

# EVOLUCIÓN DE LOS SARCOMAS PRIMARIOS DE LA MAMA NUESTRA EXPERIENCIA

**Pablo Pecci,\* Martín Lucchini,\* Eugenio Villarroel,\*\*\* Agustín Esteban,\*  
Mónica Matsuzaki,\*\* Héctor Ferreyra.\***

---

## RESUMEN

Los sarcomas primarios de la mama son una rara entidad, representan menos del 1% de los tumores malignos de la mama.

La bibliografía reporta pequeñas series, lo cual no proporciona la suficiente información para entender la evolución natural de estos tumores, sin existir consenso definitivo acerca del tratamiento adecuado.

Se estudiaron retrospectivamente 13 sarcomas puros de la mama en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba entre marzo 1989 y agosto del 2012. A 12 pacientes se les realizó tratamiento quirúrgico primario y a 1 caso quimioterapia primaria neoadyuvante (en otra institución).

Se analizaron edad de los pacientes, diagnóstico preoperatorio, cirugía realizada, diagnóstico definitivo mediante técnicas de inmunohistoquímica (IHQ), tamaño tumoral, características histológicas y terapias adyuvantes realizadas. Nueve de nuestros pacientes recibieron terapia radiante adyuvante y un caso quimioterapia adyuvante específica para tejidos blandos, debido al mal pronóstico tumoral.

A la fecha se encuentran 6 pacientes vivos en seguimiento oncológico.

Se concluye que los principales inconvenientes serían:

- Para el diagnóstico correcto definitivo se necesita de la IHQ en casos con problemas.
- El manejo quirúrgico con márgenes amplios y la utilización de terapias adyuvantes en casos de mal pronóstico son la base del tratamiento.
- Necesidad de estudios prospectivos multicéntricos para consenso en la toma de conductas terapéuticas definidas.

## Palabras clave

Sarcoma primario. Mama.

## SUMMARY

Breast primary sarcomas are uncommon. They account for less than 1% of tumors of the breast.

Series of cases are few in number in medical literature. Knowledge obtained from data amounts to little for comprehension of the natural growth of these sarcomas. There is no general consensus on one effective treatment for these tumors.

---

\* Servicio de Ginecología Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba.

\*\* Servicio de Anatomía Patológica Hospital Nacional del Clínicas de Córdoba.

\*\*\* Ex residente del Servicio de Ginecología del Hospital Nacional del Clínicas de Córdoba.  
Correo electrónico del Dr. Pablo Pecci: pablo\_pecci@yahoo.com.ar

Thirteen primary sarcomas were studied retrospectively at the Hospital Nacional de Clínicas, Servicio de Ginecología of Córdoba between the months of March, 1989 and August, 2012. Primary surgical treatment was performed in 12 female patients and primary neoadjuvant chemotherapy (at another medical facility) was used in 1 female patient.

Ages in female patients, preoperative diagnosis, and surgery performed, definitive diagnosis after applying immunohistochemistry methods, tumors size, histologic characteristics and adjuvant therapies employed were examined in detail.

Nine of the female patients in the department underwent adjuvant radiation therapy and 1 female patient got specific adjuvant chemotherapy for soft tissues due to poor tumoral prognosis. To date there are 6 surviving female patients under oncology follow-up.

In summary, the main inconvenience are:

- For a correct diagnosis, IHQ techniques be used in problem cases.
- For cases of poor prognosis, adjuvant therapies be employed.
- In surgical procedures, wide local excision be obtained.
- For consensus, therapeutic treatments be defined following multicenter prospective studies.

#### Key words

Primary sarcoma. Breast.

## INTRODUCCIÓN

Los sarcomas primarios de la mama (SPM) son una rara entidad inicialmente descrita en 1887 por Schmidt.<sup>1</sup>

La localización en la mama representa casi el 5% del total de sarcomas y menos del 1% de los tumores malignos de la mama.<sup>2-4</sup>

La incidencia anual puede ser estimada en 44,8 casos nuevos cada 10 millones de mujeres y esta incidencia se mantuvo constante entre 1973 y 1986.<sup>5</sup>

Debido a la particularidad de estos tumores, la mayoría de las publicaciones son reportes de casos o pequeñas series, lo cual no proporciona la suficiente información para entender la evolución natural de estos tumores.

