pueden afectar el rendimiento diagnóstico de la elastografía en la evaluación de las lesiones mamarias malignas, dando lugar a falsos negativos.

Métodos: Se revisaron de forma retrospectiva las imágenes en modo B y elastográficas de 80 lesiones mamarias con diagnóstico histológico de malignidad, 50 de ellas con características elastográficas malignas (scores 4, 5 según la escala de Ueno) y las 30

restantes con patrones elastográficos de benignidad (scores 1, 2 según la escala de Ueno) ó patrón atípico (centro elástico y periferia rígida). La edad media de las pacientes fue 54 años (rango: 31-85 años) y el tamaño ecográfico medio de la lesión 1,4 cm (rango: 0,5-3,3 cm). Para cada lesión se analizaron: características de la imagen en modo B (márgenes -circunscritos/imprecisos/muy imprecisos/lesión no nodular- y presencia o no de sombra acústica posterior), profundidad respecto a la piel, tamaño ecográfico de la lesión, patrón mamario y factores histopatológicos (tipo y grado histológico, presencia o no de necrosis intratumoral).

Resultados: Las únicas variables en las que se observó una asociación significativa con la capacidad de clasificar correctamente una lesión maligna mediante elastografía fueron la profundidad respecto a la piel y el tamaño ecográfico de la lesión. Se ajustó un modelo de regresión logística multivariable para valorar el impacto de los distintos factores analizados. La tasa de falsos negativos elastográficos fue 32,8% en las lesiones situadas a una profundidad inferior o igual a 1,5 cm y 85,7% en las lesiones con profundidad superior a 1,5 cm. En las lesiones de tamaño inferior o igual a 1,6 cm la tasa de falsos negativos fue 30%; en las lesiones de tamaño superior a 1,6 cm fue 60%.

Conclusiones: La profundidad de la lesión superior a 1,5 cm respecto a la piel y el tamaño ecográfico superior a 1,6 cm podrían estar relacionados con una menor sensibilidad diagnóstica de la elastografía en el estudio de las lesiones mamarias.

P44. LA ENFERMEDAD DE PAGET DE LA MAMA EN NUESTRA ÁREA: REVISIÓN 1998-2012

M.D. Rodríguez Garnica, E. Martínez Gómez, V. García Pineda, C. de Valle Corredor, F. Arnanz Velasco, N. Garrido y A. Zapico Goñi

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid.

Objetivo: Estudiar la casuística de la enfermedad de Paget en nuestro área en los últimos doce años.

Métodos: Hemos realizado un estudio descriptivo y retrospectivo de 15 pacientes diagnosticadas de enfermedad de Paget entre 1998 y 2012 en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, Madrid. Realizamos un estudio estadístico mediante análisis informático SPSS 15.0.

Resultados: La edad media al diagnóstico fue de 58,93 ± 16,011 (32-80) años y el IMC medio de 25,74 ± 5,41 (17-38) kg/m². El 20% (3) de las pacientes presentaba antecedentes familiares de cáncer de mama. El 40% (6) de los casos eran diabéticas o hipertensas, el 66,7% (10) posmenopáusicas y el 13,3% (2) eran nulíparas. El motivo de consulta principal fue el eczema en el pezón, en el 73,3% (11) seguido de la telorragia en el 13,3% de los casos (2). En el 73,3% (11) de las pacientes estaba asociado a cáncer de mama subyacente: el 53,3% (8) a carcinoma intraductal, el 13,3% (2) a carcinoma intraductal e infiltrante y en el 6,7% (1) a infiltrante. El CEA y Ca 15.3 presentaron valores normales en el 80% (12) de los casos. En el 66,6% (10) de los casos fueron tratadas mediante mastectomía y el 26,7% (4) con cirugía conservadora. El 46,7% precisó tratamiento adyuvante siendo los más frecuentes la radioterapia (13,3%, 2) y la quimioterapia y la terapia con anticuerpos monoclonales en el 13,3% (2). La supervivencia global fue del 86,67% con una media de seguimiento de 103,68 ± 10,48 (83,12-124,20) meses. Durante el seguimiento fallecieron 2 pacientes (13,3%) por otras patologías no relacionadas con la mama.

Conclusiones: La enfermedad de Paget es una entidad poco frecuente y de buen pronóstico, asociada en muchos casos a cáncer de mama subyacente.

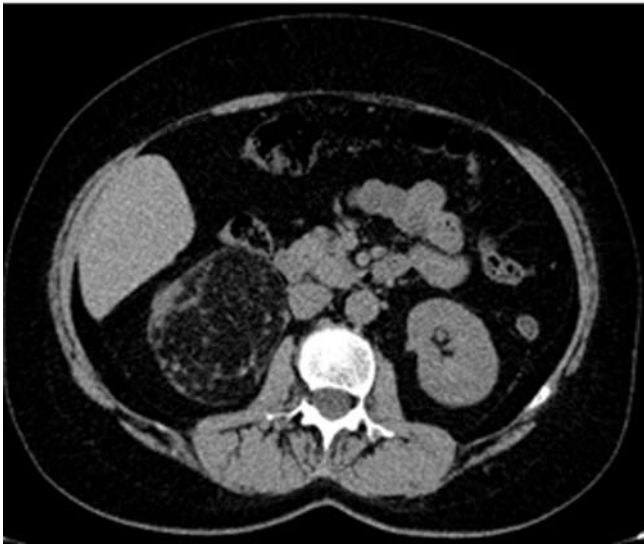


Figura 1

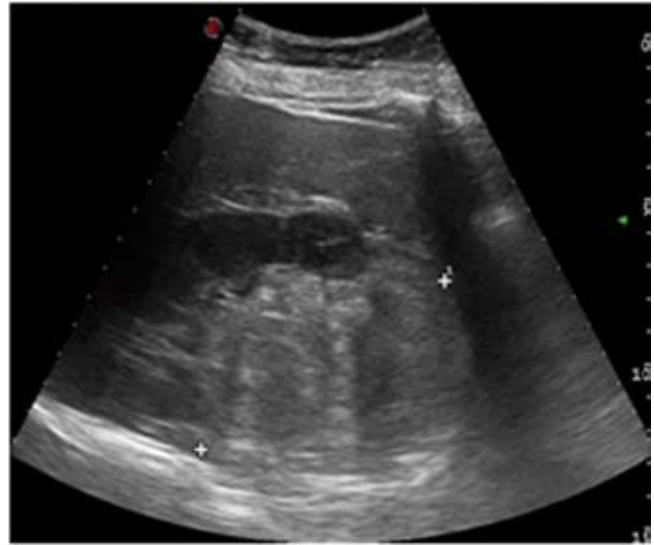


Figura 2

P45. CARCINOMA DE MAMA ASOCIADO A ANGIOMIOLIPOMA RENAL

G. Mateu, M. Segura, P. Iskra, V. Juncà, A. Francés, O. Bielsa y L. Grande

Parc de Salut Mar, Barcelona.

Introducción: El angiomiolipoma renal es un tumor benigno formado por tejido adiposo maduro, vasos y músculo liso, que presenta un riesgo de hemorragia retroperitoneal espontánea del 10% dependiente del tamaño tumoral, aumentando el riesgo cuando el paciente es sometido a otra intervención sin conocerse su diagnóstico. Aparece más en mujeres en proporción 4:1, siendo el diagnóstico incidental en el 50% de los casos.

Objetivo: Ilustrar con un caso clínico de un angiomiolipoma renal, hallado de forma incidental en el estudio de extensión de una neoplasia de mama procedente del programa de cribado.

Métodos: Mujer de 63 años diagnosticada de carcinoma mucinoso de 44 mm de diámetro en mama izquierda en el programa de cribado. En el estudio de extensión, se halla en la gammagrafía ósea un nódulo pélvico sospechoso que obligó a realizar TC abdominal (fig. 1), que mostró, una tumoración renal derecha renal de 9 cm de diámetro, que se reveló sugestiva de angiomiolipoma renal también en la imagen ecográfica (fig. 2). Dados el tamaño y el riesgo inaceptable de hemorragia retroperitoneal perioperatoria, se decidió realizar la nefrectomía derecha vía laparoscópica en primer lugar, y a continuación la tumorectomía y biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) en una misma sesión quirúrgica.

Resultados: En el primer tiempo quirúrgico, vía laparoscópica, se halló una tumoración firme dependiente del polo renal inferior del lado derecho e íntimamente relacionada con las estructuras adyacentes pero sin invasión de las mismas. Se realiza la nefrectomía total derecha, que tras el estudio anatomopatológico de la pieza confirma el diagnóstico de angiomiolipoma renal de 105 x 90 mm. En un segundo tiempo operatorio, se realizaron tumorectomía de la neoplasia mamaria, resultando un carcinoma mucinoso de 31 x 27 mm con presencia de carcinoma intraductal en periferia; y BSGC, resultando negativos los ganglios en el estudio peroperatorio, confirmándose "a posteriori". La paciente evolucionó favorablemente, sin presentar complicaciones postoperatorias, siendo dada de alta a los cuatro días de la intervención

Conclusiones: El abordaje conjunto dando prioridad al angiomiolipoma en un caso sincrónico con cáncer de mama, permitió un correcto tratamiento quirúrgico y evolución, sin presentar complicaciones, dándose de alta a los cuatro días.

P46. TUMOR NEUROENDOCRINO DE LA MAMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

N. Contreras Pérez, A. García-Tejedor, M.J. Pla Farnós, M. Zermiani y J. Ponce Sebastián

Hospital de Bellvitge, Barcelona.

Caso clínico: Paciente de 77 años, posmenopausia, que presenta a la autoexploración lesión en mama izquierda. Antecedentes personales: HTA. Insuficiencia aórtica. IQ: exéresis de dos nódulos benignos de mama izquierda y derecha. Exploración clínica: mama izquierda nódulo retroareolar de 1,5 cm. Gran bloque adenopático de > 2 cm a nivel axilar izquierdo. Exploraciones complementarias: mamografía: nódulo retroareolar de 17 mm con alguna calcificación. Ecografía mamaria: región periareolar con nódulo hipocóico de contornos lobulados 174 mm. CSE nódulo bilobulado 11 mm. Ecografía axilar: adenopatías aumentadas de tamaño 22 y 18 mm sugestivas de metastásis. PAAF CSE MI: benigno. PAAF periareolar MI: carcinoma indiferencia de alto grado. PAAF axilar: carcinoma indiferenciado. BAG mama: carcinoma neuroendocrino de patrón sólido, grado 3. Factores pronósticos: RE 100% RP 15% Her-2 neu negativo Ki 67 70% Cromogranina +100% Sinaptofisina +5%. Estudio de extensión: analítica, radiografía de tórax, gammagrafía ósea y TAC toraco-abdominal negativos. Estadaje: T1N2M0. Tratamiento primario: hormonoterapia neoadyuvante con letrozol. Seguimiento a los 8 meses: Exploración clínica: nódulo retroareolar de 1 cm. Persistencia de adenomegalias axilares. Respuesta < 50%. Ecografía mamaria: nódulo hipocóico retroareolar de 12 mm de diámetro. Adenopatías axilares de 21 y 22 mm de diámetro. Respuesta radiológica mama 50% y axila < 50%. Tratamiento quirúrgico: tumorectomía con exéresis complejo areola-pezones (técnica de Grisotti) + linfadenectomía axilar izquierda. Anatomía patológica: Mama: carcinoma neuroendocrino de patrón sólido de 13 mm, grado 2, fibrosis 5%. Inmunohistoquímica: CK 7 + difuso CJ19 + difuso GCDFP-15 + focal RE (+) CK 20 (-) CDX 2 (-) TTF1 (-). Axila: metastásis por carcinoma (2/11). Ruptura capsular sin invasión venosa periganglionar. Estadaje: ypT1cypN1a. Tratamiento adyuvante: hormono-

terapia (letrozol). Radioterapia mama y cadenas. Evolución: dada la histología del tumor se realiza SPECT TC Octreótide siendo negativo. Tras 17 meses de seguimiento la paciente se encuentra libre de enfermedad.

