

CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA DE MAMA CON PATRÓN DE REDUCCIÓN MAMARIO Y SIMETRIZACIÓN EN CÁNCER DE MAMA.

Md. Abraham Jurado Rodríguez ¹, Dr. Antonio Jurado Bambino

Médico General del Ministerio de Salud Pública Distrito 09D12 1
Cirujano Oncólogo Mastólogo ION SOLCA Guayaquil, Prof. Universidad de Guayaquil Y UEES 2

RESUMEN

Las neoplasias de mama son enfermedades con un alto grado de letalidad para las mujeres y una de las principales causas de mortalidad en esta población, siendo responsables de hasta el 23 % de las muertes por cáncer en el mundo. El cáncer de mama se divide en dos grupos principales, basados en la presencia o ausencia de expresión del receptor de estrógeno (RE). El perfil de expresión genética reveló que dentro de los tumores RE+ existen dos subtipos: luminal A y luminal B. Los tumores RE- comprenden también dos subtipos: HER2 y tipo basal. El presente caso es una paciente femenina de 56 años de edad, Con antecedente patológicos personales, Hipertensión arterial (HTA), Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), Hiperlipidemia mixta con cuadro clínico de 1 año de evolución caracterizado por tumoración de mama derecha.

PALABRAS CLAVE: cáncer de mama, cirugía oncológica, simetrización mamaria

ABSTRACT

Breast neoplasms are diseases with a high degree of lethality for women and one of the main causes of mortality in this population, being responsible for up to 23% of cancer deaths in the world. Breast cancer is divided into two main groups based on the presence or absence of estrogen receptor (ER) expression. The gene expression profile revealed that within RE+ tumors there are two subtypes: luminal A and luminal B. RE- tumors also comprise two subtypes: HER2 and basal type. The present case is a female patient of 56 years of age, with a personal pathological history, Arterial hypertension (AHT), type 2 Diabetes Mellitus (T2DM), Mixed hyperlipidemia with a clinical presentation of 1 year of evolution distinguished by right breast tumor.

KEYWORDS: breast cancer, oncoplastic surgery, breast symmetrization

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias de mama son enfermedades con un alto grado de letalidad para las mujeres y una de las principales causas de mortalidad en esta población, siendo responsables de hasta el 23 % de las muertes por cáncer en el mundo. El riesgo de cáncer de mama aumenta con la edad, de manera que a partir de los 50 años la incidencia de esta neoplasia es de dos nuevos casos por cada 1.000 mujeres (2:1.000), y se esperaba que en 2021 la incidencia alcance los 85 nuevos casos por cada 100.000 mujeres (1). Ante el incremento constante del número de casos de cáncer de mama en el país, se han identificado algunos factores de riesgo asociados a su aparición, entre los que se incluyen la etnia, el historial familiar, historial personal e historial reproductivo; la presencia de mutaciones en BRCA1/2 y el estilo de vida. (2)

El cáncer de mama se divide en dos grupos principales, basados en la presencia o ausencia de expresión del receptor de estrógeno (RE). El perfil de expresión genética reveló que dentro de los tumores RE+ existen dos subtipos: luminal A y luminal B. Los tumores RE- comprenden también dos subtipos: HER2 y tipo basal. Estos subtipos muestran periodos libres de enfermedad cortos luego de su tratamiento y un pronóstico más sombrío. Esta clasificación ha mostrado la relación entre los microarreglos de cADN y el comportamiento clínico de estos tumores, y se propone como una forma de identificar a los pacientes que presentarán mejores respuestas. (2)

La mayoría de las pacientes presentaron hallazgo sugestivo de patología en la eco-mamografía, representando uno de los más significativos métodos diagnósticos, en relación con lo postulado por Díaz que establece que la ecografía mamaria mejora la especificidad de la mamografía en la caracterización de las masas, sirve de guía para las biopsias percutáneas y es la imagen de elección en los procedimientos percutáneos de biopsia, considerándose así este binomio, el método de elección para el screening del cáncer de mama. (3)

