

Libro de Resúmenes

www.congresodelamama.org

Organizado por:

Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria

SEDIM

Con la colaboración:

Sección de Enfermería y Técnicos en Senología

Fundación Española de Senología

SEDIM FUNDACIÓN

Edita: 7º Congreso Español de la Mama
Diseño y maquetación: THEORIA CONGRESOS SL
ISBN: 978-84-09-82024-5

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra mediante cualquier recurso o procedimiento, comprendidos la impresión, la reprografía, el microfilm, el tratamiento informático o cualquier otro sistema, sin permiso escrito del editor.

Índice

Cáncer de mama estadio IV 5
Cáncer de mama: situaciones especiales 18
Cirugía oncoplástica y reconstructiva 97
Correlación radio-patológica-quirúrgica en el cáncer de mama 125
Cribado poblacional de cáncer de mama 153
Diagnóstico del cáncer de mama en estadios iniciales 160
Fertilidad y cáncer de mama 174
Manejo de la axila 175
Patología benigna mamaria 215
Riesgo incrementado para cáncer de mama 248
Seguimiento de pacientes diagnosticadas de cáncer de mama 257
Tratamiento del cáncer de mama en estadios iniciales 288
Tratamiento sistémico primario en el cáncer de mama 330
Unidades de mama 337
Miscelánea 356
Diagnóstico por imagen 436
Cribado poblacional de cáncer de mama 452
Diagnóstico medicina nuclear 460
Manejo diagnóstico en anatomía patológica 461
Cuidados del paciente oncológico 463
Cuidados del paciente en cirugía oncoplástica y reconstructiva 464
Genética y asesoramiento sobre el cáncer de mama 474
Apoyo psicológico al paciente 475
Misceláneas 483

Comunicación Médica

Cáncer de mama estadio IV

RES0012 Uso de ribociclib en cáncer de mama avanzado HR+/HER2- en Uruguay: experiencia en la práctica clínica habitual.

Natalia Camejo, Noelia Strazzarino, Dahiana Amarillo, Cecilia Castillo, Gabriel Krygier

Hospital De Clínicas Servicio De Oncología Clínica

Objetivos

El cáncer de mama (CM) es la neoplasia más frecuente en mujeres, tanto a nivel mundial como en Uruguay. A partir de 2019, los inhibidores de CDK4/6 combinados con hormonoterapia (HT) demostraron beneficios significativos en sobrevida libre de progresión (SLP) y sobrevida global (SG), posicionándose como tratamiento estándar en primera línea para pacientes con enfermedad avanzada HR+/HER2-. En Uruguay, ribociclib no se encontraba incluido en el Fondo Nacional de Recursos (FNR) durante el período 2020–2022, por lo que muchas pacientes accedieron al tratamiento mediante recurso de amparo. Objetivo: Describir la experiencia en el uso de ribociclib en pacientes con CM avanzado HR+/HER2- en Uruguay entre enero de 2020 y octubre de 2022, evaluando eficacia y toxicidad.

Material y Métodos

Estudio observacional, retrospectivo, de brazo único, que incluyó 54 pacientes diagnosticadas de CM avanzado tratadas con ribociclib en combinación con HT (letrozol o fulvestrant), en primera o posteriores líneas de tratamiento, asistidas en centros públicos y privados del país. Se recolectaron datos clínicos, terapéuticos y de toxicidad mediante revisión de historias clínicas. Se estimaron medianas de SLP y SG mediante el método de Kaplan-Meier, y se documentaron los eventos adversos observados.

Resultados

Del total de pacientes, 41 (75.9%) recibieron ribociclib en primera línea y 10 (18.5%) en segunda o posteriores líneas. Tres pacientes iniciaron tratamiento como uso compasivo en el contexto de progresión rápida y PS deteriorado. En el grupo de primera línea, al momento del corte de análisis, no se había alcanzado la mediana de SLP ni de SG, reflejando un control prolongado de la enfermedad. En las pacientes que recibieron ribociclib en líneas posteriores, la mediana de SLP fue de 20 meses (IC95%: 12.6–27.7). Se observó una buena tolerancia general al tratamiento: el 70% presentó toxicidad hematológica (principalmente neutropenia grado 3), 33% toxicidad digestiva, 16% dermatológica y 11% cardiovascular (prolongación del QT). Un 20% de las pacientes requirió reducción de dosis y solo una paciente debió discontinuar el tratamiento por toxicidad cutánea severa. La mayoría de

las pacientes mantuvo una adecuada calidad de vida durante el tratamiento, con mínima pérdida de adherencia.

Conclusiones

El uso de ribociclib en pacientes uruguayas con CM avanzado HR+/HER2- mostró resultados alentadores en cuanto a eficacia y perfil de toxicidad, alineados con la evidencia internacional, aun en un contexto de acceso restringido. Estos datos refuerzan la importancia de generar evidencia local y abren la puerta a futuros estudios con mayor muestra y evaluación prospectiva de calidad de vida.

RES0111 Revisión literaria acerca de cáncer de mama metastásico sobre pólipo endocervical, a propósito de un caso

Rony David Brenner Anidjar[1], Ana Berbel Murcia[2], Sara Rojo Novo[3]

[1]Hospital Universitario Virgen Macarena | Hospital Vithas Sevilla Unidad de Cirugia de Mama
[2]Hospital Universitario Virgen Macarena UGC Cirugía General y Digestiva
[3]Hospital Universitario Virgen Macarena Unidad de Cirugia de Mama

Objetivos

Se presenta el caso de una mujer postmenopáusica con diagnóstico de cáncer de mama metastásico en pólipo endocervical, y se realiza una revisión sistemática de la literatura disponible con una consecuente discusión de los hallazgos.

Material y Métodos

Revisión sistemática de literatura disponible acerca de casos de afectación metastásica en pólipos ginecológicos con origen primario en la mama, utilizando las principales bases de datos médicas (Pubmed, UptoDate, Cochrane…)

Analizar en cada uno de los casos: edad, histología, inmunohistoquimica, presencia/ ausencia de afectación axilar, si asocia clínica ginecológica (metrorragia), el estatus pre/ post-menopáusico, el intervalo entre el diagnótico de Cáncer de Mama y de la metástasis en pólipo ginecológico, si se trata de un pólipo endometrial o endocervical, y el antecedente de uso de terapia hormonal (tamoxifeno / letrozol)

Resultados

Se encuentran un total de 17 casos publicados, que se resumen en una tabla que se adjuntará.

Conclusiones

Menos de un 5% de cánceres de mama se diagnostican en estadio avanzado. El aparato genital femenino no suele verse afectado por tumores metastásicos, pero cuando lo hace suele ser a ovario o útero (miometrio más que

endometrio), siendo la neoplasia primaria más frecuentemente, el cáncer de mama.

Tras analizar los 17 casos publicados de pólipos ginecológicos con focos de metástasis con neoplasia primaria en mama, se concluye que todas las pacientes se encontraban postmenopáusicas, y que el síntoma guía principal fue la metrorragia postmenopáusica. Destacaba el antecedente de tumor luminal en el 82%, con afectación axilar en el 76% y uso de tamoxifeno en el 70%. 15 fueron pólipos endometriales, y tan solo 2 pólipos endocervicales, incluyendo el caso actual.

En cuanto al tratamiento de estas pacientes, puede utilizarse la hormonoterapia o quimioterapia, si bien es importante individualizar en función de las características biológicas de la enfermedad, y las características del paciente. Destacar la buena respuesta a Fulvestrant en el caso presentado.

Mencionar la utilidad en este caso de los marcadores tumorales en el seguimiento, especialmente del ca15.3, pues se mostró útil para monitorizar la buena evolución de la enfermedad.

El cáncer de mama es una enfermedad heterogénea biológicamente, lo que se traduce, también, en una gran heterogeneidad en las formas de presentación. En el caso de una paciente postmenopáusica con enfermedad hormonosensible Her2 negativa, y poca carga de enfermedad como la presentada, el tratamiento hormonal (en óptimas condiciones combinado con CDK4/6i) constituye una excelente opción de tratamiento.

RES0186 Carcinoma neuroendocrino de mama metastásico en paciente gestante

Virginia Pellicer Sánchez, Lorena Rodríguez Cazalla, Cristina Isabel Davó Pérez, Alba García Cascales, Arantxa Cabrera Vilanova, Edelmira Soliveres Soliveres, Mª José Cases Baldó, Piotr Kosny, Miguel Ángel Morcillo Ródenas

Hospital Vega Baja Cirugía General y del Aparato Digestvo

Objetivos

El carcinoma neuroendocrino de mama (CNEM) es una entidad rara que representa menos del 1% de los carcinomas mamarios. Se define por la expresión de marcadores neuroendocrinos en más del 50% de las células tumorales (sinaptofisina, cromogranina A, CD56, enolasa neuronal específica). Morfológicamente puede asemejarse a tumores neuroendocrinos de origen gastrointestinal o pulmonar, por lo que es fundamental descartar metástasis extramamarias al diagnóstico.

Según la OMS (2022), se clasifica en: tumores bien diferenciados, carcinomas pobremente diferenciados (como el de células pequeñas) y carcinomas invasivos con diferenciación neuroendocrina parcial. Generalmente afecta a mujeres postmenopáusicas (60-70 años). No suele

presentar hallazgos clínicos o radiológicos específicos ni síntomas hormonales. En su mayoría, expresan receptores hormonales y son HER2 negativos. El pronóstico depende del grado de diferenciación, siendo peor en formas poco diferenciadas.

Material y Métodos

Presentación de un caso clínico y revisión bibliográfica sobre el CNEM.

Resultados

Mujer gestante de 44 años (31+4 semanas) consulta por un nódulo en CII de mama derecha. Como antecedentes a destacar, tabaquismo y familiar con cáncer gástrico. A la exploración se palpa nódulo pétreo sin afectación axilar clínica. Las pruebas de imagen revelan masa de 47x40x36 mm y adenopatía axilar patológica derecha (BIRADS 5). El resultado de la biopsia informa de carcinoma neuroendocrino de células pequeñas, RE negativo, RP 10%, HER2 negativo, Ki67 80-85%, CD56 y AE1/AE3 positivos.

Se realiza cesárea a las 33+3 semanas e inicio del estudio de extensión. El PET-TC muestra metástasis hepática en segmento IV, que se confirma por biopsia. Se planifica SBRT y se inicia quimioterapia con cisplatino-etopósido (6 ciclos), con respuesta completa hepática y parcial en mama y axila. Se realiza mastectomía radical modificada. El estudio anatomopatológico describe tumor residual de 38 mm (ypT2 G3), afectación ganglionar (4/23), márgenes negativos, sinaptofisina, CD56 y TTF-1 positivos, Ki67 90-95%, PD-L1 negativo.

Al mes, se documenta progresión hepática, locorregional y en mama contralateral. Se inicia FOLFIRI sin respuesta. Se retoma cisplatino-etopósido y se considera ensayo clínico. La paciente fallece por fallo hepático debido a la progresión tumoral.

Conclusiones

El CNEM es infrecuente y clínicamente inespecífico. Aunque muchas veces es de baja agresividad, las variantes pobremente diferenciadas pueden evolucionar de forma agresiva, especialmente en fases avanzadas. Este caso evidencia la importancia del diagnóstico precoz, estudio de extensión y manejo multidisciplinar para mejorar el pronóstico.

RES0206 Cáncer de mama con presentación inicial como metástasis hepática

Javier Rafael Córdoba López[1], Julia Amparo Delgado Sánchez[1], Salvador Francisco Calzado Baeza[2], Pablo Vázquez Barros[2]

[1]Hospital Santa Ana Cirugía General [2]

Objetivos

El cáncer de mama es la neoplasia de mayor prevalencia y mortalidad en las mujeres. Las metástasis a distancia, por orden de mayor a menor frecuencia son, las óseas, pleuropulmonares, hepáticas y al sistema nervioso central. A continuación, se presenta un caso clínico de una paciente que presenta enfermedad metastásica hepática como debut de una neoplasia de mama derecha.

