

Resúmenes de trabajos libres

CARCINOMA METAPLÁSICO DE MAMA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Dr. Carvajal Ocampo Dante*, Dr. Sánchez Rodríguez Nicolás*, Dr. Flores Baños Edgar*, Dr. García Rodríguez Francisco*, Dra. Gil García Rebeca*, Dra. Cortez Gutiérrez Evelyn**, Dr. Álvarez Maza Jorge*, Dr. Serrano Ortiz Rodrigo*

* *Dpto. Oncología, Hospital Juárez de México.*

** *Dpto. Anatomía Patológica, Hospital Juárez de México*

Introducción: Los sarcomas de mama son tumores controvertidos y poco frecuentes. Este tipo de tumores requieren un estudio extenso de múltiples secciones para localizar la presencia del componente epitelial, cuya búsqueda puede ser laboriosa. Hueso y cartílago son los componentes mayoritarios en este tipo de tumores.

Presentación del caso: Femenina de 63 años con cuadro clínico de dos meses de evolución con la presencia de nódulo mamario derecho, de crecimiento lento, progresivo, asintomático. Alcanza un tamaño de 4x5 cm. Se encontró a la exploración física nódulo en CSE mama derecha, mastografía con imagen de mayor densidad en CSE, de bordes irregulares, mal definidos, así como ligera distorsión, se cataloga como BIRADS V. Se realiza biopsia con RHP de carcinoma metaplásico con diferenciación condroide. Se realiza MRM tipo Patey, posteriormente se maneja con telerradioterapia con cobalto 60. Actualmente se encuentra la paciente en seguimiento sin datos de recaída locorregional.

Difusión: El término de carcinoma metaplásico se utiliza para definir tumores de mama con un componente mixto, epitelial y mesenquimal. Wargotz y Norris clasificaron los carcinomas metaplásicos en cinco categorías. El diagnóstico diferencial lo podemos establecer con el cistosarcoma Phyllodes maligno el cual puede presentar cambios metaplásicos tales como: liposarcoma, condrosarcoma, osteosarcoma y rhabdomyosarcoma. El mejor pronóstico para estos tumores incluye la duración de los síntomas, el estadio TNM, el tamaño tumoral y el estado de los ganglios axilares. El único

tratamiento curativo para los carcinomas metaplásicos es una adecuada excisión quirúrgica junto con la realización del vaciamiento ganglionar axilar.

BIOPSIA QUIRÚRGICA DIRIGIDA: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Dr. Carvajal Ocampo Dante*, Dr. Sánchez Rodríguez Nicolás*, Dra. Espinosa Cruz Verónica**, Dr. Flores Baños Edgar*, Dr. García Rodríguez Francisco*, Dr. Serrano Ortiz Rodrigo*, Dr. Álvarez Maza Jorge*.

* *Dpto. Oncología, Hospital Juárez de México*

** *Dpto. Radiología, Hospital Juárez de México*

Introducción: La mamografía es una técnica de diagnóstico muy sensible, pero poco específica, por lo que por sí misma no puede probar que una lesión visible en las diferentes proyecciones sea un cáncer de la mama. Una lesión en la mamografía de carácter sospechoso siempre precisa una biopsia para confirmar el diagnóstico.

Material y métodos: De enero del 2002 a diciembre del 2003 se revisaron las biopsias de lesiones sospechosas de mama previo marcaje mediante mamografía en el Hospital Juárez de México. Se registro: la edad, sintomatología, antecedentes, estado hormonal, BIRADS, padrón mastográfico, resultado de la biopsia, así como complicaciones de la misma.

Resultados: 41 pacientes con una edad promedio de 51 años (38-74), 8 contaban con antecedentes de cáncer de mama contralateral, 29 posmenopáusicas y 12 premenopáusicas, 26 fueron asintomáticas y 15 refirieron un grado de mastalgia así como una además retracción de pezón, 5 fueron BIRADS II, 18 B III, 14 B IV y 4 B V, 35 presentaron microcalcificaciones, 35 reportó enfermedad benigna y 6 enfermedad maligna, 5 presentaron complicaciones menores.

Discusión: La mayoría de estas lesiones identificadas durante los programas de detección son benignas pero se ha identificado un porcentaje de 9 a 63 % de lesiones malignas. Existen varios métodos para la

localización de las lesiones no palpables dentro de las cuales se encuentran: las guiadas por ultrasonido, guiadas con la colocación preoperatorio de alambre, biopsia estereotáxica.

El factor más importante en el éxito de este enfoque es lo cerca que se coloque la aguja localizadora de la anomalía mamográfica.

ANÁLISIS MULTIVARIADO PARA EL PRONÓSTICO DEL TUMOR PHYLLODES DE MAMA

Cruz Barajas S., Paredes López A., Aguilar Gallegos U.I., Andrade Manzano A.F.

Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala" IMSS, México D.F.

Objetivo: El tumor phyllodes de mama es una rara neoplasia mamaria con un comportamiento impredecible. La recurrencia o muerte por metástasis se ha relacionado con factores histológicos de la neoplasia. El objetivo del estudio es determinar mediante un análisis multivariado cuáles son los factores histológicos que influyen en el pronóstico del tumor phyllodes.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en 50 pacientes con tumor phyllodes evaluándose: tipo de cirugía, bordes del tumor, límites quirúrgicos, atipia celular, sobrecrecimiento estromal, celularidad e índice mitótico. Se realizó un análisis univariado y multivariado y curvas de supervivencia de Kaplan-Meier

Resultados: La media de edad de las pacientes fue de 44.9 años. Se realizó mastectomía en 16 pacientes y en 34 pacientes excisión amplia. La recurrencia se presentó en 14 pacientes (28%). Tres pacientes (6%) fallecieron por desarrollar metástasis pulmonares. El seguimiento tuvo una media de 56.1 meses. El análisis univariado mostró que los límites quirúrgicos, la atipia celular, el índice mitótico y el sobrecrecimiento estromal fueron estadísticamente significativos para el pronóstico. El análisis multivariado mostró que los límites quirúrgicos, los bordes, la celularidad, el sobrecrecimiento estromal, la atipia celular y el tipo de cirugía realizada fueron significativos para el pronóstico. La supervivencia por el análisis de Kaplan-Meier sólo mostró que los límites quirúrgicos, los bordes, la celularidad, el sobrecrecimiento estromal y atipia celular tuvieron significancia estadística.

Conclusiones: Los límites quirúrgicos, el sobrecrecimiento estromal, las atipias celulares y la celularidad fueron estadísticamente significativos como factores pronósticos tanto en el análisis univariado, multivariado y para la supervivencia. No hay un solo hallazgo histo-

lógico que pueda predecir la conducta del tumor pero una combinación de varias características es de mayor ayuda para el pronóstico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMOR PHYLLODES Y FIBROADENOMA EN ESTUDIOS DE IMAGEN EN PACIENTES MENORES DE 30 AÑOS

Funes T.E., Calva R. A., Espejo F. R., Gómez G. G., Alemán R. M., Hernández O. J., García B. C., Albrandt S.A., Pérez R. Z

Departamento de Radiología e Imagen. Fundación Clínica Médica Sur. México D.F.

Objetivos: El presente estudio tiene por objeto la presentación de algunos casos, en pacientes de diferentes edades en donde el ultrasonido da una gama variada de características semiológicas que permitieron dar como diagnóstico presuntivo tumor Phyllodes, siendo corroborado esto por histopatológica. Muchos artículos avalan que es el estudio histopatológico que da el diagnóstico definitivo, pero conociendo su comportamiento histopatológico y con el advenimiento de equipos de alta resolución en ultrasonido este diagnóstico se puede sospechar, sin dejar a la espectancia pacientes con diagnósticos erróneos de fibroadenoma, sin el manejo urgente que requiere el T. Phyllodes.

Introducción: El tumor Phyllodes es considerado un tumor bifásico constituido por elementos epiteliales benignos y un estroma denso, éste fue descrito en 1838 y ha sido motivo de controversia en relación con su denominación, pronóstico, tratamiento y diferenciación diagnóstica.

La presencia de una masa de crecimiento rápido, con características por imagen muy propias del mismo debe hacernos sospechar en esta patología; el ultrasonido demuestra una masa predominantemente sólida, con imágenes anecoicas centrales, contornos lisos o lobulados, algunas veces móviles que pueden simular un fibroadenoma.

VALIDACIÓN DEL MAPEO GANGLIONAR Y BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA AXILAR EN CÁNCER DE MAMA

Flores-Díaz L.A. Barroso-Bravo S. Zarco G. Nájera I. Gómez del Toro M. Alvarado-Cabrero I. Rodríguez-Cuevas S. Segura-Romero L.A.

Departamento de Tumores de Mama, Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS; México D.F.

Antecedentes: El ganglio centinela (GC) en mujeres con cáncer de mama es un marcador del resto del status de la axila y su valor reside en la posibilidad de evitar la disección axilar cuando el ganglio resulta negativo. Antes de evitar la disección axilar se debe demostrar que el porcentaje de hallazgo del GC es mayor al 90% y el porcentaje de falsos negativos (GC negativo y ganglio (s) positivo en el resto de la disección) es menor del 5%.