Durante los últimos 25-30 años, el tratamiento del cáncer de mama ha estado muy influido por nuevas ideas que tras ser contrastadas en estudios controlados, muchas de ellas se han aplicado a la práctica clínica, como pueden ser las siguientes: clasificación de Van Nuys del DCIS, mastectomía conservando gran cantidad de piel, biopsia esterotáxica con ABBI, disección axilar endoscópica, detección de ganglios linfáticos positivos mediante fluorescencia y ganglio linfático centinela. (4)

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Femenina de 56 años de edad, con antecedente patológicos personales, Hipertensión arterial (HTA), Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), Hiperlipidemia mixta. Reside en la ciudad de Guayaquil, acude a la consulta por primera vez en septiembre del 2020 por tumoración de mama derecha. Al examen físico, se palpa tumoración en H12AB aprox.

3,5 cm x 2 cm en unión de cuadrantes superiores de mama derecha, con discreta retracción de la piel, en región axilar derecha se palpa adenopatía de aproximadamente 2,5 cm móvil no dolorosa, clínicamente con estatificación T2, N1-2, M0, mama contralateral no se observa masa. Paciente acude con reporte de mamografía particular que reporta masa radiopaca irregular en mama derecha, no se observan calcificaciones, piel presente de grosor normal y ganglios axilares no visibles

Se realiza ecografía de la mama derecha (Figura 1 y 2), en la cual se observa lesión nodular muy hipocogénica contornos mal definidos con vascularización central al doppler color perpendicular a la piel en la hora 12 A-B, la misma que mide 23 x 18 x 17 mm en sentido longitudinal y piel de grosor normal. En nivel I de axila derecha se observa adenopatía de morfología alterada que mide 1,7 x 1,6 cm en sus ejes mayores con engrosamiento cortical de 0,5 cm.

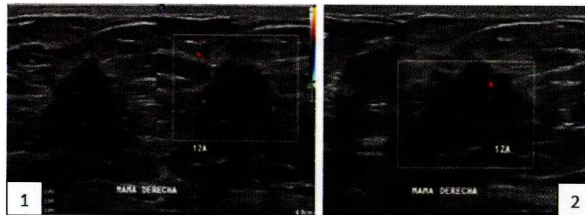


Foto 1 y 2: Ecografía de mama

Se realiza una biopsia TRU-CUT previa señalización ecográfica (Figura 3 y 4), en mama derecha y PAAF guiado por ecografía en adenopatía del nivel 1 de axila derecha con resultado de carcinoma ductal infiltrante grado 2 con metástasis axilar cuyos receptores de inmunohistoquímica son RE+, RP+, KI67 +, HER2 -. Luminal B (RE 20 %, RP 5 %, KI67 20 %, HER 2 negativo).

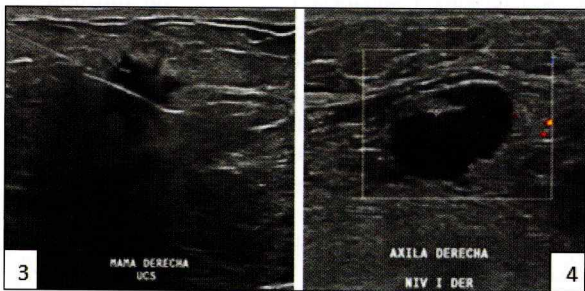


Foto 3 y 4: Ecografía previa Biopsia de nódulo mamario derecho y ganglio linfático de axila derecha

Se realizaron otros exámenes de detección como Rx de tórax, eco de abdomen, TAC de tórax y de abdomen para verificar que la paciente no presentara metástasis. Luego de esto la paciente es referida al staff de mastología, quienes deciden iniciar quimioterapia neoadyuvante para que la paciente se beneficie en un futuro de cirugía conservadora con esquema ACDD x 4 + taxano secuencial desde el mes de marzo hasta julio del 2021. Para luego pasar al servicio de mastología donde se revalora a la paciente con nuevo examen físico, ecografía mamaria, mamografía y RM simple y contrastada.