Un tema que ha generado debates es la confusión entre los SPM y los sarcomas *phylloides*. Los SPM se originan del tejido mesenquimático de la glándula mamaria, y la definición patológica de esta entidad es clara. Los sarcoma *phylloides* fueron inicialmente definidos de acuerdo a

su apariencia macroscópica y abarcan una amplia variedad de tumores con proliferación epitelial y mesenquimática benigna y maligna.<sup>6</sup>

Todavía no existe un consenso definitivo acerca del tratamiento de los SPM, y la mastectomía simple sin disección axilar es considerada como *gold standard*,<sup>6</sup> existen diferentes opciones para el tratamiento local, que van desde la escisión local (ELA) amplia,<sup>7,8</sup> hasta la mastectomía radical.<sup>9,10</sup>

El uso de terapias adyuvantes (quimioterapia y/o radioterapia) es un tema controversial a la fecha.

El tratamiento adecuado para esta patología requiere de un equipo multidisciplinario experimentado, que comprenda al cirujano, patólogo, radioterapeuta y oncólogo clínico.<sup>11</sup>

Los reportes a 5 años de sobrevida de los pacientes con SPM tienen un rango que varía de 14% al 91%,<sup>12,13</sup> este amplio rango se debe a pequeños grupos de poblaciones estudiadas, diversos tipos histológicos y variables en los grados histológicos de cada estudio.<sup>14</sup>

Caso	Edad	Diagnóstico preoperatorio	Diagnóstico posoperatorio
1	76	No	Sarcoma ***
2	78	No	Sarcoma ***
3	50	No	Sarcoma ***
4	81	Sarcoma *	No
5	48	Sarcoma *	No
6	86	No	Sarcoma ***
7	56	Carcinoma ductal invasivo **	No
8	51	Sarcoma *	No
9	42	No	Sarcoma ***
10	74	No	Sarcoma ***
11	66	Sarcoma *	No
12	77	Sarcoma *	No
13	50	Sarcoma *	No

\* Biopsia incisional. \*\* Core biopsy. \*\*\* Congelación intraoperatoria.

Tabla I

A continuación describimos nuestra experiencia en los SPM. Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo y analítico.

### OBJETIVOS

Nuestro objetivo principal es evaluar la evolución de los SPM en nuestra experiencia, y como objetivos secundarios nos planteamos analizar las dificultades en realizar diagnósticos histológicos correctos, factores de pronóstico y tratamientos adyuvantes realizados en nuestra serie del Hospital Nacional de Clínicas.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes operados con diagnóstico de SPM de la I<sup>a</sup> Cátedra de Ginecología del Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba (HNC), en el período comprendido entre marzo 1989 y agosto 2012.

Los datos analizados fueron edad, diagnóstico preoperatorio, cirugía realizada, diagnóstico definitivo, tamaño tumoral, características histológicas y terapias adyuvantes realizadas.

Los preparados histológicos analizados fueron procesados rutinariamente, teñidos con hematoxilina-eosina y técnicas de inmunoperoxi-

dasa con anticuerpos para la determinación de vimentina, actina músculo liso, desmina, proteína S100, CD 31, CD34, CD 68, a cargo del Departamento de Anatomía Patológica de la I<sup>a</sup> Cátedra de Ginecología (HNC).

### RESULTADOS

En nuestra revisión analizamos 2.090 casos de tumores malignos de mama tratados en la I<sup>a</sup> Cátedra de Ginecología del Hospital Nacional de Clínicas, en el período comprendido entre marzo de 1989 y agosto del 2012, donde 13 pacientes tuvieron diagnóstico de sarcoma puro de mama y representan una incidencia del 0,62%. De éstos, 11 pacientes fueron mujeres (84,6%) y 2 casos hombres (15,4%).

La edad promedio fue de 64,2 años, con un rango de 42 a 86 años.

De todos los pacientes, 12 casos recibieron cirugía como tratamiento primario, a excepción de 1 caso que recibió quimioterapia estándar neoadyuvante (AC/T) por diagnóstico previo realizado de carcinoma invasivo de la mama poco diferenciado, localmente avanzado en otra institución (paciente 7) que progresó intratratamiento.