Objetivo del estudio: Validar los datos que nos permitan evitar la disección axilar

Material y métodos: Del 1º de marzo del 2002 al 30 de Abril del 2004 se incluyeron 77 casos de mujeres con cáncer de mama EC I y II sin ganglios palpables, sin tratamiento previo. Todos los casos fueron sometidos a mapeo ganglionar y biopsia del GC con técnica de colorante azul patente y/o sonda gamma (medicina nuclear) y sometidos a disección axilar. Se excluyeron para el análisis los casos en los que no se encontró el GC

Resultados: De los 77 casos se encontró el GC en 72 (93%) que correspondieron a mujeres con cáncer de mama de edad promedio de 56 años (37-86) y etapas I (n=9-12%) IIA (n=56-78%), IIB (n=7-10%). El GC fue buscado con técnica de colorante en 39 casos (54%) y azul más sonda gamma en 33 casos (46%). Fue hallado en el nivel I axilar en 69/72 (96%). El número total de GC hallados fue de 109 para un promedio de 1.6 y el número total de ganglios disecados fue 1,065 para un promedio de 15 ganglios por disección axilar. Hubo 32/72 (45%) casos con GC positivos y 7/72 (9%) en los que el GC resultó negativo y algún otro ganglio de la disección axilar positivo (falsos negativos)

Discusión: Los resultados del estudio son congruentes con los reportados en la literatura. Como el grupo el servicio de tumores de mama está arriba del 90% de hallazgo del GC, sin embargo es todavía inaceptable el porcentaje de falsos negativos (arriba del 5%). La validación del método entonces, requerirá un número mayor de casos, para alcanzar la meta de tener por cirujano más de 20 procedimientos con hallazgo del centinela arriba del 90% y falsos negativos menores del 5%

Conclusión: Antes de evitar la disección axilar en pacientes con GC negativo en las Unidades Mamarias o en forma personal, se deben validar las cifras antes mencionadas.

CÁNCER DE MAMA EN HOMBRES. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Hernández Rubio A, García Rodríguez F, Jiménez Villanueva X, Mena Rossano C, Alvarado C, Gil García R, Alvarez Maza J, Carbajal Dante

Es una enfermedad rara, que representa aproximadamente el 1% de todos los cánceres de mama, y representa menos del 1% de muertes anuales en hombres. Muir y cols. reportaron una incidencia en Recife, Brasil para cáncer de mama en hombres de 3.4 por cada 100,000 hab. Aunque se han descrito presentaciones de cáncer en jóvenes, generalmente se encuentra entre los 60-70 años, 10 años más tarde que en las mujeres. Dentro de los factores de riesgos asociados se encontraron: historia familiar de cáncer de mama, exposición a radiación, padecimientos que presentan concentraciones altas de estrógenos (cirrosis, Sx de Klinefelter), pacientes tratados por CA de próstata, patología testicular, homosexuales. La mayoría del tejido rudimentario en hombres está localizado en el área subareolar, como resultado el cáncer se presenta como masa firme subareolar y dolor, otros hallazgos incluyen: retracción del pezón, ulceración de la piel y debido al escaso tejido mamario fijación al músculo, adenopatía axilar. El diagnóstico debe realizarse por la identificación de una masa sospechosa de la mama y la confirmación de cáncer, mediante biopsia. El tipo patológico más común es el carcinoma ductal infiltrante por arriba del 85% de los casos, el carcinoma lobulillar es raro, la enfermedad de Paget sólo ha sido descrita en 32 hombres. En contraste receptores de E-P en Ca de mama en hombres se encuentran en 91 y 96% positivos respectivamente. La estadificación es la establecida para CA de mama en mujeres. El tratamiento del cáncer de mama en hombres es quirúrgico. La mastectomía es el procedimiento más frecuente. La proximidad del tumor a la pared torácica y la cantidad relativamente pequeña impiden una mastectomía parcial. En la actualidad la mastectomía radical modificada es la cirugía de elección, a menos que exista compromiso del músculo pectoral. Se aconsejan las disecciones axilares de niveles I y II para carcinomas invasores. Se ha comunicado la mastectomía total seguida de radioterapia. En vista de la experiencia en el tratamiento de pacientes del sexo femenino, se recomienda la hormonoterapia o la quimioterapia adyuvante para pacientes con ganglios positivos. La quimioterapia citotóxica se considera el enfoque de primera línea en pacientes negativos para receptores hormonales. Se presenta el caso de paciente masculino de 82 años, sin antecedentes de Ca de mama en

la familia, sin factores de riesgo, de ocupación carpintero, tabaquismo y alcoholismo negados. El cual presenta padecimiento de 18 meses de evolución caracterizado por presencia de aumento de volumen en mama izquierda, paulatino, acompañado de dolor retroareolar de tipo ardoroso intermitente, con posterior ulceración de la piel, así como pérdida de peso, astenia, adinamia. A la exploración física, se encontró paciente masculino con K100%, asimetría mamaria por presencia de lesión de 8 x 6 cm, en mama izquierda, móvil con ulceración central, axilas negativas. Estudios de extensión negativos. Estadificándose como T4bN0M0 EC IIIB. Con reporte de biopsia incisional de carcinoma canalicular infiltrante. Siendo manejado de inicio con 4 ciclos de quimioterapia a base de FAC, con respuesta parcial, posteriormente mastectomía radical modificada, con reporte de pieza de carcinoma canalicular con 12 ganglios negativos. Posteriormente 2 ciclos de FAC en forma adyuvante y enviándose a radioterapia.

