

CASOS CLÍNICOS

Oncoplastia extrema: Cirugía conservadora en cáncer de mama multicéntrico.

Presentación de caso clínico.

Jorgelina Cavallero¹, Hernán Ursino², María Dolores Mansilla Figueroa³, Gastón Berman², Eduardo Armanasco², Juan Martín Ipiña², Valeria Cáceres⁴, Andrea Aguilar⁵, José Gómez Escalante⁶, Bárbara Miller⁷, Romina Moreau⁸ y María Eugenia Azar⁹.

RESUMEN

Introducción

La conservación mamaria ha evolucionado y cada vez se utilizan más técnicas oncoplásticas para obtener mejores resultados cosméticos. Además, esta técnica permite escisiones más amplias que previenen deformidades mamarias mediante la reconstrucción de grandes defectos de resección.

Objetivo

Reportar con un caso clínico: estrategia quirúrgica de una paciente con cáncer de mama multicéntrico y cirugía conservadora oncoplástica de la mama.

Caso clínico

Paciente de 72 años con mamas grandes ptosis Grado III con diagnóstico de carcinoma mamario derecho multicéntrico Estadio IA mT1cN0 luminal A anatómico – pronóstico. Deseos de la paciente de conservar la mama. Se decide mastoplastia terapéutica + Ganglio centinela (GC) + mastopexia y reducción contralateral. Anatomía pa-

1 Ginecóloga-Mastóloga Instituto Oncológico A. Roffo

2 Cirujano oncológico- Mastólogo Instituto Oncológico A. Roffo

3 Cirujana-Mastóloga Instituto Oncológico A. Roffo

4 Oncóloga- Jefa de Departamento de Oncología. Instituto Oncológico A. Roffo

5 Oncóloga- Jefa de UTFE de oncología clínica. Instituto Oncológico A. Roffo

6 Médico Patólogo Instituto Oncológico A. Roffo

7 Médica especialista en Diagnóstico por imágenes e Imagenóloga mamaria e intervencionismo mamario Inst. Oncológico A. Roffo

8 Médica especialista en Diagnóstico por imágenes Acreditada SAR-SAM. Jefa de División de Diagnóstico por imágenes. Inst. Oncológico A. Roffo

9 Mastóloga- Jefa de Departamento de Mastología. Instituto Oncológico A. Roffo.

Correo electrónico: jor_cavallero@yahoo.com.ar

Unidad de Mastología: Instituto Oncológico Angel H. Roffo
Universidad de Buenos Aires

tológica: mama derecha: carcinoma ductal infiltrante multicéntrico GC 0/3. Mama izquierda: 1 foco de 2 mm carcinoma lobulillar infiltrante de tipo clásico score II de nottingham. margen libre. Inmuno-histoquímica: RE 95%, RP 95%, Her2 neu negativo score 0 y ki67 2%. Se discute caso en unidad de mastología, se decide: Radioterapia 3D bilateral y hormonoterapia con anastrozole.

Discusión

La Mastoplastia terapéutica es considerada una opción de tratamiento estándar para pacientes seleccionados garantizando la conservación mamaria con seguridad oncológica aceptable, adecuados resultados estéticos y similar supervivencia. Permite la escisión tumoral con márgenes de resección más amplios y resultados oncológicos y estéticos aceptables. Creemos que es esencial brindar información precisa para ayudar a la paciente en la toma de decisiones sobre las consecuencias específicas de cualquier técnica oncoplástica.

Conclusiones

La oncoplastia extrema debe ser utilizada solamente para casos seleccionados. Deberá ser evaluado por un equipo multidisciplinario, idealmente en el contexto de una unidad de mastología integrada por: cirujanos mastólogos, radioterapeutas, imagenólogos, oncólogos, anatomopatólogos y psicooncólogos. La técnica quirúrgica debe ser realizada preferentemente por cirujanos de mama con formación oncoplástica y reconstructiva de la mama.