A 6 pacientes se les realizó diagnóstico preoperatorio por biopsia incisional, 1 paciente por

Caso	Cirugía realizada
1	Mastectomía simple
2	Escisión local amplia
3	Escisión local amplia
4	Mastectomía simple
5	Mastectomía simple
6	Escisión local amplia
7	Mastectomía subradical
8	Mastectomía simple
9	Escisión local amplia
10	Escisión local amplia
11	Mastectomía simple
12	Mastectomía simple
13	Mastectomía simple

Tabla II

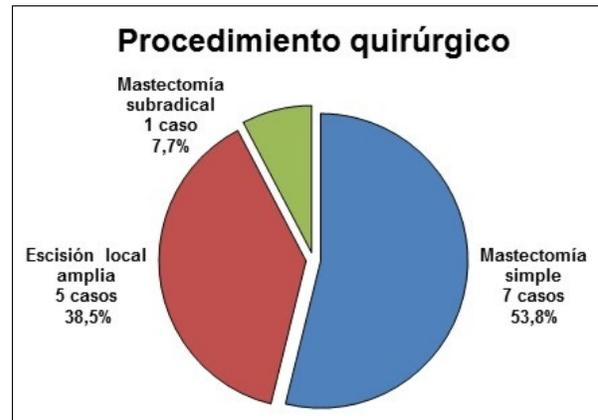


Figura 1

core biopsy, y a los 6 casos restantes se les realizó congelación intraoperatoria (Tabla I).

Se practicaron 1 mastectomía subradical con 0/23 ganglios libres de enfermedad (paciente 7), 7 mastectomías simples y 5 escisiones locales amplias (cuadrantectomía) (Tabla II y Figura 1).

Se diagnosticaron histológicamente 5 casos de leiomiomas (38,4%), 3 fibrosarcomas (23,1%), 1 angiosarcoma (7,6%), 1 condrosarcoma (7,6%), 1 osteosarcoma (7,6%), 1 histiocitoma maligno (7,6%) y 1 sarcoma pleomórfico (7,6%); todos los casos con estudios inmunohistoquímicos realizados; 10 casos fueron de alto grado mitótico (Tabla III y Figura 2).

El tamaño tumoral promedio fue de 6,82 cm con un rango de 2,2 a 22,0 cm (Tabla IV).

A 9 pacientes se le realizó, previa discusión interdisciplinaria, terapia radiante adyuvante, 5 casos en cirugía conservadora y los 4 casos restantes posmastectomía, tomando como criterio el tamaño tumoral y margen de resección tumoral menor a 2 cm. Se le realizó quimioterapia adyuvante específica para tejidos blandos a un solo caso debido al mal pronóstico tumoral (paciente 7).

Al día de hoy, se encuentran 6 pacientes vivos con una sobrevida libre de enfermedad promedio de 86,3 meses, con un rango de 19-246 meses (Tabla V).

Los sitios más frecuentes de metástasis encontradas fueron en primer lugar pulmones, y en segundo lugar óseas.

## DISCUSIÓN

Los SPM son tumores muy raros, por lo que la literatura consultada no aporta suficientes datos en el conocimiento de la evolución natural de esta patología.

Diferentes autores estiman una frecuencia entre 0,2% y 2,0% de los tumores mamarios y alrededor del 1,2% de los tumores blandos extraesqueléticos;<sup>4,15-17</sup> nuestra incidencia es del 0,62%, coincidentes con las reportadas en la mayoría de los trabajos consultados.<sup>2,3,11</sup>

La edad promedio de nuestro estudio (64,2 años) no concuerda con los autores consultados de mayor número de casos (McGowan 2000, con 80 casos; Zelek 2003, con 83 casos; Bousquet 2007, con 103 casos) en donde existe una variación entre 9 a 15 años menor para estos autores,<sup>4,20,21</sup> no así la distribución por sexo, coincidiendo según los estudios de Zelek en el 2003.<sup>21</sup>

El diagnóstico de estas neoplasias requiere de una importante experiencia frente a esta patología, ya que puede traer errores de diagnóstico simulando carcinomas poco diferenciados,

