

Interconsulta

de cáncer de mama y ovario en cirugía general y plástica

Agustín Barnadas Molins

Director del Servicio de Oncología Médica,
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Belén Ojeda González

Jefe de Sección del Servicio de Oncología Médica,
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Carlos Vázquez Albadalejo

Presidente de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria;
Jefe del Servicio de Cirugía, Instituto Valenciano de Oncología

Vicente Artigas Raventós

Director de la Sección de Cirugía Hepatobiliar y Oncológica,
Servicio de Cirugía General y Digestiva,
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Jaume Masià Ayala

Director del Servicio de Cirugía Plástica,
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Con el auspicio de



Sociedad Española
de Oncología Médica

 Ars Medica

www.ArsXXI.com

Reservados todos los derechos.

Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas por las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo públicos.

© 2007. De los Autores

© 2007. Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L.

Passeig de Gràcia 84, 1.ª pl. - 08008 Barcelona (España)

www.ArsXXI.com

ISBN: 978-84-9751-244-2

Depósito Legal: M-2.280-2007

Composición y compaginación: A. Parras – Av. Meridiana 93-95 – Barcelona (2007)

Impresión: Litocenter, S. L. – Puerto de Pozazal 4, nave 28 – Madrid (2007)

Printed in Spain

cáncer de mama y ovario



Introducción

El cáncer de mama y el de ovario son dos neoplasias frecuentes en el sexo femenino. Su diagnóstico y planteamiento terapéutico precisan de un abordaje multidisciplinar, ya que en estos procesos participan diferentes profesionales pertenecientes a diversas especialidades médicas.

A pesar de la existencia de Guías Clínicas de Consenso elaboradas por diferentes instituciones o colectivos de especialistas y de que en la mayoría de instituciones se dispone de protocolos institucionales de diagnóstico y tratamiento de las neoplasias más comunes, con excesiva frecuencia se plantean situaciones clínicas que se apartan del contexto contemplado por dichas guías y que precisan de una visión más integradora y multidisciplinar.

En este contexto surge la necesidad de dirigir a determinados especialistas una interconsulta, siempre con el objetivo orientar un problema clínico y encontrar la mejor opción para una paciente determinada. Este es el hilo conductor de las Interconsultas de cáncer de mama y ovario en cirugía que aquí se presentan. En el presente texto, el lector hallará quince situaciones clínicas de enfermas afectas de una de las dos neoplasias citadas; para cada una de ellas se plantea a los especialistas en cirugía general y digestiva, cirugía plástica y reparadora o ginecología y obstetricia las interconsultas correspondientes. Reconocidos profesionales de estas especialidades contestan a las cuestiones planteadas con la evidencia existente y la experiencia acumulada en sus largos años de práctica profesional.

Todos los autores de esta entrega nos daríamos por recompensados si este escrito pudiera ser de utilidad para ayudar a establecer una opción diagnóstica o terapéutica óptima para una enferma en una situación clínica compleja, y si a la vez pudiera ser una herramienta de formación para todos aquellos profesionales que se encuentran en pleno período de formación en su especialidad.

cáncer de mama y ovario



Índice

Interconsulta 1.	Paciente con antecedentes de diabetes mellitus tipo II compensada y un carcinoma intraductal	1
Interconsulta 2.	Paciente sin antecedentes de interés con tumoración de rápido crecimiento	3
Interconsulta 3.	Paciente que ingresa en urgencias por disnea de esfuerzo progresiva	7
Interconsulta 4.	Paciente sin antecedentes de interés con diagnóstico inicial de neoplasia de ovario (1)	11
Interconsulta 5.	Paciente sin antecedentes de interés con diagnóstico inicial de neoplasia de ovario (2)	13
Interconsulta 6.	Paciente sin antecedentes de interés con diagnóstico inicial de neoplasia de ovario (3)	17
Interconsulta 7.	Paciente con antecedentes de hipertensión y diabetes que ingresa en urgencias con distensión, dolor abdominal y en ambas fosas renales	21
Interconsulta 8.	Paciente sin antecedentes de interés con diagnóstico inicial de neoplasia de mama con histología de carcinoma ductal infiltrante	23
Interconsulta 9.	Paciente sin antecedentes de interés previamente tratada por una neoplasia de mama derecha multicéntrica ...	27
Interconsulta 10.	Paciente sin antecedentes de interés a la que se diagnostica un carcinoma intraductal	31
Interconsulta 11.	Paciente sin antecedentes de interés a la que se diagnostica un carcinoma medular de mama	35

Interconsulta 12.	Paciente con antecedentes familiares de cáncer de mama a la que se diagnostica un carcinoma ductal infiltrante	39
Interconsulta 13.	Paciente portadora de prótesis mamarias a la que se diagnostica un carcinoma intraductal.....	43
Interconsulta 14.	Paciente con antecedentes de epilepsia a la que se diagnostica un carcinoma intraductal.....	47
Interconsulta 15.	Paciente sin antecedentes de interés a la que se diagnostica un carcinoma ductal infiltrante	51



INTERCONSULTA 1

Paciente con antecedentes de diabetes mellitus tipo II compensada y un carcinoma intraductal

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 56 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus tipo II compensada. En un control mamográfico se detecta un área extensa, de unos 7 cm, de microcalcificaciones. Los resultados de la biopsia trucut de la lesión son positivos para carcinoma intraductal con componente de comedocarcinoma, aunque no se detectan signos de microinvasión. La exploración física es anodina.

En esta mujer se plantean las siguientes cuestiones: ¿cuál es la opción terapéutica óptima?, ¿debe pensarse en la disección del ganglio centinela como parte del tratamiento?

COMENTARIO DEL ONCÓLOGO

El diagnóstico de un carcinoma intraductal extenso no es un hallazgo infrecuente. El tratamiento inicial es quirúrgico y amerita un examen minucioso para descartar la existencia de un componente invasivo o microinvasivo, cuyo conocimiento es importante para establecer la necesidad de un tratamiento complementario posterior.

En el primer acto quirúrgico es importante valorar la necesidad de efectuar una biopsia del ganglio centinela, porque en el caso de encontrarse un componente invasivo ésta puede evitar la indicación de un vaciamiento ganglionar axilar, siempre que el estudio histológico del ganglio centinela resulte ser negativo para metástasis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grube BJ, Rose CM, Giuliano A. Local management of invasive breast cancer: axilla. En: Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK (eds.). Diseases of the breast (3.ª ed.). Filadelfia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2004; pp. 745-784.
2. Kuerer HM, Newman LA. Lymphatic mapping and sentinel lymph node biopsy for breast cancer: developments and resolving controversies. J Clin Oncol 2005; 23: 1698-1705.

3. Luini A, Gatti G, Ballardini B y cols. Development of axillary surgery in breast cancer. *Ann Oncol* 2005; 16: 259-262.
4. Lyman GH, Giuliano AE, Somerfield MR y cols. American Society of Clinical Oncology Guideline Recommendations for sentinel lymph-node biopsy in early stage breast cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23: 7703-7720.

RESPUESTA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA*

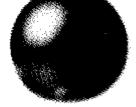
El tratamiento inicial de un carcinoma intraductal extenso de 7 cm, más aún tratándose de un comedocarcinoma, debe ser la mastectomía simple, con o sin reconstrucción mamaria inmediata o diferida. Si se realiza una reconstrucción inmediata, la mejor opción es la colocación de un expansor tisular, que posteriormente se sustituye por una prótesis definitiva.

En la actualidad, creemos que en el mismo acto quirúrgico debe practicarse la biopsia del ganglio centinela, más aún tratándose de un tumor muy extenso y con componente de un comedocarcinoma, ya que la técnica es sencilla y la morbilidad escasa. En el caso de que el tumor finalmente resulte ser invasivo, si el ganglio centinela es histológicamente negativo se evita a la paciente la linfadenectomía axilar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Camp R, Feezor R, Kasraeian A, Cendan J, Schell S y cols. Sentinel lymph node biopsy for ductal carcinoma *in situ*: an evolving approach at the University of Florida. *Breast J* 2000; 11: 394-397.
2. Silverstein MJ, Poller DN, Waisman JR, Colburn WJ y cols. Prognostic classification of breast ductal carcinoma *in situ*. *Lancet* 1995; 345: 1154-1157.
3. Takahashi K, Nishimura S, Tada K, Saito M, Makita M, Tada T y cols. Indications and limits of breast conserving treatment. *Gan To Kagaku Ryoho* 2002; 29: 1125-1131.
4. Tamaki Y, Yano K, Noguho S. Immediate breast reconstruction following to skin-sparing mastectomy. *Nippon Rinsho* 2006; 64: 520-526.
5. Wilkie C, White L, Dupont E, Cantor A, Cox C. An update of sentinel lymph node mapping in patients with ductal carcinoma *in situ*. *Am J Surg* 2005; 190: 563-566.

* La respuesta es del cirujano Carlos Vázquez.



INTERCONSULTA 2

Paciente sin antecedentes de interés con tumoración de rápido crecimiento

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 47 años de edad sin antecedentes patológicos de interés que acude a la consulta con una tumoración de rápido crecimiento y 1 mes de evolución. La exploración física detecta la presencia de una tumoración dura de 4,5 × 3,8 cm en unión de cuadrantes superiores, móvil, con mínima retracción cutánea en la mama derecha. No se palpan adenopatías axilares ni supraclaviculares. Se practica una mamografía bilateral que pone de manifiesto la existencia de una lesión de contornos espiculados altamente sugestiva de neoformación. Se practica una ecografía mamaria que confirma la presencia de una lesión sólida compatible con neoformación. A nivel axilar no se detecta ninguna adenopatía sospechosa. Se practica una biopsia trucut de la lesión mamaria, y el examen histológico resultante es compatible con un carcinoma ductal infiltrante de grado II. El estudio de receptores de estrógeno y progesterona es negativo, y el estudio de expresión de c-erbB-2 también.

