



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-541 - TUMORACIÓN GIGANTE MAMARIA DE RÁPIDO CRECIMIENTO SIN ATIPIAS CON AXILA METASTÁSICA

Sedano Vizcaíno, Cristina; Robayo Soto, Paul; Beteta Fernández, Jose Anibal; Domingo Ajenjo, María Teresa; Mezquita Gayango, Susana; Gallardo Ortega, Andrés Javier

Hospital la Inmaculada del Servicio Andaluz de Salud, Huerca Overa.

Resumen

Introducción: Realizamos la presentación de un caso clínico de una gran tumoración mamaria de rápido crecimiento con metástasis axilar sin localización del primario, y cómo nos enfrentamos a su manejo desde un equipo multidisciplinar.

Caso clínico: Mujer de 52 años en seguimiento en consulta por tumoración mamaria izquierda de larga data, con rápido crecimiento. Exploración física: mama izquierda con masa central mamelonada sólida que impresiona de crecer de forma expansiva no infiltrativa, no adherida a planos profundos ni a piel. Pruebas complementarias: 1. Mamografía (25/7/19): en mama izquierda imagen retroareolar de masa lobulada de 109 × 86 mm con calcificaciones que se veía en estudio previo, presentando crecimiento desproporcionado. BI-RADS 3. 2. Ecografía (3/9/19): gran tumoración en mama izquierda, sólido-quística de bordes lobulados y definidos. Adenopatías hipoecogénicas en axila izquierda. 3. RMN c/c (9/9/19): mamas con masa de características mixtas y gran tamaño en mama izquierda con criterios de malignidad (BI-RADS 5) sin signos de multifocalidad. 4. BAG no atipias en mama pero infiltración por carcinoma ductal en axila. Tras presentar el caso en comité de mama se decidió realizar una tumorectomía para mayor tipificación de la lesión. La anatomía patológica fue informada como "tumor filodes de bajo grado, focos de necrosis, hemorragia y degeneración quística, con un foco de carcinoma lobulillar in situ, sin foco de CDIS ni de CDI". Se presentó de nuevo en comité y se decidió tratamiento neoadyuvante, y posterior mastectomía bilateral con linfadenectomía axilar izquierda, sin hallazgos en la misma de ningún foco de infiltración.



Discusión: Se trata de una entidad que tiene sus propias reglas de crecimiento y metástasis. En lugar de continuar la secuencia tradicional de lesión premaligna que se transforma en maligna primaria y posterior extensión metastásica, se propaga directamente a axila sin un primario conocido. En nuestro caso se optó por quimioterapia neoadyuvante, posterior linfadenectomía, con mastectomía bilateral. Se decidió en base a hallazgos de PET-TAC así como teniendo en cuenta la preferencia y características individuales de la paciente. En el COM parece claro el papel de la linfadenectomía axilar, y del tratamiento sistémico, existiendo controversia en el manejo de la mama ipsilateral. De los diferentes tipos de cáncer, el más común histológicamente es el adenocarcinoma. La media de edad es entre 60-66 años. La RMN es el gold estándar, aunque en muchos casos el tumor primario puede no ser encontrado, siendo hallado en un 70% de los casos en la autopsia. Está asociado a un peor pronóstico, siendo la media de supervivencia de entre 11 semanas a 11 meses, con una media de unos 5 años de supervivencia, resultando el principal factor predictivo la

afectación axilar, siendo el promedio de ganglios afectos de tres. Según la literatura revisada, el tratamiento propuesto para COM es neoadyuvancia por afectación axilar, posterior linfadenectomía (NI, NII+/-NIII si clínica positiva), y en mama mastectomía o irradiación y quimioterapia con hormonoterapia adyuvante posterior según receptores.