ASOCIACIÓN DE CARCINOMA DUCTAL *IN SITU* MAMARIO CON CARCINOMA MICROINVASOR E INVASOR Y EL PAPEL DEL MAPEO LINFÁTICO (ML) Y BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA (BGC)

Maffuz-Aziz A, Barroso-Bravo S, Zarco G, Nájera I, Alvarado-Cabrero I, Pichardo G, Rodríguez-Cuevas S
Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. México D.F. México.

El carcinoma ductal *in situ* (CDIS) puede estar asociado con áreas de carcinoma microinvasor o invasor. Esta característica es más frecuente en tumores mayores de 2.5 cm o CDIS de alto grado. El objetivo del presente estudio fue evaluar las ventajas del ML y BGC en pacientes con CDIS con alto riesgo de metástasis axilares.

Pacientes y método: Se incluyeron las pacientes con diagnóstico histológico de CDIS antes del tratamiento quirúrgico definitivo con tamaño tumoral mayor de 2.5 cm y alto grado. Todos los casos fueron sometidos a ML y BGC con o sin disección axilar.

Resultados: Un total de 17 pacientes fueron incluidas, con edad promedio de 49 años. El tamaño tumoral promedio fue de 3.6 cm. Un promedio de 1.8 GC por paciente fueron encontrados, en 14 casos con técnica combinada y en 3 sólo con azul patente. Once pacientes fueron sometidas a mastectomía total y 6 a cirugía conservadora. El diagnóstico inicial de CDIS

cambió en 9 casos (5 microinvasores y 3 invasores). En dos casos se reportó GC positivo, uno asociado a carcinoma microinvasor y otro a invasor; a ambos pacientes se les realizó disección radical de axila sin encontrar evidencia de metástasis en los ganglios restantes. **Conclusiones:** El tamaño del CDIS mayor de 3.0 cm correspondió con invasión en el 50% de los casos y con la posibilidad de metástasis ocultas en 2/17 (11.7%). Con lo anterior concluimos que la práctica del ML y BGC en casos con CDIS de alto riesgo de metástasis evita reintervenciones quirúrgicas en casos de invasión y evita omitir cirugías en casos de metástasis ocultas no sospechadas.

CORRELACIÓN DEL GRADO DE DENSIDAD MAMARIA POR GRUPO DE EDAD EN MUJERES MEXICANAS Y FACTORES ASOCIADOS

Dra. Sandra Osorio-Peralta, Dr. David Cohen-Gorodovsky
Unidad de Imagenología, Laboratorio Médico Polanco S.A. México, D.F.

Antecedentes: Aunque la práctica de la mastografía de "screening" o pesquisa ha demostrado que reduce la mortalidad asociada con el cáncer mamario, la densidad de la mama observada por mastografía es considerada como una de las principales limitantes para indicar el estudio en mujeres menores de 50 años, debido a que el parénquima mamario es denso.

Objetivo del estudio: Conocer el grado de densidad mamaria por grupos de edad en mujeres mexicanas y factores que se relacionan con ella.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo-observacional de 300 estudios de mastografía de pesquisa en pacientes mexicanas: se clasificó el grado de densidad mamaria de acuerdo al reporte de datos del ACR, y se correlacionó con: edad, número de hijos, menopausia, lactancia, menstruación, terapia de reemplazo hormonal, uso de anticonceptivos, signos y síntomas mamarios y antecedentes quirúrgicos.

Resultados: El grado de densidad mamaria más frecuente fue el 3, y el menos frecuente el 4 (< 0.05). Aunque los estudios de pesquisa en mujeres menores de 50 años, permanece controversial, debido al parénquima denso que disminuye la sensibilidad del estudio), en nuestro estudio los grupos de 31-40 años y el de 41-50 años, presentaron con mayor frecuencia grado 2 ($p < 0.05$). El grupo de edad en el que más se solicitó la mastografía fue en el de 41-50 años. La correlación con el resto de las variables no mostró significancia estadística.

Discusión y conclusiones: Las pacientes menores de 50 años presentaron con mayor frecuencia una densidad mamaria grado 2, por lo tanto, la edad no es un determinante para excluir a este grupo de edad de los estudios de pesquisa.

PACLITAXEL ORAL COADMINISTRADO CON CICLOSPORINA EN CÁNCER AVANZADO DE MAMA

Schellens Jan MD, Stephen Marcus MD, Roger Williams, Marcelo Piccirillo MD, Michael Fetell MD, Pedro Quintana-Diez MD.