P47. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA EN LA DETECCIÓN DEL GANGLIO CENTINELA: EVOLUCIÓN CRONOLÓGICA E INFLUENCIA DE LA INCORPORACIÓN DE UNA MINIGAMMACÁMARA INTRAOPERATORIA

E. Goñi Gironés, F. Vicente, P. Serra, A. Calvo, C. Estébanez, A. Camarero y M.E. Martínez

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Introducción: La eficacia en la detección del GC es un criterio considerado esencial en los estándares de calidad de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria.

Objetivo: Evaluar el porcentaje global de identificación del GC, la evolución cronológica y la influencia de la introducción de una minigamacámara.

Métodos: Forman parte de este estudio las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama mediante biopsia core, a las que se ha realizado BSGC de forma consecutiva entre enero de 2003 y diciembre de 2011. La técnica fue mixta en periodo inicial o en casos con dificultad de visualización linfogammagráfica, o con radiotrazador administrado intra-peritumoralmente. Hasta octubre de 2009 la exéresis del GC fue guiada por sonda y a partir de esta fecha se introdujo una minigamacámara para la detección intraoperatoria.

Resultados: La población muestral incluye 754 pacientes, en 725 se ha biopsiado el GC, con una media de GCs extraídos de $1,78 \pm 0,83$, siendo por tanto la eficacia global de la técnica del 96,2% (nivel III). Según el año de intervención quirúrgica los porcentajes han sido de 93,5% en 2003, 88,7% en 2004, 94,3% en 2005, 95,7% en 2006, 93,3% en 2007, 98,8% en 2008, 97,1% en 2009 y 99,1% en 2010 y 2011. El análisis mediante test exacto de Fisher evidencia diferencia significativa ($p = 0,001$) entre el porcentaje de identificación previo a la introducción de la minigamacámara que fue del 94,6% (nivel II) en 501 pacientes frente al posterior del 99,2% en 253 casos. En el modelo de regresión logística se mantiene significativo, como también el índice de masa corporal normal frente al grupo sobrepeso-obesidad y no es significativa la localización en cuadrante supero-externo frente al resto o el tipo de marcaje mixto frente a radioisotópico. No resulta significativa la diferencia en el número de ganglios extraídos antes y después de la introducción de la minigamacámara (85% vs 81,7% de pacientes en los que se realizó exéresis de 1 o 2 GCs).

Conclusiones: Se constata elevación del nivel de eficacia de la técnica, que ha evolucionado de un nivel II en el que los requisitos se cumplen con suficiencia a un nivel III en que se cumplen en grado de excelencia. Los datos apuntan a que a ello ha contribuido de forma significativa la implantación de una minigamacámara, aunque existen variables como la experiencia adquirida por el equipo que es difícilmente medible.

P48. RESULTADOS DE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA EN CARCINOMA DUCTAL IN SITU

E. Goñi Gironés, F. Vicente, A. Córdoba, P. Serra, A. Calvo, C. Estébanez y M.E. Martínez-Lozano

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Objetivo: Evaluar los resultados de la BSGC y la incidencia de GC metastático en pacientes con diagnóstico definitivo de carcinoma ductal in situ (CDIS).

Métodos: Forman parte de este estudio pacientes con diagnóstico definitivo de CDIS, a las que se ha realizado BSGC de forma consecutiva, entre enero de 2003 y diciembre de 2011 y cuyos datos han sido introducidos prospectivamente en una base de datos. La BSGC se realizó, con técnica mixta en periodo inicial o en aquellos casos con dificultades de visualización linfogammagráfica correspondiendo a 50 pacientes, o con trazador isotópico administrado intra-peritumoralmente en 95.

Resultados: Se trata de 145 pacientes de $56,9 \pm 9,49$ años de media (rango 33-82). En 52,4% la lesión se localizó en mama izquierda y el cuadrante superior externo fue topográficamente más frecuente (36,3%). El diagnóstico radiológico en 113 pacientes (77,9%) fue por hallazgo de microcalcificaciones. El tamaño medio fue $1,73 \pm 2,25$ cm (rango 0,1-20). En 49 pacientes el estudio anatomopatológico objetivó microinfiltración (33,8%). En 73,1% se realizó resección segmentaria (de los cuales en 6,2% se realizó ampliación y en 4,1% se completó mastectomía en un segundo tiempo) y en 26,9% mastectomía. En la linfogammagrafía se detectó migración en 96,6% (55,2% axilar, 39,3% axilar y mamaria interna, 1,4% mamaria interna únicamente, 0,7% axilar e intramamario). Se realizó exéresis del GC en 94,5% y se obtuvieron una media de $1,74 \pm 0,8$ GCs (rango 1-5). En el grupo globalmente considerado el GC fue positivo en 4,4%, pero este porcentaje se eleva a 6,4% cuando existe microinfiltración y es de un 3,3% en CDIS puro. Corresponde a 6 pacientes (una 2 GC positivos) y en todos los casos fueron micrometástasis diagnosticadas intraoperatoriamente, 5 mediante OSNA. Se practicó linfadenectomía axilar en 5, no hallándose ningún otro ganglio afectado. En 5 pacientes el HER2 fue positivo 3/3 y en otra 2/3, hallándose mediante test exacto de Fisher diferencia significativa ($p = 0,01$).

Conclusiones: El porcentaje de positividad del GC en CDIS puro es bajo, pero se incrementa de forma importante cuando se objetiva la existencia de microinfiltración. En la serie estudiada esta última y el HER2 positivo se asocian con más frecuencia a positividad del GC.

P49. REGRESIÓN ESPONTÁNEA Y COMPLETA DE CARCINOMA DE MAMA

A. Córdoba, A. Panizo, I. Rodríguez, F. Vicente García, J.J. Illarramendi y A. Calvo

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Introducción: La regresión espontánea de un tumor maligno es un fenómeno muy raro. Se refiere a la desaparición total o parcial de un tumor maligno probado, sin un tratamiento. Presentamos el caso de una mujer, que tras la biopsia diagnóstica, presenta una regresión completa del tumor en la resección quirúrgica.

Caso clínico: Mujer de 79 años que acude con un nódulo palpable de tres meses de evolución en unión de cuadrantes externos de mama derecha y de 30 mm a la palpación. El estudio de imagen es informado como: mamas simétricas de densidad baja con imagen nodular parcialmente bien definida en cuadrante superoexterno-unión de cuadrantes externos de la mama derecha de aproximadamente 3 cm. No se observan otras alteraciones en ninguna de las mamas. Se realiza ecografía complementaria identificándose el nódulo visto en mamografía como un nódulo heterogéneo de bordes mal definidos de aproximadamente 3 cm sobre el que se ha realizado punción con aguja fina con diagnóstico citológico de carcinoma de mama. Se realiza una PAAF, que se informa de positiva. Con posterioridad se realiza una biopsia trucut con resultado de carcinoma ductal infiltrante grado 2, con una reacción granulomatosa asociada, que se relaciona con la punción previa. Un mes más tarde se realiza la resección segmentaria y ganglio centinela y la pieza de resección muestra una lesión estrellada blanquecina, firme. Se incluye todo el material sin que se observe carcinoma residual. En su lugar aparece una reacción in-

flamatoria granulomatosa y una mastitis linfoplasmocítica. A la vista de los resultados se repite la mamografía y ecografía un mes más tarde sin que se evidencie lesión radiológica. Los controles realizados con posterioridad siguen dentro de la normalidad tras 9 meses de la intervención

Discusión: La regresión espontánea de un carcinoma es un hecho excepcional, que ha sido revisado por Larsen y Rose, con 32 casos descritos y solo 6 de ellos suficientemente documentados. El mecanismo fisiopatológico no es bien conocido, y se contemplan la dis-regulación molecular de los procesos de apoptosis, supervivencia, y otros eventos del ciclo celular. En nuestro caso parece debido a la peculiar reacción inflamatoria asociada. Un caso similar ha sido recientemente publicado por Dussan (2008). Para confirmar una regresión espontánea es necesario excluir errores quirúrgicos y anatomopatológicos. El seguimiento de estos pacientes es necesario para una mejor comprensión de este fenómeno y una adecuación del tratamiento.

P50. EXPRESIÓN DE LA CITOQUERATINA 19 EN LOS CARCINOMAS MAMARIOS Y SU IMPLICACIÓN EN EL ESTUDIO DEL GANGLIO CENTINELA MEDIANTE OSNA

M.T. Soler, L. Pérez-Casanova Gómez, C. Loayza, F. Climent, A. Petit, I. Català, A. Benítez, M.J. Pla y E. Condom

Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona.

Introducción: OSNA es un método molecular para el diagnóstico del ganglio centinela (GC) en el cáncer de mama (CM) basado en la detección del ARNm de la citoqueratina 19 (CK19). El objetivo de este estudio es evaluar la tasa de CM negativos o con expresión heterogénea de CK19.

Métodos: Hemos evaluado la expresión de CK19 en 345 muestras consecutivas de CM (BAG o pieza quirúrgica). Los casos fueron clasificados como positivos (positividad en el 100% de las células tumorales), negativos (ausencia de expresión) y heterogéneos (% de células tumorales positivas). Otros parámetros registrados fueron el tipo y grado histológico (método de Nottingham) y el subtipo molecular, según los marcadores pronósticos (St. Gallen 2011). Retrospectivamente se evaluó la expresión de CK19 en los ganglios metastáticos de los casos heterogéneos.

Resultados: 319 de 345 casos (92,4%) mostraron positividad para CK19. Todos los carcinomas lobulillares (45 casos) expresaron esta proteína. Diez de 345 casos fueron negativos (2,8%) y 16 mostraron una tinción heterogénea (4,6%). La expresión heterogénea varió entre el 5% y el 90%. Hubo 2 carcinomas intraductales, G3. Uno fue triple negativo (TN) y mostró heterogeneidad para CK19, mientras el otro fue HER2+ y negativo para CK19. Entre los carcinomas invasivos, 9 fueron negativos, 6 ductales infiltrantes, 2 papilares y 1 metaplásico. Según el grado histológico, 3 casos eran G1, 4 G2 y 1 G3 y en 1 T1mi el grado histológico no era evaluable. Respecto al subtipo molecular, 5 eran lumbinales A, 1 luminal B-, 1 HER-2+ y 2 TN. Entre los 15 casos heterogéneos, 13 eran carcinomas ductales infiltrantes, 1 metaplásico y 1 medular atípico. Once correspondían a G3 y 4 G2. Cuatro eran lumbinales B- y 11 TN. De este grupo, 6 GC eran metastáticos, 1 G2 y 5 G3, con una correlación de %CK19 tumor/GC de: 10/90, 5/5, 90/90, 75/90 y 2 casos no evaluables.

Conclusiones: En nuestra serie, la CK19 en el CM fue negativa en un 2,8% y heterogénea en un 4,6% de CM. Estos casos representan un grupo heterogéneo de tumores con diferentes subtipos, grados y perfiles moleculares, pero más de la mitad fueron G3 o tumores TN. El 73% de los casos heterogéneos fueron TN y el 26% lumbinales B-, no observándose casos lumbinales A en este subgrupo. La heterogeneidad de CK19 en el tumor se mantuvo en las metástasis ganglionares en 4 casos estudiados. El 100% de carcinomas lobulillares expresaban CK19.

