

SARCOMA BILATERAL DE MAMA REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO

LEIDER CAMPOS, ÁLVARO GÓMEZ, YAZMÍN VELÁSQUEZ, KATHERYNE KOURY, MIGUEL ESCALANTE, MILAGROS PÉREZ

RESUMEN

Los sarcomas de la mama son tumores de componente mesenquimático que constituyen del 0,2 % a 1 % de todos los tumores de mama y menos del 5 % del total. El diagnóstico es clínico, patológico e inmunohistoquímico. Los factores pronósticos son: el tipo histológico, grado, mitosis, atipias celulares y el estado de los márgenes. La sobrevida global a 5 años alcanza 60 %, la libre de enfermedad 52 %, recurrencia local al año es 20 % y hace metástasis hasta en un 40 %. Presentamos el caso clínico de una paciente con un liposarcoma bilateral vista y tratada en nuestro servicio.

PALABRAS CLAVE: Mama, cáncer, sarcoma, pronóstico, cirugía, radioterapia.

SUMMARY

Sarcomas of the breast are tumors of mesenchymal components that make up the 0.2 % to 1 % of all breast tumors and less than 5 % of the total. The diagnosis is clinical, pathological and immunohistochemical study. The prognostic factors are: The histological type, grade, mitosis, cellular atypia and the margin status. The overall survival at 5 years reaches in 60 %, disease free survival in 52 %, local recurrence year is 20 % metastases present in 40 % metastases. We present a 37 year old female who has a bilateral breast liposarcoma, view and treated for us in our service.

KEYWORDS: Breast, cancer, sarcoma, prognosis, surgery, radiation therapy

Recibido: 17/11/2012 Revisado: 23/01/2013

Aceptado para publicación: 12/11/2013

Correspondencia: Dra. Leider Campos. Servicio Oncológico Hospitalario del IVSS. Calle Alejandro Calvo Lairret. Urb. El Cementerio. Caracas, Venezuela. Tel: 0412 5404481.

E-mail: leider_campos@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Los sarcomas de la mama son tumores de componente mesenquimático que constituyen del 0,2 % a 1 % de todos los tumores de mama y menos del 5 % del total. Los subtipos histológicos varían, siendo el angiosarcoma, el fibrohistiocitoma maligno, sarcoma de células fusiformes y el fibrosarcoma los más frecuentes, y a su vez, los que marcan la pauta del tratamiento. Otros subtipos como el leiomiosarcoma, liposarcoma, rabdomyosarcoma, osteosarcoma y sarcoma sinovial, han sido descritos en pequeñas series de casos o casos aislados. Entre los factores de riesgo está la exposición a radiaciones (0,3 %). Los liposarcomas pueden ser de bajo y de alto grado (células redondas y pleomórfico), generalmente es unilateral y se originan de *novo* a partir de una lesión benigna. La afectación linfática es 1 %-3 %. El diagnóstico es clínico, patológico e inmunohistoquímico. Los factores pronósticos son el tipo histológico, grado, mitosis, atipias celulares y el estado de los márgenes. La sobrevida global a 5 años alcanza 60 %, la libre de enfermedad 52 %, recurrencia local al año es 20 % y hacen metástasis hasta en un 40 %⁽¹⁻⁶⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 37 años de edad con nódulo en mama derecha de 10 años de evolución

la cual se mantiene en observación y control periódico, hasta marzo 2010 cuando presenta crecimiento rápido, le realizan ultrasonido mamario (USM) y en base a hallazgos es llevada a mesa operatoria para adenomastectomía subcutánea derecha con corte congelado (CC) que reportó positivo para malignidad por lo que se completa la mastectomía radical tipo Madden derecha y mamoplastia reductora izquierda (foráneo), y refieren a este centro.

La biopsia de la mama derecha reportó una lesión de 7 cm x 6 cm, diagnóstico histológico: liposarcoma de células redondas de alto grado, embolismo vascular presente y márgenes quirúrgicos negativos, el tejido axilar fue reportado como negativo (no reportaron ganglios). Inmunohistoquímica (IHQ) N°902-10 (03/12/10): inmunomarcaje de vimentina y S100, liposarcoma de células redondas.

La paciente no recibe adyuvancia. No tiene antecedentes médicos ni quirúrgicos de importancia. Menarquía 10 años IIIA, IIC, IA, lactancia 1 hijo por 24 m FPP 19 años.

Consulta nuevamente en julio de 2011 por tumor en mama izquierda de crecimiento rápido y progresivo de 5 meses de evolución, asociado a nódulo infra-clavicular-ipsilateral. Se realiza punción aspiración con aguja fina (PAAF) de mama izquierda y nódulo infraclavicular izquierdo 634-11 (15/08/11): mama (Izq.) citología con atipias. Nódulo infraclavicular (izq.) insatisfactorio para evaluación. Biopsia N° 4486-11 (29/09/11): lesión submamaria e infraclavicular izquierda: liposarcoma de células redondas poco diferenciado. Se lleva a mesa operatoria con hallazgos de tumor en cuadrante superior de mama izquierda, 10 cm x 15 cm, crecimiento expansivo hacia espacio interpectoral y fosa infraclavicular izquierda, en contacto con la vena axilar, infiltra músculos pectorales pero no arcos costales realizándose mastectomía total izquierda con resección en bloque de pectoral mayor y menor en 80 % y cierre primario.