Palabras Clave

cáncer de mama multifocal/multicéntrico – cirugía oncoplástica mamaria

ABSTRACT

Introduction

Breast conservation has evolved and more oncoplastic techniques are used to obtain better cosmetic results. In addition, this technique allows wider excisions that prevents breast deformities by reconstructing large resection defects.

Objetivo

Report with a clinical case: surgical strategy of multicentric breast cancer and oncoplastic breast-conservative surgery.

Clinical case

A 72-year-old patient with large breasts with Grade III ptosis diagnosed with multicentric right mammary carcinoma Stage IA mT1cN0 luminal A anatomical – prognosis. The patient's wishes to preserve the breast. Therapeutic mastoplasty + sentinel node (SLN) + mastopexy and contralateral reduction was decided. Pathology: right breast: multicentric infiltrating ductal carcinoma GC 0/3. Left breast: 1 focus of 2-mm infiltrating lobular carcinoma of the classic Nottingham score II type. free margin. Immunohistochemistry: RE 95%, RP 95%, Her2 neu negative score 0 and ki67 2%. The case is discussed in the mastology unit, and we decided: Bilateral 3D radiotherapy and hormone therapy with anastrozole.

Discussion

Therapeutic mastoplasty is considered a standard treatment option for selected patients, guaranteeing breast conservation with acceptable oncological safety, adequate aesthetic results and similar survival. It allows tumor excision with wider resection margins and acceptable oncological and cosmetic results. We believe that it is to provide accurate information to help the patient in making essential decisions about the specific consequences of any oncoplastic technique.

Conclusions

Extreme oncoplasty should only be used for selected cases. It must be evaluated by a multidisciplinary team, ideally in the context of a mastology unit made up of: breast surgeons, radiotherapists, imaging specialists, oncologists, pathologists and psycho-oncologists. The surgical technique should preferably be performed by breast surgeons with oncoplastic and reconstructive training of the breast.

Key words

multifocal/multicentric breast cancer – oncoplastic breast surgery

INTRODUCCIÓN

La conservación mamaria ha evolucionado y cada vez se utilizan más técnicas oncoplásticas para obtener mejores resultados cosméticos. Además, esta técnica permite escisiones más amplias que previenen deformidades mamarias mediante la reconstrucción de grandes defectos de resección.

EL mayor uso de tratamientos neoadyuvantes para reducir el estadio del tumor primario permite la realización de una cirugía conservadora de la mama cuando previamente habría sido necesaria una mastectomía. Existe en la actualidad, un cambio de paradigma: de la mastectomía hacia una cirugía más conservadora.

En este sentido nos parece muy importante evaluar la seguridad oncológica a pacientes con cáncer de mama multifocal y multicéntrico con deseos de conservación mamaria. Se define al cáncer de mama MULTIFOCAL como el que se sitúa en un mismo cuadrante (20 y 50 mm) y MULTICENTRICO en diferentes cuadrantes (>50 mm). (Lynch SP, 2012) LA AJCC 2010 lo definió como múltiples cánceres en una misma mama. Según la bibliografía su incidencia varía entre un 5-60% y es más común en los Carcinomas lobulillares. Existe un aumento en su incidencia probablemente debido a las mejoras en las imágenes, ya sea Resonancia mamaria bilateral con gadolinio (RMN) y Tomosíntesis.

Es menester considerar diferentes aspectos en el enfoque del CÁNCER DE MAMA MULTIFOCAL/MULTICENTRICO MF/MC:

- La precisión en el Diagnóstico por imágenes
- El riesgo de recurrencia local y a distancia

- La factibilidad de la realización del Ganglio Centinela.
- Los resultados cosméticos en cirugía conservadora

OBJETIVO

Reportar con un caso clínico: la estrategia quirúrgica de una paciente con cáncer de mama multicéntrico y cirugía conservadora oncoplástica de la mama.