P51. CARCINOMA MAMARIO EN PACIENTES MENORES DE 40 AÑOS

A. Calvo, A. País, A. Córdoba, E. Goñi, M. Mellado, C. Artieda, M.A. Sanz, R. Trujillo, J.J. Illarramendi y F. Vicente García

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

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

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

Resultados: Analizamos 108 pacientes con una edad media de 36 años (26-40). El motivo de consulta más frecuente fue el nódulo en 80 casos (74%) con adenopatías axilares palpables en 27 pacientes (25%). El 32,4% de las pacientes presentaban antecedentes de patología mamaria benigna y el 28,7% antecedentes familiares de cáncer de mama. El patrón radiológico más frecuente fue el nódulo solitario o asociado a otros patrones en 55 casos (50,9%). En cuanto al tratamiento, 13 pacientes recibieron neoadyuvancia. En 49 casos (45,4%) se realizó cirugía conservadora y en 59 (54,6%) cirugía radical, con reconstrucción inmediata en el 49,1%. Se realizó ganglio centinela en 36 casos (33,3%) siendo positivo 13 de ellos. Del total de linfadenectomías realizadas (81 casos) hubo afectación axilar en 58 pacientes (53,7% del total). El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante en el 79,6%. El tamaño medio fue de 2,6 cm (0,1-9) y la media de adenopatías axilares aisladas fue de 11,6 (1-29) y la media de afectadas 2,6 (0-18). Se evidenciaron receptores hormonales de estrógenos positivos en el 64,8% de los casos y de progesterona en el 52,77%. Con un seguimiento medio de 75 meses (2 pacientes perdidos), 85 (80,1%) están libres de enfermedad y en 21 (19,81%) han presentado progresión tumoral. El intervalo libre de enfermedad ha sido de 38 meses, 19 pacientes han fallecido con supervivencia media de 68,65 meses.

Conclusiones: La incidencia en nuestra serie del cáncer de mama en menores de 40 años es de 4,8%. El tumor más frecuente es el carcinoma ductal infiltrante con afectación axilar en el 53,7% de los casos. Una de cada 5 pacientes presenta progresión de la enfermedad.

P52. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE DRENAJE LINFÁTICO A NIVEL DE LA CADENA MAMARIA INTERNA

F. Fargas Fábregas, S. Baulies Caballero, C. Ara, R. Fábregas y M. Cusidó

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

Introducción: Muchos estudios aleatorizados prospectivos han demostrado que la afectación de la cadena mamaria interna (CMI), conlleva peor pronóstico, y que este es aún más desfavorable, cuando se asocia una metástasis axilar de forma concomitante. En hasta un 8,9% de pacientes con ganglios axilares negativos, y un 26% de pacientes con tumor primario de ubicación medial, se encuentran ganglios positivos en la cadena mamaria interna.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo donde se analizan las características de aquellos tumores que al realizar la técnica del ganglio centinela, éste o uno de estos, ha drenado a cadena

mamaria interna. Se diagnosticaron 72 neoplasias de mama con estas características desde el año 2000 al 2012.

Resultados: 59 pacientes con drenaje a cadena mamaria interna del ganglio centinela, sin objetivarse metástasis, y 13 pacientes con afectación del ganglio a este nivel (9 metástasis, 2 micrometástasis y dos con células tumorales aisladas). La histopatología más frecuente fue ductal infiltrante (92,3%). En 8 casos (61,5%) la localización del tumor fue en cuadrantes internos. En 5 pacientes (38,5%) se acompañaba de afectación axilar concomitante. Se observó que el 46% de las pacientes tenían un grado de diferenciación celular II. Analizando la supervivencia global, se observa que aquellas pacientes con metástasis a nivel de CMI, presentan peor pronóstico que aquellas sin afectación a dicho nivel. De la misma forma que, cuando la afectación era concomitante, a nivel de CMI y a nivel axilar, los resultados eran aún más desfavorables.

Conclusiones: La afectación de CMI, implica peor pronóstico, por lo que su diagnóstico y pronóstico se ha reforzado, incluyéndose en la actual clasificación TNM.

P53. ESTADO AXILAR EN PACIENTES CON GANGLIO CENTINELA POSITIVO. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS

F. Vicente García, A. Calvo, A. Córdoba, E. Goñi, C. Artieda, M.A. Sanz, R. Trujillo, I. Mañas, S. Amaza y J.M. Lera

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Introducción: El estadiaje axilar ha sufrido grandes cambios en los últimos años habiendo pasado de la linfadenectomía sistemática al ganglio centinela y linfadenectomía cuando este era positivo, más recientemente se aboga por no efectuar ningún otro gesto en determinados casos. Por otro lado el conocimiento del estado axilar siempre se ha considerado como uno de los mejores factores predictivos de evolución. Esta situación ha llevado a la controversia sobre la conveniencia de realización de linfadenectomía axilar en casos con ganglio centinela positivo. Presentamos los casos con ganglio centinela positivo y valoramos el estado axilar tras la linfadenectomía en 10 años de utilización de esta técnica.

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

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

contrado relaciones significativas entre afectación de ganglio centinela y el resto de las variables.

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

P54. LINFOMA MALT PRIMARIO DE MAMA CON INFILTRACIÓN DE LA PIEL

S. Amaza, A. Calvo, A. Córdoba, M. Mellado, C. Artieda, M.A. Sanz, R. Trujillo y F. Vicente

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

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

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

P55. TUMOR FILODES DE MAMA

C. de Valle Corredor, L. Fernández Muñoz, E. Martínez Gómez, A. Cano Cuetos, N. Garrido Medina, M.D. Rodríguez Garnica, V. García Pineda y A. Zapico Goñi

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá, Madrid.

Introducción: El tumor filodes de mama es una neoplasia poco frecuente de extirpe fibroepitelial que representa del 0,3 al 0,9% de todas las tumoraciones de mama. Suele afectar a mujeres entre los 35 a 55 años y su diagnóstico definitivo es anatomopatológico. Tiene una elevada tendencia a la recidiva local (20%) e incluso capacidad metastatizante en otros órganos. El tratamiento quirúrgico es de elección, realizando una extirpación amplia con márgenes quirúrgicos libres de enfermedad.

Caso clínico: Presentamos una paciente de 57 años, que consultó por una tumoración dolorosa, de 1 año de evolución. A la explora-

ción se visualizó área eritematosa de 26 × 16 mm de consistencia pétreo en mama izquierda y adenopatías axilares ipsilaterales. La mamografía clasificó la lesión como BIRADS 5. Los marcadores tumorales fueron normales. Se decidió realizar tratamiento quirúrgico (mastectomía de limpieza con linfadenectomía axilar izquierda y reconstrucción mediante colgajo). La anatomía patológica de la pieza informa de tumor filodes maligno de 22 mm. Se completó el estudio de extensión realizando PET-TAC que evidenció metástasis pulmonares bilaterales. Se completó el tratamiento con quimioterapia (3 ciclos de adriamicina) pero ante la progresión de las metástasis pulmonares se administró una segunda y tercera línea de tratamiento quimioterápico. En el último control, la paciente presenta progresión de las metástasis pulmonares y derrame pleural izquierdo.

Discusión: El tumor filodes representa el 2,5% de todas las neoplasias fibroepiteliales y de un 0,3% a un 0,9% de todas las tumora-ciones de mama. Abarcan un amplio rango de subtipos histológicos: benignos, borderline y malignos. Existen marcadores moleculares que nos informan de la agresividad del tumor. Su presentación clínica, ecográfica y mamografía es similar a la del fibroadenoma. La PAAF y la BAG son poco concluyentes para el diagnóstico, debido a su patrón celular específico, muchas veces se requiere la pieza quirúrgica en su integridad. El tratamiento siempre que sea posible es quirúrgico, cirugía conservadora con márgenes libres (> 1 cm). La radioterapia y quimioterapia tienen un papel controvertido en el tratamiento del filodes. La supervivencia acumulada a los 10 años, de este tumor cuando no existe enfermedad diseminada y es posible cirugía con escisión local y márgenes libres es superior al 85%.

P56. CARCINOMA OCULTO DE MAMA

A. Martrat Macià, J. Ardid, J. Obiols, M. Trias, S. Guillaumes, L. Pulido y C. Hoyuela

Unidad de Patología Mamaria, Servicio de Cirugía General, Hospital Plató, Barcelona.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 61 años de edad con el diagnóstico de carcinoma oculto de mama (COM), manifestado con la aparición de un linfedema de la extremidad superior izquierda, y la presencia de un conglomerado adenopático axilar de ese lado. Las pruebas de imagen (mamografías, ecografía y resonancia magnética) no evidenciaron ninguna lesión en la glándula mamaria, y la histología de las adenopatías fue positiva para metástasis de carcinoma ductal infiltrante grado 3. La inmunohistoquímica mostró RE 80%, RP 50%, HER 2 +++ (amplificado), p53 negativo y Ki 67 20%. Fue tratada con quimioterapia primaria: FEC × 4 + Taxol × 12 + Herceptin × 24 semanas. Hubo una buena respuesta al tratamiento neoadyuvante. La cirugía posterior consistió en una linfadenectomía axilar izquierda. La anatomía patológica mostró metástasis en 4 de 15 ganglios, con inmunohistoquímica de RE 100%, RP 30%, HER 2 +++, p53 negativo y Ki 67 80%. Posteriormente se ha efectuado radioterapia sobre lecho axilar, y en la actualidad sigue tratamiento con trastuzumab y anastrozol. El seguimiento muestra progresión del linfedema.

Discusión: El COM es una entidad que supone menos del 1% de todos los cánceres de mama, y se manifiesta como metástasis axilares sin identificarse tumor en la mama. Para ser considerado como tal, es preciso que las pruebas de imagen, especialmente la resonancia magnética, no muestren lesión mamaria alguna. En su manejo terapéutico la neoadyuvancia tiene un papel fundamental, ya que el COM se considera una neoplasia localmente avanzada. El tratamiento quirúrgico incluye habitualmente una linfadenectomía axilar, siendo la mastectomía más discutible. La radioterapia sigue teniendo un papel en este tipo de tumores, así como la hormonoterapia y los tratamientos biológicos, dependiendo de la inmunohistoquímica. El COM es un tipo poco frecuente de cáncer de mama,

localmente avanzado, y con un peor pronóstico. En su tratamiento la neoadyuvancia y la linfadenectomía juegan el papel principal.

P57. APORTACIÓN DE LA ELASTOGRAFÍA EN PATOLOGÍA MAMARIA EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

E. Alert y J. Terreu

SDI Numancia, SAP Diagnòstic i Tractament, Atención Primaria, Barcelona.

Objetivo: Profundizar en la técnica de la elastografía en la ecografía mamaria y exponer nuestra experiencia de aplicación de variantes en los scores publicados,

Métodos: Ecógrafo ESAOTE MYLAB 70 XVG con sondas lineales de 13 i 18 MHz, de febrero del 2010 a febrero del 2012, aplicamos el programa de elastografía a las lesiones mamarias incluyendo axila (éstas no entran dentro de este estudio) y estudiamos a 325 pacientes entre 19-90 años (media de 51) que presentan 359 lesiones (221 fueron benignas y 138 malignas; tamaño medio de 18 mm, comprobadas con citología y/o histología y/o cirugía. Valoramos de la lesión la medida, morfología, ecoestructura, localización y distancia de la piel. Valoramos la dureza elastográfica en relación al tejido circundante, con colores, rojo más duro, gris mediano y verde blanda, y la homogeneidad del color, localización dentro la lesión y extensión por fuera, aportando una variante a las clasificación de Ueno. Esta clasificación la correlacionamos con el BI-RADS estándar.