Material y Métodos

Mujer de 54 años sin antecedentes personales de interés, que es ingresada a cargo de medicina interna por cuadro de malestar general, astenia, pérdida de ponderal de 6 kg en 4 meses asociado a dolor abdominal localizado a nivel de hipocondrio derecho. Se realiza TC abdominal (Fig. 1) con hallazgos de imágenes nodulares distribuidas de forma homogénea a lo largo de todos los segmentos siendo compatibles con hígado metastásico de neoplasia primaria inaparente. Se completa el estudio con TC tórax (Fig. 2) donde se aprecia densidad focal asimétrica de contorno irregular de aproximadamente 33 x 29 mm en el cuadrante superoexterno de la mama derecha, asocia engrosamiento cutáneo y varios ganglios axilares sugerente de proceso neoformativo a dicho nivel. Se realiza BAG con resultados de carcinoma ductal infiltrante grado 2, receptores de estrógeno 40%, receptores de progesterona negativo, Ki 67 40% y HER2 positivo además de metástasis de carcinoma en un ganglio linfático axilar homolateral. Se presenta en el comité de tumores de mama multidisciplinar decidiéndose quimioterapia paliativa.

Resultados

En esta paciente, no fue necesaria biopsia de la metástasis debido a que se encontró el tumor primario tras el estudio de extensión. En cuanto al tratamiento, para los pacientes con cáncer de mama metastásicos con receptores hormonales positivos y/o Her2 negativo se recomienda la hormonoterapia como primera opción. En cuanto a la cirugía de las metástasis hepáticas no se ha establecido un consenso para la resección quirúrgica.

Conclusiones

El hígado es el tercer sitio más frecuente de aparición de metástasis en pacientes con cáncer de mama. Entre los diferentes tipos moleculares de cáncer de mama, aquellos con HER2+, tiene la mayor incidencia, representando el 4.6% de todos los pacientes, mientras que los pacientes con HER2 negativo o receptores hormonales positivos tienen menor posibilidad de recurrencia y metástasis hepáticas. Las guías clínicas internacionales del manejo de cáncer de mama recomiendan biopsia de la lesión metastásica si es fácilmente accesible, en lesiones metastásicas únicas para excluir el diagnostico de un segundo tumor primario y evaluar los biomarcadores habituales de cáncer de mama.

RES0214 Cáncer de mama gestacional estadio IV en paciente de 25 años

Edita Burgos López[1], Eva María Aragoneses Tiburcio[1], María García Victoria[2], Iluminada Burguillos Ramos[2], Laura María Cabezas Rivas[2], María Dolores Pérez Caparrós[2], Clara Calabria Santiago[2], Celia García Fernández[1], Ivan Vaca Casero[2]

[1]Hospital de Mérida Servicio de Obstetricia y Ginecología[2]

Objetivos

Presentar el caso clínico de una mujer joven diagnosticada de cáncer de mama gestacional oligometastásico, identificado incidentalmente a raíz de una fractura patológica de fémur, con el objetivo de reflexionar sobre la importancia del diagnóstico precoz y el estudio genético en pacientes jóvenes con factores de riesgo.

Material y Métodos

Paciente de 25 años que ingresa por fractura de cadera derecha tras caída. Antecedentes personales: lactancia desde hace 2,5 años, tabaquismo (IPA 3.3), uso previo de anticonceptivos orales combinados durante 7 años. Antecedentes familiares de cáncer de mama, colorrectal y pancreático. Durante el ingreso, se realiza TC que muestra masa en mama derecha, adenopatías axilares y lesiones óseas líticas. Mamografía BIRADS 5, BAG que confirma carcinoma ductal infiltrante grado 3, luminal B (RE 90%, RP 50%, Ki67 30%, HER2 low 2+). Se confirma metástasis ganglionar mediante PAAF. Marcadores tumorales: CEA 8.8, CA 15.3 20.

Resultados

Se inicia tratamiento con bloqueo hormonal (aLHRH e IA) y se realiza cirugía ortopédica con prótesis parcial. PET-TC descarta otras metástasis. Se administra radioterapia en fémur derecho y quimioterapia con ribociclib. A los 6 meses, control con mamografía y ecografía muestra respuesta parcial con reducción de la masa mamaria a 18 mm y ganglio axilar a 11 mm. Se realiza lumpectomía y linfadenectomía con estadiaje final ypT1c ypN1a. Se completa tratamiento con radioterapia (66 Gy). Dada la sospecha de síndrome hereditario, se realiza estudio genético, identificando tres variantes missense de significado incierto.

Conclusiones

Este caso resalta la necesidad de concienciar a mujeres jóvenes sobre la autoexploración mamaria y la posibilidad de cáncer precoz. Además, se subraya la importancia de considerar factores genéticos, incluso cuando las variantes identificadas no están claramente asociadas a riesgo elevado. La presencia de mutaciones de significado incierto sugiere que aún existen factores genéticos no completamente comprendidos en el desarrollo del cáncer de mama.

RES0225 Lesión cutánea lumbar como presentación de un cáncer de mama metastásico al diagnóstico

María Jesús Pérez Molina, Noelia Pilar Degano Gonzalez, Esther Ramirez Medina, Michal Lasocha Lasocha, Francisco de Borja Caballero Borreda, Tirso Pérez Medina

Hospital Universitario Puerta de Hierro Obstetricia y ginecología

Objetivos

Descripción de una presentación atípica de un caso de carcinoma de mama metastásico de novo: autopalpación de lesión cutánea a nivel lumbar izquierdo.

Las metástasis cutaneas presentan características clínicas simuladoras de otras entidades que obligan al diagnóstico diferencial. Se pretende dar a conocer una manifestación metastásica atípica a tener en cuenta en el diagnostico.

Revision de diferentes manifestaciones dermatológicas de las metástasis cutáneas del carcinoma mamario. La mas frecuente es un infiltrado eritematoso papulonodular localizado en piel próxima al tumor primario, piel torácica, a diferencia del caso presentado, con localización distante.

Material y Métodos

Paciente con antecedente de linfoma folicular de bajo grado estadio IV A con afectación extraganglionar a nivel digestivo diagnosticado en 2020. Administrado Rituximab con respuesta completa. En 2024 se biopsia una nueva lesion duodenal con infiltración por su proceso linfoproliferativo B . Se indica re-tratamiento con rituximab.

Desarrolla una lesion cutanea papulo-nodular de unos 2cm de tonalidad rosada e infiltración profunda en zona lumbar izquierda con ausencia de modificación pese tratamiento , por lo que se indica biopsia que informa de infiltración por carcinoma lobulillar mamario. IHQ: panCK (AE1/AE3)+ , CK 7 + y GATA 3 +. Cadherina y beta catenina negativo. SOX 10 negativo, p63-. RE + , RP-, Her2 negativo, Ki 67 40%.

Resultados

Se indica estudio mamario dirigido y estudio de extension.

Mamografía , ecografía y RM de mama informan de nódulo espiculado de 1,7cm en región retroareolar de MD con características de alta sospecha y al menos 5 ganglios patológicos axilares derechos. Bi rads 5.

Biopsia Del Nódulo Espiculado En Md Informa De Cli G1, Re+ (90%), Rp+ (90%), Ki67 18%, Her2-. Biopsia Ganglionar: Metastasis Por Carcinoma De Mama.

PET TAC con hallazgo de imagen solido quística dependiente de anejo izquierdo que muestra captación de FDG.

Se propone tratamiento sistémico de primera línea para enfermedad mamaria avanzada hormonosensible con ribociclib y letrozol

Conclusiones

Las lesiones cutáneas metastásicas son infrecuentes, siendo el carcinoma de mama el tumor primario con mayor incidencia de diseminación cutánea en mujeres. Cuando aparecen, suelen hacerlo como un signo de recurrencia tardío, más que, una manifestación inicial de un carcinoma mamario. Este caso ilustra la importancia de contemplar las metástasis cutáneas en el diagnostico diferencial de las lesiones y realizar biopsia aun en pacientes sin historial previo de cáncer mamario ni clínica sugerente.

Las manifestaciones cutáneas de un cáncer de mama son signo de amplia diseminacion, siendo imperativo un diagnostico para instaurar un tratamiento adecuado lo antes posible.

RES0274 Metástasis rectal de carcinoma lobulillar mamario

Carmen Muniesa Gallardo[1], Miriam Moratal Cloquell[1], Carla Pérez Alonso[2], María Luisa Martínez Ballester[2], Rafael Cholvi Calduch[2], Juan Bautista Laforga Canales[3], Juan José Arroyo Martín[4]

[1]Hospital de Dénia Cirugía general y del aparato digestivo[2]
[3]Anatomía Patológica
[4]Cirugía general y del aparato digestivo

Objetivos

Introducción: El carcinoma de mama es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer, representando el carcinoma lobulillar infiltrante alrededor del 10% de los casos invasivos. Puede haber metástasis en un 30-80% de los cánceres lobulillares de mama. Las localizaciones más habituales son en hueso, pulmón e hígado, menos frecuentes son en tracto gastrointestinal extrahepático (6-18%) y sistema ginecológico. El órgano digestivo más afectado es el estómago y el menos, el recto. Son infrecuentes las metástasis sin tumor primario diagnosticado.

Material y Métodos

Presentación del caso: Presentamos el caso de una paciente mujer de 79 años, sin antecedentes patológicos de interés, en estudio por diarreas, pérdida ponderal y SOH+. A la exploración física se objetiva una masa rectal y en el TC toraco-abdominal de extensión se evidencian múltiples lesiones blásticas óseas.

Resultados

Se realizó colonoscopia con toma de biopsias con resultado no concluyente de tumor primario intestinal.

El resultado inicial fue de carcinoma pobremente cohesivo del tipo células en anillo de sello, pendiente de marcadores inmunohistoquímicos para descartar metástasis de otras localizaciones.

Se decidió BAG de lesiones óseas con resultado definitivo de carcinoma lobulillar infiltrante mamario. Las células se tiñeron con EMA, mamoglobina, GATA3, citoqueratina, RE y RP, y cadherina E negativo. En este caso no fue posible la realización de estudios de mama por la progresión rápida de la enfermedad, aunque no se detectaron lesiones mamarias ni ganglios linfáticos sospechosos en el TC.

Conclusiones

Conclusión: Los tumores metastásicos del sistema gastrointestinal son raros, siendo los tumores primarios de origen más frecuentes de mama, pulmón, neuroendocrino o melanoma. También es poco frecuente su localización rectal, así como el diagnóstico de la metástasis antes del tumor primario. La exploración de primera elección es la colonoscopia con biopsias profundas y repetitivas si hay alta sospecha. Un diagnóstico adecuado evita cirugías inadecuadas de lesiones rectales.

RES0284 Metástasis cutáneas como manifestación inicial de un cáncer de mama

Lidia Casamayor del Nogal[1], Victoria Pascual Escudero[1], Mónica Simón de la Fuente[2], Sandra Canales Martínez[2], Susana Cortés Pérez[2], Paula Suárez Mansilla[2], Jimena Bayón Pascual[2], Mónica Consuelo Horstmann Sendagorta[2], Sandra De Arriba Martín[2], Ester Rodríguez Flórez[2]

[1]Hospital Clínico Universitario de Valladolid Ginecología y Obstetricia[2]

Objetivos

Presentar el caso clínico de una paciente con diagnóstico de enfermedad mamaria metastásica, cuyo motivo de consulta fue la aparición de lesiones vulvares y dolor abdominal.

Material y Métodos

Los datos se recogieron de la historia clínica de la paciente.

Resultados

Mujer De 44 Años, Sin Antecedentes De Interés. Acude A Urgencias Por Distensión Abdominal, Dolor Abdominal Generalizado Y Lesiones Vulvares De Nueva Aparición.