Caso	Diagnóstico histológico	Inmunoistoquímica	Diagnóstico histológico definitivo
1	Sarcoma fusocelular	Vimentina, actina músculo liso (-), CK (-)	Fibrosarcoma
2	Sarcoma con dif. osteoblástica	Vimentina, desmina, CK (-)	Osteosarcoma
3	Sarcoma con dif. condroide	Vimentina, proteína S100 (+)	Condrosarcoma
4	Sarcoma pleomórfico	Vimentina, CK (-)	Sarcoma pleomórfico
5	Sarcoma fusocelular	Vimentina, actina músculo liso, CK (-)	Leiomiomasarcoma
6	Sarcoma fusocelular	Vimentina, actina músculo liso, CK (-)	Leiomiomasarcoma
7	Sarcoma de la estroma mamaria	Vimentina, actina músculo liso, CK (-)	Leiomiomasarcoma
8	Sarcoma fusocelular	Vimentina, CD31 (+), CK (-)	Angiosarcoma
9	Sarcoma fusocelular	Vimentina, CK (-)	Fibrosarcoma
10	Sarcoma fusocelular	Vimentina, actina músculo liso, CK (-)	Leiomiomasarcoma
11	Sarcoma fusocelular	Vimentina, CD68 (+), CK (-)	Histiocitoma maligno
12	Sarcoma fusocelular con áreas fibroblásticas	Vimentina, actina músculo liso, CD68 (+), CK (-)	Fibrosarcoma
13	Leiomiomasarcoma	Vimentina, actina músculo liso, CD34 (-), CK (-)	Leiomiomasarcoma

Tabla III

carcinomas metaplásicos y/o sarcomas, donde los tratamientos difieren en ambos casos,<sup>16,17</sup> como lo remarcamos en los resultados con un paciente sometido a tratamiento neoadyuvante por diagnóstico de carcinoma poco diferenciado, realizado en otro centro (paciente 7) al cual además del tratamiento de quimioterapia inicial, se le practicó linfadenectomía axilar homolateral, teniendo como resultado 23 ganglios libres de neoplasia. Esto pudo haberse evitado, ya que no estaría indicada en estas neoplasias debido a su escasa vinculación, salvo en casos de carcinosarcomas asociados.<sup>15,23</sup>

Los tipos histológicos diagnosticados concuerdan con las variantes histológicas más frecuentes como fibrohistiocitoma maligno, fibro-

sarcoma, liposarcoma, leiomiomasarcoma y angiosarcoma.<sup>11</sup>

El tamaño tumoral medio de 6,82 cm promedio y los rangos extremos (de 2 a 22 cm) son coincidentes con algunos autores.<sup>4,20,23,24</sup>

La inmunoistoquímica mostró, al igual que los reportes consultados, la presencia de vimentina y desmina positivas con citoqueratina negativa, en casi todos nuestros tumores.<sup>16,26,27</sup> Por eso, en el manejo de estos tumores es imprescindible la utilización de la inmunoistoquímica para la certificación diagnóstica definitiva de estos tumores mesenquimáticos.

El tratamiento quirúrgico fue indicado luego de la discusión de cada caso en el comité de tumores, en todos nuestros pacientes, existiendo variaciones en el procedimiento efectuado,

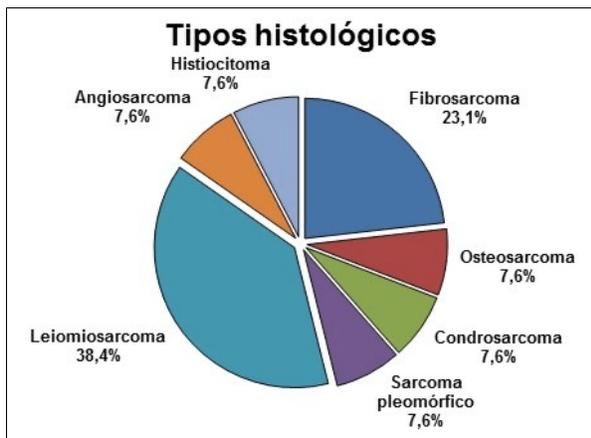


Figura 2

Caso	Tamaño tumoral
1	6,5 cm
2	9,0 cm
3	2,5 cm
4	12,0 cm
5	4,0 cm
6	2,2 cm
7	22,0 cm
8	6,5 cm
9	5,0 cm
10	5,0 cm
11	6,5 cm
12	3,0 cm
13	11,0 cm

