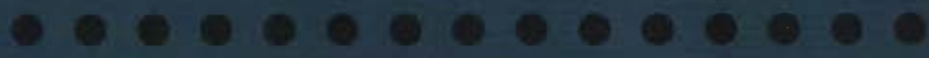


Casos Clínicos
en Patología Tumoral



Cáncer de mama V



¿MASTECTOMÍA SUBCUTÁNEA EN CÁNCER DE MAMA?

C. Vázquez Albaladejo, F. Llopis Martínez

Servicio de Cirugía. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia

PRESENTACIÓN

Paciente de 28 años que consulta por nódulo en mama izquierda, en línea intercuadrántica superior. En la mamografía se observa el nódulo clínico asociado a la presencia de microcalcificaciones (fig. 1).

Es intervenida en marzo de 1996 practicándose biopsia extemporánea que informa de carcinoma ductal no infiltrante (CDNI) de 9 mm por lo que se practica re-resección del área de tumorectomía que presenta extensión lobulillar por CDNI y toma de límites retroareolar, interno, externo y profundo que están libres de infiltración.

El Comité de Tumores decide completar el tratamiento con radioterapia (50 Gy) que concluyó en junio.

Se había comprobado la exéresis del área del nódulo y microcalcificaciones por radiografía del espécimen quirúrgico y que no restaban microcalcificaciones mediante mamografía izquierda, tal y como practicamos rutinariamente en todos los pacientes tratados con cirugía conservadora por tumor diagnosticado por la presencia de microcalcificaciones.

En octubre, en el control mamográfico tras radioterapia se descubre la presencia de nuevas microcalcificaciones en el área de la tumorectomía previa, asociadas a alteración fibrilar.

Ecográficamente se manifestaba como un área nodular de 19 × 18 mm.

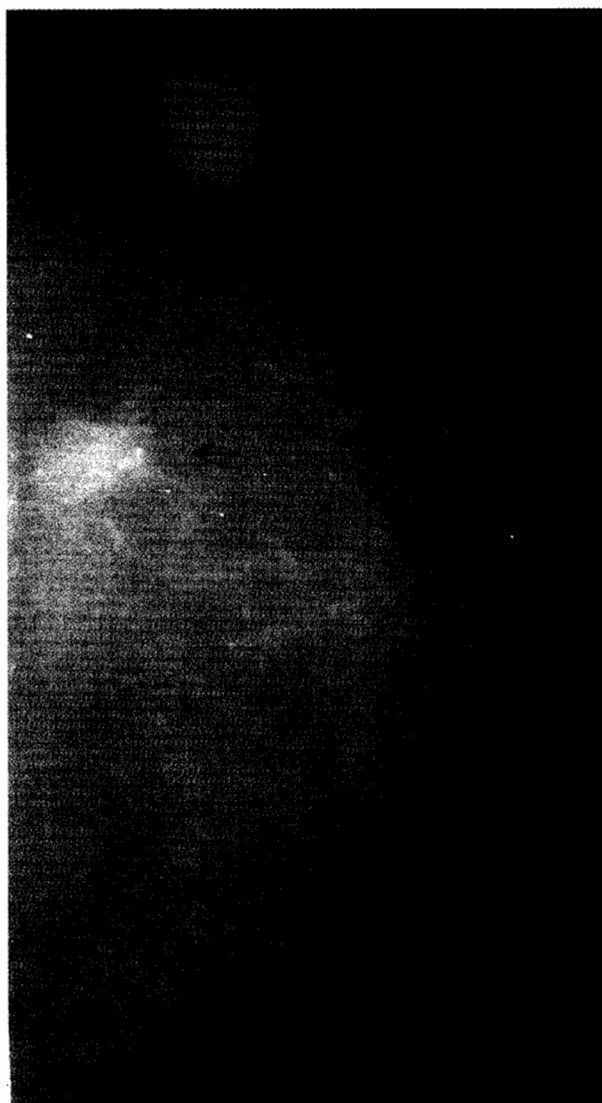


Fig. 1



Fig. 2

Es reintervenida el 10-10-96 practicándose resección del área de microcalcificaciones marcada con arpón por esterotaxia.

El informe anatomopatológico reveló focos de carcinoma ductal no infiltrante y fibrosis postradioterapia.

