

CIRUGIA ONCOPLASTICA EN EL TRATAMIENTO DEL CANCER DE MAMA

Rebeca Diaz-Murillo, Carlos Iglesias-Sanchez, Ignacio Zapardiel

Gynecologic Oncology Unit. La Paz University Hospital. Madrid. Spain

Dr. Ignacio Zapardiel

Gynecologic Oncology Unit

La Paz University Hospital

Paseo de la Castellana 262

28040 Madrid, SPAIN

Phone: +34 667020440

E-mail: [ignaciozapardiel@hotmail.com](mailto:ignaciozapardiel@hotmail.com)

## RESUMEN

Asociada a la mastectomía y a la conservación mamaria, la cirugía reconstructiva fue ocupando un lugar fundamental en la terapéutica del cáncer de mama. Las técnicas quirúrgicas propuestas para prevenir o corregir las secuelas del tratamiento quirúrgico son clasificadas en la actualidad bajo el término general de "Cirugía Oncoplástica" (COP). Esta denominación la utilizó por primera vez Werner Audretsch (1) en 1994 para incluir los procedimientos de reconstrucción inmediata de los defectos secundarios a mastectomías parciales. En 1998 en la 1er Conferencia de Consenso Europeo de Cáncer de Mama de Florencia, Italia (EBCC-1) (2) se incluyó por primera vez a la Reconstrucción mamaria como parte integral del tratamiento quirúrgico primario de la enfermedad.

## KEYWORDS

Sarcoma; Broad ligament tumor; Round cells tumor; Undifferentiated sarcoma.

## **INTRODUCCION**

En 1957, Gardner (1) definió las características que deben tener los tumores del ligamento ancho, para ser considerados como tales, independientemente de su extirpe celular. El conjunto de estos tumores presenta una incidencia excepcionalmente baja, siendo el más común de ellos el leiomioma benigno (2). Los sarcomas de células redondas engloban un grupo de tumores heterogéneos que pueden incluir el sarcoma de Ewing, liposarcomas, tumores indiferenciados, etc., que característicamente son tumores biológicamente más agresivos que los sarcomas más frecuentes, y que clínicamente se pueden presentar a cualquier edad. Sin embargo, esta indiferenciación hace que sean el tipo de sarcoma más quimiosensibles siendo de mayor susceptibilidad y mejor respuesta al tratamiento adyuvante. Por tanto, a pesar de tener un mal pronóstico atendiendo a su biología, presentan una alta tasa de remisión tras el tratamiento poliquimioterápico. Además, no es infrecuente recurrir al tratamiento radioterápico para completar su manejo. El sarcoma de células redondas del ligamento ancho es una entidad excepcional de la que no figura ningún caso publicado en la literatura. Sin embargo la proliferación sarcomatosa en el

ligamento ancho es más frecuente en mujeres postmenopausicas. Se han descrito hasta la fecha en la literatura tan sólo 15 casos de leiomiosarcoma (3) y algún caso de tumor de Ewing (4), además de algún otro caso raro de tumores indiferenciados no correspondientes a células redondas. Presentamos un caso de una paciente que presentó un sarcoma indiferenciado de células redondas del ligamento ancho con un resultado oncológico satisfactorio.

## **CASO CLÍNICO**

Presentamos el caso de una mujer de 27 años que acudió a nuestro servicio de urgencias refiriendo micción dificultosa de quince días de evolución. La paciente no presentaba ningún antecedente medico-quirúrgico de interés. La exploración física fue normal, aunque al realizarle una ecografía vaginal se observó una tumoración pélvica de ecogenicidad mixta de 8 cms. de diámetro y un volumen de 293.97 mL (Figura 1). A los tres días, se le realizó una laparoscopia diagnóstica en la que se observó una tumoración dependiente del ligamento ancho derecho. Se practicó una histerectomía simple y extirpación de la tumoración. El estudio anatomopatológico reveló que se trataba de una tumoración quística mixta a nivel intraligamentario, con proliferación difusa de células de pequeño y mediano tamaño con escaso citoplasma, vimentina positiva, con áreas de necrosis y hemorragia, correspondiente a un sarcoma intraligamentario de células redondas derecho de 8x7 cm. no clasificable.

Posteriormente la paciente recibió quimioterapia adyuvante con 3 ciclos de adriamicina (dosis 80mg/m<sup>2</sup>) y ciclofosfamida (dosis 500mg/m<sup>2</sup>). No se pudo completar los 6 ciclos previstos por decisión de la paciente. Coincidiendo con el segundo ciclo, se asoció radioterapia, a base de telecobaltoterapia combinada con curiterapia en cúpula vaginal. A lo largo de todo el tratamiento los valores de los controles analíticos se situaban dentro de los límites de la normalidad.

La paciente fue revisada cada 6 meses durante cinco años y anualmente a partir del sexto. El seguimiento curso sin incidencias y la paciente permanece asintomática tras 12 años desde la cirugía.