En esta enferma se plantean las siguientes cuestiones: ¿cuál es la opción de tratamiento óptima? y, en caso de administrarse tratamiento con quimioterapia primaria, ¿debe plantearse la disección del ganglio centinela previamente al inicio de la quimioterapia?

COMENTARIO DEL ONCÓLOGO

Hasta el momento actual, se ha demostrado que el tratamiento primario es eficaz para conseguir un tratamiento conservador en mujeres que inicialmente debían ser sometidas a una cirugía completa de la glándula mamaria. La mayor parte de los estudios aleatorizados no han podido demostrar que el tratamiento primario aumente las expectativas de supervivencia o que se incremente el intervalo libre de progresión. No obstante, existe un porcentaje de pacientes que tras el tratamiento primario presenta una remisión patológica completa, tanto a nivel local como en la axila. El pronóstico de estos casos es óptimo, y mejora la supervivencia. Por esta razón, el objetivo de la introducción de nue-

vos esquemas terapéuticos ha sido, entre otros, incrementar la tasa de remisiones completas histológicas (1, 2).

En las pacientes sin afectación ganglionar axilar clínicamente detectable se ha planteado la opción de efectuar la disección del ganglio centinela antes de iniciar el tratamiento primario, si bien la experiencia existente hasta ahora no es extensa y no existe ningún estudio prospectivo aleatorizado que haya analizado el papel de esta técnica en comparación con un vaciamiento ganglionar axilar. Así, la Sociedad Americana de Oncología, no recomienda en las guías publicadas el uso de esta técnica, si bien es una opción que debe ser estudiada con mayor profundidad en un futuro (3, 4).

BIBLIOGRAFÍA

1. Van der Hage JA, van de Velde CJ, Julián JP y cols. Preoperative chemotherapy in primary operable breast cancer: results from the European Organization for Research and Treatment of Cancer Trial 10902. *J Clin Oncol* 2001; 19: 4224-4237.
2. Mauri D, Pavlidis N, Ioannidis J. Neoadjuvant versus adjuvant systemic treatment in breast cancer: a meta-analysis. *J Natl Cancer Inst* 2005; 97: 188-194.
3. Kuerer HM, Newman LA. Lymphatic mapping and sentinel lymph node biopsy for breast cancer: developments and resolving controversies. *J Clin Oncol* 2005; 23: 1698-1705.
4. Lyman GH, Giuliano AE, Somerfield MR y cols. American Society of Clinical Oncology Guideline Recommendations for sentinel lymph-node biopsy in early stage breast cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23: 7703-7720.

RESPUESTA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA*

El tratamiento inicial debe ser la quimioterapia neoadyuvante o primaria. En conjunto no existe evidencia de que esto mejore la supervivencia pero, no obstante, sí se ha observado la existencia de una remisión del tumor, en ocasiones incluso completa desde el punto de vista histológico, motivo por el que antes de iniciar el tratamiento debe procederse a la colocación de un marcaje en el lecho de la tumoración, preferentemente en el momento de la toma de la biopsia. Este tratamiento neoadyuvante permite en muchas ocasiones la realización posterior de un tratamiento conservador de la mama, porque tras una tu-

* La respuesta es del cirujano Carlos Vázquez.



morectomía con márgenes libres la respuesta a la quimioterapia disminuye el tamaño tumoral hasta lograr una buena estética.

En la actualidad no existe ningún estudio aleatorizado que compare los resultados de biopsiar el ganglio centinela frente a la linfadenectomía en este estadio, y la mayor parte de las publicaciones sugieren la práctica de la biopsia de ganglio centinela después de terminar la quimioterapia primaria. Dada la insuficiencia de las evidencias presentadas en la bibliografía, debe realizarse linfadenectomía axilar. En nuestro país se está llevando a cabo un registro de validación de biopsia del ganglio centinela tras el vaciamiento ganglionar de la axila.

BIBLIOGRAFÍA

1. Insa A, Chirivella I, Lluch A. Neoadjuvant therapy for operable breast cancer. *Med Clin* 2006; 126: 295-303.
2. Lyman GH, Giuliano AE, Somerfield MR, Benson AB y cols. American Society of Clinical Oncology Guideline Recommendations for sentinel lymph-node biopsy in early stage breast cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23: 7703-7720.
3. McCready D, Holloway C, Shelley W, Down N, Robinson P y cols. Surgical management of early stage invasive breast cancer: a practice guideline. *Can J Surg* 2005; 48: 185-194.
4. Schulze T, Mucke J, Markwardt J, Schalg PM. Long-term morbidity of patients with early breast cancer after sentinel lymph node biopsy compared to axillary lymph node dissection. *J Surg Oncol* 2006; 93: 109-119.
5. Thomas A, Ohlinger R, Hauschild M, Mustea A y cols. Options and limits of surgery after pre operative chemotherapy in breast cancer. *Anticancer Res* 2006; 26: 1677-1682.



INTERCONSULTA 3

Paciente que ingresa en urgencias por disnea de esfuerzo progresiva

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 52 años de edad con antecedentes familiares de: madre fallecida de una neoplasia de ovario diseminada diagnosticada a los 58 años de edad y fallecida 3 años más tarde; una hija diagnosticada de una neoplasia de mama derecha a los 38 años. La paciente refiere su primer síntoma 2 meses antes de su diagnóstico, iniciando clínica de dolor y distensión abdominal progresiva. Ingresa en el servicio de urgencias con disnea de esfuerzo progresiva que se transforma en disnea de reposo.

A su ingreso se detecta semiología de un derrame pleural izquierdo que ocupa dos tercios del hemotórax y signos de ascitis libre. El estudio analítico se encuentra dentro de la normalidad, a excepción de la determinación de CA 12.5, que es de 432 UI/ml, y la hemoglobina, que es de 10,5 g/dl. Una TC toracoabdominal demuestra la existencia de un derrame pleural izquierdo, ascitis libre con signos sugestivos de implantes tumorales en mesenterio, adenopatía ilíaca izquierda, una masa heterogénea de 8 x 5 cm en el anejo derecho y de 9 x 7 cm en el anejo izquierdo. En el momento, el estado general de la paciente está alterado y el índice de Karnofsky es del 80%. Se practica una toracocentesis diagnóstica y evacuadora cuyo estudio citológico resulta positivo para células malignas.

Para esta paciente, ¿cuál sería la mejor opción de tratamiento?

COMENTARIO DEL ONCÓLOGO

En esta paciente la sospecha diagnóstica es que está afectada de una neoplasia de ovario avanzada, en estadio IV. El tumor epitelial de ovario acostumbra diagnosticarse en una etapa avanzada, ya que presenta una sintomatología poco específica. El tratamiento inicial recomendado es la cirugía de reducción de volumen tumoral, que ha de ser lo más amplia posible. El pronóstico en esta neoplasia está en clara relación con el volumen de la enfermedad residual existente tras la cirugía. Posteriormente, debe administrarse un tratamiento con quimioterapia: una combinación con derivados de platino y taxanos. Recientemente se han publicado los resultados de estudios aleatorizados que han de-

mostrado los beneficios de la utilización concomitante de quimioterapia intraperitoneal.

La cuestión que se plantea en casos como el comentado se relaciona con el momento óptimo para efectuar una cirugía de exéresis, bien sea antes del tratamiento sistémico o tras 3-4 ciclos de quimioterapia. En esta situación, ¿cuáles son los criterios que deben utilizarse para tomar esta decisión?

BIBLIOGRAFÍA

1. Amstrong DK, Bundy B, Wenzel L y cols. Intraperitoneal cisplatin and paclitaxel in ovarian cancer. *N Engl J Med* 2006; 354: 34-43.
2. Bristow RE, Tomacruz RS, Amstrong DK y cols. Survival effect of maximal cytoreductive surgery for advanced ovarian carcinoma during the platinum era: a meta-analysis. *J Clin Oncol* 2002; 20: 1248-1259.
3. Goff BA, Mandel LS, Melancon CH, Muntz GH. Frequency of symptoms of ovarian cancer in women presenting to primary care clinics. *JAMA* 2004; 291: 2705-2712.
4. Markman M, Walker JL. Intraperitoneal of ovarian cancer: a review, with a focus on practical aspects of treatment. *J Clin Oncol* 2006; 24: 988-994.
5. Rose P, Nerenstone S, Brady M y cols. Secondary surgical cytoreduction in ovarian carcinoma. *N Engl J Med* 2004; 351: 2489-2497.

RESPUESTA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA*

Los criterios deben ser los siguientes:

- 1) Valorar hasta qué punto esta enferma tiene un cáncer de ovario con características genéticas hereditarias, pues existen antecedentes familiares de relación directa, tanto ascendente como descendente, con afectación de cáncer de estirpe similar. Por tanto, recomendaría una valoración por parte del especialista en el estudio del cáncer hereditario para determinar el riesgo hereditario en el resto de familiares y la posibilidad de una cirugía preventiva en caso de detectarse una mutación en BRCA1 o BRCA2. En estos casos, cuando las mujeres son portadoras de esta alteración, existe un elevado riesgo de aparición de una neoplasia de ovario.

* La respuesta es del cirujano Vicente Artigas.



- 2) En un estadio IV, con derrame pleural neoplásico importante y un estado general limitado, existen dos posibilidades: *a)* cirugía citorreductora «a máximo» y posterior quimioterapia adyuvante; *b)* quimioterapia inicial y posterior cirugía de intervalo.

La decisión vendrá definida por el estado general del paciente (Karnofsky, valoración del estado nutricional, valoración anestésica, etc.) y por el grado de afectación peritoneal (pelvis congelada, etc.).

En caso de duda sobre el grado de extensión peritoneal, debe valorarse siempre la posibilidad de una laparoscopia exploradora previa a la decisión de realizar cirugía de primera instancia. La detección laparoscópica de una invasión tumoral tal que contraindique la cirugía evitará una laparotomía innecesaria.

