



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-491 - MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LA AFECTACIÓN AXILAR CONTRALATERAL POR CÁNCER DE MAMA LUMINAL A, A PROPÓSITO DE UN CASO

Sánchez Gallego, Alba; Sánchez López, Esther; Martínez Peñalver, Ignacio; Aguado Rodríguez, Beatriz; Lisón Jiménez, Patricia; Cámara Alcalá, Sonia; Valero Liñán, Serafín; García Blázquez, Emilio

Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

Resumen

Introducción: Las metástasis ganglionar axilar contralateral (MAC) como manifestación inicial en el cáncer de mama es un fenómeno muy poco frecuente. Aunque se considera un estadio IV, hay hipótesis que postulan que la diseminación de las células tumorales hasta los ganglios axilares contralaterales podría producirse vía linfática y no hematogena. Presentamos el caso de una paciente de 78 años con una neoplasia mamaria y metástasis axilares contralaterales tratada en nuestro centro. Hemos realizado una revisión de la literatura para buscar la mejor opción terapéutica en pacientes que presentan esta situación clínica.

Caso clínico: Se trata de una paciente de 78 años que acude a nuestra consulta por la palpación de adenopatías axilares derechas aumentadas de tamaño sin otra sintomatología. A la exploración destaca la palpación de las adenopatías axilares derechas aumentadas de tamaño sin otras alteraciones. Aporta mamografía y ecografía bilaterales que informan de asimetría de densidad en CSE de mama izquierda BI-RADS 3, y las adenopatías axilares derechas con clasificación BRN-5 realizándose BAG, siendo el resultado de CDI origen mamario. Se solicita una RM de mama que no identifica alteraciones en la mama derecha, aunque sin embargo, en la mama izquierda visualiza, dos formaciones lobulillares retroareolares compatibles con proceso neoplásico multicéntrico. BIRADS 4. Un PET-TC confirma los hallazgos de la RM y se realiza BAG con ecografía de las lesiones en la mama izquierda, con resultado de CDI luminal A de mama izquierda con afectación axilar contralateral. Se decide tumorectomía de mama izquierda radioguiada, con biopsia de ganglio centinela intraoperatorio y linfadenectomía derecha. El resultado anatomopatológico fue de tumorectomía con carcinoma ductal infiltrante grado II de Nottingham, luminal A con márgenes libres. Biopsia de tres ganglios centinelas izquierdos negativos por OSNA. Linfadenectomía axilar derecha: 1 ganglio con macrometástasis por CDI de 14 ganglios aislados. Tras el resultado anatomopatológico la paciente vuelve a ser presentada en comité de tumores decidiéndose hormonoterapia adyuvante y control 6 meses con mamografía + eco + RNM mamarias actualmente sin evidencia de recidiva.

Discusión: Los tumores de mama con presencia de MAC son considerados metastásicos en la clasificación TNM, y por tanto de diseminación hematogena. Sin embargo, se han descrito vías linfáticas de diseminación comprobado mediante linografía y estudios de ganglio centinela. La

hipótesis es que existe un bloqueo del drenaje linfático ipsilateral que induce vías linfáticas alternativas. Este bloqueo puede deberse a cirugías previas, radioterapia y bloqueo de vasos linfáticos por invasión linfovascular. El manejo de la MAC es controvertido, según el TNM corresponderían a un estadio IV con tratamiento paliativo. Por otro lado, se ha visto que el pronóstico en estas pacientes es mejor en comparación con las pacientes con otras metástasis a distancia, su comportamiento se aproxima más a un estadio III (supervivencia a los 5 años del 72%) que a un estadio IV. Considerar metástasis a todas las pacientes con MAC podría ser un error, ya que existe el riesgo de infratatarlas; la decisión terapéutica debe ser individualizada, considerando las características del tumor primario y de la paciente.