

INFORME DE CASO

El sarcoma mamario: experiencia cubana con dos pacientes

Dr. Rodolfo Morales Valdés¹

Dr. Jesús de Armas Prado¹

Rodolfo Morales Mato²

RESUMEN

Se presentan dos casos de pacientes femeninas que acudieron a la Consulta de Cirugía por presentar una lesión mamaria de gran tamaño; ambos resultaron ser sarcomas mamarios. El caso número 1 corresponde a una paciente de 60 años de edad de la República de Mali que se presentó en el Hospital de Kati con una tumoración localizada en una mama supernumeraria derecha y fue atendida por un colaborador cubano que trabaja en el Hospital Provincial Universitario “Arnaldo Milián Castro” de la Provincia de Villa Clara, Cuba, que actualmente cumple misión internacionalista en ese país africano; el caso número 2 es una paciente de 65 de edad que se atendió en la Consulta multidisciplinaria del ya mencionado hospital villaclareño por padecer una lesión de gran tamaño en la mama derecha.

DeCS:

NEOPLASIAS DE LA MAMA
SARCOMA/cirugía

SUMMARY

Two cases of female patients attending the Surgery Department for having a large breast lesion are presented. Both cases had breast sarcomas. Case 1 corresponds to a patient of the Republic of Mali, a 60-year-old patient who attended the Kati hospital in that nation. The patient, presenting a tumor located in a right supernumerary breast, was treated by a Cuban doctor belonging to the Arnaldo Milián Castro Provincial University Hospital of Villa Clara, Cuba, who is currently serving international mission in the African country. Case No. 2 is a 65-year-old female patient who attended the multidisciplinary consultation of the aforementioned hospital in Villa Clara because of a large lesion in the right breast.

MeSH:

BREAST NEOPLASMS
SARCOMA/surgery

El cáncer de mama es actualmente la neoplasia maligna más frecuente en mujeres, afecta a una de cada doce en el mundo occidental y corresponde al 30% de la totalidad de los tumores malignos en la población femenina.¹ Si bien la mayoría de estas lesiones surgen del epitelio, el estroma también puede dar origen a neoplasias que, en general, son similares en apariencia a las lesiones mesenquimáticas vistas en cualquier otro órgano.

El sarcoma de mama fue descrito por Chibelius en 1828. Estas neoplasias representan menos del 1% de las neoplasias mamarias y menos del 5% de todos los sarcomas de tejidos blandos; la incidencia anual en los Estados Unidos es aproximadamente de 17,5 nuevos casos por millón de mujeres. Existen tres tipos

histológicos de tumores dentro de la categoría de sarcomas mamarios: el cistosarcoma filodes (el más frecuente), los angiosarcomas y un grupo heterogéneo de sarcomas estromales primarios.²

Se presentan dos casos de pacientes femeninas que acudieron a la Consulta de Cirugía por presentar una lesión mamaria de gran tamaño; ambos casos resultaron ser sarcomas mamarios. El caso número 1 corresponde a una paciente de 60 años de edad de la República de Mali que se presentó en el Hospital de Kati, en ese país, con una tumoración localizada en una mama supernumeraria derecha y fue atendida por un colaborador cubano del Hospital Provincial Universitario "Arnaldo Milián Castro" de la Provincia de Villa Clara, Cuba, que actualmente cumple misión internacionalista en ese país africano. El caso número 2 es una paciente de 65 de edad que se atendió en la Consulta multidisciplinaria del ya mencionado hospital villaclareño por padecer una lesión de gran tamaño en la mama derecha. Debido a la poca frecuencia de estos tipos de tumor se propone como objetivo presentar dos casos de sarcomas mamarios atendidos por personal cubano en su función asistencial dentro y fuera de Cuba.

PRESENTACIÓN DE LAS PACIENTES

Paciente 1

Paciente de 60 años de edad oriunda de Mali que fue admitida en el Servicio de Cirugía del Hospital de Kati, en ese país, por una gran tumoración de 20cm de diámetro, localizada en una mama derecha supernumeraria con toma de la mama homolateral y metástasis ganglionar axilar. La lesión, según sus propias referencias, llevaba un año de evolución; estaba ulcerada, con signos de infección y fetidez extrema, lo que obligó a utilizar la antibioticoterapia y la cura local para mejorar las condiciones sépticas. La mama derecha no supernumeraria presentaba el signo de piel de naranja (ver flecha roja en la figura), por lo que clínicamente se confirmó que también estaba tomada. Dada la extensión del tumor y el estadio avanzado de la enfermedad se decidió realizar una mastectomía sanitaria derecha con ablación de la mama supernumeraria afectada y dejar abierta la herida por la imposibilidad de cerrar los colgajos; se mantuvo en la sala por un período prolongado de dos meses.

Debido a las limitaciones económicas de la paciente, de sus familiares y del propio país, en el que no existe ningún Servicio de Oncología, fue por lo tanto imposible otro tipo de tratamiento adyuvante al respecto. El diagnóstico histológico fue de tumor phyloides (TF) maligno de mama supernumeraria en estadio 4.



Figura 1. Tumoración de 20cm en mama supernumeraria derecha y toma de la mama homolateral.



Figura 2. Aspecto macroscópico de la lesión, obsérvese el signo de piel de naranja en la mama derecha.