Ecografía posquimioterapia neoadyuvante. (Figura 5) En la mama derecha se observan área irregular con proyección de sombra acústica que mide aproximadamente 0,7 x 0,9 cm en la h 12 a, ya conocida que ha disminuido de tamaño relación a estudio anterior.

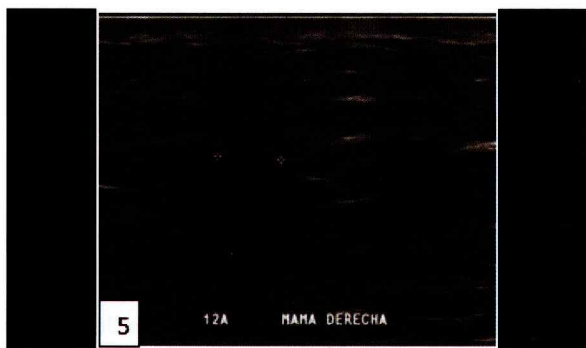


Foto 5: Ecografía mamaria posquimioterapia neoadyuvante

Mamografía posquimioterapia neoadyuvante. (Figura 6), en la mama derecha se observa formación nodular de borde irregular de aproximadamente 2,2 x 2,1 cm hacia la región retroareolar. No se observan áreas de desestructuración del parénquima ni microcalcificaciones agrupadas atípicas.

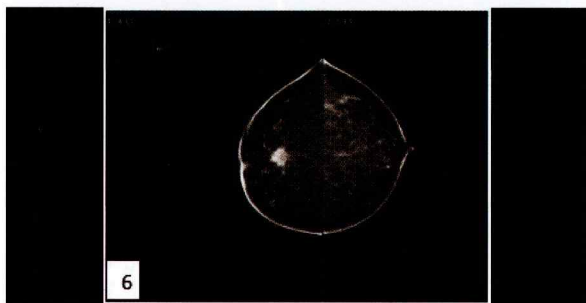


Foto 6: Mamografía posquimioterapia neoadyuvante

Se solicita una resonancia magnética con difusión de mama bilateral donde se observó en la mama derecha captación de tipo masa, de forma irregular, márgenes no circunscritos espiculados, en unión de cuadrante superior, plano medio a 29,7 mm de distancia del pezón. Mide 26,7 x 21,8 mm, realce heterogéneo, con poca satélite a 9 mm de distancia mide 8,5 mm, restringe en difusión y mínima caída de señal periférica en ADC, valor de sospecha en malignidad de 0,9- 1,8 x 10-3 mm 2/s, en respuesta a su tratamiento recibido, lo que indica importante disminución de su actividad celular. En secuencia MIP, se observa irrigación de ramas proveniente de cadena mamaria interna. (Figura 7, 8, 9, 10, 11)