Biopsia mastectomía total (Izq.) 15/12/11: liposarcoma de alto grado, variante pleomórfica. Tamaño tumor: 18 cm x 10,5 cm x 8 cm, índice mitótico: > de 5 mitosis en 10 HPF, embolismo angio-linfático ausente, atipia celular marcada, crecimiento infiltrativo, CAP sin neoplasia, bordes de resección sin neoplasia, músculo pectoral mayor y menor sin neoplasia. Diagnóstico: liposarcoma sincrónico bilateral de mama, se clasificó:

Mama derecha: pT2N0M0 G3 ST III (2010)

Mama izquierda: pT2N0M0 G3 ST III (2011)

Fue evaluada en el servicio de radioterapia el 19/01/12, y sugieren iniciar tratamiento radiante, el cual cumple sin complicaciones. La evolución clínica e imaginológica hasta el momento la mantiene libre de enfermedad.

DISCUSIÓN

El término sarcoma (del griego *sarkoma*, crecimiento carnososo) se aplica a tumores no epiteliales. Los sarcomas primarios de mama representan 0,2 %-1 % de todas las neoplasias malignas de la mama y menos del 5 % de todos los sarcomas de partes blandas. Esto hace que la mayoría de la información sobre los sarcomas mamarios se limite a escasos estudios retrospectivos y a casos clínicos ⁽¹⁾. En una revisión de nuestro centro (SOH-IVSS) entre 1988-2011, se diagnosticaron y trataron 11 sarcomas de la mama, en edades entre 23 - 60 años, subtipos histológicos: angiosarcoma (6/11), liposarcoma (2/11), fibrosarcoma (1/11), sarcoma alveolar (1/11), sarcoma neurogénico (1/11). El principal factor de riesgo para desarrollar sarcomas en la mama, es la irradiación previa por un carcinoma de mama, además del linfedema crónico ⁽²⁾. Clínicamente, suelen presentarse como grandes masas indoloras que comprimen los tejidos circundantes. La media de edad a la que se presentan es de 52 años. La mayoría de las pacientes refiere un crecimiento rápido y brusco de una masa ya conocida. Tienden a

hacer metástasis por vía hemática, generalmente al pulmón y óseo y la afección linfática es muy poco frecuente ⁽²⁾.

Múltiples pequeñas series de casos reportadas en un período de 90 años fueron agrupadas para evaluar sus características evidenciando que las dos variables más frecuentes que impactan la sobrevida son el tamaño tumoral y el estatus del margen posoperatorio, además del grado histológico ⁽³⁾. El estudio histológico de los sarcomas mamarios muestra un predominio de células fusiformes que crecen formando masas con márgenes que comprimen e infiltran, pese a la impresión macroscópica de que no existe infiltración de los tejidos circundantes ⁽¹⁾. El diagnóstico de sarcoma se logra con una biopsia percutánea, preferiblemente con aguja de pre-corte a la aspiración, por su baja tasa diagnóstica. Para la estadificación local se emplea la mamografía, el USM y la RMN, sin embargo, nunca debe prescindirse de la biopsia ⁽²⁾.

Debido a su rareza, el comportamiento biológico de estos tumores es desconocido, adicionando a esto, los cambios en la terminología y criterios diagnósticos recientes. Con el advenimiento de la IHQ han ocurrido avances en su caracterización nosológica ⁽⁴⁾. La

supervivencia a 10 años fue 62 % en algunas series, y la supervivencia libre de enfermedad en 5-10 años fue de 42 % y 47 % en otras ⁽²⁾.

La cirugía es el tratamiento inicial en los sarcomas de la mama, estando indicada la mastectomía total en tumores de mayor tamaño y la lumpectomía cuando los resultados oncológicos lo permiten; debido a que presentan en muy bajo porcentaje extensión linfática regional, no está indicada la disección axilar (DA). En series revisadas de 34 DA por sarcomas de mama, ninguna fue positiva ⁽²⁾.

El papel de la radioterapia adyuvante (RT) y la quimioterapia (QT) está poco claro. El uso de la RT se basa en el principio del tratamiento de los sarcomas de extremidades ⁽⁵⁾. El tratamiento quirúrgico ha variado desde la lumpectomía hasta la mastectomía radical, y el tiempo de la RT y la QT también ha variado (preoperatorio y posoperatorio).

Los pacientes con tumores mayores a 5 cm, según centros de referencia como el *MD Anderson* y la Clínica Mayo, deben recibir RT y QT adyuvante ⁽⁶⁾. Aunque el número de pacientes que reciben QT en los trabajos es bajo, por lo que ninguno puede concluir sobre las tasas de respuesta de la enfermedad a la QT ⁽³⁾.

REFERENCIAS

1. Al-Benna S, Poggemann K, Steinau HU, Steinstraesser L. Diagnosis and management of primary breast sarcoma. *Breast Cancer Res Treat.* 2010;122(3):619-626.
2. Voutsadakis L, Zaman K, Leyvraz S. Breast sarcomas: Current and future perspectives. *The Breast.* 2011;20(3):199-204
3. Pencavel T, Allan CP, Thomas JM, Hayes AJ. Treatment for breast sarcomas: A large, single center series. *Eu J Surg Oncol.* 2011;37:703-708.
4. Busquet G, Confavreux C, Magné N, de Lara CT, Poortmans P, Senkus E, et al. Outcome and prognostic factors in breast sarcoma: A multicenter study from the rare cancer network. *Radiother Oncol.* 2007;85(3):355-361.
5. Barrow BJ, Janjan NA, Gutman H, Benjamin RS, Allen P, Romsdahl MM, et al. Role of radiotherapy in sarcoma of the breast. A retrospective review of the MD Anderson experience. *Radiother Oncol.* 1999;52(2):173-178.
6. Fields RC, Aft RL, Gillanders WE, Eberlein TJ, Margenthaler JA. Treatments and outcomes for patients with primary breast sarcoma. *Am J Surg.* 2008;196(4):559-561.