La Paciente Fue Valorada Por El Servicio De Ginecología, Encontrando Los Siguientes Hallazgos:

- Mamas pequeñas, pétreas, sin delimitarse claramente nódulos. Conglomerado adenopático axilar bilateral.
- Abdomen distendido, oleada ascítica positiva. No se delimitan masas.
- Genitales externos con lesiones nodulares distribuidas por labios mayores y región perineal, de 1-2cm, eritematosas, sobreelevadas, pruriginosas, no dolorosas ni ulceradas. Se objetivan más lesiones de características similares distribuidas por el tronco.

Ante los hallazgos mencionados y la sospecha diagnóstica de enfermedad mamaria metastásica, se decide:

- Punción y drenaje de líquido ascítico y remisión de muestra a estudio citológico que informó de atipia sugestiva de malignidad.
- Ecografía mamaria con hallazgo de mamas extremadamente densas de difícil valoración. Se describen imágenes hipoecoicas de gran tamaño y borde impreciso en ambos cuadrantes supero-externos que podrían corresponderse con tejido fibroglandular muy compacto, o con la presencia de un carcinoma de mama bilateral, simétrico y sincrónico. Adenopatías axilares bilaterales de hasta 3cm, BEDI 5.
- Biopsia De Nódulos Genitales Con Extensa Infiltración Dérmica Con Carcinoma Infiltrante De Probable Origen Mamario Lobulillar (re + (50%), Rp + (50%), Her2 -, Ki67: 5%)

A la vista de los resultados, se amplía el estudio mediante TAC toraco-abdómino-pélvico y gammagrafía ósea, los cuales pusieron de manifiesto una afectación difusa a nivel óseo.

Por tanto, ante el diagnóstico de carcinoma de mama bilateral lobulillar luminal B HER2 negativo, estadio IV, se decide tratamiento médico con Zoladex, ribociclib, letrozol, calcio y vitamina D.

Durante el seguimiento, a los 3 meses del diagnóstico, la paciente precisa colostomía por una obstrucción intestinal secudaria a un implante a nivel de sigma. Los meses posteriores se produjo una gran mejoría de las lesiones cutáneas y ascitis, permaneciendo en la actualidad como una enfermedad estable.

Conclusiones

1. El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuentes en mujeres.
2. Representa El Principal Carcinoma Que Genera Metástasis Cutáneas, Excluyendo El Melanoma.

3. La Incidencia De Las Metástasis Cutáneas Del Cáncer De Mama Varía De Un 0,6-10,4%.
4. Son Lesiones Con Gran Polimorfismo, Siendo Lo Más Frecuente Lesiones Papulonodulares Eritematosas E Indoloras.
5. Se requiere una alta sospecha diagnóstica y biopsia de las lesiones para establecer el diagnóstico de confirmación.

RES0336 Ficción o realidad: revisión de la serie de pacientes con cáncer de mama metastásico tratados con nuevos inmunoconjugados en un hospital general de segundo nivel.

María del Mar Muñoz Sánchez[1], Verónica Sotelo Peña[2], Soraya Simón Alonso[2], María del Carmen Soriano Rodríguez[1], Inmaculada Martín Niño[3], Isabel Hinarejos[4], Eliseo Val Pérez[4], Lidia Martínez Valdivieso[3], José Antonio Santiago Crespo[1]

[1]Hospital Virgen de la Luz Sección de Oncología Médica
[2]Hospital Virgen de la Luz Oncologia Médica
[3]Hospital Virgen de la Luz Servicio de Farmacia
[4]Hospital Virgen de la Luz Servicio de Medicina Interna

Objetivos

Revisar la serie de pacientes con cáncer de mama metastásico que han recibido uno de los 2 nuevos ADC: sacituzumab govitecan SG o trastuzumab deruxtecan TDxd en nuestrohospital general de segundo nivel

Evaluar toxicidad y tasa de respuesta

Comprobar si las pacientes reciben más líneas tras progresión tumoral (PGR) durante el ADC

Material y Métodos

Elaboración del listado de pacientes tratados con nuevo ADC desde 2022 hasta la actualidad

Comprobar prescripción de citostáticos

Revisar historia clínica electrónica

Revisar perfil inmunofenotípico (IMF)de cada grupo

Se realizó análisis estadístico mediante el software SPSS v22

Resultados

Grupo SG: 12 pacientes; edad media 62 (rango 44-76), 1 varón el resto sexo femenino, IMF: triple negativo 58%, luminal 425, el 91% de los pacientes tenía metástasis viscerales, sólo el 50% óseas media de líneas previas recibidas 5 (rango 1-12), 41% habían recibido IT previa, media de tiempo con SG 19.6 semanas (rango 2-57), toxicidad grado3-4 hematológica y gastrointestinal, manejo toxicidad: 41% uso de G-CSF, 58% retraso o reducción de dosis y tratamiento de soporte. No hubo suspensión de SG por toxicidad. Respuesta obtenida: 33% respuesta parcial, 16% estabilización de la enfermedad, 51% PGR. El 58% d ellos pacientes han

fallecido. , la media del número de líneas posteriores tras SG fue de 1 (rango 0-4)

GRUPO TDxd: 16 pacientes; edad media 61 (rango 44-73), todas sexo femenino, IMF: her 2 3+ 50 %, luminal con her 2 low el resto, el 87% de los pacientes tenía metástasis viscerales, sólo el 37% óseas; media de líneas previas recibidas 3 (rango 1-12), media de tiempo con TDxd 48 semanas (rango 6-144), toxicidad grado3-4 hematológica y emesis, manejo toxicidad: 37% uso de G-CSF, 62% retraso o reducción de dosis y tratamiento de soporte. Porcentaje de neumonitis de cualquier grado 25%, ningún grado 4. Hubo suspensión en 2 casos por neumonitis no resuelta. Resppuesta: 62% respuesta parcial,20% estabilizaciones y 18% progresiones. El 43 % de las pacientes han fallecido., la media del número de líneas posteriores tras PGR fue de 2 (rango 1-4)

Conclusiones

Se trata de un grupo de pacientes altamente pretratadas. En general la tasa de beneficio clínico fue moderada para SG y alta para TDxd. La toxicidad fue manejable en ambos. El número de líneas posteriores es escaso.

Los Resultados Pueden Estar Artefactados Al Ser Una Muestra Pequeña De Un Único Centro De Segundo Nivel. Asimismo, Señalar Que No Se Ha Realizado Estudio De Calidad De Vida.

RES0363 Carcinoma inflamatorio de mama: la importancia de un diagnóstico precoz.

Lara Núñez Moreno[1], Guadalupe Ugena Díaz[1], Maria Ester Lopez Rodriguez[2], Irene Cedrun Sitges[2]

[1]H. U. Getafe Radiodiagnóstico [2]

Objetivos

Describir los hallazgos clínicos y radiológicos característicos del carcinoma inflamatorio de mama en los diferentes métodos de imagen.

Material y Métodos

Presentamos dos pacientes diagnosticadas en nuestro hospital de carcinoma inflamatorio con metástasis al diagnóstico.

Una de ellas acudió a urgencias por lumbalgia con irradiación a la región glútea y la otra consultó por enrojecimiento mamario derecho de dos semanas de evolución sin mejoría tras tratamiento antibiótico.

Resultados

El carcinoma inflamatorio es una forma rara y agresiva del cáncer de mama que representa aproximadamente 1-5% de los cánceres mamarios invasivos. Clínicamente puede simular una infección con enrojecimiento, aumento de temperatura, engrosamiento

cutáneo (aspecto de “piel de naranja”), aumento de volumen mamario y, en ocasiones, una masa palpable. Se caracteriza por un rápido crecimiento y una diseminación linfática dérmica que provoca los signos inflamatorios.

La confirmación histopatológica es esencial, pero los estudios de imagen son cruciales para el diagnóstico y la estadificación (T4d). Radiológicamente se caracteriza por un engrosamiento cutáneo (>3mm), edema y aumento difuso de la densidad/ecogenicidad y puede asociar nódulo/masa irregular en un 45-80% de los casos. Técnicas de imagen como la resonancia o el PET-CT permiten valorar la extensión de la enfermedad, detectar una posible afectación de la mama contralateral y valorar respuesta al tratamiento quimioterápico.

Conclusiones

El carcinoma inflamatorio de mama se caracteriza por una rápida progresión y un pronóstico menos favorable en comparación con otros tipos de cáncer de mama por lo que es muy importante estar familiarizado con sus hallazgos clínicos y radiológicos para un diagnóstico precoz.

RES0418 Resistencia concomitante antitumoral de sarcoma phyllodes maligno

Andrés Garcia-Vilanova Comas[1], Carlos Castañer Puga[1], María Moragues Casanova[1], María José García Coret[2], Verónica Gumbau Puchol[2], Fernando Alfonso García[2], Nicolás Beut Peris[2], Florentina Bencardino[2], Marta Tortajada Zaragoza[2]

[1]Consorcio Hospital General Universitario de Valencia Cirugía General
[2]Hospital General Universitario de Valencia Cirugía General y Digestiva

Objetivos

Las metástasis de tumor filodes maligno no son muy frecuentes, pero alcanzan cifras que oscilan entre 1,7 a 16 % El objetivo es presentar el caso clínico de una paciente con metástasis múltiple de tumor filodes maligno que se presenta como fenómeno resistencia concomitante antitumoral

Material y Métodos

Descripción de un caso clínico.

Resultados

Presentamos el caso de una mujer que acudió por una masa en la mama derecha de 25 cm, dura, no dolorosa, con ulceración, fija a la pared torácica de rápido crecimiento de un año de evolución. La tomografía computarizada del tórax y la parte superior del abdomen reveló una masa mamaria que invadía completamente la pared torácica. La biopsia con aguja gruesa sugirió un tumor filodes maligno. La PET / TC con 18F-FDG antes de la cirugía no mostró ninguna extensión fuera de los márgenes del tumor.

Se realizó quimioembolización arterial 3 días antes de la cirugía para mejorar la resecabilidad. Siguió tratamiento con mastectomía total y resección de la pared torácica. Se realizó una reconstrucción de la pared torácica.

En la intervención quirúrgica se apreció un tumor de gran tamaño que invadía el tórax óseo (múltiples costillas y hueso esternal) del manubrio esternal con afectación de clavícula derecha y primera costilla derecha, pero sin afectación de clavícula o costillas izquierdas. El examen histopatológico de la mastectomía confirmó tumor filodes maligno. El margen de resección fue negativo en piel. No se observó invasión cutánea, pero el esqueleto de la pared torácica quedó invadido en regiones limitadas.

Se llevó a cabo un nuevo estudio comparativo de escaneo Pet tac de cuerpo entero tres meses después del anterior a la cirugía que mostró una brusca aparición metastásica de la enfermedad. Apareció en los territorios ganglionares de la glándula mamaria interna derecha y masa axilar derecha, numerosas masas pleuropulmonares y múltiples lesiones óseas hipermetabólicas que no estaban presentes antes de la Cirugía.

La paciente inició quimioterapia, pero falleció a las pocas semanas.

Conclusiones

La cirugía oncológica es el mejor tratamiento del tumor Phyllodes maligno que invade la pared torácica pero a pesar de realizarla presenta una supervivencia baja y alta tasa de recidiva, especialmente si queda tumor residual. Pero no es frecuente que debute con múltiples metástasis tras la exéresis quirúrgica en un fenómeno de resistencia concomitante antitumoral. Las metástasis no suelen responder a tratamientos de quimioterapia.