Paciente 2

Paciente femenina de 65 años edad, de piel blanca, que asiste a la Consulta multidisciplinaria de mama en el Hospital Provincial Universitario "Arnaldo Milián Castro" de la Provincia de Villa Clara, Cuba. El principal síntoma era una lesión no dolorosa de gran tamaño en la mama derecha con rápido crecimiento.

Al examen físico esta mama era, con respecto a la mama contralateral, asimétrica, compacta y sin signos inflamatorios. La biopsia por aspiración con aguja fina dio positiva a células neoplásicas y, por el tamaño de la lesión, no se realizó mamografía; se procedió a la intervención quirúrgica, en este caso con la utilización de la clásica técnica de mastectomía radical de Halsted con vaciamiento ganglionar debido a la adhesión a planos profundos del tumor y por el propio origen histológico del mismo, con la posible toma de los músculos pectorales mayores y menores, por lo que se hizo la resección de los mismos, que ya presentaban cambios morfológicos, sin metástasis en ganglios axilares. El diagnóstico histológico fue sarcoma fusocelular con patrón de fibrosarcoma de bajo grado de malignidad. El tratamiento posterior continuó con quimioterapia y se decidió, por parte del equipo, no utilizar la radioterapia porque existe evidencia de la radioresistencia de este tipo de tumor. (Figura 3)



Figura 3. Aspecto macroscópico de la lesión antes y durante la intervención y pieza quirúrgica final.

COMENTARIO FINAL

Los tumores mamarios de origen epiteliales son muy frecuentes, en tanto los no epiteliales tienden a ser raros y sus características son similares a las de neoplasias mesenquimáticas de otros órganos; los sarcomas, particularmente, tienen una prevalencia alrededor del 1% en las neoplasias de mama.^{1,2} El tumor phyloides de la mama es una enfermedad muy rara (representa un 0,2% de las neoplasias mamarias)³ y es el más frecuente de los sarcomas;² es Johannes Müller quien describe por primera vez, en 1838, un tipo de tumor de contenido quístico, aspecto carnososo y con hendiduras en su interior semejantes a las hojas de un libro: el tumor phyloides.⁴ Su origen es aun desconocido y se clasifican en benignos, borderline y malignos. Estos tumores poseen un comportamiento que tiende a ser incierto;³ su diagnóstico anatomopatológico se realiza en función del sobrecrecimiento estromal, la hipercelularidad y el incremento en el número de

mitosis, aunque tiene también un componente epitelial, por lo que suele confundirse con el fibroadenoma. Su diferencia principal es un acentuado contenido estromal que representa la parte más importante de esta neoplasia; además, se dice que suele nacer mayoritariamente del estroma periductal.⁴

La mama supernumeraria es una malformación presente en el 10% de la población⁵ en las revisiones realizadas, no se encontraron otros informes de TF en una mama supernumeraria; aunque existe evidencia de un caso con sarcoma mamario en el que la paciente poseía una mama supernumeraria, pero en la investigación no se recoge información sobre si existía toma o si la lesión primaria aparecía en la misma, es decir, en la mama supernumeraria.⁶ El caso número 1 arribó tardíamente por desconocimiento, miedo, ignorancia, carencias económicas y por la falta de un adecuado nivel de atención primario de salud, lo que no se puede del todo afirmar que haya rendido mejores frutos en cuanto al caso número 2 si se tiene en cuenta que, con un mayor nivel educacional y buena accesibilidad a los servicios médicos, sobre todo por la gratuidad de los mismos, se recibió a la paciente con una gran tumoración; aunque las condiciones del tratamiento si fueron cualitativamente superiores, principalmente la atención oncológica, que no fue realizada en la paciente de Mali porque en este país no existe Servicio de Oncología y, por tanto, tampoco los recursos ni el personal necesario para ello; sin embargo, aun existen dudas sobre la efectividad de la quimioterapia y la radioterapia en estos tipos de enfermedades debido, en primera instancia, a que la inexistencia de amplias series de sarcomas mamarios ha impedido extraer conclusiones terapéuticas y pronósticas.¹⁻⁴

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chirife AM, Celeste F, Giménez L. Sarcomas primarios de mama. Medicina. (Buenos Aires). 2006 mar-abr;66(2):135-8.
2. Ramia JM, Pardo R, Padilla D. Sarcoma estromal de mama. Cir Esp. 2000;67(367):313-14.
3. Ibáñez RG, Andrés Marambio G. Tumor filoides de la mama. Rev Chil Cir. 2010;62(2):119-24.
4. Martín Medrano E, González Blanco I, Sánchez del Río M. Tumor filoides de mama. Servicio de Obstetricia y Ginecología-Hospital Universitario "Río Hortega" Valladolid. Ginecol Obstetr Clin. 2006;7(1):16-23.
5. Guerra Cabrera JM, Antelo Gordillo ME. Supernumerary-breast. A case presentation mama. MediSur. 2010;8(3):54-7.
6. Franceschi K, Herrera NJ, Hurtado OA. Liposarcoma primario de mama: Presentación de caso y revisión de literatura. Rev Venez Oncol. 2007 may;19(2):152-157.

DE LOS AUTORES

1. Especialista de I y II Grados en Cirugía General. Profesor Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz". E-mail: jesusdap@hamc.vcl.sld.cu.
2. Estudiante de 3er. año de Medicina. Instructor no graduado de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara. Email: rodolfomm@hamc.vcl.sld.cu.