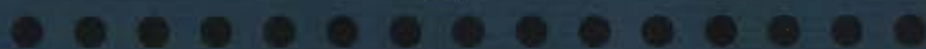


Casos Clínicos  
en Patología Tumoral



Cáncer de mama V



# ANGIOSARCOMA MAMARIO TRAS TRATAMIENTO CONSERVADOR DE CÁNCER DE MAMA

C. Vázquez Albaladejo, F. Llopis Martínez

Servicio de Cirugía. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia

## PRESENTACIÓN

Mujer de 61 años que consulta en abril de 1987 por tumor en mama derecha, cuadrante superoexterno de 3 cm, clínica y radiológicamente sugestivo de malignidad. Es intervenida practicándose biopsia extemporánea que confirma el diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante, completándose el tratamiento con tumorectomía ampliada y linfadenectomía axilar, clasificándose anatomopatológicamente como pT2 N0 M0(160).

Durante los meses de julio y agosto siguientes recibe tratamiento radioterápico (RT) con campos tangenciales de 2 Gy por sesión de Co 60 hasta una dosis total de 46 Gy, seguida de sobreimpresión en zona de tumorectomía de 10 Gy con acelerador lineal de electrones.

Controlada clínicamente se aprecia discreta radiodermatitis húmeda y linfedema del brazo derecho, con varias crisis linfangíticas que se tratan con antibióticos, antiinflamatorios y diuréticos con remisión parcial.

En enero de 1988 presenta nódulo en cicatriz de mama sospechoso de recidiva local. Se biopsia con resultado de esclerosis con atrofia dérmica y esteatonecrosis post-RT.

Sigue revisiones ambulatorias semestrales sin más hallazgos que el linfedema estable hasta diciembre de 1991 que evidencia nódulo dérmico sobrelevado e indurado en otro cuadrante (infero-interno), sugestivo de angioma y sin expresión radiológica

(fig. 1). Se practica su exéresis con diagnóstico anatomopatológico de angiosarcoma (AGS). "Neoplasia constituida por estructuras vasculares de contorno irregular, que están anárquicamente interconectadas y tapizadas por células ovaladas, elongadas y con núcleos hiper cromáticos. Entre los canales vasculares existen células fusiformes, sarcomatosas con actividad mitótica".

Posteriormente, se practicó mastectomía simple y su estudio histológico mostró una zona de color rojo vinoso, a 5 cm del pezón, debajo de la cual se apreciaba una neoformación de consistencia carnosa, de aproximadamente 4 cm de diámetro que afectaba a piel y tejido celular subcutáneo. Histológicamente era similar a la neoplasia anterior y fue tipificada como angiosarcoma grado II según gradación de Trojani.

En septiembre de 1992 se detecta recidiva en cicatriz de mastectomía, con resultado anatomopatológico de angiosarcoma por lo que se practicó exéresis amplia y reconstrucción con plastia abdominal. (fig. 2).

En abril de 1993 presenta tumoración en axila contralateral, practicándose linfadenectomía axilar con diagnóstico de metástasis de angiosarcoma en 4 adenopatías de 13 aisladas.

En julio de 1993 consulta por algias óseas diagnosticándose por Rx y TAC de metástasis en D9 con aplastamiento vertebral y compresión medular. La ecografía hepática evidencia nódulo heterogéneo de 5 cm en lóbulo derecho sugestivo de metástasis.