Cáncer de mama: situaciones especiales

RES0005 Valoración Geriátrica Integral previa al tratamiento oncológico en pacientes mayores de 70 años con cáncer de mama

Natalia Rodríguez-Spiteri Sagredo[1], Nerea Fernández Ros[2], María Ochoa Navarrete Ochoa Navarrete[3], Fernando Martínez Regueira[1], Begoña Olartecoechea Linaje[1], Luis Javier Pina Insausti[4], Arlette Elizalde Pérez[4], Maria José Zubillaga Jiménez[4]

[1]Clínica Universidad de Navarra Área de Patología Mamaria
[2]Clínica Universidad de Navarra Medicina Interna
[3]Universidad de Navarra Facultad de Medicina
[4]Área de Patología Mamaria

Objetivos

El cáncer de mama en mujeres mayores de 70 años puede suponer un desafío debido a la alta prevalencia de comorbilidades y fragilidad en muchas de estas pacientes. Estos factores pueden llegar a condicionar el tratamiento y los resultados clínicos. La Valoración Geriátrica Integral (VGI) permite evaluar de manera multidimensional el estado de salud y ajustar el manejo terapéutico de forma personalizada.

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de pacientes mayores de 70 años con diagnóstico reciente de cáncer de mama, atendidas en la Clínica Universidad de Navarra (Pamplona). Desde noviembre de 2022 hasta septiembre de 2024 se derivó a Medicina Interna a 36 mujeres para realizar una VGI previa al tratamiento. La valoración incluyó una evaluación, entre otras, de la esfera funcional, cognitiva, nutricional, emocional y social mediante el uso de herramientas validadas. Se describió, además, la frecuencia de nuevos diagnósticos, recomendaciones tras la valoración y se realizó una comparación entre pacientes frágiles y no frágiles según la escala de cribado de fragilidad G-8.

Resultados

La mediana de edad fue de 76 años. El 52,8% presentó un G-8 alterado indicativo de fragilidad. Utilizando la clasificación de la Sociedad Internacional de Oncología Geriátrica (SIOG), el 47,2% de las pacientes fueron clasificadas como no frágiles o robustas, el 30,6% como vulnerables y el 22,2% restantes como frágiles. La VGI detectó déficits en al menos un dominio en el 77,8% de las pacientes, destacando alteraciones funcionales (33,3%), nutricionales (38,9%) y en la esfera anímica (58,3%). Además, el 72,2% presentó algún nuevo diagnóstico. Las pacientes con G-8 alterado mostraron con mayor frecuencia (73,7%) más de 2 dominios alterados en comparación con el 29,4% del grupo no frágil. En un 66,7% se realizaron ajustes de medicación y en un 11,1% se pospuso la cirugía por hallazgos clínicos relevantes.

Conclusiones

La VGI en pacientes mayores de 70 años con cáncer de mama revela un alto porcentaje de pacientes con déficits en los distintos dominios analizados, permitiendo ajustes y recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas. Además, evidencia una relativa alta frecuencia de déficits y nuevos diagnósticos, aún en pacientes con un test de fragilidad normal, subrayando la importancia de realizar una evaluación exhaustiva en estas pacientes antes de diseñar el plan terapéutico.

RES0021 Presentación atípica de neoplasia de mama: Carcinoma epitelial-mioepitelial. Reporte de Caso y Revisión de la Literatura

Julia Lugon Castellanos[1], Sara López Cerrillos[1], María Ángeles Vasco Rodríguez[1], María Carmen Buqueras Bujosa[1], Nuria Maiz Nogueroles[1], Magda Pujol Moliner[2], Alejandra Visser Santacruz[3], Sabela Recalde Penabad[4]

[1]Complex Hospitalari Universitari Moisès Broggi Cirugía General Y Del Aparato Digestivo
[2]Complex Hospitalari Universitari Moisès Broggi Anatomía Patológica
[3]complex Hospitalari Universitari Moisès Broggi Diagnóstico Por La Imágen
[4]complex Hospitalari Universitari Moisès Broggi Oncología Médica

Objetivos

Describir el caso de una paciente con una variante histológica atípica de neoplasia de mama.

Material y Métodos

presentamos el caso de una paciente mujer de 61 años, asintomática, sin antecedentes de interés, remitida desde el programa de cribado poblacional por hallazgo en prueba de imagen.

Se detectó un nódulo sospechoso de 12 mm. en la mama izquierda (BI-RADS 4a) por lo que le realizaron una BAG guiada por ecografía que no fue concluyente, describiendo focos sospechosos de malignidad (CDI) pero con IHQ no compatible.

Resultados

Valorada en nuestra unidad se decide repetir la bag, encontrando cambios compatibles con adenomioepitelioma sin focos de transformación maligna en la muestra remitida.

A la exploración se palpa en la mama izquierda un nódulo parcialmente delimitado de menos de 2 cm en el cuadrante inferior externo, levemente indurado, no adherido a piel ni a planos profundos. No se palpan adenopatías axilares sospechosas.

Comentado el caso en comité multidisciplinar, se decide la resección quirúrgica dado el potencial de degeneración maligna. realizamos una tumorectomía simple bajo anestesia general y bloqueo regional.

La muestra remitida a estudio anatomopatológico se estudió a profundidad y se identificó un carcinoma epitelial-mioepitelial sobre un adenomioepitelioma. Dado el resultado de malignidad se decidió completar estudios de extensión con PET-TC y ampliar márgenes. Se descartó la presencia de enfermedad a distancia y se confirmó márgenes negativos en la nueva muestra.

Se revisó por segunda vez con ampliación de la IHQ, confirmando este diagnóstico; el componente epitelial maligno mostró positividad para GATA3, SOX-10, TRPS1, MYB, proteina s100 (parcial), CK5/6 y CK19 (débil); el componente mioepitelial mostró positividad para p63, CK14 y miosina (focal).

Dada la singularidad de este tipo histológico, se realiza el estudio FISH para determinar si presentaba alguna translocación del gen MYB, no siendo identificado ningún reordenamiento.que contribuya al desarrollo de este cáncer.

Conclusiones

El adenomioepitelioma maligno de la mama es un tipo histológico de neoplasia de mama ya descrito en 1970, pero que vemos con poca frecuencia.

Tener en cuenta esta variable histológica hace que se pueda diagnosticar y tratar adecuadamente.

Actualmente el tratamiento quirúrgico y seguimiento estrecho posterior es lo recomendado, no hay clara evidencia del beneficio de la adyuvancia con quimioterapia o radioterapia.

En el caso de nuestra paciente, luego de revisar la literatura y comentando el caso en comité multidisciplinar, se decidió hacer un seguimiento semestral, alternando rmn y ecografía/mamografía.

RES0026 Radioterapia radical en cáncer de mama: doce casos:

Andrés Muñiz Delgado

Consorci Sanitari de Terrassa Oncología Radioterápica

Objetivos

Revisar el control de pacientes a priori no operables tras dosis radicales.

Material y Métodos

Doce pacientes de 81 años (48-94).

Nueve carcinomas ductales infiltrantes, otro mucinoso diferenciación neuroendocrina, otro metaplásico grado 3, otro lobulillar infiltrante. Grado histológico 2/3 salvo uno grado 1.

T4 nueve casos. Sólo un T3 y dos T2. Adenopatías en siete: cinco N1 y dos N2.

Muchas Metastásicas: siete de diez (dos sin estudio de extensión). Cinco con metástasis óseas (dos por contigüidad costal), otra con letálides y otra con pulmonares.

Cuatro luminal a, tres b, dos her2 y tres triples negativos. Dos casos recibieron quimioterapia (uno también antiher2), otras seis hormonoterapias y algunos otros tratamientos.

Aprehensión a la cirugía de una paciente, otra también la rechazó, pero la mayoría eran inoperables o irresecables.

Se radió el tumor y las adenopatías (ya solo presentes en dos casos). La dosis postoperatoria estándar son 40,05Gy en 15 sesiones o 26Gy en 5.

Dosis excepcionalmente alta en el primer caso al hacer radioterapia hemostática y después radical por denegar cirugía, alcanzando 54,75Gy al tumor. Siete recibieron 45Gy en 15 sesiones de 3Gy. Dos casos, por limitación de las pacientes, 5 sesiones de 5 y 5,4Gy, para evitar desplazamientos. Un caso 40,05Gy en 15 sesiones.

Resultados

Siete toxicidad aguda-subaguda grado 2-3. grado 1, cinco. toxicidad crónica la primera por alta dosis: dolor e hiperalgesia tras años. telangiectasias una.

Nueve, control local. Tres no: uno operado, otro reirradiado, otra cirugía hace un mes. En dos sus metástasis progresaron, falleciendo meses después. Otra recientemente fallecida por neoplasia gástrica. En otro caso progresa la adenopatía al diagnóstico y radiada.

Cuatro operadas: un triple negativo T4N2 con letálides, neoadyuvancia completa y buena respuesta: ypT2pN0; otro triple negativo cT4bN0M1 pulmonar en respuesta tras quimioterapia y Pembrolizumab, pero solo 40,05Gy: ypT4b; otro T3N1 triple negativo sin tratamiento sistémico reirradiado al año: ypT0; y un T4N1 que tras diversas líneas y radioterapia progresa: pT4b.

Conclusiones

- Mayoría, toxicidad aguda habitual. Sólo una toxicidad crónica reseñable.

- Mayoría, control local tumoral estable: supervivencia libre de progresión local de 38 meses (13-90). Además, media de supervivencia desde el diagnóstico de 40 meses (13-90) y de 26 meses (7-66) desde la radioterapia.

- Las fallecidas lo fueron por progresión sistémica u otra neoplasia.

- Hay sinergia en neoadyuvancia sistémica y radioterápica.

- Radioterapia radical o preoperatoria debería considerarse al diagnóstico o en el curso de su enfermedad para mayor control.

RES0027 Carcinoma de mama en mujeres menores de 40 años. Situación actual en nuestra Unidad de Diagnóstico

Olatz Gorriño Angulo, Maider Soto Garmendia, Ana Legorburu Piedra, María Udondo Gonzalez Del Tánago, Mónica Santamaría Peña, Loreto De Llano Ibisate, Ruth Gonzalez Sanchez

Hospital Universitario Basurto
Radiodiagnóstico

Objetivos

- Valorar si la incidencia de carcinoma de mama en mujeres jóvenes ha aumentado en los últimos 5 años en nuestro hospital

- Revisar las características de imagen, la histología e inmunohistoquímica, la forma de presentación, y afectación de genes en mujeres jóvenes

Material y Métodos

Se han revisado los casos de carcinoma de mama de mujeres jóvenes diagnosticados en nuestro hospital entre enero 2019 y diciembre 2024.

Las pacientes han sido remitidas desde atención primaria o ginecología, bien sintomáticas o se encontraban en protocolo de seguimiento por alto riesgo.

El estudio radiológico ha comenzado con ecografía y se completa mediante mamografía en todos los casos.

A las pacientes que han recibido tratamiento con quimioterapia neoadyuvante se les ha realizado Resonancia Magnética previa y posterior al tratamiento

Se ha revisado el estudio genético tras el diagnóstico en las pacientes no incluidas en protocolo de alto riesgo

Resultados

- De las 1352 pacientes diagnosticadas de carcinoma de mama en nuestra Unidad en el periodo mencionado, 75 mujeres son menores de 40 años, (edades entre los 22 y 39 años)

- El 90% han sido remitidas por síntomas.

- El hallazgo en imagen más frecuente ha sido el nódulo visible por ecografía con o sin afectación ganglionar asociada.

- En 2019 se diagnosticaron 12 carcinomas, en 2020 19, en 2021 10, en 2022 11, en 2023 14 y en 2024 9 carcinomas.

- De los 75 carcinomas, 5 corresponden con carcinoma ductal in-situ, 65 con carcinoma ductal infiltrante, 3 con carcinoma lobulillar infiltrante, 1 con carcinoma mucinoso y 1 con metástasis de leiomiosarcoma.

- Con respecto a su inmunohistoquímica 7 carcinomas han sido Luminales a, 27 Luminales B, 11 Luminales B-Her2+, 8 Her2 puros, y 18 triple negativos, de todas ellas, el 60% han recibido quimioterapia neoadyuvante previa a la cirugía.

- 5 pacientes han sido metastásicas en el momento del diagnóstico. De 5 mujeres no tenemos datos por cambio de centro, y una se excluye por metástasis de leiomiosarcoma.