Resultados: De las 359 lesiones estudiadas, la concordancia elastográfica presento una sensibilidad del 69%, especificidad del 82%, valor predictivo positivo del 69% y valor predictivo negativo del 88%.

Conclusiones: Nuestros resultados, aplicando las variables de una nueva clasificación, nos han permitido mejorar la toma de decisión sobre la realización de intervencionismo en lesiones BI-RADS III, siéndonos muy útil como técnica complemento a la ecografía,

P58. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 1.143 CASOS DE CÁNCER DE MAMA: ANÁLISIS DE MÁRGENES DE RESECCIÓN Y AFECTACIÓN GANGLIONAR SEGÚN CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANATOMOPATOLÓGICAS

C. Trilla Solà, B. García-Valdecasas Vilanova, E. Capdevila Vilamajo, M. Pérez Olabarria, L. López Vilaró, J. Calaf Alsina y E. Lerma Puertas

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivo: Analizar la efectividad de la ampliación de márgenes en el tratamiento conservador del cáncer de mama. Estudiar la afectación ganglionar en relación a las características clínicas y anatomopatológicas de los tumores.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de los casos consecutivos de cáncer de mama tratados mediante cirugía en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona entre 2005 y 2011 (n = 1.143). Se procede al análisis de las ampliaciones de márgenes y afectación axilar según las características macroscópicas, histológicas e inmunohistoquímicas de las piezas obtenidas.

Resultados: Se realizaron un total de 703 tumorectomías (61,5%) y 440 mastectomías (38,5%), observándose un incremento anual en el número de tumorectomías, mientras que el de mastectomías se mantuvo estable. De las tumorectomías realizadas, 118 (16,8%) presentaron márgenes de resección afectos. Se realizó la ampliación de márgenes en 94 (79,6%) casos, y se identificó tumor residual en 43 (45,7%). Respecto al estudio de la axila, se realizaron un total de 654 biopsias de ganglio centinela, observándose un incremento anual del número de biopsias practicadas. El ganglio centinela fue positivo en 104 (15,9%) de las biopsias, realizándose a continuación vaciamiento axilar. Entre los casos con ganglio centinela positivo y vaciamiento axilar, el 54,8% tuvieron un solo ganglio

afecto. La media de ganglios afectados en los cánceres invasores tuvo relación con la edad de la paciente, tamaño tumoral, grado histológico, receptores hormonales, Ki67, necrosis tumoral e índice mitótico ($p < 0,05$). Asimismo, se encontró una mayor media de ganglios afectados en los carcinomas lobulillares invasores ($p < 0,05$).

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico del cáncer de mama ha experimentado cambios significativos en los últimos años, con un incremento de las técnicas conservadoras y de biopsias de ganglio centinela. La ampliación de márgenes afectados, a la vista de los resultados, parece eficaz en términos de realizar una cirugía óptima con exéresis de todo el tejido tumoral, quedando así la paciente libre de enfermedad local. En más de un 50% de los casos con ganglio centinela positivo, éste fue el único ganglio afecto al realizar el vaciamiento axilar. Asimismo, el estudio pone de manifiesto algunas características clínicas, anatomopatológicas e inmunohistoquímicas del cáncer de mama invasor que podrían ser relevantes en la predicción del grado de afectación ganglionar en axila.

P59. RELACIÓN ENTRE ÍNDICE DE PROLIFERACIÓN (KI67) Y LAS CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS DEL CÁNCER DE MAMA INVASOR

C. Trilla Solà, B. García-Valdecasas Vilanova, E. Capdevila Vilamajo, T. Vázquez del Olmo, L. López Vilaró, J. Calaf Alsina y E. Lerma Puertas

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivo: Analizar la relación entre el índice de proliferación Ki67 determinado mediante el porcentaje de núcleos teñidos con Ki67 y grado histológico, grado nuclear e índice mitótico en los carcinomas invasores de mama.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de las características anatomopatológicas e inmunohistoquímicas de los casos de cáncer invasor de mama tratados mediante cirugía en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona entre 2005 y 2011 ($n = 847$). Se analizó específicamente la relación entre Ki67, grado histológico, grado nuclear e índice mitótico.

Resultados: Los tumores con mayor grado histológico presentaron mayores niveles de Ki67. Así, un 37,1% de los tumores de grado III tuvieron niveles de Ki67 superiores al 30%, mientras que ninguno de los de grado I presentaron valores de Ki67 tan elevados. Entre las neoplasias de grado I (18,2%), un 96% tenían un Ki67 inferior al 15%, y ningún caso tuvo valores de Ki67 superiores al 30%. Los resultados obtenidos al analizar la relación entre grado nuclear y Ki67 fueron similares a los obtenidos para el grado histológico, siendo ambos claramente significativos. Asimismo, los tumores con mayor índice mitótico tuvieron también mayores niveles de Ki67. Así, más del 50% de los cánceres con índice mitótico de 3 presentaron un Ki67 superior al 30%, mientras que este porcentaje fue sólo del 3,1% entre las neoplasias con índice mitótico de 1, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Por último, se valoró la afectación ganglionar en relación a los niveles de Ki67. La media de ganglios afectados mostró una relación estadísticamente significativa con el Ki67, con una media de 0,85 ganglios afectados en las neoplasias con Ki67 inferior al 15% y de 1,86 ganglios para los tumores con valores de Ki67 de más del 15%. Los carcinomas lobulillares infiltrantes con Ki67 superior al 30% tuvieron una media de 10,5 ganglios afectados frente a 1,52 ganglios en los ductales invasores con este mismo valor de Ki67.

Conclusiones: Los tumores invasores con mayor grado histológico presentan también mayor grado nuclear, índice mitótico y Ki67. El índice de proliferación medido con Ki67 presenta una buena correlación con el índice mitótico y el grado histológico, en particular cuando los valores de Ki67 son inferiores al 15%, o superiores al 30%. También se advirtió una relación significativa entre Ki67 y afectación ganglionar.

P60. HEMATOMA ESPONTÁNEO DE MAMA EN PACIENTE ANTICOAGULADA

B. Moreno Flores^a, R. Alises Sanz^a, J.A. Monsalve Naharro^b, A.S. Valero Liñán^a, A. Prat Calero^a, M. Abad Martínez^a, G. Bueno Blesa^a, F. Andérica Frías^a, P. González Masegosa^b y J.L. Rueda Martínez^a

^aUnidad de Mama; ^bServicio de Anestesiología y Reanimación, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción: La aparición espontánea de hematoma mamario es rara, y se ha documentado de forma infrecuente en la literatura en pacientes con alteraciones de la coagulación. Presentamos un caso de hematoma espontáneo de mama en una paciente sobredosificada con anticoagulación oral.

Caso clínico: Mujer 57 años que acude a Urgencias por equimosis en mama izquierda, sin trauma previo aparente. Entre los antecedentes personales destaca una cardiopatía isquémica en tratamiento con AAS 100 mg, una FA crónica que precisaba anticoagulación oral, y una insuficiencia renal crónica prediálisis. A la exploración presentaba un nódulo de 3 cm retroareolar en intercuadrantes externos de mama izquierda. Una analítica mostró una actividad de protrombina del 46% con un INR de 2,1. La paciente fue revisada a las 2 semanas, mostrando hematoma retroareolar- ICE de mama izquierda de aproximadamente 3-4 cm. Una mamografía realizada a las 6 semanas mostró una zona de distorsión en dicha localización. La paciente fue de nuevo revisada a las 7 semanas, no objetivándose alteraciones en la exploración física, no obstante, debido a la imagen mamográfica se realiza BAG, siendo informada de fibrosis cicatricial.

Discusión: Los hematomas de mama suelen aparecer como complicación de un traumatismo, siendo anecdótica su presentación espontánea como complicación de un tratamiento anticoagulante. En el caso que presentamos fueron determinantes la combinación de antiagregación plaquetaria farmacológica, disfunción plaquetaria asociada a la insuficiencia renal, y la sobredosificación de la anticoagulación oral. La extravasación hemática que infiltra el parénquima mamario puede formar una colección focal, que junto con el edema resultante puede simular un carcinoma, siendo éste el diagnóstico diferencial más importante, ya que incluso su apariencia mamográfica puede ser similar. Se han descrito incluso tumores ocultos como causa de sangrado espontáneo. Es precisa una vigilancia durante 4-6 semanas hasta la completa regresión. En casos de reabsorción incompleta o presencia de área residual con distorsión focal del parénquima, es aconsejable realizar una biopsia. Aunque infrecuente, debe considerarse el diagnóstico de un hematoma mamario espontáneo en pacientes con nódulos agudos y alteraciones de la coagulación. No obstante y dado que pueden simular un carcinoma clínica y mamográficamente, es importante un seguimiento estrecho incluso con biopsia para su diagnóstico diferencial.

P61. GANGLIO CENTINELA ANTES DE QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE

P.J. González Noguera, J.B. Ballester Sapiña, J.A. Casterà March, M.E. Gómez García, S. Mariner Belvis, J. Lorenzo Pérez, S. Martínez Alcaide, R. Cano, A. Tembl, J.M. Cuevas Sanz, V. Ricart Selma, C. Martínez Rubio, J. Camps, T. Mut y L. Gisbert Tomás

Hospital de la Ribera, Alzira, Valencia.

Introducción: La quimioterapia neoadyuvante (QMTN) es el tratamiento de elección en el cáncer de mama localmente avanzado y/o con metástasis ganglionar en el momento del diagnóstico. Cuando el tratamiento inicial es la QMTN, la linfadenectomía axilar (LDNA) ha sido la técnica habitual en el estadiaje ganglionar. Desde hace unos años se ha introducido la técnica del ganglio centinela en

el estudio ganglionar de estas pacientes, cuando la valoración clínica y ecográfica de la axila es negativa.

Métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo (2007-2011) de las pacientes con diagnóstico de carcinoma invasivo de mama con tratamiento inicial de QMTN y con estadiaje ganglionar negativo a las que se les ha realizado estudio de ganglio centinela previa a la QMTN.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 34 pacientes (una de ellas con carcinoma bilateral) con una edad media de 50,3 años. Tasa detección ganglio centinela 100%. El ganglio centinela fue negativo en 24 casos (68,5%); tras la QMTN se realizó LDNA en 1 caso por progresión tumoral que fue negativa. El ganglio centinela presentó micrometástasis en 3 casos (8,5%), en todos ellos se realizó LDNA tras la QMTN que fue negativa. En 8 casos el ganglio centinela presentaba macrometástasis (23%) y en todos ellos se realizó LDNA tras la QMTN que fue negativa en 5 casos (62,5%) y persistencia de ganglios metastásicos en 3 casos (37,5%). En cuanto a la cirugía sobre la mama se realizó cirugía conservadora en 20 casos (57%) y mastectomía en 15 casos (43%, con reconstrucción inmediata en la mitad de ellos). Con un seguimiento medio de 32 meses (rango 1-59) ninguna de las pacientes con ganglio centinela negativo y sin LDNA ha presentado recidiva axilar; 2 casos han presentado metástasis a distancia y 1 caso recidiva local cutánea.