- 3) Si se decide aplicar una quimioterapia inicial, hay que evaluar siempre el grado de respuesta, de tal forma que: *a)* si no hay respuesta, debe valorarse la posibilidad de renunciar a la cirugía de intervalo y pasar a una segunda línea de quimioterapia; *b)* si hay buena respuesta a la quimioterapia, se puede realizar una laparoscopia-laparotomía con intención de proceder a una cirugía de intervalo «a máxima». Posteriormente, debe completarse el tratamiento quimioterápico. En los casos de enfermedad residual mínima, debe valorarse la utilización de quimioterapia intraperitoneal en el contexto de ensayos clínicos.



INTERCONSULTA 4

Paciente sin antecedentes de interés con diagnóstico inicial de neoplasia de ovario (1)

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 38 años de edad sin antecedentes familiares ni patológicos de interés; fue diagnosticada 7 meses antes de una neoplasia de ovario en estadio III-B, que se trató con histerectomía, doble anexectomía, omentectomía, apendicectomía y exéresis de diferentes nódulos peritoneales, después de lo cual quedó una siembra tumoral miliar con nódulos múltiples de un tamaño inferior a 1 cm. El estudio histológico demostró la existencia de un cistoadenocarcinoma seroso y papilar que afectaba ambos anexos, epiplón, el meso del apéndice y todos los nódulos peritoneales. Tras la cirugía primaria, la paciente recibió seis ciclos de quimioterapia con paclitaxel-carboplatino. La determinación de CA 12.5 al inicio del tratamiento era de 125 kU/l. Tras recibir seis ciclos de tratamiento se efectuó una reestadificación mediante TC abdominopélvica y determinación de marcadores, que fueron todos negativos. La paciente se encontraba en remisión clínica completa.

Se plantea la cuestión de si es necesario efectuar una nueva revisión quirúrgica de la cavidad abdominal.

COMENTARIO DEL ONCÓLOGO

Hace unos cuantos años se postulaba la necesidad de efectuar una revisión quirúrgica de la cavidad abdominal para evaluar la respuesta tras la administración de quimioterapia. Estudios posteriores pusieron de manifiesto que dicho procedimiento carecía de beneficio terapéutico, pero desempeñaba su papel en aquellas pacientes a las que no era posible practicar una cirugía de exéresis amplia en el momento del diagnóstico pero que podían ser sometidas a un segundo intento quirúrgico tras la administración de 3-4 ciclos de tratamiento citostático. Este tipo de procedimiento tiene un efecto positivo en la supervivencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bristol RE, Tomacruz RS, Amstrong DK y cols. Survival effect of maximal cytoreductive surgery for advanced ovarian carcinoma during the platinum era: a meta-analysis. *J Clin Oncol* 2002; 20: 1248-1259.

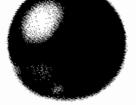
2. Chi DS, Liao JB, Leon LF y cols. Identification of prognostic factors in advanced epithelial ovarian carcinoma. *Gynecol Oncol* 2001; 82: 532-537.
3. Le T, Krepert GV, Lotocki RJ, Heywood MS. Does debulking surgery improve survival in biologically aggressive ovarian carcinoma? *Gynecol Oncol* 1997; 67: 208-214.
4. Rose P, Nerenstone S, Brady M y cols. Secondary surgical cytoreduction in ovarian carcinoma. *N Engl J Med* 2004; 351: 2489-2497.

RESPUESTA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA*

Se considera cirugía de reevaluación o de «second look» aquella que se practica en una paciente cuyo estadio de la enfermedad se ha establecido correctamente y que, tras un tratamiento completo primario (cirugía más quimioterapia), es sometida a exploraciones que demuestran una remisión completa de la enfermedad (clínica, biológica y por exploraciones complementarias). Esta exploración secundaria no se recomienda actualmente, ya que en la mayoría de casos no aporta ningún beneficio a las pacientes. Excepcionalmente, un «second look» tiene indicación en casos seleccionados en que hay dudas importantes sobre la persistencia de la enfermedad, y en aquellos en que esta práctica pudiera cambiar el posterior enfoque terapéutico, especialmente en pacientes sometidas a ensayos clínicos terapéuticos y en centros experimentados. En esta última situación, se aconseja realizar la segunda exploración quirúrgica, siempre que sea posible, por vía laparoscópica.

En el caso presentado, está claro que la paciente no es una candidata para un «second look».

* La respuesta es del cirujano Vicente Artigas.



INTERCONSULTA 5

Paciente sin antecedentes de interés con diagnóstico inicial de neoplasia de ovario (2)

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 66 años de edad sin antecedentes patológicos de interés; fue remitida a nuestro centro y se le diagnosticó una neoplasia de ovario. Se le había realizado una laparotomía infraumbilical en la que se encontró una tumoración de 10 cm de diámetro en el ovario derecho, con la cápsula intacta y sin excrecencias extracapsulares; se le practicó una histerectomía total, anexectomía bilateral y omentectomía. El estudio anatomopatológico demostró que existía un carcinoma seroso papilar de grado II en el ovario derecho (tumor de 9,5 × 6 cm con cápsula intacta). El ovario izquierdo, el útero y el epiplón no mostraban afectación neoplásica.

Se diagnosticó como carcinoma serosopapilar de ovario de grado II/III de la FIGO, un probable estadio IA pero con estadificación insuficiente. En ese momento, a 1 mes de la cirugía, la TC abdominopélvica y el CA 12.5 eran negativos.

Se planteó al cirujano la necesidad de efectuar una reestadificación de acuerdo con los requerimientos quirúrgicos establecidos para la neoplasia de ovario.

COMENTARIO DEL ONCÓLOGO

El correcto conocimiento de la extensión intraabdominal de una neoplasia de ovario es crucial para establecer un pronóstico y un tratamiento complementario adecuado, que, si en todos los casos es importante, lo es más si cabe en los estadios IA grados I y II en los que la supervivencia a 5 años sólo con tratamiento quirúrgico es superior al 90%, ya que en éstos puede evitarse el tratamiento adyuvante con quimioterapia.

La exploración quirúrgica inicial debe hacerse siguiendo las directrices establecidas internacionalmente. Las recomendaciones para establecer la estadificación correcta del cáncer de ovario según las guías establecidas por el Grupo Ginecológico de la EORTC incluyen, además de lo realizado en este caso: lavado peritoneal, obtención de una muestra biopsica peritoneal, de cúpulas diafragmáticas y de ganglios linfáticos.

El rigor de dicha exploración se relaciona estrechamente con el tratamiento y el pronóstico del carcinoma epitelial de ovario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Du Bois A, Quinn M, Thigpen T, Vermorken J y cols. 2004 consensus statements on management of ovarian cancer: final document of the 3rd International Gynecologic Cancer Intergroup Ovarian Cancer Consensus Conference (GCIC OCCC 2004). *Annals of Oncology* 2005; 16 (Supl. 8): VIII 7-VIII12.
2. ICON 1 and EORTC-ACTION Collaborators. International Collaborative Ovarian Neoplasm Trial 1 and Adjuvant Chemotherapy in Ovarian Neoplasm Trial: two parallel randomized phase III trials of adjuvant chemotherapy in patients with early-stage ovarian carcinoma. *J Natl Cancer Inst* 2003; 95: 105-112.
3. Trimbos JB, Vergote I, Bolis G y cols. Impact of adjuvant chemotherapy and surgical staging in early-stage ovarian carcinoma. *European Organization for Research and Treatment of Cancer - Adjuvant Chemotherapy in Ovarian Neoplasm Trial*. *J Natl Cancer Inst* 2003; 95: 113-125.
4. Young RC. The treatment of early stage ovarian cancer. *Seminars in Oncology* 1995; 5: 76-79.

RESPUESTA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA*

En el tratamiento del cáncer de ovario, al igual que en la mayoría de cánceres, es fundamental conocer lo mejor posible el grado de extensión de la enfermedad, es decir, estadificar correctamente a los pacientes antes de iniciar cualquier tratamiento. En el caso del cáncer de ovario, la estadificación definitiva es especialmente importante en los estadios iniciales I-II, pues la supervivencia de estas pacientes dependerá de la confirmación definitiva tras la cirugía del estadio (conocimiento de la existencia de afectación ganglionar o no, conocimiento de la existencia de afectación peritoneal o no, etc.). Por tanto, si la estadificación de las pacientes es insuficiente tras una cirugía primaria, dichas pacientes deben ser necesariamente sometidas a una nueva exploración abdominal dirigida a completar el estudio de extensión de la enfermedad.

En la mayoría de las pacientes, como en el caso presentado, la estadificación insuficiente se asocia a una laparotomía también insuficiente, lo que facilita

* La respuesta es del cirujano Vicente Artigas.

cáncer de mama y ovario



que la reestadificación pueda hacerse con facilidad por vía laparoscópica quirúrgica (según nuestra experiencia, en el 89% de los pacientes). En cualquier caso, si hay dificultades para una reexploración laparoscópica o si se detecta enfermedad residual abordable quirúrgicamente, siempre puede convertirse a una exploración laparotómica.

En la situación del caso presentado, claramente se trata de una estadificación insuficiente, por lo que está indicada la reestadificación, cuya vía inicial de abordaje quirúrgico sería la laparoscópica; si no se realizó anteriormente, se puede efectuar la exéresis del epiplón, un muestreo ganglionar y peritoneal adecuado y, en caso de existencia de tumor residual no extirpado y extirpable, realizar una exéresis «a máxima».

Posteriormente, y en función de los resultados, podrá establecerse de modo preciso de nuevo el estadio de la enfermedad y las estrategias terapéuticas quimioterápicas correspondientes.



INTERCONSULTA 6

Paciente sin antecedentes de interés con diagnóstico inicial de neoplasia de ovario (3)

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 58 años de edad sin antecedentes familiares y patológicos de interés, diagnosticada de una neoplasia de ovario 4 años antes. En ese momento, se había realizado una cirugía con histerectomía total, anexectomía bilateral, apendicectomía y lavado peritoneal, así como biopsias múltiples de diafragma, espacios parietocólicos derecho e izquierdo y fondo de saco de Douglas. El resultado anatomopatológico fue de adenocarcinoma endometriode de ovario derecho de grado II/III, con cápsula intacta, sin evidencia de tumor en el ovario contralateral ni en el resto de muestras examinadas. Se valoró que se trataba de un estadio IA, con una estadificación aceptable, a pesar de no se había efectuado un muestreo ganglionar. No se efectuó tratamiento adyuvante y la paciente siguió controles periódicos.