- Previo al diagnóstico 4 estaban en protocolo de alto riesgo, y tras el diagnóstico en 21 mujeres se han detectado mutaciones en sus estudios genéticos.

Conclusiones

Salvo por el pico de diagnósticos del año 2020, el resto de los años el diagnóstico de carcinoma de mama en mujeres jóvenes se considera estable.

El CDI Luminal b+/- Her2+ es el carcinoma más frecuente.

Los subtipos más agresivos Her 2 puro y triple negativo son más prevalentes en mujeres jóvenes que en la población general.

RES0034 Cáncer de mama en mujeres portadoras de mutaciones en genes de riesgo

Sofía Fontana Escartín[1], Álvaro Lagos de Los Reyes[1], Noelia Lete Aguirre[2], María del Mar Soriano Liébana[2], Ruben Carramiñana Nuño[2], Laura Medina Mora[2], Miguel Gasós García[2], Daniel Otero Romero[2], Nazaret Fernández Fernández[2], María Dolores Arribas del Amo[2]

[1]HCU Lozano Blesa Cirugía General y del Ap. Digestivo
2

Objetivos

Presentación en formato póster de un trabajo de fin de máster dedicado a conocer los resultados oncológicos del tratamiento quirúrgico en el Hospital Clínico De Zaragoza en mujeres portadoras de genes de riesgo, las cuales, en los últimos años, ha incrementado su diagnóstico y su impacto en la enfermedad.

Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo unicéntrico que incluye todas las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama portadoras de variantes patogénicas en genes de riesgo sometidas a tratamiento quirúrgico. Se compara supervivencia global, específica por cáncer de mama y libre de enfermedad, así como tasas de recaída y cáncer de mama contralateral en función del tratamiento quirúrgico uni o bilateral. El periodo de estudio abarca desde enero de 1980 a junio de 2024.

Resultados

Las pacientes sometidas a mastectomía bilateral presentan un riesgo menor de recaída local (6,66% vs 11,29%, con p=0,049) y cáncer de mama contralateral (riesgo acumulado a 15 años en pacientes con cirugía unilateral 27,5% vs 0 en cirugía bilateral) si

bien este hecho no impacta de manera adversa en la supervivencia global o específica por cáncer de mama (valores de p en log-rank de 0,8 y 0,64 respectivamente). La menor edad al diagnóstico del tumor índice ha sido el único factor de riesgo claramente relacionado en esta cohorte con recaída local y cáncer de mama contralateral.

Conclusiones

Los resultados de este estudio no ofrecen evidencia sólida de que la cirugía conservadora no deba ofrecerse a pacientes con cáncer de mama hereditario. El tratamiento quirúrgico de estas pacientes debe invidualizarse considerando factores como la mutación de la que es portadora la paciente, la edad al diagnóstico del tumor índice, el tipo y estadio de dicho tumor o el diagnóstico de otras neoplasias, que en definitiva serán las que determinen el pronóstico vital de las pacientes.

RES0044 Radioterapia en Cáncer de Mama Masculino: Revisión Bibliográfica Basada en un Caso Clínico

María Cristina Cruz Muñoz[1], María Acuña Mora1, Francisco Jose Peracaula Espino[2]

[1]Hospital Punta Europa Oncología Radioterápica 2

Objetivos

El cáncer de mama masculino (CMM) representa menos del 1% de los casos de cáncer de mama, con una incidencia ligeramente creciente. Sus factores de riesgo incluyen mutaciones en BRCA2, exposición estrogénica prolongada, síndrome de Klinefelter, radiación torácica previa, obesidad y enfermedad hepática crónica. Dado que la mayoría de estudios se basan en población femenina, las guías terapéuticas en varones se extrapolan de estos datos. La radioterapia adyuvante está indicada ante factores como ganglios positivos, tumores >2 cm o márgenes comprometidos. Este trabajo presenta un caso de CMM tratado con cirugía conservadora y radioterapia, contextualizado mediante revisión bibliográfica.

Material y Métodos

Se presenta el caso de un varón de 54 años con carcinoma ductal infiltrante G1, RE 100%, HER2 negativo, tratado con tumorectomía y biopsia selectiva del ganglio centinela (0/3). Estadio final: pT1b N0 cM0. Recibió radioterapia IMRT: 40,05 Gy en 15 fracciones con boost integrado hasta 48 Gy. Toxicidad aguda leve. En seguimiento a 18 meses, sin recidiva.

Para la revisión bibliográfica se consultaron PubMed, Scopus, Web of Science y Cochrane Library (2013–2024). Se seleccionaron 28 publicaciones relevantes (guías, revisiones, estudios originales) sobre CMM y radioterapia adyuvante.

Resultados

La radioterapia adyuvante es esencial tras cirugía conservadora en cáncer de mama masculino, aunque esta técnica quirúrgica es poco común. La evidencia demuestra que ofrece control local comparable al de la mastectomía más radioterapia y mejora la calidad de vida. Presentamos el caso de un varón tratado con tumorectomía y bsgc, seguido de radioterapia IMRT (40.05 Gy + boost de 8 Gy) sobre mama residual y Lecho quirúrgico. La toxicidad fue leve y el paciente permanece libre de enfermedad a los 18 meses. El tratamiento fue bien tolerado, con buena adaptación funcional y cumplimiento del tratamiento hormonal.

Conclusiones

- Aunque infrecuente, la cirugía conservadora en cáncer de mama masculino es una opción válida en casos seleccionados y debe considerarse cuando se cumplen criterios oncológicos y técnicos adecuados.

- La radioterapia adyuvante tras cirugía conservadora es fundamental para lograr un adecuado control local, con evidencia de eficacia comparable a la mastectomía más radioterapia.

- En el caso presentado, el tratamiento conservador seguido de radioterapia fue bien tolerado, sin toxicidades relevantes ni recidiva a corto plazo, y con buena calidad de vida del paciente.

- Es necesario seguir generando evidencia específica en varones mediante estudios multicéntricos y promover la inclusión de pacientes masculinos en ensayos clínicos.

RES0045 Cáncer de mama metastásico diagnosticado durante el embarazo: presentación de un caso clínico

Josefa Ignacia Valdivieso Jara[1], Elena Martínez Gómez[1], Patricia López Arribas[2], Rocío García Berrio[2], Begoña Ayuso Llorente[2], Teodora Morales Caminiti[2], Isabel Martínez Walters[2], Inés Abad Martínez[2], Belén Ortíz Cruz[2], Álvaro Zapico Goñi[1]

[1]Hospital U. Príncipe de Asturias
Ginecología y Obstetricia
2

Objetivos

Presentar un caso de cáncer de mama metastásico diagnosticado en el tercer trimestre de gestación y revisar los principales retos diagnósticos y terapéuticos del cáncer de mama asociado al embarazo.

Material y Métodos

Mujer de 32 años, sin antecedentes personales, que acude a Urgencias en la semana 30 de gestación por bulto y telorragia unilateral en mama izquierda. A la exploración se palpa un nódulo móvil de 3×2 cm en el CIE de mama izquierda. La ecografía mamaria revela una lesión hipoecoica palpable y adenopatías axilares sospechosas. Se realiza BAG que informa un carcinoma ductal infiltrante (G3), con receptores hormonales positivos, HER2 negativo y Ki-67 del 25%, compatible con

subtipo luminal B. La PAAF de adenopatía axilar confirma metástasis de carcinoma. La gestación evoluciona sin incidencias hasta la semana 39, momento en que se produce un parto eutócico, con nacimiento de un recién nacido sano, sin complicaciones perinatales. En el puerperio se amplía el estudio con RM mamaria, TAC toracoabdominopélvico y gammagrafía ósea, que evidencian múltiples lesiones hepáticas sólidas y una lesión lítica agresiva en cuerpo vertebral L3, confirmando enfermedad metastásica diseminada. El caso se valora en Comité de Tumores, decidiéndose inicio de tratamiento sistémico primario y anexectomía bilateral profiláctica. El estudio genético fue negativo. Actualmente, la paciente se encuentra en seguimiento activo por el Sº Oncología por carcinoma de mama metastásico, con buen estado general y adecuada respuesta clínica inicial.

Resultados

El cáncer de mama asociado al embarazo es una entidad infrecuente, con una incidencia estimada de 1/3.000–10.000 embarazos. Su diagnóstico puede verse retrasado debido a los cambios fisiológicos mamarios durante la gestación, lo que puede conducir a estadios más avanzados al momento del diagnóstico. En nuestro caso, el diagnóstico en el tercer trimestre limitó las posibilidades de completar el estudio de extensión hasta el postparto, momento en el que se confirmó la afectación metastásica. El caso refleja la agresividad que pueden presentar algunos tumores en gestantes jóvenes, incluso con subtipos luminales, y subraya la necesidad de un abordaje precoz y manejo multidisciplinario.

Conclusiones

El diagnóstico de cáncer de mama en gestantes jóvenes requiere un alto índice de sospecha y una actuación rápida. En casos de afectación metastásica, una evaluación integral y el inicio precoz del tratamiento sistémico pueden mejorar la calidad de vida y el control de la enfermedad. Este caso evidencia la importancia del seguimiento durante la gestación y la necesidad de estrategias de concienciación sobre el cáncer de mama asociado al embarazo.

RES0049 Manejo del cáncer de mama en mujeres mayores de 65 años y evaluación de su calidad de vida

Juana María Brenes Sánchez[1], María Teresa Tolosana Gómez[2], Irene Serrano García[3], María Eugenia Olivares Crespo[4], Jorge Ruiz Rodríguez[4], Inés Gil Prados[5], Miriam De la Puente Yagüe[5], Rosa María Cabras Sánchez Ramos[5], Ana Isabel Membrilla Ortiz[5], María Herrera de la Muela[5]

[1]Unidad de Patología Mamaria. Instituto de Salud de la Mujer. Hospital Clínico San Carlos. Universidad Complutense de Madrid. Instituto de Salud de la Mujer
[2]Facultad de Medicina Universidad Complutense de Madrid.
[3]Hospital Clínico San Carlos IdISSC
[4]Hospital Clínico San Carlos Unidad de Patología Mamaria. Instituto de Salud de la Mujer
5

Objetivos

Evaluación del manejo terapeútico, comorbilidades y calidad de vida en mujeres mayores de 65 años con cáncer de mama.

Material y Métodos

Estudio observacional transversal de una cohorte retrospectiva clínica de 104 pacientes (N=104) de 65 o más años. Se analizaron los tratamientos recibidos, las comorbilidades (Índice de comorbilidad de Charlson) y la calidad de vida (cuestionario EORTC QLQ-ELD14 (n=79)).

Resultados

El subtipo tumoral mayoritario fue el luminal (71,2%), con un 68,3% de carcinomas ductales infiltrantes y el 13,5% lobulillares. La media de Ki-67 fue 20,83%. La cirugía conservadora predominó en mujeres de 65-70 años (88,6%). El 83,5% de las pacientes recibieron radioterapia, el grupo de mujeres de 80 años o más fue el que más APBI recibió (45,8%). Los inhibidores de aromatasa fue la hormonoterapia más empleada, sobre todo en mujeres con bajo índice de Charlson (64,3%). Las pacientes que recibieron quimioterapia mostraron mayor preocupación por familiares (2,38 ± 1,17; p = 0,044). Aquellas tratadas con inhibidores de aromatasa presentaron mejor capacidad para realizar tareas del hogar (2,71 ± 1,4) y mayor motivación para continuar con sus actividades (3,54 ± 0,85).

Conclusiones

La cirugía conservadora fue globalmente el tratamiento más frecuente, independientemente de la comorbilidad.

El grupo de 71-79 años, fuera de cribado, recibió el mayor porcentaje de mastectomías, quimioterapia y su índice de proliferación tumoral Ki67 fue el más alto. Los inhibidores de la aromatasa fue la hormonoterapia más empleada.