Figura 1: paciente primera consulta



CASO CLÍNICO

Paciente de 72 años de edad que consulta por cáncer de mama derecha. Al examen físico: mamas grandes ptosis Grado III, se palpa en cuadrante superointerno mama derecha área pseudonodular 2 x 2 cm y H9 área pseudonodular 3 x 3 cm axila clínicamente negativa. (Figura 1)

Adjunta mamografía ACR C. En mama derecha 3 imágenes nodulares espiculadas y Clip metálico asociado a una de ellas. Axilas sin particularidades (Figura 2). Ecografía mamaria: MD tres nódulos hipocogénicos, sólidos, espiculados: H1 18 x 13 x 18 mm a 5 cm del pezón y 8 mm de la piel, en H9 16 x 13 x 17 mm a 4 cm del pezón y 8,5 mm de la piel y H11 11 x 11 x 10 mm a 5 cm del pezón a 15 mm de la piel. Axilas s/p. BIRADS VI. (Figura 3)

Figura 2. Mamografía Bilateral

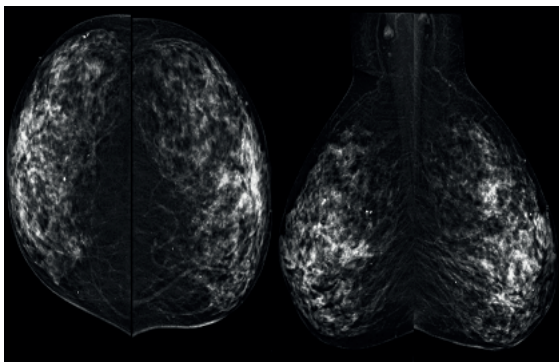


Figura 3. Ecografía mamaria

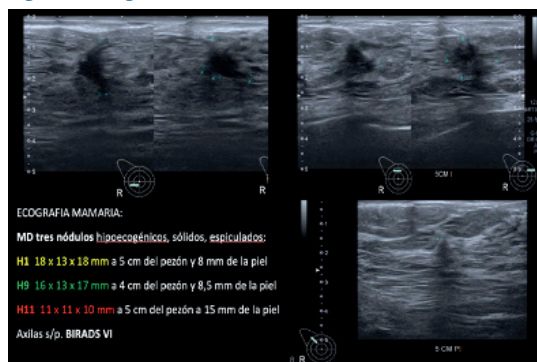
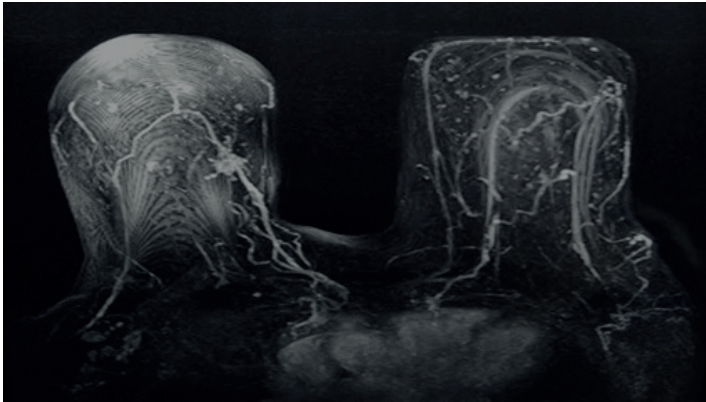