La mamografía izquierda de control postintervención evidenció la persistencia de microcalcificaciones, por lo que dada la juventud y deseo de la paciente fue reintervenida practicándose adenomastectomía subcutánea y colocación de prótesis de tipo Expander, submuscular. En marzo de 1997 se cambió el Expander por la prótesis definitiva de suero fisiológico hasta alcanzar el volumen de expansión necesario para conseguir la simetría con la segunda mama (fig. 2). En junio de 1997 se encuentra libre de enfermedad.

DISCUSIÓN

La adenomastectomía (ADM) o mastectomía subcutánea ha sido una técnica muy controvertida en su indicación. La falta de radicalidad al no extir-

par toda la glándula mamaria ha hecho que fuera rechazada para tratar los tumores mamarios malignos.

Sin embargo, al aumentar el número de carcinomas mamarios y el diagnóstico precoz en muchos casos a causa de las campañas de *screening* actuales, y al haber aprendido los cirujanos a ser más conservadores practicando tumorectomías amplias o cuadrantectomías para tumores de pequeño tamaño, nos hace replantear el uso de la ADM como una indicación actualmente válida en casos muy seleccionados.

En tumores microinvasivos, carcinomas no infiltrantes y en casos de multicentricidad nos parece que una ADM bien realizada, que extirpa el 90-95% del tejido glandular, puede ser una alternativa útil (1-3). Además es requerida cada vez por un mayor número de pacientes jóvenes con antecedentes familiares en primer grado de cáncer de mama, con biopsias mamarias previas con resultados anatomopatológicos de alto riesgo, «pre malignos», como hiperplasias ductales atípicas, hiperplasias lobulillares atípicas y carcinoma o neoplasia lobulillar *in situ*, y/o mastectomizadas por un tumor invasivo. El riesgo de desarrollar un cáncer en la segunda mama en pacientes mastectomizadas ha sido estimado por Robins y Leis en un 1% anual después de la mastectomía, lo que para pacientes jóvenes premenopáusicas puede alcanzar hasta un 40%. Woods en la Clínica Mayo ha practicado 1.500 mastectomías subcutáneas en 22 años. De estas pacientes sólo 5 desarrollaron cáncer, lo que representa un 0,0033%, y además todas sobrevivieron tras la exéresis del tejido mamario residual y los ganglios axilares (4).

En el caso presente las recaídas locales precoces tras tratamiento local de su CDNI, expresado por la presencia de neo-microcalcificaciones en dos ocasiones en menos de un año, nos hizo indicar la estrumectomía subcutánea como solución definitiva, con la colocación de un expansor de volumen, necesario al haber sido irradiada en su caso hasta conseguir el volumen apropiado para la colocación de una prótesis definitiva de silicona rellena de suero fisiológico que ha dejado satisfecha estéticamente a la joven paciente.

COMENTARIO DEL COORDINADOR

Los autores plantean a propósito de este caso el interesante problema de la indicación de la mastectomía subcutánea en el tratamiento del cáncer de mama precoz, que sin duda va a ser objeto de reconsideración en los próximos años. Es cierto que la mastectomía subcutánea no erradica el tejido glandular mamario en su totalidad y, por tanto, no garantiza absolutamente que no pueda aparecer un cáncer asentado en el tejido residual. Pero no hay que olvidar que el tejido glandular residual tras la

mastectomía subcutánea es escaso (lo que reduce notablemente el riesgo de recaída) y superficial (lo que lo hace muy accesible al diagnóstico precoz en caso de que se genere un nuevo cáncer). Los axiomas terapéuticos en cáncer de mama serán sin duda revisados en los próximos años, como lo han sido en los precedentes. Entre ellos, la invalidez de la mastectomía subcutánea como tratamiento profiláctico o terapéutico del cáncer de mama será, sin duda, uno de los objetos de debate.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bostwick J. Prophylactic mastectomy. En: Bohmert H. (ed). *Breast cancer and breast reconstruction*. Stuttgart 1982. George Thieme Verlag KG.
2. Dinner MI, Labandter HP. *Total mammary adenectomy with histologic evaluation and immediate reconstruction*, *Plast Reconstr Surg* 1981; 68:505.

3. Freeman BS. *Subcutaneous mastectomy for benign breast lesions with immediate or delayed prosthetic replacement*. *Plast Reconstr Surg* 1982; 30: 676.
4. Woods JG, Meland NB. *Conservative management in full thickness nipple areolar necrosis after subcutaneous mastectomy*. *Plast Reconstr Surg* 1989; 84:258.