Tabla IV

Caso	Fecha de cirugía	Cirugía	RDT	Histología	Seguimiento
1	Marzo 1989	Mastectomía	No	Fibrosarcoma	Fallecida
2	Octubre 1989	ELA	Sí	Osteosarcoma	Fallecida
3	Febrero 1992	ELA	Sí	Condrosarcoma	Viva
4	Abril 1997	Mastectomía	No	Sarcoma pleomórfico	Fallecida
5	Mayo 2000	Mastectomía	No	Leiomiomasarcoma	Fallecido
6	Julio 2002	ELA	Sí	Leiomiomasarcoma	Fallecida
7	Febrero 2005	Mastectomía subradical	Sí	Leiomiomasarcoma	Fallecida
8	Diciembre 2005	Mastectomía	Sí	Angiosarcoma	Fallecida
9	Julio 2006	ELA	Sí	Fibrosarcoma	Viva
10	Junio 2006	ELA	Sí	Leiomiomasarcoma	Viva
11	Abril 2007	Mastectomía	Sí	Histiocitoma maligno	Vivo
12	Marzo 2009	Mastectomía	No	Fibrosarcoma	Viva
13	Enero 2011	Mastectomía	Sí	Leiomiomasarcoma	Viva

Tabla V

tal como sucede con los diferentes autores, en donde existen controversias en cuál sería el más oportuno, entre escisiones locales ampliadas y mastectomías, donde no existiría evidencia significativa entre esta última y las escisiones locales amplias con radioterapia posoperatoria.<sup>4,20,24,25,28</sup> Para tumores pequeños sería acertada la realización de escisiones locales con márgenes de más de 1 cm y hasta 3 cm de tejido sano, como tratamiento primario.<sup>29</sup> Sin embargo, existe controversia si la escisión local amplia con márgenes negativos es adecuada o si el control local adecuado debería lograrse mediante mastectomía.<sup>11</sup>

Todos nuestros pacientes con escisión local amplia recibieron radioterapia posoperatoria, conducta no totalmente estandarizada en la literatura internacional, y en donde existe un desacuerdo generalizado para la utilización de la misma.<sup>11</sup>

En lo referido al tratamiento radiante de estos tumores, existen controversias, encontrando en la literatura publicaciones que están a favor de irradiar,<sup>4,18</sup> y otros que no incluyen dicho tratamiento como estándar.<sup>15,19,20</sup>

En la serie de McGowan, la supervivencia causa específica del grupo que recibió dosis de más de 48 Gy de radiación, fue 91%, en comparación con el grupo que no recibió ninguna o dosis de menos de 48 Gy de radiación, tuvieron

una supervivencia causa específica de sólo el 50%; por lo tanto, se recomendaría radioterapia posoperatoria de al menos 60 Gy en el lecho tumoral.<sup>4</sup>

Johnstone, et ál. mostraron que la irradiación adyuvante de la de mama mejora la supervivencia libre de enfermedad.<sup>18</sup>

Ciertos estudios vieron una tendencia de beneficio para los pacientes irradiados y así recomiendan la radioterapia adyuvante en sarcomas primarios de la mama, especialmente si el tumor es de gran tamaño o alto grado.<sup>21,22</sup>

Algunos autores recomiendan que el tratamiento de estos tumores sea como tumores malignos de partes blandas extraesqueléticos, obteniendo mejores resultados con radioterapia adyuvante luego de la cirugía, comparados con cirugía solamente en sobrevida global y el período libre de enfermedad.<sup>30</sup> Nueve de nuestros pacientes realizaron radioterapia adyuvante estándar para tratamiento de carcinoma de mama (5 casos con escisión local amplia y 4 casos posmastectomía), de los cuales a la fecha sólo 3 casos se encuentran vivos con cirugía conservadora (uno de ellos con metástasis pulmonar actualmente, con un seguimiento oncológico de 19 meses) y 2 casos posmastectomía, por lo que en nuestra serie la radioterapia posoperatoria no fue beneficiosa. Se realizó quimioterapia adyuvante específica para tejidos blandos a un solo

caso debido al mal pronóstico tumoral (paciente 7), actualmente fallecido.

Al día de hoy, se encuentran 6 pacientes vivos con un seguimiento máximo de 20 años, (paciente 3) y con un promedio de 86,3 meses.

Los sitios de metástasis encontradas fueron principalmente pulmón y tejido óseo, coincidente con la literatura.<sup>11</sup>

## CONCLUSIONES

Se concluye frente a esta rara entidad, de poca casuística en general individual, que los principales inconvenientes en el manejo son:

- Diagnóstico patológico correcto definitivo, donde la IHQ sería de ayuda fundamental en los casos dudosos.

