



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-489 - LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES ASOCIADO A PRÓTESIS MAMARIA

Annese, Sergio; Calvo, Antonio; Betoret, Lidia; Ramos, Francisco; Martínez, Jose Luis; Lucas, Isabel; Baeza, Melody; Aguayo, Jose Luis

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Resumen

Introducción: El linfoma anaplásico de células grandes es un subtipo de linfoma T ALK negativo, descrito por primera vez en 1997 por Keech y Creech, que se asocia a implantes mamarios ya sea por reconstrucción por patología oncológica o estética. Se presenta con una media de 8-10 años de la implantación protésica. El diagnóstico se realiza en comités multidisciplinares y son fundamentales la ecografía, la resonancia magnética y la anatomía patológica.

Caso clínico: Mujer de 62 años con antecedentes de cáncer de mama izquierdo en 1998, cáncer de ovario en 2009 con recaída peritoneal en 2016. Antecedentes quirúrgicos: mastectomía radical modificada en 1998, reconstrucción mamaria en 2003, histerectomía más doble anexectomía en 2009, cirugía citorrreductora en 2017. Remitida a la consulta de cirugía de mama por presentar en RMN mamaria de control, líquido periprotésico con molestias locales asociadas en mama izquierda. Se realiza punción-aspiración con aguja fina (PAAF) con diagnóstico de linfoma anaplásico de células grandes asociado a prótesis mamaria. Se realiza PET-TAC sin evidencia de diseminación local, ganglionar ni visceral. Decidiendo en comité multidisciplinar, cirugía. Se realiza capsulectomía con explante mamario sin incidencias. No se evidencio masas ni infiltración tumoral a nivel capsular, encontrado células neoplásicas en el líquido pericapsular. Tras un seguimiento de 6 meses, la paciente se encuentra sin datos clínicos ni radiológicos de recidiva.

Discusión: El linfoma anaplásico de células grandes se desarrolla sobre la cara luminal de la capsula periimplantaria, lo que produce un derrame periprotésico que condiciona una distorsión mamaria, edema y asimetría. También se puede asociar a masa palpable, dolor, lesiones cutáneas y en casos raros la afectación es bilateral. En ocasiones puede ser un hallazgo incidental en la histología de rutina por capsulotomía por contracción capsular o rotura protésica. Se cree que su origen es multifactorial, una hipótesis propuesta es la inflamación crónica impulsada por una biopelícula bacteriana, micropartículas desprendidas de la cubierta del implante, trauma/fricción repetitiva entre la cubierta del implante y la cápsula, toxinas cancerígenas que se filtran desde el implante y/o predisposición genética. Se han identificado asociación significativa entre el LACG y los implantes mamarios con cubierta texturizada frente a los de cubierta lisa. También se ha descrito relación con el síndrome de Li Fraumeni y mutaciones del gen BRCA. Respecto al diagnóstico de esta entidad, las pruebas de elección son la ecografía y el análisis citológico del líquido periprotésico mediante PAAF. Se debe evaluar la integridad del implante, presencia de seroma o masa/nódulo y

los ganglios axilares. Cuando la ecografía es indeterminada, la resonancia magnética es la segunda técnica de elección, dejando el PET-TAC para estudio de extensión. El diagnóstico diferencial debe hacerse con el seroma crónico, hematoma, infección y rotura protésica. La cirugía, capsulectomía total en bloque es el tratamiento primario recomendado, excepto la minoría que presenta enfermedad metastásica localmente avanzada o distante que se beneficiará de la terapia sistémica inicial. Se sugiere seguimiento entre 3-6 meses con PET-TAC \pm ecografía o RMN mamaria durante 2 años tras la cirugía.