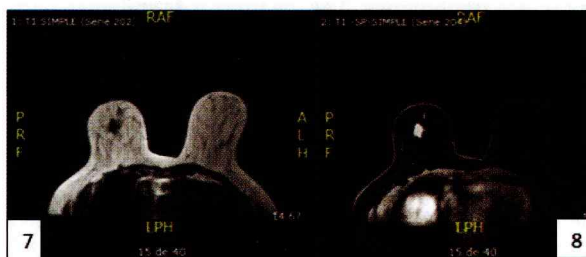


Foto 7 y 8: Resonancia magnética difusión de mama bilateral

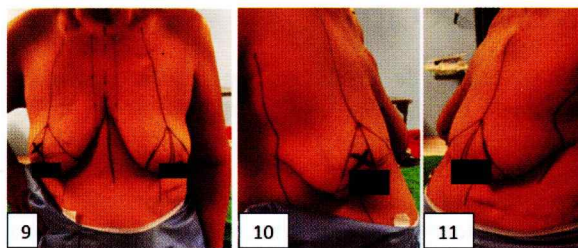


Foto 9, 10 y 11: Foto antes de intervención quirúrgica

Luego de la valoración por el servicio de mastología se prepara a la paciente para cirugía conservadora de mama derecha más linfadenectomía axilar derecha acompañada de una mastopexia reductiva de mama contralateral. (Figura 12, 13 y 14). Donde se realiza una detección y extracción del carcinoma ductal infiltrante de mama derecha acompañado de un vaciamiento de los ganglios axilares del nivel I y II de axila derecha. Además se realiza una mastopexia reductiva de mama izquierda o elevación mamaria que permite recolocar los senos en su posición natural y recuperar su firmeza.

El diagnóstico definitivo de la pieza extraída de la mama derecha dio negativo para carcinoma ductal infiltrante ni in situ, ganglios linfáticos del nivel I y II de axila derecha (12 ganglios) negativos para neoplasia.

Como podemos observar, la paciente tuvo una buena respuesta a la quimioterapia neoadyuvante dándonos negativo para malignidad en el estudio histopatológico definitivo, por ende la paciente pasó nuevamente a oncología clínica, fue valorada y se dispuso como candidata para hormonoterapia más radioterapia, que es el tratamiento complementario. Además luego del tratamiento empleado en el servicio de mastología los pacientes pasan a rehabilitación y Flebología como medida preventiva del linfedema y demás complicaciones.

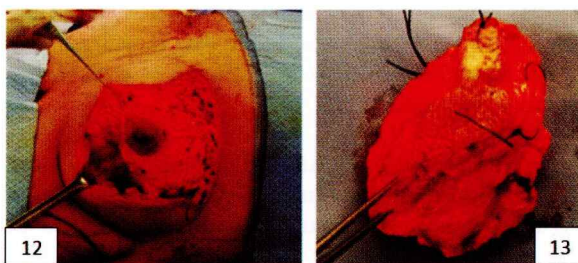


Foto 12 y 13: Lecho quirúrgico y aspecto macroscópico del tumor

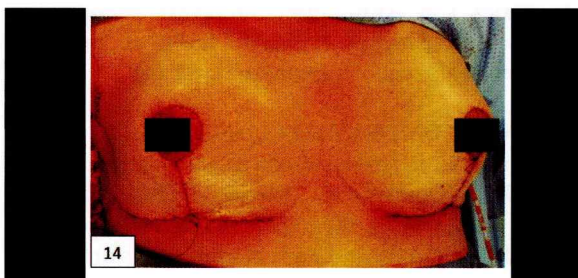


Foto 14: Foto después de la cirugía conservadora de mama derecha + linfadenectomía axilar derecha + mastopexia reductiva de la mama contralateral

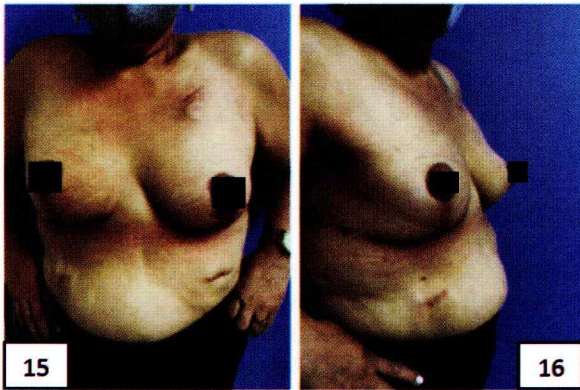


Foto 15 y 16: Control posoperatorio a las 3 semanas

DISCUSIÓN

La cirugía oncoplástica y la oncología tienen una gran importancia al combatir conjuntamente el cáncer, preservando el beneficio estético, funcional y social de la paciente. En la actualidad es de gran consideración la clasificación molecular del cáncer de mama para determinar qué pacientes se van a beneficiar de la quimioterapia con los factores predictivos ya conocidos o a su vez de la cirugía, por esto tratamos de resolver en un solo tiempo la parte oncológica radical más la estética y funcional, y en el caso actual se plantea una resección tumoral posterior a un tratamiento neoadyuvante de quimioterapia y la simetrización de la mama contralateral para que ambas mamas luzcan de manera similar y la paciente gane autoestima.