Netherlands Cancer Institute, Amsterdam, the Netherlands & Ivax Research Inc, Miami, Florida USA

Objetivo: Evaluar actividad antitumoral del paclitaxel oral con ciclosporina A administrado semanalmente a mujeres con cáncer de mama avanzado recurrente.

Material y métodos: Estudio con tratamiento identificado donde las pacientes recibieron ciclosporina A (10 mg/kg), 30 minutos antes de cada una de dos dosis de paclitaxel (90 mg/m²) por semana.

Resultados: 29 pacientes con edad media de 50.4 años y con un máximo de dos regímenes de quimioterapia previos participaron en el estudio. De acuerdo a criterios RECIST, la respuesta general (RG) fue del 58.6% (17 respuestas parciales [RP]) y 31% (9 pacientes) con respuesta confirmada = 28 días más tarde. La respuesta máxima apareció de 42 a 231 días, y la duración de dichas respuestas varió de 63 a 447 días. La principal toxicidad hematológica fue neutropenia en 55.2% de los pacientes (34.8% CTC Grado 3 y 4). Sólo dos pacientes fueron terminadas del estudio prematuramente debido a neutropenia. Anemia de Grado II fue reportada en 5 pacientes (17.2%). La incidencia de toxicidad no hematológica fue baja e incluyó: astenia (24.1%), alopecia (10.3%) y eventos adversos digestivos (6.9%).

Conclusiones: El índice de respuesta confirmada al tratamiento con paclitaxel oral y ciclosporina A fue de 31%, comparable con respuestas observadas en previos estudios clínicos con taxanos (vía endovenosa). El tratamiento con paclitaxel oral, formulación sin cremofor (aceite de castor), no requiere pre-tratamiento profiláctico para prevenir reacciones de hipersensibilidad, es bien tolerado y con toxicidad aceptable.

VALOR DIAGNÓSTICO DE LA RADIOGRAFÍA INTRAOPERATORIA DE LA PIEZA QUIRÚRGICA PARA ESTABLECER MÁRGENES QUIRÚRGICOS EN CIRUGÍA CONSERVADORA PARA CÁNCER DE MAMA: ESTUDIO PILOTO

Segura-Romero LA, Barroso-Bravo S, González-Ávila G, Flores-Díaz LA

Departamento de Tumores de Mama, Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS; México, D. F.

Antecedentes: Para ser útil, la cirugía conservadora de mama debe brindar a la paciente no sólo una brevedad equiparable a la mastectomía, sino que debe brindar rangos similares de recurrencia local, resultados cosméticos satisfactorios y una baja tasa de complicaciones. De los factores para recurrencia local, el que más peso tiene es la ausencia de enfermedad en los márgenes quirúrgicos. Se ha demostrado tumor residual en el 26% de los pacientes cuya valoración de márgenes por patología en estudio transoperatorio fueron libres de tumor.

Objetivo del estudio: Determinar el valor diagnóstico de la radiografía unidimensional transoperatoria de la pieza quirúrgica para definir márgenes libres de tumor. **Material y métodos:** En un diseño transversal prospectivo se estudiaron 16 mujeres con edad promedio de 56.3 años con cáncer de mama en etapa I (n = 6) y IIa (n = 10), a quienes se les realizó cirugía conservadora de mama. A la pieza quirúrgica se le tomó una radiografía unidimensional transoperatoria (RUT) mediante mastógrafo. La imagen fue interpretada por el cirujano. Se decidió ampliación quirúrgica de márgenes cuando fue informado como menor de 10 mm. Este resultado se comparó con el informado por patología en estudio definitivo para calcular la sensibilidad y especificidad.

Resultados: Se realizaron 10 cuadrantectomías, 5 lumpectomías y 1 mastectomía simple; todas con mapeo linfático, de las cuales 5 fueron positivos. Se realizaron 6 disecciones radicales de axila. La histología fue cáncer ductal infiltrante en 13 casos, intraductal extenso, mucinoso y medular, con un caso cada uno. El tamaño promedio del tumor fue de 25.9 mm (19-40 mm). Del total de piezas el margen promedio más cercano reportado por patología fue de 13 mm (0-37 mm). En 5 casos se encontró al menos un margen a menos de 10 mm en la RUT, que fueron las que se ampliaron. En ellos, los márgenes por patología oscilaron entre 0-10 mm (promedio 4 mm). El tejido de ampliación de márgenes fue negativo a células

neoplásicas en todos los casos. De los pacientes en que no se consideró necesaria la ampliación de márgenes, éstos oscilaron entre 8-37 mm (promedio de 18.9 mm) y en 3 casos fue menor a 10 mm. La RUT identificó positivamente a 4/7 casos (sensibilidad = 0.57) y negativamente 8/9 (especificidad = 0.88).