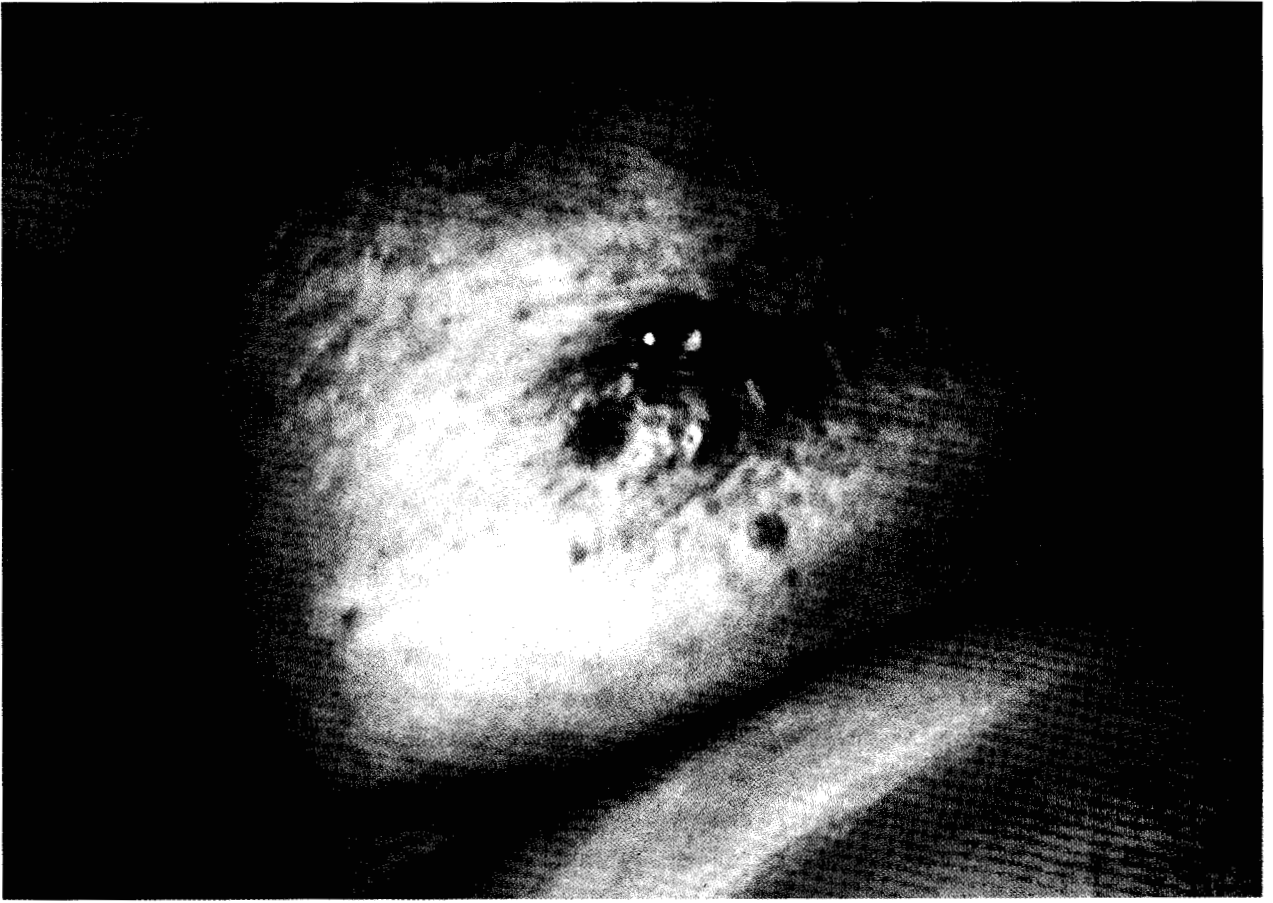


Fig. 1



Fig. 2

Se instaura tratamiento quimioterápico con ifosfamida, adriamicina y radioterapia paliativa en raquis dorsal.

En diciembre se produce el *exitus* por progresión de la enfermedad.

## DISCUSIÓN

Desde hace más de 20 años se ha establecido el tratamiento conservador (TC) del cáncer de mama incipiente como una alternativa a la mastectomía radical, con similares resultados en cuanto a control local y supervivencia (1, 2). El TC supone la exéresis quirúrgica del tumor, con márgenes microscópicos libres (tumorectomía hasta cuadrantectomía) y la linfadenectomía axilar seguida de la radioterapia a dosis de 45 a 50 Gy en la mama restante y una sobreimpresión en la zona de la tumorectomía de 10 Gy con RT de alto voltaje o braquiterapia.