CONCLUSIÓN

La clasificación molecular del cáncer de mama y los estudios de inmunohistoquímica son de vital importancia para pronosticar si el paciente se beneficiará, ya sea de la quimioterapia, radioterapia, la cirugía o inmunoterapia. Una vez estudiado al paciente, en conjunto con el equipo multidisciplinario que conlleva esta enfermedad, se puede optar por una línea de tratamiento incluida la cirugía oncoplástica, ya que esta combate el cáncer pudiendo conservar la estética, aumentando así la autoestima y dando una mejor calidad de vida a las pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kameo SY, Barbosa-Lima R, Ramos MJO, Fonseca TV, Vassilievitch AC, Costa J Dos S, et al. Perfil clínico-epidemiológico de mulheres entratamiento oncológico de carcinoma ductal invasivo da mama. *Res Soc Dev*. 19 de enero de 2021; 10 (1): e39110111836-e39110111836.
2. Román Guindo A, Martí Álvarez C, Hardisson Hernández D, de Santiago García FJ, Sánchez Méndez JI. Evaluación de la respuesta patológica a la quimioterapia neoadyuvante en mama y axila según los fenotipos moleculares del cáncer de mama. *Rev Senol Patol Mamar*. 1 de julio de 2016; 29 (3): 120-4.

3. García Novoa A, Acea Nebril B, Díaz I, Builes Ramírez S, Varela C, Cerejo C, et al. Radioterapia axilar en la cirugía conservadora del cáncer de mama en estadio temprano (estadio I y II). *Cir Esp*. 1 de junio de 2016; 94 (6): 331-8.

4. Ribeiro González M, Ferrer González A, Pulido Roa I, Santoyo Santoyo J. The army in breast cancer. How to avoid axillary lymphadenectomy in patients with positive clinical axilla. *Cir Andal*. 26 de mayo de 2021; 32 (2): 195-203.

5. Arceo-Martínez M, López-Meza J, Ochoa-Zarzosa A, Palomera-Sánchez Z. Estado actual del cáncer de mama en México: principales tipos y factores de riesgo. *Gac Mex Oncol*. 26 de julio de 2021; 20.

6. Bouzón Alejandro A, Iglesias López Á, Acea Nebril B, García Jiménez ML, Díaz Carballada CC, Varela Romero JR. Infraestimación de carcinoma infiltrante de mama en pacientes con diagnóstico inicial de carcinoma ductal in situ: el tamaño importa. *Cir Esp [Internet]*. 2 de febrero de 2021 [citado 21 de septiembre de 2021]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009739X2030350X>

7. Núñez-Morgado LR, Socorro-Palomino DE, Estrada-Espinosa EM, Delgado-Moya R, Duarte-Vilariño A, Padilla-Fernández AD. Factores histopronósticos de la mortalidad en mujeres intervenidas quirúrgicamente por carcinoma ductal infiltrante de la mama. *Histopronostic factors of mortality in women surgically operated for infiltrating ductal carcinoma of the breast*. 1821; 11.

8. Ramotar P, González DCM. Incidencia del carcinoma ductal infiltrante en la consulta de mastología. *Julio 2013-abril 2015*: 7.

9. Isabel Gascón Ferrer, Carmen Casamayor Franco. Cirugía conservadora en el cáncer de mama. *Rev Senol Patol Mamar*. 2017; 30 (2): 61---67.

10. Ana Calvache González, Beatriz Vidal Herrador. Cirugía oncológica de la mama y reconstrucción inmediata con prótesis directa. *Rev Senol Patol Mamar*. 2017; 30 (2): 68-74

Correspondencia:
Md. Abraham Jurado Rodríguez
Correo: abraham_jurado@hotmail.com