- El manejo terapéutico aconsejable sería utilizar la cirugía como herramienta primaria, siempre con amplio margen sano (mastectomía o amplia escisión local, seguida de radioterapia) dependiendo de la relación entre el tamaño tumoral y el volumen mamario, no estando indicada la exploración axilar, salvo casos especiales.

- La radioterapia posoperatoria sería de utilidad en los pacientes sometidos a tratamiento conservador.

- La quimioterapia adyuvante tendría indicaciones similares a las del manejo de tumores malignos extraesqueléticos de partes blandas.

- Faltan trabajos prospectivos multicéntricos que concentren casuística, para poder tener mayor poder estadístico y así poder extraer algunas conductas terapéuticas más definidas.

## REFERENCIAS

- Jardines L. Other cancers in the breast. In: Harris JR, Lippman S, Morrow M, et al. (eds): Diseases of the Breast. Philadelphia, PA, Lippincott-Raven, 2000; pp.876-88.
- Pollard MSG, et al. Breast sarcoma. A clinicopathologic review of 25 cases. *Cancer* 1990; 66(5): 941-944.
- Terrier PH et al (1989) Primary breast sarcoma: a review of 33 cases with immunohistochemistry and prognostic factors. *Breast Cancer Res Treat* 13(1): 39-48.
- McGowan TS, et al. An analysis of 78 breast sarcoma patients without distant metastases at presentation. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2000; 46(2): 383-390.
- Adem C, Reynolds C, Ingle JN, Nascimento AG. Primary breast sarcoma: clinicopathologic series from the Mayo Clinic and review of the literature. *Br J Cancer* 2004; 91: 237-241.
- Petrek JA. Phyllodes tumors. In: Harris JR, Lippman S, Morrow M, et al (eds). Diseases of the Breast. Philadelphia, PA, Lippincott-Raven, 2000; pp.863-869.
- Gutman H, Pollock RE, Ross MI, et al. Sarcoma of the breast: Implications for extent of therapy: The M.D. Anderson experience. *Surgery* 1994; 116: 505-509.
- Chaney AW, Pollack A, McNeese MD, et al. Primary treatment of cystosarcoma phyllodes of the breast. *Cancer* 2000; 89: 1502-1511.
- Henry J, Norris MD, Herbert B, et al. Sarcoma and related mesenchymal tumors of the breast. *Cancer* 1968; 22: 22-28.
- Reinfuss M, Mitus J, Smolak K, et al. Malignant phyllodes tumours of the breast: A clinical and pathological analysis of 55 cases. *Eur J Cancer* 1993; 29A: 1252-1256.
- Al-Benna S, Poggemann K, Steinau HU, Steintraesser L. Diagnosis and management of primary breast sarcoma. *Breast Cancer Res Treat* 2010; 122: 619-626.
- Christensen L, Schiodt T, Blichert-Toft M, et al. Sarcomas of the breast: a clinicopathological study of 67 patients with long term follow-up. *Eur J Surg Oncol* 1988; 14: 241-247.
- Chen KT, Kirkegaard DD, Bocian JJ. Angiosarcoma of the breast. *Cancer* 1980; 46: 368-371.
- Trent II. JC, Benjamin RS, Valero V. Primary soft tissue sarcoma of the breast. *Curr Treat Options Oncol* 2001; 1: 169-176.
- Blanchard DK, et al. Primary nonphyllodes breast sarcomas. *Am J Surg* 2003; 186: 359-361.
- Silver S, Tavassoli FA. Primary osteogenic sarcoma of the breast: a clinicopathologic analysis of the 50 cases. *Am J Surg Pathol* 1998; 22 (8): 925 -933.
- Jun Wei X, Hiotis K, Hummel Levine P. Leiomyosarcomas of the breast: A difficult diagnosis on fine-needle aspiration biopsy. *Diagn Cytopathol* 2003; 29(3): 172-8.
- Johnstone PAS, et al. Primary soft tissue sarcomas of the breast: local-regional control with post-operative radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1993; 27(3): 671-675.
- North JH, et al. Sarcoma of the breast: implications of the extent of local therapy. *Am Surg* 1998; 64(11): 1059-1061.