Cuatro años más tarde se detectó una elevación de marcador CA 12.5 y 4 meses después una TC abdominopélvica demostró la presencia de adenopatías retroperitoneales y adyacentes a la cadena ilíaca externa, compatibles con recidiva.

En el caso de esta paciente se plantea proceder a una cirugía de rescate antes de efectuar tratamiento quimioterápico. ¿Debería efectuarse una laparoscopia prelaparotomía para evaluar la extensión real y la reseabilidad?

COMENTARIO DEL ONCÓLOGO

El pronóstico de las pacientes con recidiva de cáncer de ovario depende fundamentalmente del tiempo transcurrido entre el primer tratamiento y la recaída, del tipo de diseminación y de la respuesta previa a la quimioterapia.

La cirugía es una buena opción terapéutica cuando se puede realizar una resección quirúrgica completa. Está condicionada además por unas variables conocidas y definidas en el 3rd International Ovarian Cancer Consensus Conference, que son las siguientes: intervalo libre de recidiva superior a 12 meses; posibilidad potencial de efectuar una resección completa en la valoración preoperato-

rio; respuesta a la quimioterapia de primera línea o recaídas de estadios precoces sin tratamiento quimioterápico previo.

Es bien conocido, por otra parte, que la efectividad del tratamiento quimioterápico en el cáncer de ovario está en relación directa con el tumor residual después de la cirugía.

En la paciente de referencia se cumplen los requisitos para indicar una cirugía: tipo de recidiva, estadio IA sin quimioterapia previa, largo intervalo libre de enfermedad y accesibilidad quirúrgica de la recidiva, además del buen estado general de la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. du Bois A, Quinn M, Thigpen T, Vermorken J, Avall-Lundqvist E y cols. 2004 Consensus statements on management of ovarian cancer: final document of the 3rd International Gynecologic Cancer Intergroup Ovarian Cancer Consensus Conference (GCIC OCCC 2004). *Ann Oncol* 2005; 16 (Supl. 8): VIII 7-VIII12.
2. Eisenkop SM, Friedman RL, Spirtos NM. The role of secondary cytoreductive surgery in the treatment of patients with recurrent epithelial ovarian carcinoma. *Cancer* 2000; 88: 144-145.
3. McGuire WP, Ozols RF. Chemotherapy of advanced ovarian cancer. *Semin Oncol* 1998; 25: 340-348.
4. Vaccarello L, Rubin SC, Vlamis V y cols. Cytoreductive surgery in ovarian carcinoma patients with a documented previously complete surgical response. *Gynecol Oncol* 1995; 57: 61-65.

RESPUESTA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA*

La presencia de adenopatías retroperitoneales e ilíacas altamente sospechosas de asociarse a recidiva ganglionar en el seguimiento de un estadio IA debe llevar a la realización de una lifadenectomía aortoiliaca, con una exploración completa de la cavidad abdominal a fin de descartar recidiva en otros lugares del abdomen, especialmente en el peritoneo. Posteriormente deberá valorarse la administración de quimioterapia.

Esta exploración puede iniciarse por vía laparoscópica, con el fin de valorar la presencia o no de una afectación difusa y no exclusivamente ganglionar retro-

* La respuesta es del cirujano Vicente Artigas.

cáncer de mama y ovario



peritoneal. Igualmente, mediante la vía quirúrgica laparoscópica se puede valorar, en el caso de una exploración peritoneal negativa para recidiva tumoral, la posibilidad de realizar una linfadenectomía ilíaca o iliacoaórtica completa.

En cualquier caso, si la exploración laparoscópica detecta una extensión metastásica de los ganglios paraaórticos más allá del cruce con las venas renales, deberá valorarse la utilidad de la linfadenectomía, pues siempre quedará un volumen importante de ganglios afectados y no resecados.

Cuando la invasión ganglionar es aparentemente extensa, de difícil acceso o difícil exéresis, se debe optar siempre por una vía de abordaje laparotómica para efectuar correctamente la linfadenectomía.



INTERCONSULTA 7

Paciente con antecedentes de hipertensión y diabetes que ingresa en urgencias con distensión, dolor abdominal y en ambas fosas renales

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 67 años de edad con antecedentes destacables de hipertensión arterial y diabetes tipo II en tratamiento. Ingresa en el servicio de urgencias con un cuadro tóxico, junto a distensión, dolor abdominal y en ambas fosas renales.

En la exploración física al ingreso se detecta ascitis, ocupación del hemiabdomen inferior por una masa dura, y una adenopatía en fosa supraclavicular izquierda de 2 cm de diámetro. La TC abdominal pone de manifiesto la existencia de abundante ascitis en pelvis, región perihepática y periesplénica, y la presencia de una masa tumoral a nivel del anejo derecho de 8 cm, además de múltiples implantes peritoneales compatibles con carcinomatosis peritoneal y múltiples adenopatías paraaórticas, en tronco celíaco y cadena ilíaca derecha, de 2 a 4 cm. La citología del líquido ascítico y el PAAF de la adenopatía de FSC izquierda son positivas para adenocarcinoma. En la analítica general destaca una hipoalbuminemia de 30 g/l y un CA 12.5 de 1.540 kU/l. Se establece la existencia de neoplasia de ovario en estadio IV en una paciente con mal estado general.

Planteamos la posibilidad de realizar una citorreducción quirúrgica inicial para reducir el volumen tumoral o quimioterapia neoadyuvante y cirugía de intervalo posterior.

COMENTARIO DEL ONCÓLOGO

El tratamiento del cáncer epitelial de ovario avanzado más eficaz y aceptado universalmente es la citorreducción quirúrgica seguida de quimioterapia con la combinación de carboplatino y paclitaxel. Los mejores resultados, tanto en respuesta como en supervivencia, se consiguen cuando se efectúa una cirugía óptima con tumor residual inferior a 1-2 cm. Sin embargo, en determinados casos debe iniciarse el tratamiento con quimioterapia y efectuar una cirugía de intervalo posterior, por ejemplo cuando el mal estado de la paciente hace prever una mala tolerancia a la cirugía y complicaciones posquirúrgicas, y/o cuando se considera que no es posible efectuar una citorreducción óptima.

A pesar de que la quimioterapia neoadyuvante no puede considerarse un procedimiento estándar ni el sustituto de una buena cirugía, ya que su papel está aún por definir, en varios estudios se ha podido observar que la quimioterapia de inducción seguida de cirugía citoreductora máxima, efectuada en el momento de mayor respuesta, no afecta negativamente al pronóstico, sino que disminuye la morbilidad quirúrgica y los costes económicos, y mejora, por tanto, la calidad de vida de las pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kuhn W, Rutke S, Späthe K y cols. Neoadjuvant chemotherapy followed by tumor debulking prolong survival for patients with poor prognosis in International Federation of Gynecology and Obstetrics stage IIIc ovarian carcinoma. *Cancer* 2001; 92: 2585-2591.
2. Schwartz PE, Rutherford TJ, Chambers JT, Kohorn EI, Thiel RP. Neoadjuvant chemotherapy for advanced ovarian cancer: long-term survival. *Gynecol Oncol* 1999; 72: 93-99.
3. van der Burg ME, van Lent M, Buyce M y cols. The effect of debulking surgery after induction chemotherapy on the prognosis in advanced ovarian epithelial cancer. *N Engl J Med* 1995; 332: 629-634.

RESPUESTA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA*

Está claro que cuando las condiciones generales de la paciente son inicialmente las más inadecuadas para una cirugía citoreductora «a máxima», la quimioterapia neoadyuvante es el planteamiento terapéutico adecuado. Posteriormente, debe plantearse la posibilidad de recurrir a una cirugía de intervalo «a máxima», más una posterior quimioterapia sistémica y/o intraperitoneal, en función del planteamiento terapéutico de cada centro.

En el caso que se nos comenta, de las dos premisas para una cirugía de citoreducción —condiciones generales adecuadas y masa extirpable— la primera es inadecuada, por lo que nos decantaríamos por una quimioterapia neoadyuvante y una posterior cirugía de intervalo.

* La respuesta es del cirujano Vicente Artigas.



INTERCONSULTA 8

Paciente sin antecedentes de interés con diagnóstico inicial de neoplasia de mama con histología de carcinoma ductal infiltrante

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 52 años de edad sin antecedentes patológicos de interés. Cinco meses antes fue diagnosticada de una neoplasia de mama localmente avanzada con histología de carcinoma ductal infiltrante de grado III/III. En el momento del diagnóstico inicial el estadio de la enfermedad era de neoplasia de mama T3N1bM0. La afectación axilar había sido confirmada previamente mediante una punción con aguja fina de la adenopatía palpable. Por otra parte, la ecografía y la RM mamaria confirmaron la existencia de una tumoración mamaria de 5,5 × 5 cm, y de dos adenopatías axilares de 1 cm cada una.

La paciente inició tratamiento con quimioterapia primaria: tres ciclos del esquema FEC seguidos de tres ciclos de docetaxel. Tras concluir el tratamiento sistémico, la desaparición de las lesiones palpables, tanto a nivel axilar como en la glándula mamaria, fue completa. Se practicaron una ecografía, una mamografía y una RM, que no mostraron presencia alguna de restos de enfermedad.

Se estableció que la enferma estaba en aparente remisión completa, clínica y radiológica. Ante estos hallazgos se plantean las siguientes cuestiones: ¿debe la paciente ser sometida a una cirugía de exéresis de la glándula mamaria?, ¿es factible realizar un tratamiento conservador? y, ante la desaparición de las adenopatías axilares, ¿tiene algún sentido practicar la disección del ganglio centinela?