RES0055 Tumor neuroendocrino de mama en paciente con antecedente de cáncer de mama: presentación de un caso clínico

Begoña Ayuso Llorente[1], Josefa Valdivieso Jara[1], Patricia López Arribas[2], Elena Martínez Gómez[2], Henar González de Diego[3], Teodora Morales Caminiti[3], Isabel Martinez Walters[3], Inés Abad Martinez[3], Aldina Couso González[3], Álvaro Zapico Goñi[3]

[1]Hospital Universitario Príncipe de Asturias Ginecología
[2]Ginecología
3

Objetivos

Exponer el caso de una mujer de 59 años con antecedente de cáncer de mama en 2014, que tras 10 años sufre una complicación local sobre cicatriz de tumorectomía previa, y

detallar el manejo quirúrgico en un contexto inusual.

Material y Métodos

Mujer de 59 años con antecedente de carcinoma ductal infiltrante de mama derecha tratado en 2014 con tumorectomía y ganglio centinela asociado a radioterapia y hormonoterapia. En agosto de 2024 consulta por zona fluctuante sobre la cicatriz quirúrgica, ante sospecha de absceso de mama se inicia tratamiento antibiótico, pero persiste drenaje seroso compatible con fístula. En enero de 2025 se decide la resección quirúrgica del trayecto fistuloso.

Tras los resultados de la pieza quirúrgica, se realiza un estudio de extensión y tras decisión de paciente y comité de tumores se indica nueva cirugía con mastectomía bilateral, estudio de ganglio centinela derecha y reconstrucción inmediata.

Resultados

El estudio anatomopatológico de la resección del trayecto fistuloso reveló un tumor neuroendocrino mamario. Las pruebas complementarias no mostraron enfermedad a distancia.

En la linfogammagrafía preoperatoria previo a cirugía de mastectomía se observó migración del tecnecio tanto a la axila derecha como a la izquierda.

Durante la intervención quirúrgica no se logró identificar el ganglio centinela derecho, por lo que se realizó muestreo axilar derecho. Debido a la migración contralateral del tecnecio, también se efectuó biopsia de ganglio centinela izquierdo, cuyo análisis intraoperatorio fue negativo para malignidad. La reconstrucción inmediata se realizó sin incidencias. La paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio inmediato.

Conclusiones

El drenaje linfático para la detección del ganglio centinela en la mayoría de los casos suele dirigirse hacia la axila ipsilateral, pero hasta en un 20-30% de los casos pueden existir drenajes anómalos sobre todo en caso de cirugías previas, como ocurrió en nuestra paciente. Este caso pone de manifiesto la importancia de considerar drenajes alternativos ante una paciente con antecedente de cirugía previa o tratamientos como la radioterapia. El hallazgo de un tumor neuroendocrino en el lecho quirúrgico de una mama previamente tratada por carcinoma ductal es excepcional. La correcta interpretación de los hallazgos clínicos, el uso adecuado de pruebas de imagen y el manejo quirúrgico individualizado en coordinación con un equipo multidisciplinar fueron claves para un correcto abordaje. Además, destaca el papel de la decisión compartida con la paciente en la elección del tratamiento quirúrgico definitivo.

RES0065 Diagnostico diferencial entre Osteosarcoma primario de mama y Carcinoma metaplásico de mama con diferenciación ósea. A propósito de un caso.

Ana Berbel Murcia, Rony David Berenner Anidjar, Rodrigo Mora Diaz, Juan Novo Fernandez, Rosa Albalat Fernandez, Sara Rojo Novo

Objetivos

- Plantear el diagnóstico diferencial entre el Osteosarcoma primario de mama y el Carcinoma metaplásico con diferenciacion osea a propósito de un caso.

- Revisar las diferencias en cuanto a epidemiología, clínica, diagnóstico anatomopatológico, incluyendo histología e inmunohistoquímica, tratamiento y pronóstico.

- Visualizar una patología muy poco frecuente que precisa de un manejo concreto.

Material y Métodos

Se realiza una revision bibliográfica de los ultimos 20 años filtrando con las palabras clave: "Carcinoma metaplásico de mama con diferenciación ósea" y "Osteosarcoma de mama" en las principales de bases de datos médicas, incluyendo PubMed, UpToDate, Cochrane y Scopus.

Se analizan las diferencias en cuanto a las características previamente descritas.

Resultados

El osteosarcoma de mama primario es extremadamente raro (<0,1%), si bien el metaplásico con diferenciación ósea es menos raro (alrededor del 1%). El primero acontece en mujeres más jovenes, de 40-60 años, y suele tener como antecedente radioterapia o traumatismo. Ambos se presentan como masa sólda palpable de rápido crecimiento. A nivel histológico, la presencia de componente epitelial descarta el osteosarcoma primario, por lo que éste es un diagnóstico de exclusión, muchas veces muy dificultoso, basándose en la detección de citoqueratina. El tratamiento se basa en ambos casos en cirugía radical mediante mastectomía con márgenes amplios y quimioterapia adyuvante con esquema similar a triple negativo, valorando añadir radioterapia. La hormonoterapia no suele ser eficaz. El pronóstico es malo en ambos casos, más desfavorable en el osteosarcoma primario, con mayor tasa de metástasis, que en ambos casos suele ser vía hematógena, y más raramente linfática.

Conclusiones

- Ambos diagnósticos son poco frecuentes, siendo inferior al 1% de la totalidad de los cánceres de mama

- Ambos tienen un pronóstico malo, con una tasa alta de recurrencia y metástasis, escasa respuesta a tratamientos convencionales y una supervivencia a 5 años inferior al de otros tipos de cáncer de mama.

- El diagnóstico de osteosarcoma primario es realizado por exclusión, tras descartar componente epitelial, presentando peor pronostico que el carcinoma metaplásico con diferenciación ósea.

RES0070 Tratamiento local de tumores de mama con termoablación por microondas

Miguel Chiva de Agustín[1], Irene Vicente Zapata[1], Teresa Presa Abós[1], Verónica Gamero Medina[2], Monica Andreu Rodriguez[3], M Angeles Silva Rodriguez[3], Javier Blazquez Sanchez[3]

[1]Hospital Ramón y Cajal Radiología
[2]Hospital Ramón y Cajal
3

Objetivos

El Objetivo Principal de este trabajo es valorar la eficacia y seguridad de la termoablación con microondas como tratamiento local del cáncer de mama.

Esta técnica está indicada en aquellas pacientes que tienen algún tipo de contraindicación para la cirugía, especialmente en pacientes de edad avanzada.

Otro de los objetivos es poner de manifiesto con nuestros resultados la importancia de realizar una buena técnica. El procedimiento debe realizarse según el protocolo establecido con los parámetros técnicos adecuados (potencia y tiempo) y mediante la colocación de la antena en el interior de la lesión (guiada por ecografía) ya que el adecuado posicionamiento de la antena va a determinar la zona a tratar.

Material y Métodos

Desde julio de 2019, hemos realizado en nuestro centro hospitalario 46 ablaciones tumorales a 42 pacientes.

Todos los casos realizados han sido a propuesta del Comité Multidisciplinar de Mama.

Hemos recogido en todos los casos, los datos clínicos del paciente y el motivo por el que se realiza este procedimiento, la descripción de la lesión tumoral, como son el tamaño, morfología y volumen, la localización, la distancia a piel, el estudio anatomopatológico completo, el procedimiento técnico de la ablación (tipo de antena, tiempo y potencia ejercida).

Finalmente hemos ido recopilando el seguimiento tanto clínico como por técnicas de imagen, especialmente utilizando la mamografía con contraste como estudio funcional de referencia.

En muchos casos hemos realizado una biopsia final al año del procedimiento para confirmar la ausencia de tumor en el lecho de la ablación

Resultados

De estos 46 casos realizados, 2 de ellos no han hecho el seguimiento posterior, por lo que no los contabilizamos en nuestro estudio.

Además, en los últimos 8 casos han trascurrido menos de 6 meses desde la ablación y tenemos que esperar al estudio de mamografía con contraste para evaluar la respuesta.

Del resto de los casos (36) hemos confirmado la ablación completa en el 90% de los casos (en 32 tumores).

Del 10% restante (4 casos): 2 pacientes tuvieron una ablación incompleta, pero por deseo de la familia no quisieron completar el tratamiento y los otros 2 pacientes tuvieron una progresión de la enfermedad, no siento eficaz dicha técnica.

Conclusiones

1. Técnica eficaz para el tratamiento local del Cáncer de mama en pacientes seleccionados.

2.Procedimiento seguro, realizado con anestesia local, rápido y muy bien tolerado por las pacientes.

3. En un futuro, esta técnica y otras similares, se incluirán en Las guías Médicas Del Manejo Del Cáncer De Mama.

RES0077 Metástasis mamaria de adenocarcinoma de cérvix: a propósito de un caso y revisión de la literatura

Empar Blanco Moreno[1], Jose María Luque Osuna[1], Alba Canosa Mira[2], Valeria Riquelme Primo[2], Andrea Vinuesa Huesca[1], Ana Altabas Gil[2], Marta Florencio Roldán[2], Laura Ventura Sauci[2], Inmaculada Herrador García[2], Jose María Sousa Vaquero[2]

[1]Hospital Universitario Virgen del Rocío Unidad de Mama
2

Objetivos

Descripción de un caso clínico muy poco frecuente, metástasis a la mama de un desde una neoplasia maligna distante (adenocarcinoma mucinoso de cérvix) y contextualizarlo con una revisión de la literatura reciente que caracteriza esta entidad.

Material y Métodos

Paciente mujer de 65 años diagnosticada en 2021 de adenocarcinoma mucinoso de cérvix (estadio FIGO IIIC, HPV 16+), con afectación de parámetros, ovario derecho y ganglios pélvicos bilaterales. Recibió tratamiento con quimioterapia (carboplatino +taxol + bevacizumab), braquiterapia y

posteriormente inmunoterapia con pembrolizumab tras progresión pélvica. En mayo de 2024 se evidenció un aumento de tamaño de la mama izquierda, acompañado de dolor y gran deterioro de la calidad de vida. Se realizó estudio anatomomatológico para diferenciar cáncer primario de metástasis. El estudio inmunohistoquímico de la biopsia mamaria confirmó metástasis de origen endocervical. Se realizó mastectomía radical izquierda con linfadenectomía axilar como cirugía paliativa.

Resultados

El estudio histológico e inmunohistoquímico de la biopsia y de la mastectomía mostró sobreexpresión de p16, Ki67 elevado y negatividad para RE, RP, HER y GATA3, compatible con metástasis de carcinoma cervical. Tras la cirugía, la paciente presentó mejoría funcional significativa, con control del dolor, con infección local de la herida como complicación, y recuperación parcial de autonomía en actividades básicas. Según literatura revisada, la metástasis mamaria de origen cervical es extremadamente rara, con menos de 40 casos descritos en el mundo. Suele presentarse como masa no dolorosa, sin microcalcificaciones, y requiere confirmación inmunohistoquímica. Su diagnóstico implica enfermedad sistémica y mal pronóstico, siendo la cirugía paliativa útil en casos seleccionados.

Conclusiones

Los métodos de tratamiento y el pronóstico del cáncer de mama metastásico difieren de los del cáncer de mama primario. Por lo tanto, es fundamental distinguirlos y poder beneficiarse las pacientes con carcinoma primario de un tratamiento correcto y rápido. La histopatología del tejido, complementada con tinción inmunohistoquímica, proporciona un diagnóstico definitivo. La mastectomía paliativa puede ser una opción terapéutica válida en pacientes seleccionadas con enfermedad metastásica localizada y sintomática, mejorando notablemente la calidad de vida. Este caso refuerza la necesidad de considerar esta posibilidad en mujeres con antecedentes de cáncer ginecológico y lesiones mamarias atípicas.

RES0094 Carcinoma papilar encapsulado de mama: Desafío diagnóstico en imagen. Serie de siete casos.