Conclusiones: La realización de la biopsia selectiva del ganglio centinela sin LDNA en caso de ser negativa es una técnica válida para las pacientes que van a recibir tratamiento con QMTN. La tasa de detección y falsos negativos son similares a las pacientes sin QMTN. Como desventajas se precisan 2 intervenciones y no permite determinar las pacientes que negativizan la axila con la QMTN.

P62. CRIBADO Y SOBREDIAGNÓSTICO EN EL CÁNCER DE MAMA. ¿SOMOS BENEFICIARIOS O VÍCTIMAS DE NUESTRO PROGRESO?

F. Muñoz Pozo, C. del Álamo Juzgado, M.E. Romero Vargas, E. Palacios García, L. Herrera Gutiérrez y J.P. Roldán Aviña

Unidad de Patología Mamaria, UGC de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital de Alta Resolución de Écija, Sevilla.

Introducción: Cada vez es más frecuente observar, en la bibliografía, artículos que ponen sobre la mesa la dimensión de los sobrediagnósticos de cáncer de mama debido a los exámenes de cribado, hasta el punto de determinar hasta 1 de cada 4 casos de cáncer de mama invasor diagnosticados a través de un programa de detección precoz. Se entiende por sobrediagnóstico aquellos cánceres que nunca habrían sido diagnosticados en ausencia de cribado en razón de su mínimo o nulo potencial evolutivo y la ausencia de aparición de signos clínicos. Este hecho, unido al disconfort de la mamografía, la presencia de falsos positivos y la exposición a radiaciones ionizantes han propiciado que varios autores hayan realizado estudios al respecto y hayan reflexionado sobre el beneficio real de los programas de cribado. Nosotros presentamos nuestra experiencia en las pacientes derivadas por el programa de detección de cáncer de mama.

Métodos: Hemos extraído de nuestra base de datos las pacientes enviadas desde el programa de cribado de cáncer de mama determinándose las que fueron diagnosticadas de cáncer. Se han estudiado comparándolos con los carcinomas diagnosticados en pacientes sintomáticas. Para ello se han utilizado los siguientes factores pronósticos: Tamaño tumoral, positividad axilar y diagnóstico de carcinoma in situ. El programa estadístico utilizado es el paquete SPSS V 17.00 y los procedimientos tablas de contingencia (chi-cuadrado, riesgo relativo).

Resultados: Desde 2001 a 2009, ambos inclusive, han sido atendidas en nuestra Unidad de Patología Mamaria un total de 1.860 pacientes de las que 110 fueron derivadas por el programa de detección precoz. De ellas, 33 fueron diagnosticadas de cáncer de

mama (30%). Este grupo presentó los siguientes resultados: Tamaño del tumor 13,88 mm, positividad axilar 26,087% y carcinoma in situ 21,22%. El grupo de cáncer de mama en pacientes sintomáticas arrojó los siguientes datos: Tamaño del tumor 24,66 mm, positividad axilar 45,45% y carcinoma in situ en un 11,11%. Las diferencias entre ambos grupos fueron estadísticamente significativas.

Conclusiones: El desarrollo de un programa de detección precoz de cáncer de mama determina una mejoría considerable en los factores pronósticos de cara a la evolución de la enfermedad. La evidencia del sobrediagnóstico no puede poner en duda el avance que han supuesto los programas de cribado. Es más, este sobrediagnóstico resulta inevitable ya que actualmente no existe ninguna técnica que permita distinguir entre un cáncer "progresivo" a su libre evolución y otro que no lo sea. Afirmamos que los programas de detección precoz han supuesto un gran beneficio a nuestras pacientes y está justificado por encima de otras consideraciones.

P63. CARCINOMA OCULTO DE MAMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Carreras Ugarte, E. Aguilar Alomá, M. Jordà Solé y P. Cavallé Busquets

Hospital Universitari Sant Joan de Reus, Tarragona.

Introducción: El carcinoma oculto mamario con debut metastásico axilar es una entidad rara (0,5-1% de todos los cánceres de mama). Presentamos un caso de evolución axilar extensa y recidivante.

Caso clínico: Mujer de 85 años con antecedentes de HTA y trombocitosis. Nulípara, menopáusica desde los 52 años. No tratamiento hormonal sustitutivo. Consulta en marzo de 2011 en el Servicio de Cirugía del Hospital comarcal por tumoración axilar derecha ulcerada, realizándose exéresis de la misma. AP: infiltración por carcinoma de dermis e hipodermis, ulceración de epidermis y márgenes de resección afectos. CK7+, RH-, Her2-, sugestivo de carcinoma de origen mamario. Se realizó estudio por mamografía, ecografía mamaria y TAC toraco-abdomino-pélvico hallando adenopatías patológicas axilares derechas, y resto de exploración normal. La paciente desestima tratamientos complementarios. Al año reaparece lesión ulcerada axilar derecha. La exploración mamaria es normal y en la axilar presenta nódulo ulcerado de 35 x 15 mm a nivel axilar-tercio proximal brazo derecho y mazacote adenopático axilar ipsilateral. Se realiza RMN mamaria sin otros hallazgos patológicos. BAG axilar derecha nuevamente positiva para carcinoma de posible origen mamario, por lo que es remitida a la unidad de Patología Mamaria de nuestro centro para evaluación diagnóstico-terapéutica. Se decide realizar exéresis de la lesión más linfadenectomía axilar. AP: positiva para infiltración por adenocarcinoma con ulceración epidérmica y enfermedad de Paget presente con bordes libres. 12/19 ganglios son positivos para metástasis de adenocarcinoma con invasión extracapsular. Ki67 28%, CK7+, RH-, Her2-, positividad aislada para mamoglobina. Los hallazgos sugieren un primario de glándula mamaria. De acuerdo con la paciente y con el Comité de de la Unidad se decide RT adyuvante en mama y áreas ganglionares. Al mes de la intervención, se aprecian signos inflamatorios en mama derecha y el TAC/Simulación para RT informa de asimetría retroareolar derecha. Se orienta inicialmente como linfedema secundario a la cirugía y se prescribe tratamiento antibiótico y antiinflamatorio. Presenta escasa mejoría, por lo que se decide realizar punch de la zona. AP: edema en dermis, sin evidencia de infiltración neoplásica.

Discusión: Ante un carcinoma oculto con metástasis axilares se debe realizar el estudio de la mama (mediante mamografía, ecografía y RMN), y ampliar con TAC corporal si no ha habido hallazgos. El estudio de la mama con RMN ha disminuido la incidencia del carcinoma oculto de mama. Aunque controvertido, el tratamiento

debe consistir en linfadenectomía y RT posterior de las áreas ganglionares axilares y, necesariamente, de tratamiento sobre la mama (quirúrgico -mastectomía o cuadrantectomía CSE- o radioterapia).

P64. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL TUMOR PRIMARIO DE MAMA EN ESTADIO IV. NUESTRA EXPERIENCIA DE 4 CASOS

E. Aguilar Aloma, M. Jordà Solé y P. Cavallé Busquets

Hospital Universitari Sant Joan de Reus, Tarragona.

Introducción: Entre un 3,5-8% de las mujeres con cáncer de mama son metastásicas desde su diagnóstico, con una escasa supervivencia a los 5 años. Hasta hace poco el tratamiento de elección era quimioterapia paliativa, reservando la cirugía del tumor primario (CTP) para prevenir complicaciones locales. En la última década diferentes estudios empiezan a demostrar que entre un 3-30% de las mujeres con cáncer de mama metastásico están libres de enfermedad después de un tratamiento multidisciplinar. Parece ser que existen fuertes argumentos a favor de CTP en estos estadios, como: la teoría que la persistencia del tumor primario favorece la progresión de las metástasis por: liberación factores mediadores crecimiento tumoral; modulación inmunológica; desarrollo de nuevas metástasis (circulating tumor cells); persistencia "stems cells" tumorales resistentes a tratamiento sistémico. La mayoría de los estudios concluyen que la CTP mejora la SG y la SLP siempre que: resección total del tumor; márgenes libres; cirugía axilar; RDT posterior. Pero existen limitaciones tales como: la mayoría son estudios retrospectivos, con incapacidad de controlar sesgos: edad, comorbilidades, carga tumoral y número y localización de las metástasis. Presentamos nuestra experiencia en el Hospital Universitari Sant Joan de Reus de tres casos de cáncer de mama en estadio IV diagnosticados y tratados entre los años 2005 y 2012.

Casos clínicos: 1. Paciente de 61 años diagnosticada de neoplasia de mama derecha en 2005, T4cNoM1 (afectación hepática) RRHH negativos y HER-2 positivo. Recibió QT neoadyuvante con respuesta local del > 80% y remisión de lesiones hepáticas. Se practicó mastectomía radical modificada. Posteriormente recibió RDT complementaria. Actualmente se encuentra viva y sin progresión. 2. Paciente de 59 años diagnosticada en 2010 de tumor multifocal que ocupaba área de 6 cm de mama derecha, RE positivos, RP negativos, Her2 positivo y Ki67 del 44%, adenopatías axilares metastásicas y metástasis hepática única. Se decide QTX neoadyuvante y posteriormente se realiza mastectomía radical modificada derecha. Actualmente se encuentra libre de progresión. 3. Paciente de 48 a, con antecedente de neoplasia de mama izquierda RRHH+ Her2 negativo, en 2003 tratada con cuadrantectomía + linfadenectomía axilar + reducción mama contralateral, QTx y RDT adyuvante. En mayo de 2012 se diagnostica de nuevo tumor en mama derecha, RRHH-, Her2-negativo, detectándose en estudio de extensión metástasis ósea única a nivel de vertebra dorsal (cT2N0M1). Dado que la paciente está afecta de una cirrosis hepática por virus C, se desestima QTX neoadyuvante y se realiza mastectomía derecha con biopsia selectiva del ganglio centinela (OSNA: negativos). Actualmente en curso postoperatorio satisfactorio y en espera de resultado anatomopatológico definitivo.

Conclusiones: A pesar de que nuestra experiencia es muy limitada, los resultados obtenidos son satisfactorios, lo que nos anima a seguir en esta línea terapéutica, eso sí seleccionando muy bien los casos, tal y como se propone en las conclusiones de los diferentes estudios. Se requieren de estudios aleatorizados controlados que tengan en cuenta variables tales como: Carga tumoral número y localización metástasis, márgenes, tipo de cirugía axilar, edad, "Timing" de la cirugía, aspectos del tratamiento multimodal EIV: QT, RT, HT y perfil genético y otros marcadores predictivos.

P65. FASCITIS NECROTIZANTE DE LA MAMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.R. Vila Hernández, S. Medina, R. Florensa, R. Nogueiras y Y. Canet

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona.

Introducción: La fascitis necrotizante es una infección severa y progresiva con necrosis del tejido subcutáneo y de la fascia asociada con toxicidad sistémica. Es una entidad rara (incidencia 0,04/1.000 per año) asociada a una elevada mortalidad (> 60%).

Caso clínico: Paciente de 47 años con antecedente de hipertensión arterial, cirugía de reducción gástrica, insuficiencia renal crónica y BAG de nódulo mamario derecho 4 días antes. Consultó a urgencias por cuadro de afectación del estado general, síndrome febril y eritema mamario derecho desde la realización de la biopsia. En la exploración física se observaba mama derecha tumefacta con signos de infección de partes blandas en los cuadrantes internos. Se solicitó una ecografía compatible con proceso inflamatorio-infeccioso juntamente con presencia de burbujas de aire en el interior del área afecta. La paciente inició cuadro clínico de shock séptico por lo que se decidió iniciar antibioterapia endovenosa de amplio espectro y desbridamiento quirúrgico amplio. Durante el transcurso de la intervención, se halló necrosis de la fascia y músculo pectoral mayor con propagación a región paraesternal, infraclavicular y subareolar por lo que obligó a practicar una mastectomía radical con exéresis de la mayor parte del músculo pectoral mayor y menor ampliando márgenes hasta total eliminación de tejido necrótico quedando gran defecto cutáneo. Se traslado a la unidad de cuidados intensivos con buena evolución y posterior reconstrucción con colgajo a los tres meses.