Discusión: En comparación con los resultados mostrados en el estudio realizado en el MD Anderson Cancer Center, en donde el 90% de los pacientes que mostraron una RUT negativa, tuvieron márgenes negativos confirmados por histología; sin embargo, cuando la radiografía mostró márgenes cercanos, el 60% de los pacientes se pudieron beneficiar con una ampliación de márgenes transoperatoriamente para erradicar la presencia de márgenes cercanos o positivos en el estudio histológico definitivo. Nuestros resultados concuerdan con los informados por ellos con una capacidad para identificar a los verdaderos negativos del 88% y del 57% para márgenes a menos de 10 mm. Cuatro de los cuales fue a menos de 5 mm y que se beneficiaron con la ampliación de márgenes (80%).

Conclusión: La RUT tiene alto valor diagnóstico para identificar en el transoperatorio a aquellos casos que no requieren ampliación de márgenes en cirugía conservadora para cáncer de mama, así como es posible valorar la extensión de los márgenes quirúrgicos mediante RUT de la pieza quirúrgica en dichas pacientes.

TUMOR PHYLLODES CON DIFERENCIACIÓN OSTEOSARCOMATOSA DE LA MAMA

Dr. Ricardo Alberto Ybarra Yee,* Dr. Hernando Miranda Hernández,** Dr. Carlos Alberto Lara Gutiérrez,*** Dr. Efraín Medina Villaseñor,* Dr. Benjamín Difilippo Echeverri*

* Residente 3er. Año Ginecología Oncológica Hospital General de México, Unidad de Oncología

** Jefe de la Unidad de Tumores Mamarios, Hospital General de México, Unidad de Oncología

*** Médico Adscrito de la Unidad de Tumores

Mamarios,

Hospital General de México, Unidad de Oncología

Antecedentes: Cistosarcoma phyllodes de la mama. El cistosarcoma phyllodes de la mama es una rara neoplasia, de origen fibroepitelial, se pensaba que se presentaba casi exclusivamente en mujeres. Al principio en 1838 Johannes Müller pensó que era una lesión benigna. El nombre se deriva del griego phyllos (hoja) y eidos (forma). Azzopardi en su descripción de este tumor propuso referirse a las lesiones benignas

como “tumores phyllodes” y a las lesiones malignas como “sarcoma phyllodes”. Los tumores phyllodes se presentan más comúnmente en las mujeres de 50 a 60 años de edad pero han sido diagnosticadas en pacientes antes de la pubertad y en ancianos. Comúnmente son encontrados como grandes masas unilaterales solitarias de la mama.

Objetivo de estudio: Presentación de un caso y revisión de la literatura.

Informe del caso, resultado, discusión y conclusiones. Femenina de 41 años sin antecedentes importantes y negativos para neoplasia, menarca 15 años, IVSA 16 años, múltipara, lactancia bilateral, EPP 19 años, MPF hormonales parenterales por 6 meses, PA 8 años con masa en mama derecha, evaluación clínica Karnofsky 90%, sin adenopatías supraclaviculares, masa tumoral de 8 x 7 cm en CSE de mama derecha sin adenopatía axilar, mama contralateral y axila negativa, mastografía clase III, (lesión radioopaca de 13 x 7 mm), BAAF y Trucut para tumor Phyllode, excisión local, RHP cistosarcoma phyllodes con metaplasma osteoide de mama, sometida a resección de lesión de 12 x 10 x 8 cm, huso de piel de 8 x 2 cm, dos meses posteriores adenopatía axilar de 2 x 2.5 cm, sometida a excisión local de nódulo axilar, RHP cistosarcoma phyllodes con diferenciación osteosarcomatosa metastásico en tejidos blandos axilares, metástasis en 1/8 ganglios axilares, inicia QTP, FAC, durante el segundo ciclo, aumento de volumen en el esternón, TAC nódulo de 80 x 43 x 54 localizado en mediastino anterior que comprime el parénquima pulmonar y la silueta cardiaca en relación a metástasis a la cadena ganglionar mamaria interna. Aunque los cistosarcomas phyllodes fueron considerados benignos, entre el 20% y el 50% son malignos. Los casos malignos tienden a extenderse al pulmón o los huesos. En la mastografía se observa como una masa sólida difícil de diferenciar de otras lesiones de la mama. La mayoría de los tumores phyllodes malignos presentan una proliferación excesiva de un elemento sarcomatoso, es obligatorio realizar un examen cuidadoso del estroma, pueden expresarse sólo en una parte del tumor, en la cual pueden apreciarse focos diagnósticos de sarcoma, se ha destacado la resección incompleta como un determinante mayor para la recidiva local.

HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELOIDE DE LA MAMA

Dr. Ricardo Alberto Ybarra Yee,* Dr. Hernando Miranda Hernández,** Dr. Carlos Alberto Lara Gutiérrez,*** Dr. Efraín Medina Villaseñor,* Dr. Benjamín Difilippo Echeverri*

* *Residente 3er. Año Ginecología Oncológica Hospital General de México, Unidad de Oncología*

** *Jefe de la Unidad de Tumores Mamarios, Hospital General de México, Unidad de Oncología*

*** *Médico Adscrito de la Unidad de Tumores*

Mamarios,

Hospital General de México, Unidad de Oncología

Antecedentes: El hemangioendotelioma epiteloide de la mama, es una rara lesión que aparece en los depósitos de los tejidos subcutáneos y con menor frecuencia afecta la piel, tiene un desarrollo multicéntrico con crecimiento progresivo. En la literatura se han reportado actualmente 17 casos. La recurrencia local es común y la metástasis a distancia puede ocurrir en el 20 a 30% de los pacientes, con una mortalidad del 17%. Histológicamente se observan células poligonales con vacuolas intracitoplasmáticas que contienen eritrocitos, algunas lesiones tienen un mayor desarrollo morfológico y se presenta simultáneamente en múltiples sitios. Inmunohistoquímica. Hay una expresión de factores endoteliales (CD34, CD31, Factor VIII, *Ulex Europaeus* y actina 45% y citoqueratina.

Objetivo de estudio: Presentación de un caso y revisión de la literatura.

Informe del caso, resultado, discusión y conclusiones: Femenino de 56 años sin antecedentes importantes y negativos para neoplasia, menarca 13 años, IVSA 16 años, secundípara lactancia bilateral, EPP 16 años, FUR 40 años, doce meses con tumor en mama izquierda. Evaluación clínica Karnofsky 90%, sin adenopatías supraclaviculares. Masa tumoral de 7 x 5 cm mama izquierda, y piel de naranja, conglomerado axilar, ipsilateral de 4 cm móvil, mama contralateral y resto de exploración física normal. Mastografía clase V, diagnóstico CA mamario izquierdo EC IIIB T4BN2M0, BAFF y Trucut negativos biopsia excisional hemangioendotelioma epiteloide de mama, inmunohistoquímica positivo Antiulex europeo, antígeno carcinoembrionario policlonal, reacción para citoqueratina negativo para antígeno de membrana epitelial. Estudios de extensión y rutinas normales, recibe QTP(4 FAC) + RTP (50 GYS) +QTP (4 FAC). Buena respuesta. se propone Tx Qx ausencia 6 meses acude con lesión ulcerada de la mama CSI y dos nódulos En 2do. y 3er. espacio intercostal, axila lesión fungante friable 5 x 4 cm, ganglio supraclavicular derecho, estudios de extensión negativos, miasis en lesión, recibe interferón 3 millones. Entidad rara que aparece en los depósitos de tejido subcutáneo, afecta pacientes de 16-74 años, presenta desarrollo multicéntrico, la mayoría de las lesiones crecen progresivamente en la que la recurrencia local es común me-

tástasis a distancia en un 20 a 30% con una tasa de mortalidad del 17%. Diecisiete casos documentados que involucra la mama, con edad media 59 (14 = 82% fueron mujeres) y 12 (71% con una masa), 9 de 3 mastografías con microcalcificaciones y 5 clase V. Se debe diferenciar del angiosarcoma, lo que evitará terapia innecesaria y agresiva.

TUMOR FILODES DE LA MAMA: REPORTE DE 6 CASOS

Víctor Martín Ralda-Gómez, Guillermo Flores-Flores
Clínica Privada de Detección Oportuna de Cáncer. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Laboratorio Privado de Patología. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Antecedentes: Fue descrito en 1838 por Johannes Müller, proponiendo el nombre de cystosarcoma phylloides, dándole un carácter benigno. Es una rara lesión fibroepitelial que se presenta por debajo del 1% de todas las neoplasias mamarias.

Objetivo: Es informar la experiencia clínica con 6 casos de tumor filodes de la glándula mamaria.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Se revisaron los expedientes clínicos de 6 casos de tumor filodes de mama de 1997 al 2004 en la Clínica Privada de Detección Oportuna de Cáncer y Laboratorio de Patología Privado.

Resultados: El rango de edad fue de 36 a 68 años, las 6 pacientes refieren autodetección de tumor, las 6 pacientes refieren crecimiento rápido del tumor en menos de un año. El rango del tamaño del tumor fue de 2 a 20 cm. En 3 pacientes se presentó el tumor en la mama derecha y 3 en la izquierda, con predominio en el cuadrante superoexterno en 4 de 6 pacientes, una localización retroareolar y un tumor que ocupaba más del 70% de la glándula mamaria. En 5/6 (83.3%) pacientes fueron tumores filodes benignos, un solo caso con tumor filodes maligno. En 2/6 pacientes habían recibido tratamiento quirúrgico previo (tumorectomía) fuera de la unidad. En 4/6 (66.6%) pacientes se realizó excisión amplia con margen quirúrgico mayor de 2 cm, con histología de tumor filodes benigno, sin recurrencia en la actualidad. Una paciente que fue tratada fuera de la unidad con tumorectomía presentó recurrencia, actualmente perdida con actividad tumoral. Una paciente con tumor filodes maligno fue tratada con mastectomía simple y quimioterapia (FAC), actualmente con 6 años de seguimiento se encuentra viva sin actividad tumoral.