COMENTARIO DEL ONCÓLOGO

El objetivo de la administración de un tratamiento primario con quimioterapia es conseguir una reducción del tamaño del tumor mamario que sea suficiente para poder efectuar una cirugía conservadora, en caso de que en el momento del diagnóstico ésta no es posible. Un objetivo secundario que también persigue la quimioterapia primaria es la remisión patológica completa, que únicamente puede confirmarse mediante un examen histológico de una muestra del lecho tumoral inicial, o mediante una mastectomía. Si la probabilidad de obte-

ner una remisión patológica completa es alta, se recomienda efectuar un marcaje del área donde se localiza el tumor inicial para poder efectuar un examen de la zona en el que se encontraba inicialmente.

Por otra parte, en las pacientes que tras la administración de quimioterapia primaria presentan una remisión clínica completa en la axila, diferentes grupos de estudio se han planteado el posible papel de la disección del ganglio centinela para conocer con mayor precisión el estado de la axila. A pesar de que no existen estudios aleatorizados que permitan evitar una disección axilar cuando el estudio del ganglio centinela es negativo para metástasis, la mayor parte de las series presentan una tasa de detección del ganglio centinela y una tasa de falsos negativos equiparable a las de series de disección del ganglio centinela en la cirugía inicial del cáncer de mama. Por este motivo, tiene sentido plantear la cuestión referente a la aplicación de esta técnica a la enferma que nos ocupa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kuerer HM, Newman LA. Lymphatic mapping and sentinel lymph node biopsy for breast cancer: developments and resolving controversies. *J Clin Oncol* 2005; 23: 1698-1705.
2. Lyman GH, Giuliano AE, Somerfield MR y cols. American Society of Clinical Oncology Guideline Recommendations for sentinel lymph-node biopsy in early stage breast cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23: 7703-7720.
3. Mamounas EP, Brown A, Anderson S y cols. Sentinel node biopsy after neoadjuvant chemotherapy in breast cancer: results from National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Protocol B-27. *J Clin Oncol* 2005; 23: 2694-2702.
4. Mauri D, Pavlidis N, Ioannidis J. Neoadjuvant versus adjuvant systemic treatment in breast cancer: a meta-analysis. *J Natl Cancer Inst* 2005; 97: 188-194.

RESPUESTA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA*

El tratamiento inicial debe ser la poliquimioterapia, con objeto de reducir el tamaño tumoral. Eventualmente, con ello se puede lograr la remisión completa de la tumoración, por lo que antes de iniciar el tratamiento debe colocarse un marcaje en el área tumoral. Este tratamiento permitirá, en un segundo tiempo,

* La respuesta es del cirujano Carlos Vázquez.



plantear o no una mastectomía, según sea la respuesta de la tumoración al tratamiento primario. Si la reducción del tumor es aceptable, valorando siempre individualmente a cada paciente, se podrá efectuar un tratamiento conservador.

Es cierto que, en las pacientes que tras la administración de quimioterapia primaria presentan una remisión completa en la axila, se está planteando la posible realización de la disección del ganglio centinela. En este estadio, no existe en la actualidad ninguna evidencia ni estudio aleatorizado que permitan evitar la linfadenectomía axilar cuando el ganglio centinela es negativo. La tasa de falsos negativos se eleva por término medio a un 7,3-10%, y en algunas series puede ser de hasta un 29%. Por este motivo, se recomienda el vaciamiento axilar de entrada o, en todo caso, la inclusión de pacientes en un estudio de validación de la biopsia del ganglio centinela, completando en el mismo acto quirúrgico el vaciamiento axilar. La práctica de la BSCG previa a la cirugía o inmediatamente posterior a ésta es todavía un tema controvertido, porque no están bien definidas las ventajas de conocer el estado de los ganglios regionales antes o después de la quimioterapia. Parece que en esta segunda situación podría ser más útil como factor de respuesta a la misma, siempre y cuando se conozca el estado ganglionar antes de la quimioterapia, al menos por punción ecográfica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cinieri S, Orlando L, Colleoni M. Primary systemic therapy on local advance breast cancer, where are we going? *Ann Oncol* 2006; 17: 18-21.
2. Kaufmann M, Hortobagyi GN, Golhirsch A, Scholl S y cols. Recommendations from an international expert panel on the use of neoadjuvant (primary) systemic treatment of operable breast cancer: an update. *J Clin Oncol* 2006; 24: 1940-1949.
3. Kim T, Giuliano AE, Lyman GH. Lymphatic mapping and sentinel lymph-node biopsy in early-stage breast carcinoma: a metaanalysis. *Cancer* 2006; 106: 4-16.
4. Lyman GH, Giuliano AE, Somerfield MR, Benson AB y cols. American Society of Clinical Oncology Guideline Recommendations for sentinel lymph-node biopsy in early stage breast cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23: 7703-7720.
5. Wolf AC, Davidson NE. Preoperative therapy in breast cancer: lessons from the treatment of locally advanced disease. *Oncologist* 2002; 7: 239-245.



INTERCONSULTA 9

Paciente sin antecedentes de interés previamente tratada por una neoplasia de mama derecha multicéntrica

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 52 años de edad sin antecedentes patológicos de interés, tratada 4 años antes por una neoplasia de mama derecha multicéntrica mediante la realización de una mastectomía radical modificada con vaciamiento ganglionar axilar. El estudio histológico mostró: tumoración de 2,2 cm en cuadrante superior externo de la mama derecha, que microscópicamente correspondía a un carcinoma ductal infiltrante de grado II/III sin afectación cutánea ni de planos musculares; tumoración de 1,6 cm situada en el cuadrante inferior externo, que microscópicamente correspondía a un carcinoma lobulillar con márgenes de resección libres. En el vaciamiento ganglionar se observó ausencia de metástasis en 12 ganglios aislados. Los receptores de estrógeno y progesterona fueron negativos; la inmunohistoquímica para c-erbB-2 fue negativa en ambos tumores.

En la evaluación de la enferma se le diagnosticó como afectada de una neoplasia de mama derecha multicéntrica pT2N0M0, tratada con cirugía completa y con riesgo de recurrencia, motivo por el cual se le propuso la administración de un tratamiento complementario con seis ciclos del esquema FEC. Posteriormente se efectuó una reconstrucción mamaria mediante la colocación de una prótesis.

La enferma siguió controles periódicos y se mantuvo en aparente remisión completa. No obstante, a los 4 años de la mastectomía, en un control evolutivo se detectó la presencia de un nódulo de 1,2 cm en la región de cuadrante superior externo. La punción de la lesión fue positiva para carcinoma. El estudio de extensión resultó ser negativo para metástasis.

Se plantea al cirujano plástico la cuestión siguiente: ¿cuál debe ser la actitud terapéutica respecto a la extirpación de la lesión?, ¿debe retirarse la prótesis mamaria?

COMENTARIO DEL ONCÓLOGO

La recidiva local de una neoplasia de mama es poco frecuente y se ha asociado con un incremento del riesgo de aparición de metástasis a distancia a lo largo del

tiempo. El tratamiento recomendado es la extirpación de la lesión y la administración de radioterapia complementaria, siempre que la enferma no haya recibido previamente dicha terapia, como sucede en el caso que nos ocupa.

En las pacientes sometidas a una reconstrucción mamaria con una prótesis se suscita la duda de la necesidad de retirarla para garantizar un control local de la enfermedad más óptimo, tanto quirúrgicamente como en el sentido de facilitar la dosimetría de la irradiación complementaria posterior.

Otra cuestión a considerar es la situación de la misma paciente sometida a una reconstrucción mamaria con un autoinjerto, tal como sucede en las reconstrucciones de colgajos miocutáneos pediculados.

Por último, existe una enorme controversia respecto a la oportunidad de administrar un tratamiento sistémico, ya que no existe ningún estudio prospectivo aleatorizado que haya intentado establecer la necesidad de esta indicación terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Petrek JA, Disa JJ. Rehabilitation after treatment for cancer of the breast. En: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA (eds.). *Cancer principles and practice of oncology* (7.ª ed.). Filadelfia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2005; pp. 1478-1488.
2. Solin LJ, Harris EER, Orel SG, Glick JH. Local-regional recurrent after breast conservative treatment or mastectomy. En: Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK (eds.). *Diseases of the breast* (3.ª ed.). Filadelfia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2004; pp. 785-821.
3. Wood WC, Muss HB, Solin LJ, Olopade OI. Malignant tumors of the breast. En: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA (eds.). *Cancer principles and practice of oncology* (7.ª ed.). Filadelfia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2005; pp. 1415-1477.

RESPUESTA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA*

En esta paciente de 52 años de edad debería realizarse una exéresis quirúrgica de la recidiva tumoral con la consecuente retirada del implante mamario, ya que la paciente debe ser irradiada.

* La respuesta es del cirujano Jaume Masia.



Las pacientes que han sido reconstruidas con implantes mamarios y que son irradiadas posteriormente presentan una elevadísima incidencia de contractura capsular grave (grado III-IV de Baker), a pesar de que las prótesis colocadas son retropectorales y a pesar de que los implantes puedan soportar las dosis de radioterapia. La contractura capsular conlleva una asimetría mamaria, un tacto endurecido y una sensación dolorosa que va de molestias temporales a un dolor franco que puede llegar a ser invalidante. Por esta razón no puede alcanzarse el objetivo de la reconstrucción mamaria, que es mejorar la calidad de vida de la paciente y obtener un resultado lo más natural y definitivo posible. No tendría justificación alguna, pues, mantener un implante que tiene una alta probabilidad de dar complicaciones y provocar malestar a la paciente.

La actitud adecuada sería esperar un período mínimo de unos 8 a 12 meses desde la última dosis de radioterapia, plantear una reconstrucción con tejido autólogo (tipo DIEP) o (únicamente si no tuviera una zona dadora suficiente) una técnica mixta de reconstrucción mamaria con transferencia de tejido propio más implante (tipo dorsal ancho y prótesis).