20. Bousquet G, et al. Outcome and prognostic factors in breast sarcoma: a multicenter study from the rare cancer network. *Radiother Oncol* 2007; 85: 355-361.
21. Zelek L, et al. Prognostic factors in primary breast sarcomas: a series of patients with long-term follow-up. *J Clin Oncol* 2003; 21(13): 2583-2588.
22. Moore MP, Kinne DW. Breast sarcoma. *Surg Clin N Am* 1996; 76(2): 383-392.
23. Kusama R, Fujimori M, Hama Y, et al. Case report: stromal sarcoma of the breast with leiomyosarcomatous pattern. *Pathol Int* 2002; 52: 534-539.
24. Fields RC, et al. Treatment and outcomes of patients with primary breast sarcoma. *Am J Surg* 2008; 196(4): 559-561.
25. Confavreux C, et al. Sarcomas and malignant phyllodes tumours of the breast – a retrospective study. *Eur J Cancer* 2006; 42(16): 2715-2721.
26. Irshad K, Mann BS, Campbell H. Primary osteosarcoma of the breast. *Breast* 2003; 12: 72-74.
27. Kamouni M, Regragui A, Gamra L, et al. Osteosarcome primitif du sein: A propos d'un cas. *Revue Francaise des Laboratoires* 2005; 369: 47-49.
28. McGregor GI, Knowling MA, Este FA. Sarcoma and cystosarcoma phyllodes tumors of the breast: a retrospective review of 58 cases. *Am J Surg* 1994; 167(5): 477-480.
29. Pencavel TD, Hayes A. Breast sarcoma: a review of diagnosis and management. *Int J Surg* 2009; 7(1): 20-23.
30. Farrugia DC, Rashid AM, Parker MC. Primary osteosarcoma of the breast. *Eur J Surg Oncol* 1995; 21(6): 686-8.

## DEBATE

**Dr. Elizalde:** Me llamó la atención el tamaño tumoral y la cantidad de cirugías. ¿Cómo fue eso?

**Dr. Pecci:** Muchas de nuestras pacientes son del interior. Nuestro hospital de Córdoba es un centro de referencia del interior, entonces vienen del interior de la provincia de Córdoba o de otras regiones del interior del país. Por la contextura física son muchas veces pacientes con grandes mamas y tumores, que permite hacer resecciones locales amplias. Otra vez se le dio a la paciente la opción de hacer tratamiento conservador con radioterapia o mastectomía

en el caso de tratamiento quirúrgico. Las pacientes que fueron sometidas a cirugía conservadora son tumores de 2, 3 o 5 cm. Todas las pacientes que eligieron mastectomía pudieron haber sido pacientes con 5, 6 o hasta 22 cm de diámetro. Pero siempre se toma como conclusión la relación entre el volumen tumoral y el volumen mamario, para tomar una conducta terapéutica.

**Dr. Elizalde:** ¿Cuántas hubo con cirugía conservadora?

**Dr. Pecci:** Siete casos con mastectomía simple, 5 casos con escisiones locales amplias o cirugía conservadora y 1 caso con una mastectomía subradical. Trece en total.

**Dr. Elizalde:** La radioterapia nosotros definitivamente no la indicamos, la paciente se muere por la metástasis o por la diseminación, no tiene sentido. La recidiva local no modifica la sobrevida y la radioterapia tampoco modifica mucho la recidiva local, por eso es que me parece que cada servicio tiene obviamente su conducta. Esto tiene que seguir el estándar que cada uno propone, pero a la radioterapia no le encontramos un espacio lógico para este tipo de tumores. La cirugía conservadora, si bien es cierto es factible, tampoco tendría mucho sentido, porque son altamente recidivantes. Entonces, frente a la gran posibilidad de una recidiva es preferible, por lo menos para nosotros, inicialmente la mastectomía sabiendo que es un sarcoma.

**Dr. Lebrón:** Me pareció interesante el trabajo porque es un tema que no se presenta o no se discute mucho en estos ámbitos por la baja frecuencia. Coincido plenamente con lo que dijo el Dr. Elizalde, nosotros no hacemos radioterapia tampoco. Creo que la radioterapia no tiene un lugar realmente importante en el tratamiento de los sarcomas. Lo que yo no entendí es si ustedes hacen comité de tumores, ¿se discute? En el comité de tumores supongo estarán los oncólogos, los plásticos, los cirujanos, ¿llegan a un acuerdo sobre si van a usar o no la radioterapia? Por ejemplo, ahí hubo un caso en que hicieron

radioterapia y después apareció metástasis a distancia. La radioterapia en ese caso no sirvió absolutamente para nada. ¿Tienen protocolizado hacer siempre radioterapia ustedes en el sarcoma?