Discusión: La rápida evolución del cuadro clínico nos hizo sospechar de una fascitis necrotizante. La negatividad de todos los cultivos realizados imposibilitó filiar el patógeno causante de la infección. Se trata de una entidad que requiere un desbridamiento quirúrgico urgente con antibiótico de amplio espectro para el control de la morbilidad asociada.

P66. CONTROL DE CALIDAD: MAMOGRAFÍA

M. Robles Díez, I.M. González Hernández, A. Carrillo Ruet, M. Jiménez Trevejo y L. González Sandoval

Hospital Universitari Sant Joan de Déu, Barcelona.

Introducción: La mamografía de alta calidad, es aquella que posee las características necesarias para que el radiólogo tenga la capacidad de detectar alteraciones con una alta sensibilidad y especificidad.

Objetivo: Alcanzar un nivel óptimo de calidad en mamografía para reducir al máximo los falsos negativos.

Métodos: Para obtener una imagen óptima necesitamos: equipos mamográficos específicos, técnicos expertos, adecuado posicionamiento de la mama, una buena compresión y un procesado con alta resolución y alto contraste. Un falso negativo incluye aquellos cánceres que no son visibles, solo son visibles retrospectivamente y que son interpretados como lesiones benignas. La consecuencia de un FN suele ser por uno de estos factores: limitaciones de la propia técnica, técnica radiológica incorrecta, lesión sutil o de características atípicas y el error diagnóstico.

Conclusiones: Reconocer las inevitables dificultades diagnósticas tales como la propia limitación de la técnica y las lesiones de carácter sutil o atípicas. Optimizar la técnica radiográfica (posición...) y minimizar el error interpretativo. Con todo esto lograremos reducir el número de falsos negativos.

P67. NEUMONITIS RÁDICA BILATERAL TRAS CIRUGÍA CONSERVADORA DE LA MAMA

C. Martínez Pérez, V. Gumbau Puchol, F. Villalba Ferrer, C. Basés Valenzuela y C. Fuster Diana

Hospital General de Valencia.

Introducción: La cirugía conservadora asociada a tratamiento complementario (radioterapia) es la técnica más utilizada en el cáncer de mama. La neumonitis r dica es una complicación infrecuente (< 1% de los casos), y más rara aún es su aparición en zona no irradiada. Presentamos un caso clínico de esta complicación comentando sus aspectos más relevantes.

Caso clínico: Mujer de 60 años, intervenida por neoplasia de mama izquierda mediante cuadrantectomía. Se trató con hormonoterapia y RT de la mama exclusivamente, con una dosis global de 50 Gy distribuidos en 25 sesiones. Dos meses tras la radioterapia presentó un cuadro de tos y disnea que se trató empíricamente con antibiótico y broncodilatadores. Ante el empeoramiento clínico se realiza radiografía de tórax objetivando un patrón intersticial medio-basal bilateral y aumento hiliar bilateral sobre todo derecho. El TC pulmonar informa de zona de patrón en vidrio deslustrado de localización perihiliar bilateral, objetivando tractos fibrosos. Presentaba un patrón espirométrico restrictivo severo y la celularidad en el lavado bronquioalveolar (LBA) mostraba un predominio neutrofílico y aumento del  ndice CD4/CD8. Se realizó broncoscopia con biopsia que informó de ausencia de células malignas. Se inició tratamiento con prednisona 60 mg/diarios durante 3 semanas con mejoría clínica y desaparición del patrón intersticial en pulmón derecho radiológico.

Discusión: La neumonitis r dica suele manifestarse 12 semanas tras la radioterapia, aunque puede ser más precoz como en nuestro caso. Clínicamente se manifiesta con tos y disnea y radiológicamente se caracteriza por imágenes de aumentos de la densidad perihiliar y opacidades alveolares en radiografías simples, con el patrón de vidrio deslustrado en la TC. Asocia también un patrón restrictivo en la espirometría. Nuestra paciente, presentaba un patrón intersticial bilateral que obligó a descartar la linfangitis carcinomatosa. Se descartaron lesiones a distancia con el PET-TC, justificando la elevación del CA 15.3 por la presencia de EPI por sí misma. Las lesiones inducidas por radioterapia suelen localizarse en las áreas irradiadas y son dosis-dependientes, pero también está descrita la aparición de lesiones fuera de dichas áreas. Estas lesiones se consideran raras e impredecibles. Está descrita una alveolitis atribuida a aumento de los linfocitos CD4+ consistente en una reacción de hipersensibilidad *pneumonitis-like*. La rápida introducción de corticoides prevendrá de la progresión a fibrosis, además de conseguir un buen control de los síntomas. Debemos saber identificar la aparición de neumonitis r dica y que la bilateralidad no debe descartar su diagnóstico.

P68. CARCINOMA PAPILAR INTRAQUÍSTICO EN MUJER EN EDAD FÉRTIL

V. Gumbau Puchol, F.L. Villalba Ferrer, C. Martínez Pérez, C.A. Fuster Diana, A. García-Vilanova Comas y J. Medrano

Hospital General de Valencia.

Introducción: Las lesiones mamarias intraquísticas son neoplasias infrecuentes, correspondiendo en su gran mayoría a papilomas mamarios intraquísticos, y con menor frecuencia a carcinomas intraquísticos. Es una lesión más frecuente en la mujer perimenop sica. Nuestro objetivo es aportar a la literatura un caso de carcinoma papilar intraquístico en una mujer en edad fértil.

Caso clínico: Mujer de 43 años sin antecedentes de interés que presenta telorrea uniorificial en mama izquierda de meses de evo-

lución. La citología de la secreción muestra un frotis con células espumosas sin observar células epiteliales. Se practica mamografía que evidencia gran formación redondeada, bien definida, en LICE de mama izquierda. En la ecografía esta tumoración corresponde con quiste de 4 x 3 cm con formación sólida en su interior, de 3 x 2 cm, que presenta abundante vascularización y microcalcificaciones. Se realiza BAG de la lesión con el diagnóstico anatomicopatológico de papiloma intraductal. La paciente se interviene realizando tumorectomía ecodirigida con márgenes amplios. La evolución postoperatoria es satisfactoria y el estudio histológico de la pieza establece el diagnóstico de carcinoma papilar intraquístico.

Discusión: El carcinoma papilar intraquístico presenta una incidencia que varía entre el 0,5% a 1,6% de todos los cánceres mamarios. Este tipo de neoplasia maligna puede asociarse a carcinoma ductal *in situ* (46%) o a un carcinoma invasor (36%). Se suele presentar en mujeres posmenop sicas, ubicados en la región retroareolar, manifestándose como una masa solitaria de bordes bien definidos, apareciendo telorragia en el 25% de casos. En la mamografía se presenta como una masa quística circunscrita. Con la ecografía se aprecian áreas hipoeoicas con proyecciones papilares intraluminales. La galactografía es un procedimiento que est  en desuso actualmente. La citología por puncci n aspirativa presenta una sensibilidad variable (40-85%), por lo que ante la sospecha, el examen de elección debe ser la biopsia escisional. Histopatológicamente los tumores papilares presentan una arborización del estroma fibrovascular que soporta el componente epitelial. La ausencia de la capa de células mioepiteliales en los carcinomas papilares los distingue de los tumores benignos. El tratamiento de elección es la cirugía conservadora. La radioterapia deberá reservarse sólo en caso de carcinomas papilares intraquísticos asociados a CDIS extensos o a carcinomas mamarios invasores. El empleo de hormonoterapia es controvertido ya que pese a que presentan receptores hormonales positivos con frecuencia, su comportamiento indolente hace innecesaria su utilización. El pronóstico de este tipo de lesiones es excelente con una supervivencia a 5 años del 100%.

P69. TUMOR PHYLLODES GIGANTE: REPORTE DE CASO

J.G. Olaya Ramírez, L.R. N n ez Romero y R.L. Luna

Hospital Universitario de Neiva, Colombia.

Introducción: El tumor phyllodes es una neoplasia fibroepitelial que representa del 0,3 a 1% de todos los tumores mamarios; se presenta en todas las edades, aunque los 35 años son la edad promedio del diagnóstico y en mujeres latinas ocurre a edades más tempranas. Se clasifican en benignos, malignos y borderline. También pueden clasificarse como tumores phyllodes grado I, grado II y grado III. Su crecimiento consta de 2 fases: una primera fase larga de crecimiento lento y una segunda fase corta de crecimiento rápido. Cerca del 90% de estos tumores son benignos y un 10% son malignos. Los benignos no hacen metástasis pero son agresivos localmente y tienden a recurrir. Su tamaño puede ir desde unos pocos centímetros hasta lesiones masivas que afectan toda la mama. Presentamos el caso de una paciente con tumor phyllodes gigante.

Caso clínico: Paciente femenina de 38 años, procedente de región selvática del sur de Colombia, sin antecedentes de importancia, presentando masa en seno derecho que apareció a los 28 años, sin crecimiento inicial, dos meses antes de su consulta crecimiento rápido de la masa con ulceración, drenaje de pus y sangrado. Examen físico: paciente caqu ctica, pálida, postrada en cama. Seno derecho. Gran masa de 50 x 50 cm, con áreas vegetantes, ulceradas, necróticas, sangrado activo en capa. An mica



Figura 1 Paciente al ingreso.



Figura 2

con hemoglobina 4,6 mg%, hematocrito 14,4%, se transfunde con 4 unidades de glóbulos rojos. Se toma biopsia incisional del borde de la lesión reportando lesión mesenquimal proliferativa. La paciente, se lleva a Cirugía y se realiza mastectomía radical modificada derecha. Patología de pieza quirúrgica reporta tumor phylloides de bajo grado de malignidad (5.800 g). Requiere hospitalización por 3 días. En control posoperatorio de 10 días se retiraron drenajes. La paciente regresó a su lugar de origen y no ha sido posible la comunicación para continuar seguimiento y posible terapia complementaria.

Discusión: Tumor phylloides es el término que la Organización Mundial de la Salud ha recomendado para el anteriormente llamado cistosarcoma phylloides. Descrita por primera vez por Johannes



Figura 3 Paciente en sala de cirugía al finalizar el procedimiento.

Müller en 1838, denominándolo cistosarcoma phylloides. La palabra phylloides proviene del griego y significa como una hoja. Se trata de un tumor bifásico que presenta elementos estromales y epiteliales. El pronóstico en general, es favorable aunque varía en función del grado histológico, con una tasa de supervivencia libre de enfermedad a los 5 años del 80% para las formas malignas.

Riesgo-beneficio en la decisión de tratamiento sistémico

P70. CÁNCER DE MAMA SINCRÓNICO CON CÁNCER DE TROMPA

N. Contreras Pérez, A. García-Tejedor, M.J. Pla Farnós, C. Capó Pons y J. Ponce Sebastián

Hospital de Bellvitge, Barcelona.