BIBLIOGRAFÍA

1. Gill P, Hunt J, Guerra A y cols. A 10-year retrospective review of 758 DIEP flaps for breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2004; 113(4): 1153-1160.
2. Kroll SS, Schusterman MA, Reece GP, Miller MJ, Smith B. Breast reconstruction with myocutaneous flaps in previously irradiated patients. *Plast Reconstr Surg* 1994; 93: 460.
3. Mustoe TA, Porras-Reyes BH. Modulation of wound healing response in chronic irradiated tissues. *Clin Plast Surg* 1993; 20: 465.
4. Rogers N, Allen R. Radiation effects on breast reconstruction with the deep inferior epigastric perforator flap. *Plast Reconstr Surg* 2002; 109(6): 1919-1924.
5. Shons AR, Cox ChE. Breast cancer: advances in surgical management. *Plast Reconstr Surg* 2001; 107(2): 541-549.
6. Spear SL, Onyewu C. Staged breast reconstruction with saline-filled implants in the irradiated breast: recent trends and therapeutic implications. *Plast Reconstr Surg* 2000; 105: 930.



INTERCONSULTA 10

Paciente sin antecedentes de interés a la que se diagnostica un carcinoma intraductal

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 50 años de edad sin antecedentes de interés que fue invitada a participar en el programa de diagnóstico temprano de cáncer de mama. En la primera mamografía se detectó un área extensa de microcalcificaciones altamente sospechosas de malignidad que ocupaban una extensión de aproximadamente 5 cm. Se practicó una biopsia de mama con Mammotome® y el estudio histológico dio positivo en todos los cilindros para carcinoma intraductal de tipo comedocarcinoma.

Ante esta situación se plantea la aplicación de un tratamiento quirúrgico de la lesión. ¿Cuál sería el planteamiento terapéutico más óptimo?, ¿puede realizarse una mastectomía simple con reconstrucción inmediata?

COMENTARIO DEL ONCÓLOGO

La progresiva implementación de las campañas de diagnóstico temprano con mamografía ha permitido detectar lesiones de mama con un mejor pronóstico y, gracias a ello, se diagnostican con relativa frecuencia lesiones con bajo potencial de malignidad.

El tratamiento óptimo para el carcinoma intraductal es la cirugía amplia. Clásicamente se defendía la realización de una mastectomía porque permitía erradicar la enfermedad y el resto de parénquima mamario susceptible de sufrir una transformación neoplásica. Estudios posteriores demostraron que, en lesiones pequeñas, el tratamiento conservador permitía obtener unos resultados similares a los de la cirugía completa de la glándula mamaria, siempre y cuando se asociara irradiación y tamoxifeno complementarios. En el caso de plantear un tratamiento completo de la mama, podría evitarse el tratamiento adyuvante, pero es preciso plantear la resolución del defecto estético y minimizar el impacto psicológico de la cirugía en la mujer que presenta esta enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Burnstein HJ, Polyak K, Wong JS, Lester SC, Kesclin CM. Ductal carcinoma *in situ* of the breast. *N Engl J Med* 2004; 350: 1430-1441.
2. Grube BJ, Rose CM, Giuliano A. Local management of invasive breast cancer: axilla. En: Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK (eds.). *Diseases of the breast* (3.ª ed.). Filadelfia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2004; pp. 745-784.
3. Lyman GH, Giuliano AE, Somerfield MR y cols. American Society of Clinical Oncology Guideline Recommendations for sentinel lymph-node biopsy in early stage breast cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23: 7703-7720.

RESPUESTA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA*

En un caso como el descrito, el planteamiento terapéutico más apropiado sería aquel que ofreciera un resultado con más garantías de curación y mejor resultado estético para la paciente. Si las posibilidades de curación son muy parecidas entre una cirugía amplia o una cirugía conservadora con radioterapia y tratamiento hormonal, lo que nos ayudará a decidir la mejor opción terapéutica serán las características de la mama de la paciente.

Si el volumen de la mama es medio o grande (por encima de unos 400 cm³), sería aconsejable la cirugía conservadora, teniendo en cuenta la posibilidad de que sea necesario aplicar técnicas quirúrgicas de oncoplastica o de reconstrucción mamaria parcial.

Si la mama es pequeña, conseguiremos un mejor resultado estético con una mastectomía con ahorro cutáneo y una reconstrucción inmediata. Las diferentes técnicas que pueden utilizarse van de reconstrucciones que utilizan tejido autólogo (tipo DIEP) a las que utilizan implantes mamarios en función de las características físicas de la paciente. La indicación de una u otra técnica deberán determinarlas de forma conjunta la paciente y el cirujano plástico, y éste deberá ofrecer una información adecuada de las limitaciones, riesgos y expectativas de cada técnica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Allen RJ, Treece P. Deep inferior epigastric perforator flap for breast reconstruction. *Ann Plast Surg* 1994; 32: 32-38.

* La respuesta es del cirujano Jaume Masia.



2. Blondeel PN. One hundred free DIEP flap breast reconstructions: a personal experience. *Br J Plast Surg* 1999; 52: 104-111.
3. Gill P, Hunt J, Guerra A y cols. A 10-year retrospective review of 758 DIEP flaps for breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2004; 113(4): 1153-1160.
4. Krueger EA, Wilkins EG, Strawderman M, Cederna P, Goldfarb S, Vicini FA, Pierce LJ. Complications and patient satisfaction following expander/implant breast reconstruction with and without radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2001; 49: 713.
5. Nahabedian MY, Momen B, Galdino G y cols. Breast reconstruction with the free TRAM or DIEP flap: patient selection, choice of flap, and outcome. *Plast Reconstr Surg* 2002; 110: 466-475.
6. Pusic AL, Cordeiro PG. Breast reconstruction with tissue expanders and implants: a practical guide to immediate and delayed reconstruction. *Seminars in Plastic Surgery* 2004; 18(2): 71-77.





INTERCONSULTA 11

Paciente sin antecedentes de interés a la que se diagnostica un carcinoma medular de mama

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 48 años de edad sin antecedentes patológicos de interés. En un control mamográfico de rutina se detecta una lesión sospechosa de malignidad de 1,8 cm en la prolongación axilar de la mama derecha. Se procede a realizar una biopsia trucut que da positivo para carcinoma medular de mama. El estudio de receptores de estrógeno da positivo en el 80% de los núcleos teñidos y los receptores de progesterona dan positivos en el 30% de los núcleos teñidos. La inmunohistoquímica del c-erbB-2 da negativo. En la exploración física se observan unas glándulas mamarias voluminosas y péndulas, y una tumoración palpable de 1,5 cm en la parte superior del cuadrante superior externo - prolongación axilar sin retracción cutánea y sin palpación de adenopatía axilar alguna. Tras la estadificación inicial, se determina que la paciente está afectada de una neoplasia de mama T1N0M0, y se propone efectuar un tratamiento quirúrgico inicial con una tumorectomía y disección del ganglio centinela.

Dado el volumen mamario existente, la paciente plantea la posibilidad de ser sometida a la cirugía planteada asociada a una mastoplastia reductora bilateral de ambas glándulas mamarias, para conseguir una mejor estética.

La cuestión que se plantea al cirujano es si es posible efectuar una tumorectomía del lado derecho con patrón de reducción mamaria para conseguir una estética óptima y evaluar el riesgo de la irradiación complementaria posterior.

COMENTARIO DEL ONCÓLOGO

La cirugía conservadora del cáncer de mama es la terapia aceptada en la actualidad para tratar lesiones de pequeño tamaño, asociada a la disección del ganglio centinela. En mujeres con un volumen mamario importante es posible plantear una mastoplastia reductora, porque ésta puede mejorar la tolerancia y la eficacia de la radioterapia complementaria y a la vez aliviar la sintomatología diversa que la paciente puede referir en relación con el peso de sus glándulas mamarias.

No obstante, al realizar este tipo de cirugía es importante dejar un marcaje en el lecho quirúrgico de la tumorectomía, para facilitar así la labor del oncólogo radioterapeuta en la planificación del tratamiento posterior con irradiación, en especial si se trata de aplicar una sobredosis al lecho quirúrgico. En el caso de que no se proceda de este modo, es más difícil conocer y planificar dicha sobredosis, con el consiguiente aumento del riesgo de aparición de una recidiva local.

Otra cuestión de debate es cuál es el momento óptimo para iniciar el tratamiento con radioterapia para que exista un período adecuado de reparación de los tejidos tras la cirugía y no se alteren los resultados estéticos de la mastoplastia reductora.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mamounas EP. Continuing evolution in breast cancer surgical management. *J Clin Oncol* 2005; 23: 1603-1606.
2. Newman LA, Querer HM. Advances in breast conservation therapy. *J Clin Oncol* 2005; 23: 1685-1697.
3. Petrek JA, Disa JJ. Rehabilitation after treatment for cancer of the breast. En: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA (eds.). *Cancer principles and practice of oncology* (7.ª ed). Filadelfia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2005; pp. 1478-1488.
4. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L y cols. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med* 2002; 347: 1227-1232.
5. Wood WC, Muss HB, Solin LJ, Olopade OI. Malignant tumors of the breast. En: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA (eds.). *Cancer principles and practice of oncology* (7.ª ed.). Filadelfia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2005; pp. 1415-1477.

RESPUESTA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA*

En mamas de un volumen considerable, y aunque la tumoración se encuentre en la prolongación axilar, puede realizarse una cirugía conservadora con un patrón de reducción mamaria. Con ello conseguimos nuestro objetivo oncológico.

* La respuesta es del cirujano Jaume Masià.



co y mejoramos estéticamente la mama, ofreciendo a la paciente un bienestar funcional importante. La reducción del volumen mamario en mamas hipertróficas se asocia no sólo a la mejora de la silueta corporal, significa también la reducción importante de un volumen y peso en la cintura escapular, lo cual facilita la motilidad y reduce las sobrecargas en la espalda.