Miranda Sanchez Carenzo Vélez[1], Yesika Janett Dávila Zablah[2], Leyla Judith Alanis Soto[2], Margarita Lilia Garza Montemayor[3]

[1]Hospital Christus Muguerza Cumbres. Clínica de Mama del Hospital Christus Muguerza Cumbres.
[2]Hospital Zambrano Hellion, TecSalud. Centro de Imagen Diagnóstica de Mama
[3]Hospital Zambrano Hellion, TecSalud. Centro de Imagen Diagnóstica de Mama

Objetivos

Evaluar las características clínicas, imagenológicas y anatomopatológicas del carcinoma papilar encapsulado (CPE), una neoplasia mamaria infrecuente con una

incidencia menor al 2%, y comparar nuestros hallazgos con los descritos en la literatura.

Material y Métodos

Estudio transversal, retrospectivo. Se revisaron los casos con diagnóstico confirmado de CPE mediante biopsia percutánea, entre octubre de 2006 y mayo de 2022, en nuestra institución. Se incluyeron siete pacientes femeninas. Las imágenes fueron analizadas por radiólogas especialistas en mama, siguiendo los criterios BI-RADS del ACR. Los informes de anatomía patológica se obtuvieron del expediente médico electrónico.

Resultados

De un total de 1458 cánceres mamarios diagnosticados, siete casos (0.48%) correspondieron a CPE. La edad media fue de 58 años. Tres casos fueron detectados por escrutinio y cuatro por hallazgo clínico de masa palpable. Las lesiones oscilaron entre 0.7 y 10 cm (media de 3.5 cm).

En mamografía, a diferencia de la literatura que reporta masas únicas, circunscritas, redondas/ovales, isodensas o hiperdensas en región retroareolar y sin calcificaciones, nuestros casos mostraron masas hiperdensas, irregulares, de márgenes indistintos y sin localización retroareolar.

En ultrasonido, el hallazgo predominante fue un nódulo sólido, hipoecoico, heterogéneo, de márgenes irregulares y con vascularidad periférica/central. Esto difiere del patrón descrito en la literatura de masa sólida intraquística con vascularidad interna. No se identificaron ganglios axilares sospechosos.

En resonancia magnética, de tres estudios realizados, dos casos mostraron nódulos sólidos irregulares con realce homogéneo y curva tipo 3; el tercero presentó realce no masa con patrón en empedrado y distribución lineal. Esto contrasta parcialmente con lo descrito: nódulos redondeados/ovales, circunscritos, con realce mural heterogéneo y curva tipo 3.

Seis pacientes fueron diagnosticadas con CPE puro y una con componente invasor. En inmunohistoquímica, los hallazgos fueron congruentes con lo reportado: receptores hormonales positivos (estrógeno y progesterona), HER2 negativo y Ki-67 positivo.

Conclusiones

El carcinoma papilar encapsulado es una entidad maligna poco común, generalmente de buen pronóstico cuando se presenta en su forma pura. Su presentación imagenológica puede ser muy variable y diferir de las descripciones clásicas, lo cual representa un reto diagnóstico. Es fundamental un abordaje multidisciplinario para su adecuada caracterización y tratamiento.

RES0107 Manejo quirúrgico de las recaídas en cáncer de mama

Mireia Suárez Valero[1], Andres Muñiz Delgado[2], Mercè Marsinyach Agusti[3], M del Carmen Bergós Sorolla[4]

[1]Hospital Universitari Sant Joan de Déu de Manresa. Funadació Althaia. Ginecología y Obstetricia
[2]Radioterapia
[3]Enfermera Gestora de Casos de la Unidad de Patología Mamaria.
[4]Ginecologia y Obstetricia

Objetivos

Analizar las características clínicas y patológicas de las recaídas locorregionales en pacientes con antecedente de cáncer de mama, así como evaluar el estadio clínico de la recaída y las decisiones médico-quirúrgicas adoptadas.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo observacional de una única institución. Se incluyeron pacientes visitadas en la unidad de patología mamaria con recaída locoregional de cáncer de mama entre enero de 2016 y abril 2025. Se recogieron variables clínicas, patológicas, del tipo de recaída y del tratamiento quirúrgico y tratamientos adyuvantes realizados. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva y comparativa en función del tipo de cirugía realizada.

Resultados

De un total de 1685 nuevos casos de cáncer en este periodo, se identificaron 86 recaídas (5,1%). Se localizaron 52 (70,3%) en el mismo cuadrante y 6 (6,8%) en forma de letálides. El estadio TNM clínico al diagnóstico fue T1 en 34 pacientes (44,2%), sin afectación axilar identificable N0 en 21 (53,8%) y con enfermedad metastática en 12 (14,6%) pacientes. El tipo de carcinoma fue ductal en 76 casos (90,5%), con un subtipo Luminal B Her2negativo en 35 (43,8%). El tipo de cirugía realizada fue mastectomía con o sin reconstrucción en 41 (63%) y conservadora en 24 (37%) (p=0,047). De las pacientes con tumores menores de 2cm, se realizó mastectomía con o sin reconstrucción en 12 (38,7%) y cirugía conservadora en 19 (61,3%) (p=0,281). Respecto a la radioterapia, 14 pacientes (66,6%) recibieron radioterapia externa, 3 (14,2%) braquiterapia, 1 (4,7%) intraoperatoria y 1 (4,7%) no recibió radioterapia. Actualmente, 53 (65,4%) están vivas sin enfermedad locoregional, 12 (14,8%) están vivas con enfermedad a distancia y 16 (19,8%) fueron exitus.

Conclusiones

Las recaídas locorregionales suponen un reto clínico y terapéutico. En su gran mayoría ocurren en el mismo cuadrante. Aunque la cirugía radical sigue siendo frecuente, en tumores iniciales la cirugía conservadora asociada a radioterapia ofrece un buen control de la enfermedad locorregional a largo plazo.

RES0126 Carcinoma de mama metaplásico de tipo sarcomatoide. A propósito de un caso.

Teodora Morales Caminiti[1], María Elena Martínez Gómez[1], Begoña Ayuso Llorente[2], Josefa Ignacia Valdivieso Jara[2], Patricia López Arribas[2], Sofía Fenoll Gil[2], Henar González de Diego[2], Marina Martí Sopeña[2], Isabel Martínez Walters[2], Aldina Couso González[2]

[1]Hospital Universitario Príncipe de Asturias Ginecología y Obstetricia
2

Objetivos

Presentamos el caso de una paciente con diagnóstico de carcinoma de mama metaplásico de tipo sarcomatoide.

Material y Métodos

El carcinoma metaplásico de mama es un tumor infrecuente, agresivo y de mal pronóstico. Suele presentarse como una masa de rápido crecimiento. Consta de diferentes estirpes histológicas como adenocarcinoma ductal, mesenquimal (sarcomatoide) y otros componentes epiteliales. La inmunohistoquímica más frecuente es triple negativo, con peor respuesta a la quimioterapia. El tratamiento principal es la cirugía, siendo imprescindible unos márgenes libres amplios. Tienen alta probabilidad de recurrencia precoz. En el caso de los carcinomas metaplásicos con componente sarcomatoide, aunque su frecuencia es aún más baja, su manejo es similar y su pronóstico es también desfavorable.

Resultados

Paciente de 72 años, con antecedente de biopsia quirúrgica de mama derecha benigna en 2002 y revisiones posteriores normales, acude a urgencias en diciembre del 2024 por autopalpación de nódulo no doloroso en mama derecha. A la exploración, presenta una masa de 3x2,5cm en CSI bien delimitada, no adherida a planos profundos. Se amplía el estudio con mamografía y ecografía de mama, donde identifican una lesión palpable sólido quística, con buena transmisión del sonido de 2,7x1,7cm. El resultado de la BAG concluye que se trata de una neoplasia maligna indiferenciada de alto grado histológico e inmunofenotipo sugestivo de un origen mesenquimal. En la consulta de resultados, un par de semanas después se vuelve a explorar a la paciente, la tumoración es de 4-5cm y retrae parte del CAP superior, sin signos inflamatorios ni adenopatías, por lo que se programa para mastectomía derecha y BSGC derecho. A mediados de enero, durante la cirugía, se visualiza la tumoración de 5x5cm en UCS dura y poco móvil, no adherida a piel.

La anatomía patológica confirma el diagnóstico de carcinoma metaplásico, bifásico, con componente sarcomatoide de alto grado (80%) y de adenocarcinoma infiltrante y carcinoma in situ (20%), triple negativo, estadio pT2pN0, con afectación del margen profundo. Dado los hallazgos se comenta el caso en el comité de tumores donde se decide derivar a la paciente al centro

de referencia de sarcomas, para continuar tratamiento con quimioterapia y radioterapia. Actualmente se encuentra estable.

Conclusiones

El carcinoma metaplásico de mama es un subtipo histológico poco frecuente y de mal pronóstico. Es aconsejable un manejo multidisciplinar en centros de referencia, siendo recomendable una actitud terapéutica activa para el buen control de la enfermedad. También son necesarios más estudios para ofrecer tratamientos dirigidos a cada variante histológica.

RES0132 Morfea, paniculitis esclerosante y otras inflamaciones post-radioterapia: revisión de casos en un servicio de oncología radioterápica y revisión de la literatura

Andere Frías Capanaga[1], Amanda Flaquer García[1], Libe Del Castillo Marce[2], Iratxe Raton Zulueta[2], Verónica Cañón Garcia[2], Itziar Trueba Garayo[2], Ana Hompanera Miguelez[2], Maria Rosa Hernández Pardo[2], Jon Cacicedo Fernández de Bobadilla[2], Elsira Bóveda Carro[2]

[1]Hospital Universitario de Cruces Oncología Radioterápica
2

Objetivos

Se revisaron 5 casos de inflamación cutánea post-radioterapia (RT) para evaluar posibles factores de riesgo predisponentes. Se describen dos variantes graves de fibrosis secundarias a la RT: paniculitis esclerosante post-radioterapia (PEPR) y la morfea post-radioterapia (MPR), las cuales se manifiestan inicialmente como placas eritematosas y edematosas que evolucionan hacia la fibrosis y retracción de la piel afectada.

Material y Métodos

PEPR (1): 64 años (enfermedad de Graves Basedow) RT 40,05 Gy en 15 sesiones + Boost 8,01 Gy en 3sesiones. Periodo de latencia desde fin de RT (PL): 6 meses. Morfea (1): 61 años (fumadora) RT 26 Gy en 5 sesiones + Boost integrado 29 Gy. PL: 15 meses. Morfea (2): 81 años (asma) RT 26 Gy en 5 sesiones + Boost integrado 29 Gy.PL: 3 meses. Dermatitis Granulomatosa (1): 74 años (poliomielitis infantil) RT 40,05 Gy en 15 sesiones + Boost 8,01 Gy en 3 sesiones. PL: 3 meses. Fibrosis colágena (1): 54 años (exfumadora) RT 40,05 Gy en 15 sesiones + Boost 8,01 Gy en 3 sesiones. PL: 13 meses.

Resultados

El desarrollo de reacciones cutáneas post-RT (PFR y MPR) puede aparecer desde un mes hasta varios años después del tratamiento, sin que se conozca con certeza su causa. Se proponen factores hormonales, inmunológicos y genéticos como posibles desencadenantes.

El daño endotelial causado por la radiación activa procesos inflamatorios y de fibrosis, aunque no parece relacionado con la dosis total recibida. Es fundamental realizar un diagnóstico diferencial con otras enfermedades como celulitis infecciosa, necrosis lipídica, lupus asociado a paniculitis, así como metástasis erisipeloide, en coraza y mastitis carcinomatosa. No existe un tratamiento eficaz conocido.

