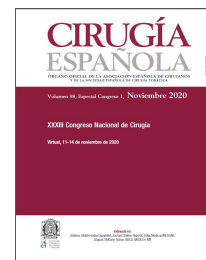




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-540 - TUMOR FILODES MALIGNO (TFM) DE LA MAMA: CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA EN UN PRIMER TIEMPO QUIRÚRGICO

Muñoz Núñez, Isabel María; Maes Carballo, Marta; Calzado Baeza, Salvador; Cantarero Jiménez, Bárbara

Hospital Santa Ana, Motril.

Resumen

Introducción: Descripción de un caso clínico sobre una entidad poco frecuente como es el TFM de la mama y su abordaje quirúrgico con técnica reconstructiva.

Caso clínico: Paciente de 43 años con nódulo en mama derecha de aprox. 2 cm en seguimiento ecográfico/mamográfico durante un año, con crecimiento de la lesión hasta 8 cm. Se realizó tumorectomía que evidenció presencia de TFM con patrón de sarcoma de células fusiformes de alto grado y áreas sugestivas de liposarcoma con bordes de resección afectos. Posteriormente se sometió a mastectomía ahorradora de piel y colocación de expansor retromuscular (técnica de Spira). La pieza quirúrgica presentaba proliferación fusocelular atípica compatible con restos de sarcoma previo cuyo margen se encontraba a 1 cm del borde de resección. La paciente recibió radioterapia adyuvante (RTA). Así mismo, se valoró el caso de forma individual en la Unidad de Sarcomas y se decidió quimioterapia adyuvante (QTA) con epirrubicina + ifosfamida por el riesgo de recidiva metastásica. Actualmente, un año después de la intervención quirúrgica, la paciente se encuentra en seguimiento por parte de oncología y en espera de recambio de expansor por prótesis definitiva.

Discusión: El TFM representa entre 0,3-0,5% de todos los tumores malignos de la mama, siendo más frecuente en mujeres de 35 a 55 años. En cuanto al índice de recurrencia local, varía entre 8 al 36%. Por este motivo, TFM debe ser resecado en su totalidad con márgenes quirúrgicos adecuados. El abordaje quirúrgico puede ir desde cirugía oncoplástica hasta mastectomía con implante definitivo. La técnica de Spira permite la exéresis y reconstrucción en un mismo abordaje quirúrgico, con menor número de complicaciones que otras técnicas como los colgajos autólogos y con menor impacto psicológico que una cirugía radical sin reconstrucción. Actualmente no hay consenso sobre los márgenes de resección quirúrgica, aunque las últimas publicaciones sugieren que márgenes menores de 1cm podrían ser adecuados sin diferencia en la recurrencia local. En cuanto a la RTA, puede disminuir el riesgo de recurrencia local, sobre todo en mujeres jóvenes con tumores grandes pero sin influir en la supervivencia. La diseminación linfática es rara (< 1%), por lo que no se recomienda disección a dicho nivel. En conclusión, serían necesarios más estudios con el fin de determinar el correcto tratamiento del TFM mamario.