Figura 4. RMN mamaria bilateral

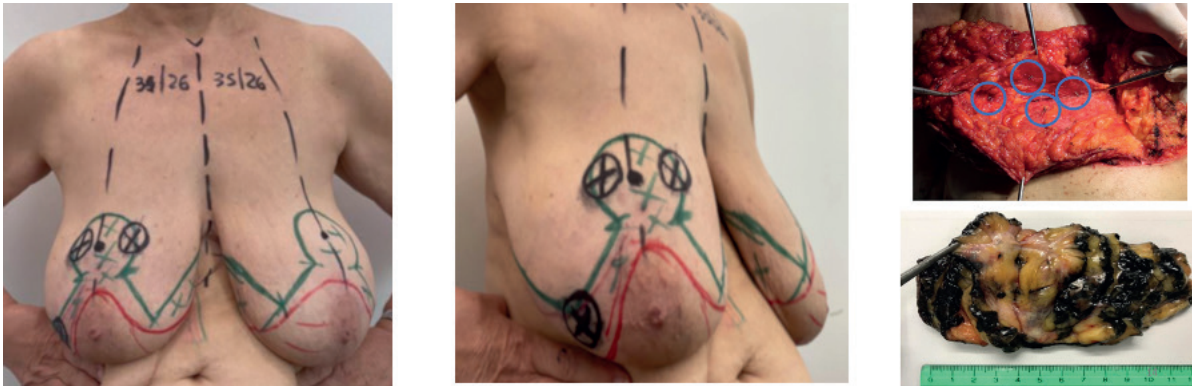


Adjunta punción histológica con aguja gruesa MD H1: Carcinoma Ductal Invasor NST Grado II Score de Nottingham. IHQ RE 90% RP 80% Her2 negativo (score 0) negativo Ki67 5% LUMINAL A y MD H11: Carcinoma invasor NST Grado I Score de Nottingham con microcalcificaciones endoluminales IHQ RE 95% RP 95% Her2 negativo (score 0) Ki67 2% LUMINAL A y punción asistida por vacío bajo guía mamográfica MD PA Ext H9: Neoplasia lobulillar in situ con microcalcificaciones endoluminales e hiperplasia ductal atípica. RMN mamaria bilateral con gadolinio: Imágenes nodulares de márgenes espiculados en MD: CSE de 1 x 1,5 cm y CSI 1,6 x 1,7 cm. y MD RA plano posterior de 1,1 x 0,5 cm. BI-RADS VI. (Figura 4)

Se realiza medición de la distancia entre lesiones x ecografía para evaluar resección H 11 y H 1 a 5 cm de distancia H 9 y H11 a 6 cm de distancia. Se realizan estudios de extensión: Centellograma oseo corporal total y Tomografía axial computada tórax abdomen y pelvis con contraste EV: negativo para secundarismo. Con dichos estudios se presenta en UNIDAD de MASTOLOGIA: Resumen 72 años. CARCINOMA DERECHO MULTICENTRICO E IA mT1cN0 luminal A Anatómico - Pronóstico. Deseos de la paciente de conservar la mama. Se discute riesgos y complicaciones de cirugía conservadora y mastectomía con reconstrucción. Se decide en conjunto con la paciente mastoplastia terapéutica (marcación con carbón de lesión no palpable y por ecografía proyección en piel para determinar extensión de resección) utilizando pedículo posteroinferior + Ganglio centinela + mastopexia y reducción contralateral. Se realiza Planificación quirúrgica con la paciente en decúbito (Figura 5). Se evalúan los siguientes parámetros:

- Evaluación del volumen forma y asimetrías. Distancia CAP (ubicación divergencia convergencia)
- Marcación sentada, dinámica y medición precisa para optimización de resultados.
- Utilización de instrumental adecuado.
- Preferencia pedículo posteroinferior.
- Clips en lecho de tumorectomía para RT.

Figura 5. Marcación prequirúrgica - Clips lecho -Pieza Anatomía patológica.



SEGUIMIENTO POP buena evolución. Intercurre con Herpes zoster torácico derecho en su evolución postoperatoria con respuesta a tratamiento médico. (Figura 6)

Figura 6. Evolución postoperatoria. Día 4 – Día 10 – Día 25.