Lo ideal sería esperar un mínimo de unas 3 o 4 semanas antes de iniciar el tratamiento con radioterapia, de modo que la fase inicial de la cicatrización fuese ya más estable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fujishiro S, Misumori M, Kokubo M y cols. Cosmetic results and complications after breast conserving therapy for early breast cancer. *Breast Cancer* 2000; 7: 57-63
2. Levine JL, Soueid NE, Allen R. Algorithm for autologous breast reconstruction for partial mastectomy defects. *Plast Reconstr Surg* 2005; 116(3): 762-767.
3. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L y cols. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med* 2002; 347: 1227-1232.



INTERCONSULTA 12

Paciente con antecedentes familiares de cáncer de mama a la que se diagnostica un carcinoma ductal infiltrante

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 35 años de edad con un antecedente familiar de cáncer de mama en su abuela materna; en una mamografía previa a la planificación de una cirugía plástica para aumentar el volumen mamario se observa en el cuadrante superior externo de la mama derecha una imagen de contornos espiculados de 1,1 cm de diámetro, compatible con un tumor maligno. Se realiza una core biopsia por estereotaxia, con el resultado anatomopatológico de carcinoma ductal infiltrante de grado III/III, con receptores de estrógenos positivos (+/+/++) en el 40% de las células, y receptores de progesterona positivos (+/+/++) en el 20% de las células; HER-2/neu fue negativo. Se valoró la enfermedad como un estadio T1N0M0 y se indicó la aplicación de tratamiento quirúrgico.

Se planteó al cirujano plástico la posibilidad de efectuar una mastectomía derecha y un estudio del ganglio centinela, con una reconstrucción mamaria y un aumento del volumen de la mama contralateral que garantice una buena estética. ¿Es posible efectuar la reconstrucción inmediata y el aumento de volumen de la mama contralateral, o hay que implantar un expansor para poder aumentar el volumen de las dos mamas?

COMENTARIO DEL ONCÓLOGO

El tratamiento quirúrgico habitual de los tumores de mama menores de 5 cm es la tumorectomía con estudio del ganglio centinela y el vaciamiento ganglionar si es positivo.

Existen, sin embargo, algunas contraindicaciones a la cirugía conservadora, por ejemplo: tumores multifocales y enfermedades del tejido conectivo. Por otra parte, en los casos en que el volumen mamario es muy pequeño, la tumorectomía con radioterapia complementaria posterior no es recomendable, ya que suele producir un resultado estético poco aceptable. En estos casos, la mejor opción puede ser una mastectomía simple con reconstrucción inmediata, siempre con el estudio del ganglio centinela.

La probabilidad de afectación ganglionar en tumores menores de 2 cm es baja, aproximadamente de un 15-20%. Por tanto, se evitará el vaciamiento ganglionar en un número importante de casos. Hay que tener en cuenta, además, que sólo será necesario recurrir a la irradiación si hay más de cuatro ganglios afectados.

Reconstruir la mama afectada al mismo tiempo que se amplía el volumen de la mama contralateral permite satisfacer los deseos estéticos de la paciente y mejorar su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arraigada R, Le MG, Richard F y cols. Conservative treatment versus mastectomy in early breast cancer: patterns of failure with 15 years of follow-up data. Institut Gustave-Roussy Breast Cancer Group. *J Clin Oncol* 1996; 14: 1558-1564.
2. Fisher B, Anderson S, Bryant J y cols. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Engl J Med* 2002; 347: 1233-1241.
3. Kuerer HM, Newman LA. Lymphatic mapping and sentinel lymph node biopsy for breast cancer: developments and resolving controversies. *J Clin Oncol* 2005; 23: 1698-1705.
4. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L y cols. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med* 2002; 347: 1227-1232.

RESPUESTA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA*

En esta paciente se puede realizar una mastectomía simple y el estudio del ganglio centinela con reconstrucción inmediata, ya que el objetivo final es el aumento mamario contralateral. Lo importante es pautar los diferentes tiempos quirúrgicos de una forma adecuada, para conseguir así el mejor resultado posible.

En primer lugar realizaremos la mastectomía con la exploración ganglionar y, si intraoperatoriamente todo es correcto, colocaremos un expansor tisular submuscular. Tras un período de expansión de 4 a 6 meses, controlado de forma ambulatoria, se pasa a un segundo tiempo quirúrgico en el que se efectúa el

* La respuesta es del cirujano Jaume Masia.



cambio del expansor por la prótesis mamaria, colocando el mayor volumen posible para poder realizar en esta misma intervención el aumento mamario contralateral.

Es importante dejar claro a la paciente cuáles son las expectativas de esta intervención ya que, aunque podemos lograr simetrías muy aceptables, nunca conseguiremos los mismos resultados que en una mastoplastia de aumento. En nuestro caso, tendremos una mama natural aumentada y una mama reconstruida, que nunca tendrán la misma ptosis ni movimiento porque no tienen la misma composición tisular. Muchas veces, la mujer joven con anhelo de mejora estética que desafortunadamente presenta un cáncer de mama no quiere ser consciente que estamos ante un planteamiento reconstructivo y no ante una operación de cirugía estética. Corresponde a los profesionales proporcionar la información adecuada, antes de cualquier intervención, para minimizar la sensación de frustración o las expectativas irreales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pusic AL, Cordeiro PG. Breast reconstruction with tissue expanders and implants: a practical guide to immediate and delayed reconstruction. *Seminars in Plastic Surgery* 2004; 18(2): 71-77.
2. Shons AR, Cox ChE. Breast cancer: advances in surgical management. *Plast Reconstr Surg* 2001; 107(2): 541-549.
3. Spear SL, Onyewu C. Staged breast reconstruction with saline-filled implants in the irradiated breast: recent trends and therapeutic implications. *Plast Reconstr Surg* 2000; 105: 930.



INTERCONSULTA 13

Paciente portadora de prótesis mamarias a la que se diagnostica un carcinoma intraductal

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 40 años de edad portadora de prótesis mamarias subglandulares bilaterales implantadas por vía areolar hace 6 años. Se la somete a una mamografía de control por molestias a nivel de la mama izquierda y sospecha de rotura capsular; se detecta un área extensa de microcalcificaciones, de aproximadamente 5 cm de diámetro, compatible con un CID. No se observa rotura capsular de la prótesis. Se le practica una core biopsia con Mammotome®, el resultado anatomopatológico de la cual es indicativo de carcinoma intraductal en todos los cilindros de tejido examinados.

Se indica el tratamiento con cirugía que, dado el tamaño radiológico de la lesión, debería ser una mastectomía.

Se plantean diferentes cuestiones: ¿es necesario efectuar estudio selectivo del ganglio centinela?, ¿puede efectuarse la biopsia del ganglio centinela, teniendo en cuenta la cirugía previa de hace 6 años? y, tras la ablación de la prótesis y la mastectomía, ¿puede efectuarse una reconstrucción inmediata?

COMENTARIO DEL ONCÓLOGO

El tratamiento óptimo del carcinoma intraductal es la cirugía amplia. La mastectomía permite erradicar todo el tumor y el resto del parénquima mamario, evitando así el riesgo posterior. Sin embargo, diferentes estudios han demostrado que en lesiones pequeñas, menores de 4 cm, se obtienen resultados similares con la cirugía conservadora asociada a irradiación de la mama y a tratamiento con tamoxifeno.

La mastectomía evita el tratamiento adyuvante y, para evitar el defecto estético, la reconstrucción mamaria inmediata es la mejor opción en estos casos.

La necesidad de efectuar un estudio ganglionar en estos casos de carcinoma intraductal extenso sigue siendo controvertida y no se recomienda de forma generalizada. Sin embargo, en lesiones extensas en las que el estudio anatomopatológico puede descubrir un proceso microinfiltrante o infiltrante, la biopsia selectiva del ganglio centinela puede ser de gran utilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Burnstein HJ, Polyak K, Wong JS, Lester SC, Kesclin CM. Ductal carcinoma *in situ* of the breast. *N Engl J Med* 2004; 350: 1430-1441.
2. Fisher B, Dignam J, Wolmark N y cols. Lumpectomy and radiation therapy for the treatment of intraductal breast cancer: findings from National Surgical Adjuvant breast and Bowel Project B-17. *J Clin Oncol* 1998; 16: 441-452.
3. Grube BJ, Rose CM, Giuliano A. Local management of invasive breast cancer: axilla. En: Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK (eds.). *Diseases of the Breast* (3.ª ed.). Filadelfia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2004; pp. 745-784.
4. Luini A, Galimberti V, Gatti, G, Arnone P, Vento AR, Trifiro G y cols. The sentinel node after previous breast surgery: preliminary results on 543 patients treated at the European Institute of Oncology. *Breast Cancer Res Treat* 2005; 89: 159-163.
5. Trifiro G, Viale G, Gentilini O, Tavaini LL, Paganelli G. Sentinel node detection in pre-operative axillary staging. *Eur Nucl Med Mol Imaging* 2004; 31: S46-S55.

RESPUESTA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA*

La necesidad de efectuar un estudio ganglionar en una lesión extensa de aproximadamente 5 cm de diámetro es evidente. El antecedente de una mastoplastia de aumento periareolar con implantes subglandulares de 6 años de evolución hace que la alteración actual de la red linfática sea mínima, y por tanto no debería haber incompatibilidad alguna para la realización del estudio selectivo del ganglio centinela.

Después de la mastectomía y de la retirada del implante mamario, puede realizarse una reconstrucción inmediata sin ningún problema. Teniendo en cuenta que la paciente lleva una prótesis en la mama contralateral, la técnica recomendada sería la colocación de un expansor tisular y, después del proceso de expansión, la sustitución de éste por un implante definitivo.

Si el estado previo de las prótesis no fuera el adecuado, o si la paciente presentara contractura capsular, podría realizarse una reconstrucción mamaria con tejido autólogo (DIEP, SGAP, etc.).

* La respuesta es del cirujano Jaume Masia.



BIBLIOGRAFÍA

1. Carlson GW. Trends in autologous breast reconstruction. *Seminars in Plastic Surgery* 2004; 18(2): 79-84.
2. Pusic AL, Cordeiro PG. Breast reconstruction with tissue expanders and implants: a practical guide to immediate and delayed reconstruction. *Seminars in Plastic Surgery* 2004; 18(2): 71-77.



