



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-555 - ANGIOSARCOMA RADIOINDUCIDO DE MAMA MULTIRRECIDIVADO: NUEVO RESCATE QUIRÚRGICO

Pablos Vidal, Jorge; Sáinz Fernández, Borja; Suárez García, Nerea; Rosales Goas, Jesús; Rodríguez Carral, Paula; Alarcón Caballero, Juan Pablo; Vives Rodríguez, Eulalia; Díaz Tie, Manuel

Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos, Ferrol.

Resumen

Introducción: El angiosarcoma (AS) es un tumor agresivo muy poco frecuente con afinidad por el tejido cutáneo. Puede ser primario, secundario a linfedema crónico (Stewart-Treves) y radioinducido (ASRI). La localización más frecuente del ASRI es la mama, siendo solo un 0,05% de la patología mamaria maligna. Se presentan como una tumoración violácea difícil de distinguir de otras lesiones propias de la RT. Diagnóstico por biopsia e inmunohistoquímica. Las pruebas de imagen pueden ser útiles para valorar extensión. El tratamiento curativo es la cirugía, dificultada por la distribución multifocal con alta tasa de recidiva.

Caso clínico: Mujer de 82 años con antecedentes de tumorectomía y linfadenectomía axilar con posterior RT (18 Gy) y tratamiento con tamoxifeno por carcinoma ductal infiltrante (receptores hormonales positivos) en CIE de mama izquierda (MI) en 1998. En 2008, tras 10 años sin datos de recidiva, aparición de nódulo violáceo con AP en biopsia de angiosarcoma de alto grado, realizándose mastectomía izquierda y reconstrucción con colgajo dorsal ancho y prótesis, asociando mamoplastia de reducción con pedículo superior de la mama contralateral. En 2017, nódulo violáceo submamario izquierdo palpable (BAG: lesión vascular atípica sugestiva de angiosarcoma); exéresis completa de la lesión confirmándose recidiva de ASRI con posterior ampliación de márgenes quirúrgicos. En junio 2021, nuevo nódulo cutáneo de mismas características en MI del que se realiza exéresis, siendo la AP compatible con recidiva de ASRI. Tras valoración en Comité de Tumores, se decide realizar una cirugía más agresiva: resección en bloque con márgenes oncológicos, capsulectomía y extracción de prótesis para trasposición de colgajo dorsal ancho previo por necesidad de cobertura de defecto. Nueva recidiva en diciembre de 2021, realizándose exéresis en bloque con márgenes oncológicos y reconstrucción con colgajo tipo VRAM pediculado y colocación de malla abdominal.

Discusión: El ASRI de mama es una patología infrecuente, con una incidencia en aumento secundaria al mayor número de cirugías conservadoras de mama. La clínica consiste en una lesión cutánea de coloración violácea que en ocasiones se puede confundir con radiodermatitis o un hematoma local. Suelen aparecer tras unos 6 años de media desde la administración de RT. La biopsia cutánea ha de realizarse ante la mínima sospecha de AS, identificándose en la AP células pleomórficas y endoteliales malignas. En ecografía y RMN se pueden identificar lesiones hipervasculares, siendo la mamografía habitualmente inespecífica. El tratamiento consiste en cirugía

radical agresiva, asociando habitualmente una técnica reconstructiva. La naturaleza multifocal del ASRI dificulta la obtención de bordes libres con una elevada tasa de recidiva (52-94%). Paradójicamente, la RT podría reducir la tasa de recidiva según algunos estudios. A nivel sistémico, la QT tiene pocos resultados y existen nuevos fármacos (antiangiogénicos) con un futuro prometedor, pero aún en estudio.

Conclusiones: El ASRI de mama es una entidad con alta tasa de recidiva cuyo tratamiento de elección es la cirugía agresiva, muchas veces asociado a técnicas reconstructivas. Es importante incidir en el diagnóstico precoz y la búsqueda de nuevas terapias sistémicas dado el potencial aumento de incidencia tras cirugía de mama conservadora.