Conclusiones: 1. Es una neoplasia poco frecuente. 2. El crecimiento rápido es un signo clínico que puede servir para sospechar clínicamente de un tumor filodés. 3. Los tumores filodes benignos pueden ser tratados con excisión amplia con margen mayor de 2 cm. 4. Se recomienda para tumor filodes maligno mastectomía simple, sin disección radical de axila, ya que la literatura internacional reporta la probabilidad de metástasis axilares baja.

DESCARGA DE PEZÓN: UTILIDAD CLÍNICA DEL LAVADO DUCTAL

Víctor Martín Ralda-Gómez, Guillermo Flores-Flores
Clínica de Tumores Mamarios Hospital General Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa" Secretaría de Salud y Clínica Privada de Detección Oportuna de Cáncer.

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Departamento de Patología. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Chiapas. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

La descarga de pezón es muy frecuente en la mujer en edad reproductiva, su causa puede ser debido a diferentes patologías. El lavado ductal (LD) es un procedimiento que ha sido desarrollado para analizar las células del epitelio ductal de la glándula mamaria colectadas. El procedimiento consiste en la introducción de un catéter en el orificio de los conductos galactóforos en el pezón, posterior a la aplicación de anestesia tópica en el mismo. Acto seguido se realiza el lavado del sistema ductal que se ha canulado, con solución salina normal. Posteriormente se realiza el análisis citológico del líquido colectado. Se identificarán la presencia de células normales, típicas, atípicas o células malignas. El objetivo de este estudio es evaluar la utilidad clínica del lavado ductal en la descarga de pezón.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo desde agosto del 2002 hasta mayo del 2004, fueron estudiadas 27 pacientes con descarga de pezón (DP), se

realizaron 42 lavados ductales con la técnica mexicana de la Dra. Sonia Flores.

Resultados: El rango de edad fue de 26 a 61 años en las pacientes estudiadas. La descarga de pezón unilateral (DPU) se presentó en 15 (55.5%) pacientes. La descarga de pezón bilateral (DPB) estuvo presente en 12 (44.44%) pacientes. En 15 pacientes con DPU se realizaron 18 lavados ductales y en 12 pacientes con DPB se realizaron 24 lavados ductales. En 18 lavados ductales con DPU los resultados fueron los siguientes; en 16.6% (3 casos) con papiloma no atípico. 16.6% (3 casos) con cambios fibroquísticos del seno, en 33.3% (6 casos) con células de papiloma y ectasia ductal, en 5.5% (1 caso) con hiperplasia no atípica y células del papiloma. En 5.5% (1 caso) con ectasia ductal, cambios fibroquísticos del seno e hiperplasia y 5.5 % (1 caso) con células del papiloma con atipia. En 24 lavados ductales con DPB los resultados fueron los siguientes: 25% (6 muestras) con ectasia ductal, 8.3% (2 muestras), con células del papiloma bilateral y ectasia ductal unilateral, 16.6% (4 muestras), con células del papiloma unilateral y ectasia ductal unilateral, el 41.6% (10 muestras), con células del papiloma unilateral y ectasia ductal bilateral y en el 8.3% (2 muestras), con ectasia ductal, cambios fibroquísticos del seno bilateral y células del papiloma unilateral. En 12.5% (3/27 pacientes) presentaron incremento en la prolactina sérica. En una sola paciente se documentó un prolactinoma. En 10 pacientes se realizó la confirmación histopatológica, en 8/10 pacientes se confirmaron por histopatología, el diagnóstico por lavado ductal de papiloma intraductal solitario. En 1/10 pacientes el hallazgo fue de papiloma intraductal multicéntrico sin atipia. En una paciente en donde el lavado ductal reportó papiloma intraductal con atipia el reporte de patología fue de carcinoma canalicular infiltrante.

Conclusiones: 1. El lavado ductal provee un adecuado número de células para el análisis citológico. 2. El lavado ductal es bien tolerado. 3. La técnica mexicana del lavado ductal es segura y efectiva, no se presentó ninguna complicación. 4. El lavado ductal debe formar parte del protocolo de estudio de la descarga de pezón. 5. El lavado ductal es útil para el diagnóstico de lesiones benignas, lesiones precursoras de cáncer. 6. La técnica mexicana de lavado ductal es un método sencillo y barato.