Caso clínico: Paciente de 44 años, premenopáusica, sin antecedentes médicos de interés, en seguimiento por Unidad de Consejo Genético por ser portadora BCRA 1. Antecedentes familiares: hermana con cáncer de mama a los 51 años y hermana con cáncer de ovario 48 años. Exploración clínica: mamas sin alteraciones. Axila izquierda, 2 adenopatías móviles. Exploraciones complementarias: **Mamografía:** mama izquierda con microcalcificaciones en CSE sospechosas de malignidad. **Ecografía axilar:** adenopatías sugestivas de metástasis. **BAG mama:** lesión de células columnares con atipia. **BAG adenopatía:** ganglio linfático con infiltración por carcinoma compatible con primario ductal de mama. **Factores pronósticos de la adenopatía:** RE 95% RP negativo Ki67 20% Her-2 neu negativo. **RMN mama:** patrón ductal en CSE MI, sin imágenes nodulares. Adenopatías axilares sospechosas. MD sin alteraciones. **Estudio de extensión:** analítica, radiografía de tórax, gammagrafía ósea, TAC toraco-abdominal negativos. Estadiaje: TxN1M0 (microcalcificaciones extensas con atipias no concluyentes de malignidad; axila carcinoma infiltrante compatible con primario de mama). Tratamiento quirúrgico propuesto: Mastectomía bilateral + prótesis. Linfadenectomía axilar izquierda. Annexectomía bilateral profiláctica (por ser portadora BCRA 1). Anatomía patológica: **MD:** parénquima con fibrosis estromal y lesión de células columnares con microcalcificaciones, sin signos de malignidad. **ME:** carcinoma intraductal con

cancerización del lobulillo con área fibrosa externa englobando células atípicas de 50 mm. Zona fibrosa hialinizada con foco microscópico de 1,3 mm con acúmulo de linfocitos mezclados con células atípicas de aspecto neoplásico sugestivo de carcinoma infiltrante. RE 80% RP 40% Ki67 20% Her-2 neu negativo. LA: ganglios afectos 31/36. Infiltración focal del tejido adiposo periganglionar. Presencia de invasión vascular venosa. *Salpingo-forectomía*: Adenocarcinoma seroso intraepitelial en fimbrias de una de las trompas uterinas. Estadiaje carcinoma de mama: pTispN3a. Tratamiento adyuvante: quimioterapia (FEC-Taxol) + hormonoterapia (Letrozol) + radioterapia de cadenas axilares. Tras la quimioterapia se realiza estadificación de carcinoma in situ de trompa (histerectomía abdominal total, linfadenectomía pélvica y paraórtica, apendicectomía, omentectomía) sin evidencia de neoplasia. Estadiaje carcinoma de trompa: pTispNx. Evolución: tras 28 meses de seguimiento la paciente se encuentra libre de enfermedad.

P71. METÁSTASIS ENDOMETRIAL DE CARCINOMA LOBULILLAR DE MAMA RESISTENTE A INHIBIDORES DE LA AROMATASA EN TRATAMIENTO CON ESTRADIOL

X. Torres Montebruno^a, F.J. Barranco^a, X. González^b, A. Nadal^c, X. Caparrós^a, M. Muñoz^b e I. Alonso^a

^aServicio de Ginecología, Hospital Clínic de Barcelona.

^bServicio de Oncología Médica, Hospital Clínic de Barcelona.

^cServicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: Las metástasis al aparato genital femenino desde tumores extragenitales ocurren en menos del 10% de los casos. Los tumores que con más frecuencia metastatizan a útero son mama (41%), sobre todo carcinoma lobulillar, estómago (29%) y melanoma (5%). La forma de presentación más habitual es la metrorragia.

Caso clínico: Paciente de 45 años diagnosticada de cáncer de mama derecha en 1988, intervenida mediante mastectomía radical modificada tipo Patey, con el resultado de CLI pT2pN1M0, receptores hormonales positivos. Realizó 6 ciclos de quimioterapia adyuvante esquema CMF (ciclofosfamida, metotrexato, fluoracilo). La paciente permaneció libre de enfermedad hasta mayo de 2001, en que inicia hormonoterapia con anastrozol debido a un aumento del marcador Ca 15.3. Tras 2 años libre de progresión, en mayo de 2003 inicia exemestano por nueva elevación del marcador. En septiembre de 2005 se evidencia metástasis ósea (coxis) y se inicia tratamiento con fulvestrant y ácido zoledrónico. Permanece estable hasta octubre de 2008, cuando se objetiva metástasis en columna dorsal y adenopatía mediastínica, por lo que inicia tratamiento con letrozol. En junio de 2009 presenta progresión de la lesión mediastínica e inicia tamoxifeno. En 2010 se inicia capecitabina + bevacizumab por progresión mediastínica y ósea. Se realizó radioterapia sobre columna cervicodorsal. En febrero 2011 se inicia vinorelbina oral con respuesta radiológica. En febrero de 2012 se inicia anastrozol, para minimizar efectos secundarios de la quimioterapia. Por posible resistencia a inhibidores de la aromatasa, en marzo de 2012 se inicia estradiol 4 mg/día, que se reduce a 2 mg/día por efectos secundarios. A los 2 meses inicia metrorragia. La ecografía muestra endometrio irregular y vascularizado de 19 mm de espesor, con sospecha de invasión miometrial superior al 50%. La biopsia confirma el diagnóstico de metástasis por carcinoma lobulillar de mama, receptores hormonales positivos y c-erb2 negativo. Se ha suspendido tratamiento con estradiol, se ha reiniciado el tratamiento con exemestano y se ha practicado una histerectomía con doble anexectomía abdominal.

Discusión: La terapia con estradiol en el cáncer de mama avanzado con receptores hormonales positivos y resistencia a los inhibidores de la aromatasa ofrece unas tasas de respuesta similares al tamoxifeno y en torno al 30%. Habitualmente este tratamiento se administra hasta la progresión de la enfermedad. La progresión en forma de metástasis uterina es un evento excepcional.

Tratamiento sistémico primario como modelo de investigación en cáncer de mama

P72. RESPUESTA PATOLÓGICA A LA QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE: CORRELACIÓN ENTRE 2 SISTEMAS DE GRADACIÓN HISTOLÓGICA

F. Tresserra^a, M.A. Martínez^b, M. González-Cao^c, S. Viteri^c, S. Baulies^d y R. Fábregas^d

^aServicio de Anatomía Patológica y Citología, USP-Institut Universitari Dexeus. ^bServicio de Anatomía Patológica, USP-Institut Universitari Dexeus. ^cInstituto Oncológico Dr. Rosell, USP-Institut Universitari Dexeus. ^dDepartamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, USP-Institut Universitari Dexeus, Barcelona.

Introducción: La respuesta patológica a la quimioterapia neoadyuvante (QNA) se correlaciona con la supervivencia. Hay por lo menos 11 clasificaciones publicadas para gradar la respuesta patológica a la QNA de las que destacan el sistema de Miller y Payne (MyP) y el de la carga tumoral residual (RCB). El objetivo de este estudio es determinar la variabilidad entre ambos sistemas a la hora de catalogar la respuesta patológica de una misma lesión.

Material y métodos: En 7 años se han estudiado 64 carcinomas infiltrantes de la mama sometidos a QNA de forma consecutiva en nuestro centro. Las variables anatomopatológicas que se han considerado en las piezas quirúrgicas post QNA son: tipo histológico, grado histológico (formación de túbulos, pleomorfismo nuclear, índice mitótico), número de ganglios extirpados, número de ganglios metastáticos, respuesta patológica según MyP, índice RCB y clase RCB. Se correlacionan los resultados de los 2 sistemas de gradación en la misma lesión.

Resultados: La edad media de las pacientes fue de 49,2 ± 9,5 años. El tipo histológico fue ductal en 51 (91%), lobulillar en 2 (4%), ductal in situ en 3 (5%) y no había tumor residual en 8 (13%). El diámetro máximo de los tumores fue de 18,1 ± 16,4 cm y existieron metástasis ganglionares en 26 (41%) casos. Según el sistema de gradación de MyP, 4 (6%) lesiones fueron grado 1, 13 (20%) grado 2, 20 (32%) grado 3, 16 (25%) grado 4 y 11 (17%) grado 5. La clase RCB fue 0 en 10 casos (16%), I en 8 casos (13%), II en 31 casos (51%) y III en 12 (20%) casos. La correlación entre MyP 5 y RCB 0, entre MyP 4 y RCB 1, y entre MyP 2 y RCB 3 es buena. Entre MyP 1, 2, 3 y RCB 2 hay más discrepancias.

Conclusión: La correlación en la respuesta completa es buena entre los 2 sistemas de gradación. Hay discrepancias en la clasificación en la ausencia de respuesta entre ambos sistemas que pueden ser debidas a la inclusión del estado ganglionar en el sistema RCB.

P73. RESPUESTA PATOLÓGICA COMPLETA AXILAR TRAS NEOADYUVANCIA EN GESTANTE CON TUMOR HER2+

A. García-Faura^{a,b}, A. Modolell^{b,c} y L. Marquès^a

^aServicio de Obstetricia y Ginecología, Institut Marquès, Barcelona. ^bUnidad de Patología Mamaria Interdisciplinar UPAMI Corochan, Barcelona. ^cInstitut d'Oncología Clínica, IDOC Centre Mèdic, Barcelona.

Introducción: El cáncer de mama en gestantes sigue siendo un reto tanto para senólogos como para obstetras y perinatólogos, por su diagnóstico en fases avanzadas, por su elevada mortalidad en pacientes con ganglios positivos, y por la repercusión que puede tener la neoadyuvancia sobre el crecimiento fetal y la prematuri-

dad. La respuesta patológica completa tras neoadyuvancia a nivel mamario, y especialmente a nivel axilar, es un factor de buen pronóstico en estas pacientes, y debe ser el objetivo a seguir junto con el parto a término.

Caso clínico: Mujer de 41 años, con el antecedente de 3 cesáreas, que acude a nuestro centro gestante de 21 semanas refiriendo un nódulo en mama izquierda. La exploración física muestra un nódulo pétreo de 2 cm a nivel de cuadrantes internos de mama izquierda, con una axila negativa. La ecografía evidencia una tumoración irregular de 17 x 10 mm, que se biopsia mediante *thru-cut*, y una adenopatía de 8 mm sospechosa de malignidad, que se punciona. El estudio histológico nos informa de un carcinoma ductal infiltrante grado II/III (receptores hormonales negativos, Her2 positivo, ki67 45%), positivo para células malignas a nivel ganglionar. Al no poder realizar un estudio de extensión completo, se orienta como un T1c N1 Mx y se decide realizar quimioterapia neoadyuvante, mediante esquema CAF (5 ciclos cada 21 días, adriamicina 50 mg/m², ciclofosfamida 500 mg/m² y 5fluorouracilo 500 mg/m²). La paciente presenta una excelente tolerancia al tratamiento, con una reducción tumoral > 70%, una remisión axilar ecográfica completa, y un crecimiento fetal > p50, por lo que se decide finalizar la gestación mediante cesárea electiva a las 38 semanas, con un recién nacido de sexo femenino, de 2.800 g, apgar 9-10. El estudio de extensión mediante TAC toraco-abdominal y gammagrafía ósea es negativo, por lo que se prosigue el tratamiento neoadyuvante con esquema TCH (3 ciclos cada 21 días, docetaxel 75 mg/m², carboplatino AUC-5 y trastuzumab 8 mg/kg dosis carga seguido de 6 mg/kg), seguido de tumorectomía con linfadenectomía axilar. El estudio histológico revela un tumor residual infiltrante de 10 mm, con márgenes libres, y la ausencia de tumor en 14 ganglios (ypT1b ypN0). La paciente está pendiente de finalizar su tratamiento adyuvante con radioterapia externa y trastuzumab.