Se recibe anatomía patológica:

MAMA DERECHA: CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE MULTICENTRICO 2 focos 1,5 x 1,5 x 1 cm (HORA 1) Score 2 de Nottingham. 1 x 1 x 0,9 cm (HORA 11) Score 1 de Nottingham y HORA 9 marcada con carbón: hematoma organizado y granuloma. CDIS asociado bajo grado N2 de tipo sólido asociado a microcalcificaciones. Márgenes libres. ILV negativa. GC 0/3

MAMA IZQUIERDA: 1 FOCO de 2 mm CARCINOMA LOBULILLAR INFILTRANTE de tipo clásico Score II de Nottingham. Margen libre. IHQ: RE 95%, RP 95%, Her2 neu negativo Score 0 y Ki67 2%. Se discute caso en unidad de mastología, se decide: Radioterapia 3D bilateral en volumen mamario sin boost por edad de la paciente y hormonoterapia con Anastrozole.

DISCUSIÓN

La Mastoplastia terapéutica es considerada una opción de tratamiento estándar para pacientes seleccionados garantizando la conservación mamaria con seguridad oncológica aceptable, adecuados resultados estéticos y similar supervivencia. Permite la escisión tumoral con márgenes de resección más amplios y resultados oncológicos y estéticos aceptables. (O.C. Iwuchukwu, 2012)

En 2016 Z.E. Winters et al publicaron una revisión sistemática del impacto de Cirugía conservadora en cáncer de mama multicéntrico multifocal ipsilateral. El objetivo principal fue comparar los resultados clínicos después de cirugía conservadora versus mastectomía para los cánceres multifocales y multicéntricos, definidos en conjunto como cánceres de mama múltiples ipsilaterales (MIBC). Se resumieron las características y los resultados de los estudios identificados. Se incluyeron 24 estudios retrospectivos: 17 estudios comparativos y 7 series de casos. Incluyeron 3537 mujeres con MIBC sometidas a cirugía conservadora: los cánceres de mama se definieron como MF en 2677 mujeres, MC en 292 y se informaron como MIBC en 568.6 estudios evaluaron MIBC tratado con cirugía conservadora o mastectomía, con tasas de recurrencia locorregional (LRR) de 2 a 23% después de cirugía conservadora con una mediana de seguimiento de 59.5 meses. (56-81) Cirugía conservadora y mastectomía mostraron tasas aparentemente equivalentes de LRR (RR 0.94, IC95% 0.65-1.36). 13 estudios compararon cirugía conservadora en mujeres con MIBC versus aquellas con cánceres unifocales, informando tasas de LRR de 2-40% después de cirugía conservadora con una mediana de seguimiento de 64 (57-73) meses. Un estudio de alta calidad informó tasas de LRR a 10 años de 5.5% para cirugía conservadora en 300 mujeres versus 6.5% para mastectomía entre 887 mujeres. Este estudio concluye que los estudios disponibles fueron principalmente de calidad moderada y de bajo poder estadístico, con un seguimiento limitado y una selección de casos sesgada a favor de la cirugía conservadora en lugar de la mastectomía para pacientes de bajo riesgo. La evidencia no fue concluyente, lo que debilitó el apoyo al consenso de St Gallen y apoyó un futuro ensayo aleatorizado. (Z. E. Winters, 2016)

Neri et al. publicaron un estudio retrospectivo con 1158 mujeres operadas con cáncer de mama estadio I-III. Se investigó el impacto de los cánceres de mama MF/MC, patrones de recurrencia y la supervivencia específica del cáncer de mama (BCSS) en relación con el tipo de tratamiento quirúrgico. Los cánceres MF/MC fueron 131 casos (11,3%) y 60 casos (5,2%) respectivamente y fueron tratados más frecuentemente con mastectomía (55 cánceres MF y 60 MC, 81,2%) que con