INTERCONSULTA 14

Paciente con antecedentes de epilepsia a la que se diagnostica un carcinoma intraductal

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 52 años con antecedentes de epilepsia, tratada con difenilhidantoinas, a la que se diagnosticó 5 años antes un carcinoma intraductal tipo comedocarcinoma de 2,5 cm de diámetro (con RH positivos), dentro de un programa de detección sistemática. Se efectuó una tumorectomía amplia con márgenes libres y se administró tratamiento con radioterapia sobre la mama y con tamoxifeno durante 5 años.

A los 5,5 años, una mamografía de control detectó la presencia de un grupo de microcalcificaciones en un área de aproximadamente 8 mm, que no estaban presentes en la anterior mamografía, realizada 1 año antes. Se efectuó una corebiopsia que fue positiva para carcinoma intraductal de alto grado. Se valoró esta afectación como una recidiva local en la mama de un CID, y se indicó el tratamiento quirúrgico de la lesión.

Se plantea como la mejor opción terapéutica la mastectomía con reconstrucción inmediata, pero se suscitan las preguntas siguientes: ¿puede efectuarse una cirugía conservadora, dado el tamaño de la lesión?, ¿es necesario evaluar la axila?

COMENTARIO DEL ONCÓLOGO

El tratamiento de elección de un carcinoma intraductal tipo comedocarcinoma menor de 4-5 cm es la tumorectomía amplia, seguida de radioterapia sobre la mama o de mastectomía en tumores mayores o en los que esté contraindicado el tratamiento conservador.

Varios estudios aleatorizados han demostrado que el tratamiento con radioterapia después de la tumorectomía reduce a la mitad la tasa de recurrencias locales, tanto de carcinomas invasivos como de nuevos CID. A pesar de ello, la tasa de recidivas oscila entre el 6 y el 15% en los 10 primeros años, y la mitad de los casos de recidiva son de carácter invasor.

El tratamiento de la recidiva, aunque no está estandarizado, debe seguir las mismas reglas, por lo que debe realizarse una mastectomía simple, sea cual sea

el tamaño de la misma, porque no puede ofrecerse una nueva irradiación. Respecto al estudio ganglionar, no hay una indicación clara y, por otra parte, la práctica de la biopsia selectiva del ganglio centinela está contraindicada, sobre todo cuando se ha realizado tratamiento previo con radioterapia.

La reconstrucción inmediata mejora la estética y secundariamente la calidad de vida de las pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bijker N, Peterse N, Duchateau L y cols. Risk factors for recurrence and metastasis after breast-conserving therapy for ductal carcinoma *in situ*: analysis of European Organization for Research and Treatment of Cancer Trial 10853. *J Clin Oncol* 2001; 19: 2263.
2. Fisher B, Land S, Mamounas E y cols. Prevention of invasive breast cancer in women with ductal carcinoma *in situ*: an update of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Experience. *Semin Oncol* 2001; 28: 400.
3. Houghton J, George WD, Cuzick J y cols. Radiotherapy and tamoxifen in women with completely excised ductal carcinoma *in situ* of the breast in the UK, Australia, and New Zeland: randomized controlled trial. *Lancet* 2003; 362: 95-102.

RESPUESTA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA*

En cuanto a la posibilidad de realizar una reconstrucción inmediata, no hay duda de que, si no hay ninguna contraindicación, el beneficio para las pacientes es enorme, ya que mejora la calidad de vida al minimizar las secuelas físicas y psíquicas de la amputación mamaria.

En esta paciente, que ha sido irradiada, deberíamos prescindir de las técnicas que utilizan los implantes mamarios, ya que la probabilidad de complicaciones es muy elevada y las expectativas de resultados satisfactorios son mínimas. Deberemos plantear una reconstrucción con tejido autólogo; en este grupo de técnicas, la intervención recomendada sería la reconstrucción microquirúrgica mediante colgajo DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator). Esta técnica, desarrollada a finales de la década de 1990, se ha convertido en el estándar de referencia en los centros de cirugía plástica de mayor reputación del mundo.

* La respuesta es del cirujano Jaume Masjà.



El DIEP nos ofrece una excelente calidad de la reconstrucción, con resultados naturales y definitivos. Únicamente utiliza la piel y la grasa del abdomen, sin alterar para nada los músculos de éste. La reconstrucción es pues fisiológica, ya que utilizamos la piel y la grasa más parecida a la de la mama amputada, mejorando incluso el contorno abdominal debido a que la zona donante es tratada como una dermolipectomía estética. Esta reconstrucción mamaria evolucionará en armonía con el resto del cuerpo a lo largo de los años, ya que aumentará de volumen si la paciente aumenta de peso y lo perderá si adelgaza.

BIBLIOGRAFÍA

1. Allen RJ, Treece P. Deep inferior epigastric perforator flap for breast reconstruction. *Ann Plast Surg* 1994; 32: 32-38.
2. Blondeel PN. One hundred free DIEP flap breast reconstructions: a personal experience. *Br J Plast Surg* 1999; 52: 104-111.
3. Carlson GW. Trends in autologous breast reconstruction. *Seminars in Plastic Surgery* 2004; 18(2): 79-84.
4. Gill P, Hunt J, Guerra A y cols. A 10-year retrospective review of 758 DIEP flaps for breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2004; 113: 1153-1160.
5. Nahabedian MY, Momen B, Galdino G y cols. Breast reconstruction with the free TRAM or DIEP flap: patient selection, choice of flap, and outcome. *Plast Reconstr Surg* 2002; 110: 466-475.



INTERCONSULTA 15

Paciente sin antecedentes de interés a la que se diagnostica un carcinoma ductal infiltrante

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 59 años de edad sin antecedentes de interés que acudió a consulta con una tumoración en el cuadrante superior externo de mama derecha, de 10 × 9 cm de diámetro y con una intensa infiltración cutánea y eritema en un área de 2 cm, así como una adenopatía axilar de 2,5 cm de diámetro. La mamografía confirmó la existencia de un proceso neofornativo localmente avanzado, y la biopsia trucut mostró la presencia de un carcinoma ductal infiltrante de grado II/III, RE y receptores de progesterona positivos; Her-2 neu fue negativo. El estudio de extensión con ecografía abdominal, RX de tórax y escintigrafía ósea fue negativo.

Se valoró el carcinoma como de grado T4N1M0 (estadio IIIB) y se efectuó un tratamiento con quimioterapia neoadyuvante (una combinación de epirrubicina y docetaxel). Tras administrar seis ciclos de quimioterapia, se observó una remisión clínica parcial superior al 75%; la exploración física fue negativa, y no se palpó tumor en la mama ni adenopatías axilares, aunque en la mamografía persistía una imagen tumoral de 1,5 cm, sin afectación de piel. Ante esta situación, se indicó el tratamiento quirúrgico con radioterapia posterior.

Se plantea al cirujano plástico la posibilidad de efectuar una mastectomía con vaciamiento ganglionar axilar y reconstrucción inmediata tipo DIEP, y después la administración de radioterapia. ¿Es más conveniente efectuar la reconstrucción diferida después de completar el tratamiento con cirugía y radioterapia?

COMENTARIO DEL ONCÓLOGO

Los mejores resultados del tratamiento del cáncer de mama localmente avanzado en estadios IIIA, IIIB y IIIC, tanto para el control local como para la supervivencia, se consiguen cuando se combinan la quimioterapia neoadyuvante, la cirugía y la radioterapia posterior.

La quimioterapia primaria con antraciclina y taxanos es ahora el tratamiento de elección, ya que consigue un alto porcentaje de respuestas clínicas y entre un 15-20% de respuestas patológicas completas. El pronóstico de la enfermedad está en relación con el tipo de respuesta y con la afectación ganglionar.

Dado el riesgo de recaída local, la radioterapia debe realizarse después de la cirugía en todos los casos, e incluir todas las áreas ganglionares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Favret AM, Carlson RW, Goffinet DR, Jeffrey SS, Dirbas FM y cols. Locally advanced breast cancer: is surgery necessary. *Breast J* 2001; 7(2): 131-137.
2. Hortbagyi GN, Singletary SE, Strom EA. Treatment of locally advanced and inflammatory breast cancer. En: Harris J (ed.). *Diseases of the breast*. Filadelfia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2000.
3. Hunt K, Robb GL, Strom EA, Ueno NT. *Breast cancer*. Springer, 2003; p. 321.

RESPUESTA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA*

La posibilidad de realizar una mastectomía con vaciamiento ganglionar axilar y reconstrucción inmediata tipo DIEP es totalmente factible. A pesar de que la reconstrucción con tejido abdominal vascularizado soporta perfectamente la irradiación a la que sería sometida, existe la probabilidad de que aparezcan nódulos de necrosis grasa en las zonas más marginales del colgajo.

Nuestro objetivo como cirujanos plásticos es ofrecer el mejor resultado posible y, por tanto, si no existe una necesidad inaplazable, ya sea por motivos de cobertura del defecto quirúrgico o por condicionantes psíquicos de la paciente, recomendaríamos realizar la reconstrucción de forma diferida, unos meses después de la finalización del tratamiento con radioterapia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Allen RJ, Treece P. Deep inferior epigastric perforator flap for breast reconstruction. *Ann Plast Surg* 1994; 32: 32-38.
2. Blondeel PN. One hundred free DIEP flap breast reconstructions: a personal experience. *Br J Plast Surg* 1999; 52: 104-111.
3. Nahabedian MY, Momen B, Galdino G y cols. Breast reconstruction with the free TRAM or DIEP flap: patient selection, choice of flap, and outcome. *Plast Reconstr Surg* 2002; 110: 466-475.
4. Rogers N, Allen R. Radiation effects on breast reconstruction with the deep inferior epigastric perforator flap. *Plast Reconstr Surg* 2002; 109: 1919-1924.

* La respuesta es del cirujano Jaume Masia.



Schering-Plough, S.A.