

# CASO CLÍNICO

# ANTECEDENTES

- Mujer de 52 años entre cuyos antecedentes destacan:
  - menarquia a los 12 años;
  - menopausia a los 49 años;
  - tres gestaciones, la primera a los 24 años, con lactancia natural en todas ellas durante más de 4 meses;
  - cesárea en la última gestación;
  - fumadora de 1 paquete de cigarrillos/día;
  - no terapia hormonal sustitutiva;
  - HTA en tratamiento con calcioantagonista;
  - apendicectomía a los 14 años de edad.
- Como antecedentes familiares destacan: madre fallecida por carcinoma de mama que se diagnosticó a los 55 años.

# MOTIVO DE CONSULTA

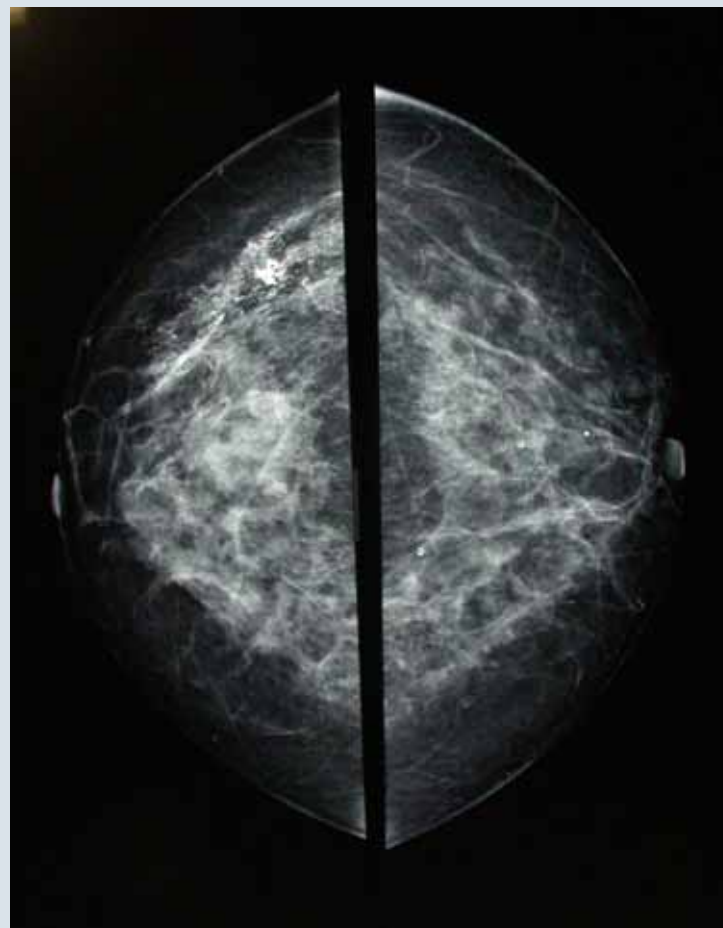
- La paciente es remitida desde el programa de detección precoz de la AECC tras realizar mamografías que evidencian:
  - microcalcificaciones difusas en mama derecha y
  - nódulo estrellado en zona para-areolar superior (LICS) de mama izquierda.
- La paciente no refería sintomatología asociada (no dolor, no derrame por pezón).