## **DISCUSION**

El sarcoma de células redondas es una entidad poco conocida por su baja incidencia. Tras la revisión de la literatura no hemos encontrado ningún caso publicado de sarcoma de células redondas no clasificable en el ligamento ancho, lo cual apoya aún más su rareza.

Como sucede con otros tumores intraligamentarios publicados en la literatura (5,6), no existe un consenso o una actitud definida en cuanto al tratamiento óptimo, ya que se carece de la experiencia suficiente para poder realizar afirmaciones con fundamento. Lo que si parece una actitud bien aceptada y en general común a todos los sarcomas es el tratamiento quirúrgico de primera elección, que debe incluir la histerectomía con doble anexectomía. Además en caso de extensión tumoral en otras localizaciones de la cavidad uterina debe extirparse todo el tumor visible para realizar una citorreducción

completa, asociando una linfadenectomía pélvica y paraaórtica en caso de tratarse de tumores de estirpe carcinosarcomatosa. En nuestro caso se realizó una histerectomía con extirpación de la tumoración por el desconocimiento de que se trataba de una tumoración maligna. Aunque tras el tratamiento adyuvante parece que la ampliación de la cirugía no hubiese resultado necesaria.

Parece que el uso de quimioterapia y radioterapia adyuvante puede mejorar el pronóstico aunque no tenemos suficiente evidencia de su uso en tumores de células redondas. A pesar de ello, nosotros optamos por ambos tratamientos adyuvantes junto con braquiterapia de la cúpula vaginal.

La supervivencia demostrada en pacientes con sarcomas del ligamento ancho abarca de las 4 semanas hasta más de 33 meses, correspondiendo las mejores tasas con los casos en los que fue empleado el tratamiento combinado (8). A pesar de la negación de nuestra paciente a completar el tratamiento con 6 ciclos de quimioterapia, su seguimiento demostró que en este caso fue suficiente, probablemente debido a que se trataba de un tumor muy localizado en el ligamento ancho que no infiltraba estructuras vecinas.

El pronóstico de este tipo de tumores en general es incierto debido a la variabilidad en las estirpes tumorales, en nuestro caso se evidenció la ausencia de recidiva tras 12 años de seguimiento, permaneciendo la paciente asintomática, lo cual probablemente obedezca más a la biología del tumor específica que al tratamiento recibido, ya que sabemos que otros tumores de células redondas en otras localizaciones son extraordinariamente agresivos pese al tratamiento correcto (3,4).

En conclusión, los sarcomas del ligamento ancho son entidades extraordinariamente infrecuentes. Un correcto diagnóstico diferencial de las tumoraciones del ligamento ancho y el tratamiento apropiado, preferiblemente con cirugía más quimioterapia y radioterapia adyuvante en caso de entidades sarcomatosas, son fundamentales para obtener unos resultados oncológicos adecuados.

### **CONFLICTS OF INTEREST**

Authors declare they do not have any financial or potential conflict of interest of any kind.

### **ACKNOWLEDGEMENTS**

None

### **BIBLIOGRAFÍA**

- 1- Gardner GH, Green R and Peckham B (1957) **Tumor of the broad ligament**. *Am J Obstet Gynecol* **73** 536-55
- 2- Chmaj-Wierzchowska K, Buks J, Wierzchowski M, Szymanowski K and Opala T (2012) **Leiomyoma cellulare in the broad ligament of the uterus--case report and review of literature** *Ginekol Pol* **83** (4):301-4.

- 3- Kolusari A, Ugurluer G, Kosem M, Kurdoglu M, Yildizhan R and Adali E (2009) **Leiomyosarcoma of the broad ligament: a case report and review of the literature** *Eur J Gynaec Oncol* **30** (3):332-4
- 4- Lee KM and Wah HK (2005) **Primary Ewing's sarcoma family of tumors arising from the broad ligament** *Int J Gynecol Pathol* **24** (4): 377-81.
- 5- Bouraoui S, Mlika M, Blel A, Kamoun H and Mzabi-Regaya S (2008) **Undifferentiated pleomorphic sarcoma of the broad ligament** *Pathologica* **100** (6):478-81.
- 6- Sworn MJ, Hammond GT and Buchanan R (1979) **Mixed mesenchymal sarcoma of the broad ligament: case report** *Br J Obstet Gynaecol* **86** (5):403-6.
- 7- Lessnick SL, Dei Tos AP, Sorensen PHB, Dileo P, Baker LH, Ferrari S and Sundby-Hall K (2009) **Small round cell sarcomas** *Semin Oncol* **36**:338-346.
- 8- Duhan N, Singh S, Kadian Y S, Duhan U, Rajotia N and Sangwan N (2009) **Primary leiomyosarcoma of broad ligament: case report and review of literature** *Arch Gynecol Obstet* **279**:705–708

## FIGURAS

**Figura 1:** Volumetría con ecografía de tres dimensiones para la medición de la masa sarcomatosa.