El principal problema del TC del cáncer de mama es la ulterior aparición de tumor maligno en la mama conservada. Éste puede deberse en la mayoría de casos a recidiva local o puede ser un segundo tumor primario como es el caso de los angiosarcomas.

Los angiosarcomas son tumores malignos originados a partir de elementos vasculares. Son más frecuentes en piel y tejidos blandos y representan el 2 % de todos los sarcomas. En la mama el angiosarcoma es un tumor poco frecuente, sólo un caso por cada 1.700-2.000 neoplasias malignas, constituyendo uno de los tipos histológicos más agresivos de tumor mamario (3).

Los angiosarcomas se pueden clasificar según su origen en primarios, sin causa conocida, o secundarios, como el linfedema crónico del miembro superior postmastectomía (síndrome de Stewart y Treves) y el linfedema crónico congénito (enfermedad de Milroy). En el cáncer de mama se han descrito sarcomas óseos y angiosarcomas tras mastectomías y RT de la pared torácica, y últimamente se

han descrito tras TC en relación con el linfedema y RT (4).

En la bibliografía sólo se han descrito 18 casos de angiosarcomas tras TC del cáncer de mama (5). Su etiopatogenia permanece en discusión. En las pacientes mastectomizadas el factor predisponente sería la presencia del linfedema, pero en los casos de TC parece ser la RT el factor más importante.

Clínicamente aparece como máculas o pápulas rojo-azuladas, a menudo múltiples, que pueden formar masas polipoides, ulceradas o hemorrágicas, sólidas y fluctuantes, de crecimiento rápido y con gran tendencia a la recidiva local.

El pronóstico del AGS es muy pobre, con una supervivencia media de 19 meses, las metástasis ocurren en el 50-60% de las pacientes, habitualmente en los primeros 24 meses, afectando generalmente a ganglios linfáticos, pared torácica, pleura y pulmones. No se han obtenido mejorías en la supervivencia al añadir quimioterapia adyuvante ni radioterapia.

### COMENTARIO DEL COORDINADOR

**El angiosarcoma mamario que aparece tras el tratamiento conservador del cáncer de mama es un tumor raro pero cuya existencia debe ser bien conocida por todos los especialistas implicados en el manejo del cáncer de mama.** Un diagnóstico muy precoz, lo que supone un alto grado de alerta clínica, es el único factor que puede condicionar una buena evolución de la enfermedad, dada la gran tendencia a la diseminación

hematógena precoz que presenta. Como comentan los autores en su excelente revisión del tema, los factores invocados para explicar la etiología del angiosarcoma tras tratamiento conservador del cáncer de mama son la radioterapia y el linfedema crónico. Por ello, toda lesión cutánea de aspecto angiomatoso en una paciente sometida a tratamiento conservador de cáncer de mama que presente linfedema debe ser inmediatamente reseca.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fischer B *et al.* *Five years results of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and segmental mastectomy with or without radiation in the treatment of breast cancer.* The New England Journal of Medicine 1985; 312:665-673.
2. Veronesi UR *et al.* *Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection and radiotherapy in patients with small cancers of the breast.* The N Eng Med J 1981; 305:6-11.
3. Enzinger FM *et al.* *Soft tissue tumors.* The CV Mosby Company. ST. Louis 1988; 545-580.
4. Nanus DM *et al.* *Radiation-induced angiosarcoma.* Cancer 1987; 60:777-779.
5. Vázquez Albaladejo C *et al.* *Angiosarcoma mamario tras tratamiento conservador del cáncer de mama.* Rev Senología y Pat Mam 1984; 7.3:141-146.