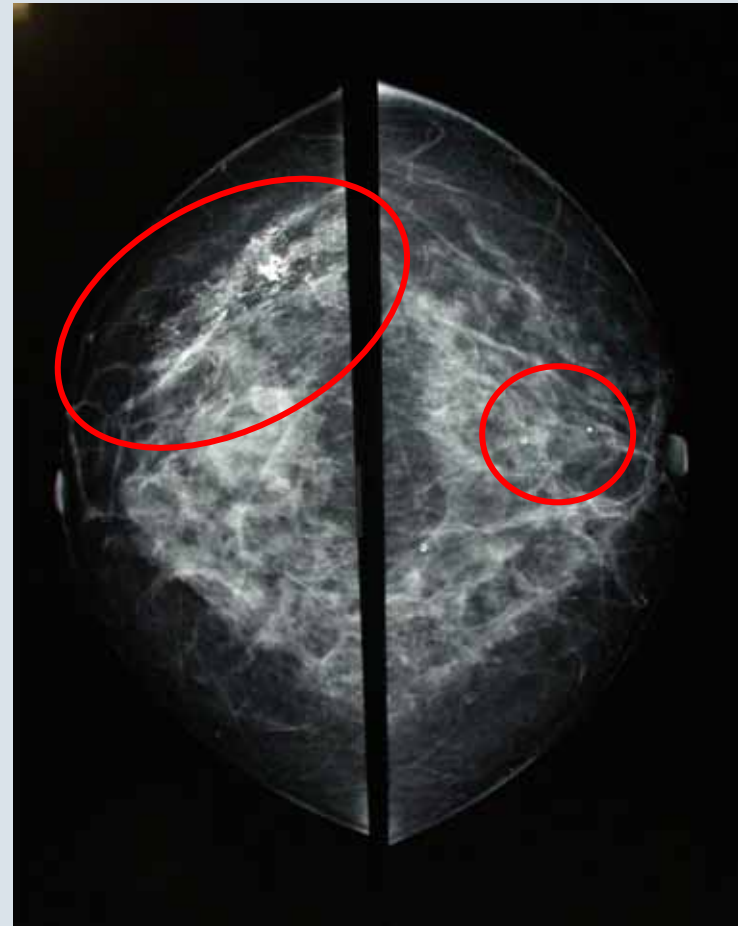
# EXPLORACIÓN FÍSICA

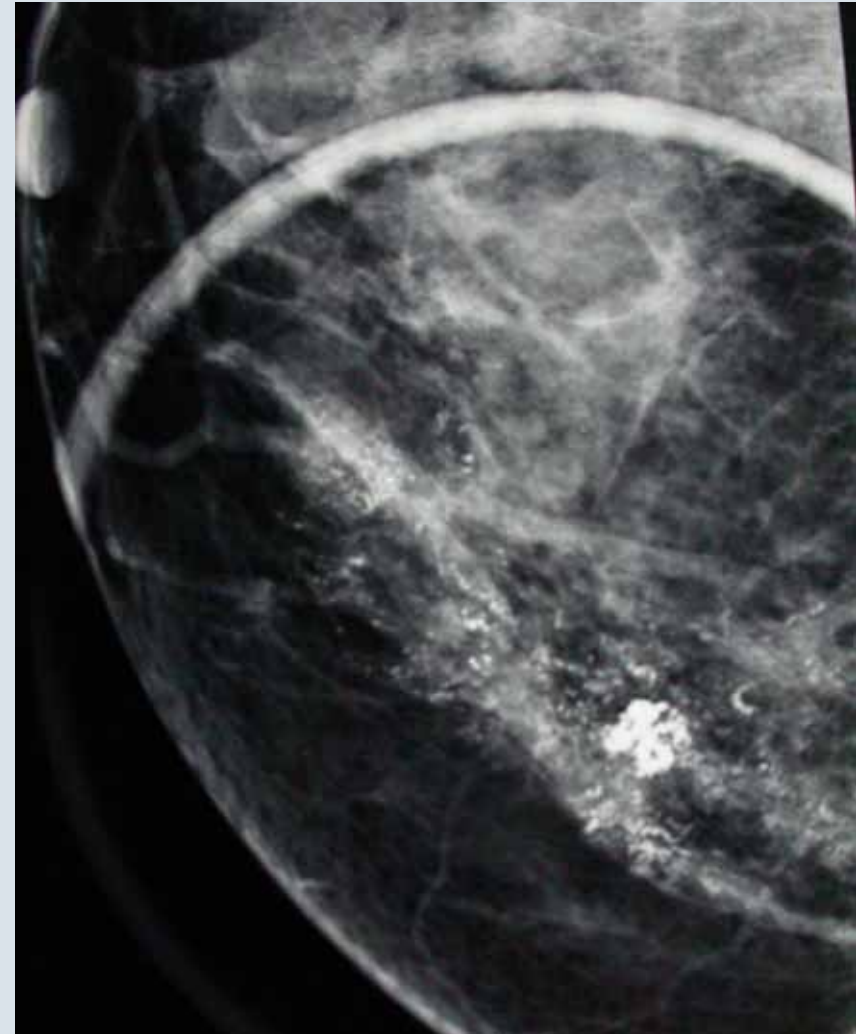
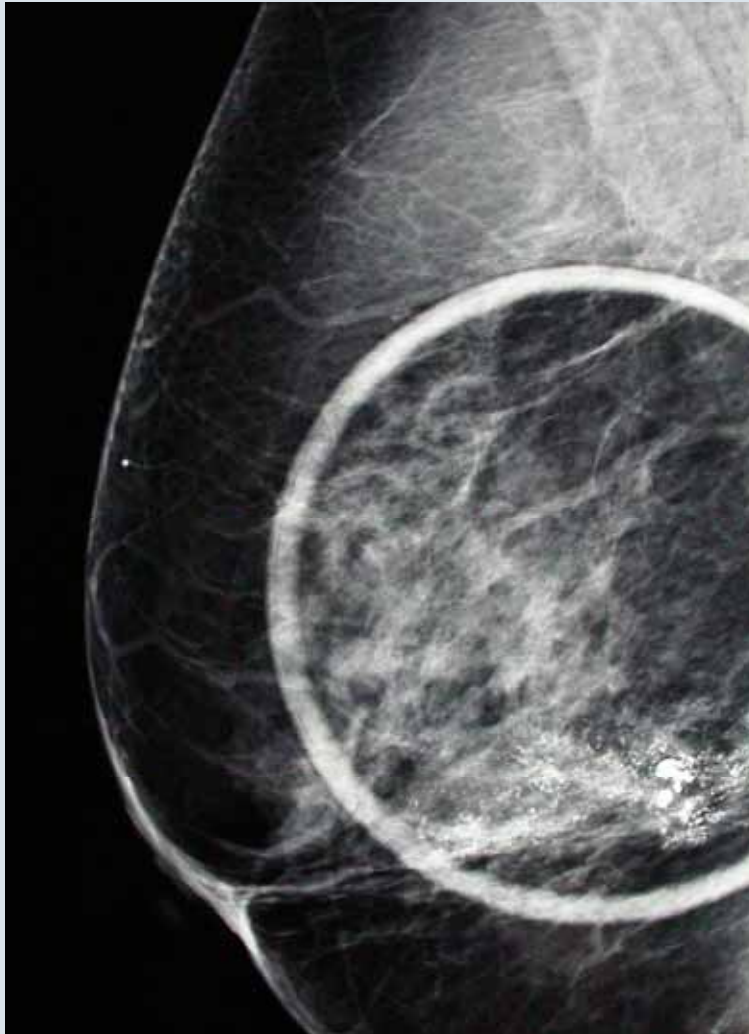
- Mamas simétricas, ptósicas grado III, sin alteraciones cutáneas, ni signos inflamatorios en la inspección mamaria.
- A la palpación:
  - mama derecha: no evidenciaba nódulos palpables;
  - mama izquierda: en zona para-areolar de LICs, a unos 2 cm de la areola, se apreciaba nodulación mal delimitada de aproximadamente 1 cm de diámetro, sin retracciones asociadas.
- La exploración no evidenció adenopatías axilares ni supraclaviculares derechas ni izquierdas.

# EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- Mamografía: microcalcificaciones extensas en mama derecha, de predominio en cuadrantes externos (BIRADS IV), junto a nódulo espiculado en LICS izquierda, sin microcalcificaciones asociadas ni engrosamiento dérmico.

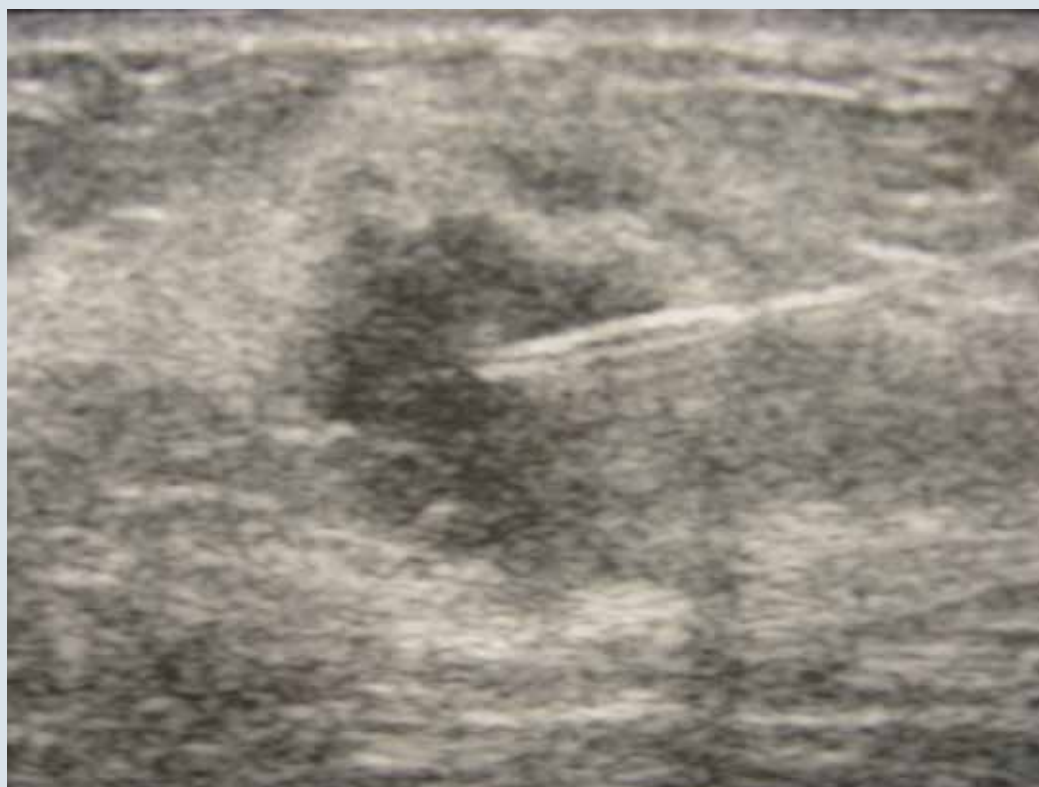






# EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- Ecografía: microcalcificaciones en mama derecha, junto a nódulo de 1.4 cm en LICS de mama izquierda, de sonodensidad heterogénea, con sombra acústica y bordes mal definidos. No se evidencian adenopatías axilares patológicas.
- BAG ecoguiada del nódulo izquierdo: carcinoma ductal infiltrante.
- BAV de las microcalcificaciones: carcinoma intraductal de alto grado.



# ¿SOLICITARÍA ALGUNA OTRA TÉCNICA ANTES DE DECIDIR EL TRATAMIENTO?

- 1.- No es necesaria ninguna más.
- 2.- RMN mamaria.
- 3.- Estudio inmunohistoquímico de la BAG.
- 4.- Estudio genético (BRCA)

## RMN mamaria:

nódulo único BIRADS VI en LICIS izquierda, sin otras lesiones mamarias asociadas ni adenopatías axilares. En mama derecha zona extensa hiperdensa, sin nódulo asociado, con estudio dinámico de aclaramiento rápido compatible con malignidad; tampoco se asocian adenopatías axilares.

# OPCIONES QUIRÚRGICAS

- 1.- Cirugía conservadora bilateral con BSGC.
- 2.- Cirugía radical bilateral con BSGC y reconstrucción (inmediata / diferida).
- 3.- Cirugía radical izquierda (infiltrante) con reconstrucción inmediata y cirugía conservadora derecha (intraductal), con BSGC bilateral.
- 4.- Cirugía radical derecha (intraductal) con reconstrucción inmediata y conservadora izquierda (infiltrante), con BSGC bilateral.

# OPCIONES CIRUGÍA REPARADORA

- 1.- En caso de cirugía conservadora, la mama derecha (intraductal) no precisaría cirugía oncoplástica.
- 2.- En caso de reconstrucción, la mama derecha (intraductal) se beneficiaría de una técnica autóloga pura tipo TRAM.
- 3.- En caso de reconstrucción, la mama derecha (intraductal) se beneficiaría de una técnica con dorsal ancho asistida con prótesis.
- 4.- La localización central de la lesión izquierda impide la cirugía conservadora.

# INTERVENCIÓN

- **Mama derecha**: mastectomía simple con biopsia selectiva del ganglio centinela (un ganglio axilar derecho; inyección subareolar de isótopo sin colorante) negativo en la biopsia intraoperatoria con método OSNA. Reconstrucción inmediata mediante colgajo miocutáneo de dorsal ancho asistido con prótesis de gel cohesivo de silicona de 250 gr.
- **Mama izquierda**: cuadrantectomía superior a través de patrón de mamoplastia horizontal, con referencia de lecho con tres marcadores metálicos. Biopsia selectiva de ganglio centinela axilar izquierdo (un ganglio axilar izquierdo; inyección intraperitumoral de isótopo sin colorante) con macrometástasis en la intraoperatoria con OSNA. Linfadenectomía de los tres niveles ganglionares izquierdos a través de incisión independiente.

# ANÁLISIS PATOLÓGICO

- **Mama derecha**: carcinoma intraductal de alto grado de 45 mm de diámetro máximo, sin evidenciarse focos de microinfiltración tras su procesamiento. El panel inmunohistoquímico mostró RE (+) (85%), RP (+) (70%).
- **Mama izquierda**: carcinoma ductal infiltrante mal diferenciado (8/9 SBR) de 16 mm de diámetro máximo, con márgenes libres (más cercano a 5 mm). Presentaba un 20% de componente intraductal de alto grado. No se evidenciaba infiltración linfovascular. En la pieza de linfadenectomía se aislaron un total de 21 ganglios (I:9; II:9; III:3) sin afectación en ninguno de ellos. El panel inmunohistoquímico mostró los siguientes resultados: RE (+) (90%), RP (-) (5%), RA (+) (87%), Her-2neu (+++), Ki67 (+)(80%), p53 (+)(60%).

# OPCIONES ADYUVANCIA

- 1.- Quimioterapia + radioterapia bilateral
- 2.- Quimioterapia + radioterapia izquierda + hormonoterapia
- 3.- Radioterapia izquierda + hormonoterapia + Trastuzumab
- 4.- Quimioterapia + radioterapia izquierda + hormonoterapia + Trastuzumab.