Conclusiones: El trabajo multidisciplinar coordinado en comités especializados de patología mamaria y perinatología permite obtener unos resultados óptimos en los casos de cáncer de mama y embarazo, con el objetivo de conjugar el mejor tratamiento oncológico con un excelente resultado perinatal.

Unidades de mama

P74. INFLUENCIA DE LA DENSIDAD DEL PARÉNQUIMA MAMARIO EN LA DOSIS DE RADIACIÓN RECIBIDA EN UNA MAMOGRAFÍA

A. Calvo Nácher^a, G. Fuentes Piquer^b, L. Mahiques Aguilar^b, R. Pérez Dasi^c, D. Abad Mocholí^d, A. Bartrés Salido^d y F.J. Morales Olaya^b

^aUnidad de Mamografía y Ecografía (UME), Policlínico Valencia.

^bServicio de Radiología, Instituto Valenciano de Oncología.

^cEstadística-Informática, Universidad CEU Cardenal Herrera, Alfara del Patriarca, Valencia. ^dServicio de Radiofísica y Protección Radiológica, Instituto Valenciano de Oncología.

Introducción: La densidad del parénquima mamario constituye un factor de riesgo de cáncer de mama. Refleja variaciones en la proporción entre grasa, colágeno, células epiteliales y noepiteliales. Causas de esta variación son edad, menopausia, paridad, algunas hormonas y factores de crecimiento. También se asocia con niveles urinarios de un mutagen. La hipótesis señala que el mayor riesgo se debería a efectos combinados de proliferación celular con daños genéticos en las células por mutagénesis. El American Colle-

ge of Radiology (ACR) propone 4 grupos de densidad radiológica según la proporción de tejidos fibro-glandular y adiposo: ACR1: mamas radio-transparentes: grasa dominante, tejido conjuntivo menos; del 25%. ACR 2: mixtas con áreas densas de 25-50%. ACR 3: mixtas con mayor cantidad de áreas densas: 50-75%. ACR 4: mamas altamente densas: predomina la fibrosis y/o tejido fibroglandular, ocupando más del 75% del área mamaria. La mayoría de los cánceres ocultos se encuentra en mamas densas debido en parte al efecto "máscara", que conlleva una menor sensibilidad de la mamografía para detectar el cáncer de mama. Por otro lado una mayor densidad supone mayor dosis de radiación para obtener mamografías de calidad.

Material y método: Presentamos la relación entre densidad de la mama según clasificación ACR y dosis de radiación en 50 mujeres exploradas consecutivamente en mamógrafo analógico con CR y en 50 mujeres consecutivas exploradas en mamógrafo digital de campo completo. Las mamografías analógicas se realizaron en un mamógrafo Instrumentarium Alpha III con tratamiento digital AGFA CR-35X. Las digitales fueron realizadas en un Mammomat Inspiration de Siemens. Todas las exploraciones incluyen 4 proyecciones.

Resultados:

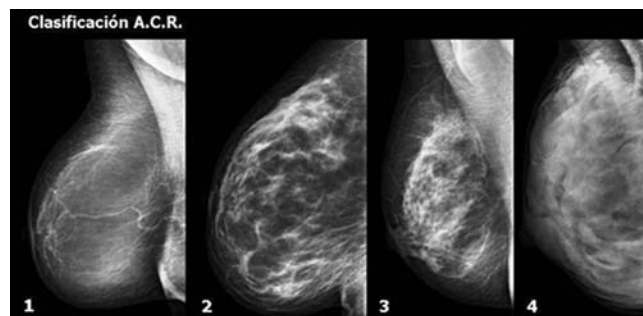
Analógico CR:

Densidad	Mínima/Máxima	Media
Tipo 1 (n = 8)	3.240/10.710	6.799
Tipo 2 (n = 24)	2.510/10.470	5.913
Tipo 3 (n = 13)	2.510/9.640	6.197
Tipo 4 (n = 5)	4.500/17.500	9.084

Mamógrafo digital:

Densidad	Mínima/Máxima	Media
Tipo 1 (n = 18)	4.330/10.560	6.333
Tipo 2 (n = 18)	4.600/10.560	6.581
Tipo 3 (n = 18)	4.730/9.750	7.580
Tipo 4 (n = 6)	7.000/10.560	9.480

Conclusiones: En mamógrafo analógico la dosis glandular media recibida en mama de densidad 4 fue superior a la recibida en mamas de densidad 1 en un 25,16% y en un 34,91% a la recibida en mama con densidad ACR tipo 2. En mamógrafo digital la dosis glandular media en mamas de densidad 4 fue 9,48 mGy frente a 6,333 y 6,581 en densidades 1 y 2, lo que supone una dosis superior en el 33,2 y el 30,6%, respectivamente. No hemos observado diferencias significativas entre las dosis recibidas en mamógrafo analógico frente a uno digital de campo completo.



P75. CASUÍSTICA DEL CARCINOMA LOBULILLAR INFILTRANTE DE MAMA EN NUESTRA ÁREA

V. García Pineda, M.D. Rodríguez Garnica, C. de Valle Corredor, N. Garrido Sánchez, C. Aníbal Tacuri Ceballos y A. Zapico Goñi

Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

Objetivo: Estudiar la casuística del carcinoma lobulillar infiltrante de mama en nuestra población, analizando variables como la edad, estadio, tipo de tratamiento quirúrgico, características anatomopatológicas, afectación ganglionar y evolución.

Material y métodos: Realizamos un estudio descriptivo y retrospectivo en una muestra poblacional de 57 pacientes diagnosticadas de carcinoma lobulillar infiltrante de mama, en la Unidad de Cáncer de Mama de nuestro Servicio, entre enero de 2006 y mayo de 2012. La recogida de información se lleva a cabo con la revisión de la base de datos del Cáncer de Mama de nuestro Departamento. El análisis estadístico de los datos se realiza con el programa SPSS versión 15.0.

Resultados: En nuestra muestra, la edad media al diagnóstico fue de $59 \pm 13,3$ (38-86) años. Los estadios más frecuentes al diagnóstico fueron el estadio I en el 31,6% (n = 18) y el estadio IIA en el 26,3% (n = 15) de las pacientes. Respecto al tratamiento, se realizó cirugía conservadora en 23 casos (40,4%) y mastectomía en 33 pacientes (57,9%) no realizándose tratamiento quirúrgico en el único caso que presentó enfermedad metastásica a distancia en el momento del diagnóstico. El 84% de las pacientes presentaron receptores hormonales positivos (n = 48) y el 75,4% (n = 43) Her2/neu negativo. Se detectó afectación ganglionar en el 35% de los casos (n = 20), siendo el 91,2% tumores unilaterales (n = 52) y el 51% (n = 29) tumores multifocales. Durante el seguimiento el 91,2% (n = 52) de las pacientes no mostraron recidiva.

Conclusiones: El carcinoma lobulillar infiltrante es el segundo en frecuencia tras el carcinoma ductal infiltrante, con una incidencia entre el 1-20%. La edad promedio al diagnóstico es de 50-60 años. Expresan con mayor frecuencia positividad para receptores hormonales (60-90%) y generalmente no expresan Her2/neu y, aproximadamente, el 50% muestra un patrón multifocal. Estos datos bibliográficos concuerdan con los datos obtenidos en nuestro estudio. La supervivencia libre de enfermedad tras el tratamiento conservador tiene mejor pronóstico que en el carcinoma ductal infiltrante.

P76. MIOFIBROBLASTOMA MAMARIO EN PACIENTE POSMENOPÁUSICA

V. García Pineda, A.E. Cano Cuetos, C. de Valle Corredor, M.D. Rodríguez Garnica, N. Garrido Sánchez y A. Zapico Goñi

Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

Introducción: Los tumores estromales benignos de la mama engloban un amplio espectro de lesiones con características clínicas, morfológicas e inmunohistoquímicas comunes. El miofibroblastoma (MFB) es el prototipo de los tumores estromales mamarios, comprendido por células neoplásicas que muestran una diferenciación fibromioblástica a nivel morfológico, inmunohistoquímico y ultraestructural.

Caso clínico: Paciente de 68 años que es remitida a la Unidad de Mama de nuestro Servicio para estudio de nódulo sólido en mama izquierda. Como antecedentes personales presenta hipertensión arterial, dislipemia y artrosis, y como antecedentes obstetricoginecológicos presenta 4 partos normales, menarquía a los 13 años y menopausia a los 52 años. En la exploración física presenta una zona de aumento de densidad en la unión de los cuadrantes superiores de mama izquierda, no se palpan adenopatías axilares ipsilaterales ni tumoraciones en mama contralateral. Se realiza el estudio radiológico con mamografía informada como BI-RADS 3 y ecografía complementaria en la que se objetiva un nódulo sólido de 19 x 15 mm en unión de cuadrantes superiores de la mama izquierda, sospechando como primera opción diagnóstica un fibroadenolipoma. No obstante, dada la edad de la paciente, se recomienda estudio anatomopatológico. Iniciamos el estudio anatomopatológico realizando una punción-aspiración con aguja fina cuyo resultado no es concluyente, precisando completar el estudio con una biopsia con aguja gruesa guiada por ecografía. Como resultado del estudio histológico se obtiene "tejido fibroadiposo con una proliferación mesenquimal de agresividad incierta", recomendándose exéresis del nódulo para establecer el diagnóstico definitivo. Finalmente se extirpa el tumor (marzo 2011) y se realiza de nuevo un estudio anatomopatológico que establece como diagnóstico definitivo "tumoración mesenquimal sugestiva de miofibroblastoma mamario". El estudio inmunohistoquímico del tumor objetiva los siguientes hallazgos: Intensa positividad para vimentina, positividad moderada para receptores de estrógenos y progesterona, Ki-67 menor del 5%, positividad débil y aislada de proteína S-100, desmina y CD68, negatividad para actina, CD34 y CD31 así como negatividad para paraqueratina, cerb B2- HER/neu, BCL2 y CD10. La tumoración queda a < 1 mm de márgenes superior y externo, recomendando seguimiento de la paciente. Se realiza seguimiento de la paciente a los 3 y 6 meses de la intervención. En la última revisión en septiembre de 2011 se objetiva en la mamografía en unión de cuadrantes externos de la mama izquierda una densidad nodular de 24 mm, recomendándose estudio con biopsia ecoguiada. En el análisis anatomopatológico no se obtienen alteraciones. No obstante el estudio radiológico recomienda exéresis. Tras la extirpación, el estudio anatomopatológico establece el diagnóstico de "recurrencia de miofibroblastoma mamario" que afecta al margen superior de la pieza. La paciente es informada de las posibilidades terapéuticas y finalmente decide vigilancia a los 3 y 6 meses, opinión que apoya el Comité de Tumores de nuestro Departamento dada la naturaleza benigna del tumor. En la última revisión en abril de 2012 la exploración fue normal, objetivándose en la mamografía de mama izquierda cambios posquirúrgicos en cuadrante superoexterno sin otros hallazgos de interés.

Discusión: El miofibroblastoma es una tumoración estromal de comportamiento benigno que aparece en mujeres posmenopáusicas cuyo tratamiento de elección es la tumorectomía, considerado per se un tratamiento curativo, sin evidencia de recurrencia ni metástasis a distancia tras 15 años de seguimiento. Generalmente la recurrencia es rara si los márgenes de resección están libres y la transformación maligna aún no se ha descrito en la literatura. Se recomienda un mínimo de 24 meses de seguimiento tras cirugía.