cirugía conservadora de la mama (36 cánceres MF, 18,9%; $p < 0,001$). Los cánceres de mama MF/MC se asociaron con un peor pronóstico con un BCSS de 154 meses en comparación con los 204 meses de los cánceres unicéntricos ($p < 0,001$). En el análisis multivariado, los cánceres MF/MC fueron factores pronósticos independientes para BCSS junto con un mayor número de ganglios axilares metastásicos, ausencia de receptores de estrógeno y alta actividad proliferativa. Los cánceres MF/MC se relacionaron con un BCSS significativamente más corto en pacientes sometidas a mastectomía, así como en aquellas sometidas a cirugía conservadora de la mama. La recaída en cualquier sitio fue mayor en el subgrupo de cánceres de MF/MC, pero la incidencia de recurrencias locorregionales y a distancia no difirió entre las pacientes tratadas con mastectomía o cirugía conservadora de la mama. Como conclusión los autores indican que los cánceres MF/MC tienen un impacto negativo en el pronóstico y se relacionan con una mayor recidiva locorregional y a distancia independientemente del tipo de cirugía realizada. (Alessandro Neri, 2015)

En el trabajo publicado por Masannat et al. en contraposición al trabajo anterior, ellos aseveran que con la mejor evidencia actualmente disponible que indica que el cáncer de mama MF/MC tiene un pronóstico similar al de los cánceres unifocales y con más de 30 años de experiencia en cirugía conservadora de la mama en el manejo de cánceres unifocales, sigue existiendo una consideración válida para un enfoque conservador en el cáncer de mama MF/MC. En particular, no hay evidencia de que el abordaje quirúrgico afecte el pronóstico, siempre que los tumores se extirpen por completo. La evidencia actual apunta a que la conservación de la mama es segura para el cáncer de mama MF/MC (cuando sea técnicamente factible y siempre que se puedan lograr resultados estéticos aceptables). Si bien algunas pacientes pueden optar por la mastectomía en lugar de la conservación de la mama, su elección no debe estar limitada por la falta de habilidad quirúrgica y experiencia local en cirugía oncoplástica del seno (Masannat, 2020).

De Lorenzi et al (Francesca De Lorenzi, 2022) fue un estudio retrospectivo comparativo que incluyó 100 pacientes entre 2000-2015 con cáncer de mama MC/MF donde se comparó cirugía oncoplástica versus mastectomía. Su objetivo fue evaluar sobrevida libre enfermedad (SLE), sobrevida global (SG), recurrencia locorregional (RL) y a distancia. La SG y la SLE fueron similares entre los dos grupos. La incidencia de eventos locales fue mayor en el grupo oncoplástico, mientras que la incidencia de eventos regionales fue ligeramente mayor en el grupo de mastectomía. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. La incidencia acumulada de eventos distantes fue similar

entre los dos grupos. Como conclusión, según el conocimiento de los autores, el estudio actual proporciona la mejor evidencia disponible que sugiere que el abordaje oncoplástico es un tratamiento seguro y confiable para el manejo de los cánceres de mama MF/MC invasivos.

Creemos que es esencial brindar información precisa para ayudar a la paciente en la toma de decisiones sobre las consecuencias específicas de cualquier técnica oncoplástica. Es esencial contar con enfermeras capacitadas en este tipo de técnicas que desempeñan un papel imprescindible en la educación del paciente y cuidados postoperatorios.

CONCLUSIÓN

La oncoplastia extrema debe ser utilizada solamente para casos seleccionados. Deberá ser evaluado cada caso por un equipo multidisciplinario, idealmente en el contexto de una unidad de mastología integrada por: cirujanos mastólogos, radioterapeutas, imagenólogos, oncólogos, anatomopatólogos y psicooncólogos. La técnica quirúrgica debe ser realizada preferentemente por cirujanos de mama con formación oncoplástica y reconstructiva de la mama. Siempre se debe respetar el deseo del paciente.

La cirugía oncoplástica conservadora en cáncer de mama multifocal - multicéntrico, la radioterapia y terapia sistémica neoadyuvante puede resultar en tasas bajas de recurrencia en la mama.