

RECIDIVA LOCORREGIONAL DEL CÁNCER DE MAMA: ANÁLISIS DE NUESTRA CASUÍSTICA

Área I
Murcia Oeste
Arrixaca



Castaño Ruiz, I; Sánchez Romero, J; Araujo Bodini, F; Carrascosa Romero, M.C
HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

INTRODUCCION

La recidiva local se puede definir como la reaparición del cáncer ya sea en el parénquima mamario de la mama operada, en la cicatriz, en la musculatura, en la piel o en la parrilla costal. La recidiva regional es la que se produce en los ganglios de la axila, infraclaviculares, supraclaviculares ipsilaterales o los de la cadena mamaria interna.

Los porcentajes de recidiva loco-regional están alrededor del 10 y 20% a los 10 y 15 años respectivamente, produciéndose en el 80-90% en los primeros 5 años tras la cirugía. Nuestro objetivo es hacer un análisis de la casuística de las recidivas locales del cáncer de mama en nuestro Hospital Clínico universitario Virgen de la Arrixaca

MATERIAL Y MÉTODOS:

se realiza una revisión de las recidivas locales del carcinoma ductal in situ histológicamente confirmado, intervenido en nuestro hospital entre los años 2003-2010 por el servicio de cirugía general o ginecología, a las que se realizó o cirugía conservadora o mastectomía +/- ganglio centinela y/o tratamiento adyuvante.

RESULTADOS: En el periodo de estudio hemos intervenido 102 pacientes con resultado anatomopatológico postquirúrgico de carcinoma ductal in situ), de las cuales 24 recidivaron, lo que supone un total de un 23,2% de todas las pacientes intervenidas.

- La edad media de las mujeres en la primera intervención fue de 54,3618 (IC: 32,364693-76,358907)
- El grado histológico de las intervenidas fueron: 64,7% alto grado, 21,56% fue grado moderado y 13,72% grado bajo.
- La edad media de las mujeres en el diagnóstico de recidiva fue 60,0417 (IC: 37,4324364-82,6509636)
- Meses desde la cirugía hasta la recidiva 83,2083 meses (IC: 15,8149608-150,6016392)

1º cirugía	Recidiva	Tipos tumorales recidivantes	Localización
Tumorectomía	11	4 CDIS 7 CA INFILTRANTE	10 REC IPSILATERAL 1 REC CONTRALATERAL
Cuadrantectomía	7	3 CDIS 4 CA INFILTRANTE	5 REC IPSILATERAL 2 REC CONTRALATERAL
Mastectomía	6	2 CDIS 4 CA INFILTRANTE	1 REC IPSILATERAL 5 REC CONTRALATERAL

- **64 de estas pacientes se le realizó cirugía conservadora(tumorectomía o cuadrantectomía) +/- radioterapia y recidivaron 18 de ellas (28,12%),** la mayoría con un carcinoma de mama infiltrante y más frecuente en la mama ipsilateral
- **28 fueron intervenidas con mastectomía, de las cuales 6 recidivaron (21,43%),** siendo la mayoría carcinoma de mama infiltrante y más frecuente en la mama contralateral
- Los grados histológicos más frecuentes en la recidiva fueron:

Grupo histológico	Recidivas	Tipos de tumores
Grado bajo	2	1INFILTRANTE IPSILATERAL 1CDIS CONTRALATERAL
Grado intermedio	9	4 CDIS (3 IPSILATERAL) 5 CA INFILTRANTE (2CONTRALATERAL)
Grado alto	13	10 INFILTRANTE (8 IPSILATERAL) 3CDIS (2 CONTRALATERAL)

CONCLUSIONES:

La recidiva locorregional en el cáncer de mama ocurre con una frecuencia aproximada del 3-5 % tras mastectomía y del 5-10 % tras cirugía conservadora. Puede ocurrir tras un largo intervalo de tiempo tras el diagnóstico primario, por ello es fundamental el seguimiento a largo plazo de las pacientes. Empeora gravemente el pronóstico de las pacientes y es un factor favorecedor de la progresión sistémica de la enfermedad. El tratamiento sistémico con quimioterapia, hormonoterapia y/o anticuerpos monoclonales dependerá de las características individuales de cada caso y las estrategias terapéuticas empleadas previamente

En cuanto a nuestro estudio, hay una mayor incidencia de recidiva que la publicada en la literatura. En ello influye tanto el abordaje quirúrgico por dos especialidades distintas, la falta de unificación de un protocolo para llevar a cabo en el seguimiento de estas pacientes, y que la mayoría presentaban alto grado histológico. Para ello, desde 2015 presentamos un nuevo protocolo unificado para el seguimiento de estas pacientes. En pacientes no irradiadas previamente, la radioterapia de la pared torácica y las áreas ganglionares es una buena opción para el control loco-regional, minimizando el riesgo de nuevas recaídas.

Bibliografía

- Krastev TK, Jonasse Y, Kon M Oncological safety of autologous lipoaspirate grafting in breast cancer patients: a systematic review. Ann Surg. 2013; 20 :111-119 Masia J, Bordoni D, Pons G, Liuzza C, Castagnetti F, Falco G; Oncological safety of breast cancer patients undergoing free-flap reconstruction and lipofilling. EJSO 2015; 41:612-616