**Dr. Pecci:** En este caso se realizó radioterapia a todas las cirugías conservadoras. Hay muchos casos que son del 1986 o 1987; en ese momento yo no estaba en el hospital, no sabía si había o no otro comité; entonces, los más actuales se discuten. Como les mostraba, actualmente existe mucha controversia; hay trabajos como el de Johnstone, de McGowan, que hablan de que existe un beneficio y otros que hablan completamente de lo opuesto.

**Dr. Novelli:** No sé si leí mal o entendí mal, pero me parece que hicieron quimioterapia en un solo caso, o fue quimioterapia neoadyuvante en un solo caso.

**Dr. Pecci:** Sí, fue una paciente de otra provincia que consulta al hospital con una biopsia core de un sarcoma ductal poco diferenciado.

**Dr. Novelli:** Eso lo entendí, a esa paciente le hicieron tratamiento neoadyuvante.

**Dr. Pecci:** Sí, pero esa paciente realizó tratamiento neoadyuvante en su Institución.

**Dr. Novelli:** Está bien, pero ustedes a las pacientes tratadas ¿no le hicieron quimioterapia?

**Dr. Pecci:** No, después se le hizo porque esa paciente fue operada.

**Dr. Novelli:** No, no hablo de esa paciente, hablo de los otros 12 casos.

**Dr. Pecci:** No.

**Dr. Novelli:** O sea, ¿que ustedes las tratan localmente nada más?

**Dr. Pecci:** Sí. Salvo que aparezcan las que actualmente están con metástasis, recibieron quimioterapia.

**Dr. Novelli:** O sea, que como tratamiento primario únicamente el local.

**Dr. Pecci:** Sí.

**Dr. Elizalde:** No hacen quimioterapia adyuvante, hacen quimioterapia cuando está la

metástasis dada, esperan la metástasis y le hacen la quimioterapia.

**Dr. Pecci:** Lo que pasa es que es una metástasis.

**Dr. Elizalde:** Lo que pasa es que lo que está preguntando el Dr. Novelli es por qué hay esa diferencia.

**Dr. Pecci:** Es un tema realmente que siempre va a generar este tipo de controversias.

**Dr. Elizalde:** Es que si uno espera la metástasis para hacer la quimioterapia porque no tiene otra alternativa, ¿por qué no se le hace de entrada pensando que va a tener una metástasis?, habida cuenta de que son pacientes que se diseminan.

**Dr. Pecci:** Yo en el trabajo puse que una sola recibió quimioterapia. Otra paciente terminó con quimioterapia en tejidos blandos.

**Dr. Novelli:** ¿El tratamiento cómo fue?

**Dr. Pecci:** Local.

**Dr. Novelli:** Yo no estoy de acuerdo.

**Dr. Elizalde:** Está bien, es su postura.

**Dra. Oliva:** Quería saber si tuvieron en el prequirúrgico o en la prepunción algún rasgo en común como para pensar como diagnóstico la posibilidad de un sarcoma.

**Dr. Pecci:** Observó que puse 13 pacientes; 6 casos fueron con biopsia incisional. En la biopsia incisional dio sarcoma fusocelular con alguna diferenciación cancroide, osteoide o angiosarcomatosa.

**Dra. Oliva:** Esa no fue la pregunta, yo pregunté si prebiopsia, tanto en la punción o en el examen clínico o en el de imágenes, algo les hacía presumir un sarcoma.

**Dr. Pecci:** No, porque de las 13 pacientes, 6 casos fueron a biopsia por congelación, inclusive intraoperatoria, creyendo que podíamos hacer un tratamiento como si fuera una patología ductal o lobulillar.

**Dr. Lebrón:** El lapso de seguimiento es importante, 20 años es muchísimo.

**Dr. Pecci:** Una sola paciente; las últimas

son de los últimos 5 años.

**Dr. Lebrón:** Si claro, la primera lleva 20 años, las demás cada vez van a llevar menos seguimiento. ¿Establecieron si las pacientes que perdieron la vida, murieron por la enfermedad, porque la de 20 años se pudo haber muerto de

un infarto; cualquier otra cosa menos del sarcoma de mama?

**Dr. Pecci:** Las primeras pacientes coincidimos, porque los registros de historia de más de 15 años se pierden, pero por la edad solamente ya no tenemos ese dato.