Conclusiones

Es calve que los clínicos estén atentos a estas entidades, especialmente en pacientes con antecedentes de enfermedades autoinmunes, como el caso observado de con enfermedad de Graves-Basedow, lo que sugiere una posible relación entre autoinmunidad y trastorno del tejido conectivo post-RT

RES0142 Cáncer de mama en el varón: utilidad de la mamografía con contraste

Lucía Donderis García, Jesús Palao Errando, Alberto Alegre Delgado, Sara Roig Sánchez, Ángel Vicente López, Clara Crespo Zafón, Guillermo Genovés Roca, Ana Augustina Motofelea, Martine Gunnarsdottir

Hospital de Manises Radiodiagnóstico

Objetivos

- Describir dos casos de carcinoma de mama en varones, en los que se realizó mamografía con contraste.

-Realizar una revisión bibliográfica acerca de las características principales del cáncer de mama en el varón, con especial atención a la utilidad de la mamografía con contraste.

Material y Métodos

Se estudiaron dos casos de carcinoma de mam a en varones de nuestro centro, analizando todos los estudios radiológicos que formaron parte de su proceso diagnóstico.A continuación, se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos electrónica PubMed (palabras clave: «male breast cancer AND imaging»).

Resultados

Ambos pacientes (59 y 69 años) consultaron por palpación de bultoma en mama, asociando uno de ellos retracción del pezón y bultoma en axila ipsilateral. En la mamografía, ambos casos presentaban un aspecto similar: nódulo retroareolar hiperdenso, de morfología irregular y márgenes microlobulados, presentando uno de ellos microcalcificaciones en su interior. En la mamografía con contraste, ambos nódulos presentaron un patrón de realce interno heterogéneo, con lavado, sin identificar otros realces patológicos en el resto del tejido mamario. La RM demostró igualmente hipercaptación temprana con lavado precoz, y restricción a la difusión. En la ecografía ambos eran hipoecoicos, con mínima sombra acústica posterior, asociando adenopatías axilares ipsilaterales sospechosas. En ambos se realizó BAG del nódulo y una adenopatía, resultando carcinomas infiltrantes con adenopatías

afectas. Uno de ellos presentaba extensión a distancia.

Según las referencias consultadas, los varones son frecuentemente diagnosticados en estadios avanzados, presentan tasas de supervivencia más bajas que las mujeres, con un peor pronóstico e intervenciones quirúrgicas más extensas. La mayoría son carcinomas ductales invasivos sin tipo especial. El aspecto radiológico suele ser de un nódulo retroareolar irregular con márgenes espiculados. La mamografía con contraste representa una alternativa válida a la RM en la determinación de la extensión locorregional de la enfermedad y en la identificación de enfermedad en la mama contralateral. Varios estudios muestran un menor número de falsos positivos y un mayor valor predictivo positivo respecto a la RM. También ha demostrado resultados similares en la estimación del tamaño tumoral, con mayor utilidad en mamas densas.

Conclusiones

Pese a la menor incidencia de nódulos palpables en el sexo masculino, éstos requieren un proceso diagnóstico exhaustivo debido a su mayor probabilidad de malignidad.

Tanto en mujeres como en varones, la mamografía con contraste representa una alternativa razonable a la RM en la evaluación prequirúrgica de la extensión locorregional y en la estimación del tamaño tumoral.

RES0144 Termoablación en cáncer de mama: nuestra experiencia y comparación entre microondas y crioablación.

Ibai Estibez Olea[1], Alejandra Estévez Alonso[2], Begoña Iturre Salinas[1], Maider Bringas Veiga[1], Diana Gorostiza Laborda[1], Ainhoa Diaz de Otalora Serna[1], Patricia Cobos Baena[2], Iñigo Alcaraz Hernando[3]

[1]Hospital de Cruces Radiodiagnóstico-Sección de Mama
[2]Hospital de Cruces Ginecología Y Obstetricia
[3]Hospital Universitario Cruces Servicio de Radiodiagnóstico/Sección de Radiología Mamaria

Objetivos

- En los últimos años las técnicas de termoablación en el cáncer de mama han supuesto un avance importante en el tratamiento local del mismo.

- Este tipo de tratamiento va dirigido a tamaños tumorales T1-T2 sobre todo en pacientes frágiles y pacientes con un alto riesgo quirúrgico (ASA IV). Además, también se puede ofrecer en pacientes que rechazan la cirugía o resistentes al tratamiento hormonal.

- Existen 2 tipos de técnicas de ablación principales: la crioablación y las microondas.

- En esta presentación queremos dar a conocer nuestra experiencia con este tipo de técnicas en los últimos dos años, realizar un estudio comparativo entre ellas y valorar el grado de satisfacción de las pacientes.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo de 17 pacientes en las cuales se ha realizado un tratamiento local de termoablación del cáncer de mama: 9 de crioablación y 8 de microondas.

Se recogieron múltiples variables: clínicas (edad, grado histológico, tamaño tumoral...), radiológicas (realización de CEM basal, patrón de captación), tipo de tratamiento empleado, complicaciones del mismo, presencia de recidiva tumoral y grado de satisfacción de las pacientes.

El análisis realizado es fundamentalmente descriptivo, debido a que la muestra es pequeña.

Resultados

La media de edad de las pacientes fue de 86 años. El 90% de los tumores eran RH positivos. El tamaño de los tumores osciló entre 6 y 15mm.

En ambas técnicas hasta el 80% de tumores captaban en la CEM basal y en el seguimiento con la CEM tras el tratamiento no había captación residual en ningún caso.

El tiempo empleado en la realización de ambas técnicas sí fue estadísticamente significativo ($p<0,001$) ya que en la crioablación son 30 minutos y en las microondas, el tiempo medio son 4,5 minutos.

No se han objetivado recidivas tumorales en los controles sucesivos hasta la fecha. Son muy pocas las complicaciones producidas durante o después del procedimiento, apreciándose únicamente una complicación relevante en 1 caso de microondas (intenso dolor), por lo que se tuvo que suspender el procedimiento.

Conclusiones

Las técnicas de crioablación y ablación por microondas han supuesto un avance importante en el tratamiento del cáncer mama.

En este trabajo realizado concluimos que ambas técnicas presentan la misma eficacia para el tratamiento local del cáncer de mama en pacientes seleccionados, sin signos de recidiva hasta la fecha y con pocas complicaciones.

La muestra analizada es pequeña (n=17), por lo que habría que ampliar el tamaño de la muestra en estudios futuros.

RES0154 Implementación de la Radioterapia Guiada por Superficie (SGRT) en cáncer de mama: beneficios en precisión y seguridad del paciente

Leire Romo Tapias[1], Maite Ispizua Ojaguren[1], Maria Lucia Madrid Nebreda[2], Karla Berenice Urquilla Ventura[2], Angel Rodriguez Sanchez[2], Marta Carranza Pose[2], Celia Fernandez Trueba[2], Francisco Javier Fuertes Velez[2]

[1]Hospital Universitario de Basurto Oncología radioterápica
2

Objetivos

La radioterapia guiada por superficie (SGRT) es una técnica no invasiva que utiliza cámaras ópticas y tecnología de escaneo 3D para el posicionamiento y la monitorización en tiempo real del paciente durante el tratamiento. Su aplicación en el cáncer de mama ofrece mejoras en precisión, seguridad y confort. En este estudio se ha evaluado la implementación de la SGRT en nuestro centro, así como su impacto clínico.

Material y Métodos

Desde su incorporación en febrero de 2023, se han tratado 960 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama localizado con SGRT en combinación con radioterapia guiada por imagen (IGRT). Empleamos monitorización óptica en tiempo real tanto en el posicionamiento como durante la irradiación. Aunque seguimos utilizando tatuajes de referencia y verificación con imagen CBCT, evaluamos su posible eliminación. La introducción de esta tecnología no ha supuesto un aumento en la duración total del tiempo de tratamiento, y las pacientes han mostrado buena aceptación.

Resultados

La SGRT ha permitido un posicionamiento más preciso y reproducible respecto a los tratamientos previos, con una reducción significativa en el número de correcciones sobre la mesa en más del 50% de los casos. La monitorización continua ha aportado un nivel adicional de seguridad, al detener automáticamente el haz de radiación en caso de movimientos inesperados, como se observó en al menos 4 pacientes con trastornos del movimiento. Entre las principales ventajas destacan: monitorización online sin dosis adicional de radiación, mayor seguridad durante el tratamiento, y posibilidad de evitar tatuajes o dispositivos de inmovilización invasivos en el futuro próximo. Entre sus limitaciones destacan la falta de correlación directa con la posición de órganos internos y la necesidad de exponer la piel, lo que puede suponer un reto relacionado con la privacidad o la adaptación de ciertos dispositivos.

Conclusiones

La SGRT ha supuesto una mejora significativa en precisión y seguridad en el tratamiento del cáncer de mama. Su integración progresiva en la práctica clínica es

bien aceptada tanto por el equipo asistencial como por las pacientes, y representa un avance hacia una radioterapia más personalizada, precisa y confortable.

RES0156 Radioterapia en el cáncer de mama: análisis dosimétrico de la técnica tridimensional field-in field versus la técnica hibrida tridimensional más modulación en el tratamiento de mamas izquierdas.

Karla Berenice Urquilla Ventura, Maite Ispizua Ojaguren, María Lucía Madrid Nebreda, Leire Romo Tapias, Ángel Rodriguez Sanchez, Francisco Javier Fuertes Vélez

Objetivos

Evaluar las diferencias dosimétricas entre la planificación 3D field-in-field (3D-FIF) y la técnica híbrida 3D con arcoterapia volumétrica modulada (3D-VMAT) en pacientes con irradiación de mama izquierda, analizando parámetros críticos de dosis en órganos de riesgo.

Material y Métodos

Se analizaron restrospectivamente ocho pares de planes (3D vs Híbrida) correspondientes a pacientes con cáncer de mama izquierda tratadas mediante esquemas hipofraccionados en similares condiciones de inmovilización y control respiratorio (DIBH). Se evaluaron parámetros dosimétricos como la dosis media al corazón, la dosis máxima a la arteria descendente anterior (LAD), la dosis media a los pulmones ipsilateral y contralateral, los volúmenes V16Gy y V4Gy en pulmón ipsilateral, la dosis máxima a la mama contralateral y las unidades monitor (MU).

Resultados

La técnica híbrida mostró un aumento significativo en la dosis media al corazón (1,36 Gy vs 1,11 Gy; p = 0,005) y una leve elevación en la dosis al pulmón contralateral (0,26 Gy vs 0,08 Gy; p = 0,034). La dosis al LAD fue inferior con la técnica híbrida (12,19 Gy vs 14,03 Gy), aunque sin alcanzar significación estadística. En el pulmón ipsilateral, se observó con esta técnica, una reducción en el V16Gy a costa de un aumento significativo en las dosis bajas (mayor V4Gy). Asimismo, las unidades monitor fueron superiores con dicha técnica.

Conclusiones

La técnica híbrida 3D–VMAT presentó un perfil dosimétrico mixto en comparación con la técnica 3D-FIF. Si bien redujo la dosis máxima al LAD, se asoció con un incremento en las dosis bajas al pulmón ipsilateral (V4Gy), así como mayores dosis medias al corazón y al pulmón contralateral. También requirió un mayor número de unidades monitor, lo que puede implicar una mayor complejidad y dispersión del tratamiento. La elección entre ambas técnicas debe basarse en una valoración individualizada, ponderando los potenciales beneficios frente al aumento de la exposición a dosis bajas.

RES0169 Experiencia en Reirradiación Parcial de la Mama con Radioterapia Adaptativa Online en RM- LINAC

Marta Rodríguez Pertierra[1], Ana Castaño Cantos[1], Beatriz Moreno Fuentes[2], Inmaculada Navarro Domenech[2], Carlos Ferrer Gracia[2], Laura Zaragoza Cocero[2], Marta Rodríguez Roldan[2], Alonso La Rosa de Los Ríos[2], Elisabet González del Portillo[2], Rosa Morera López[2]

[1]Hospital Universitario La Paz Oncología Radioterápica
2

Objetivos

La reirradiación en cáncer de mama supone un reto debido a las limitaciones dosimétricas que aportan los tratamientos con radioterapia (RT) previos. La imagen adquirida en resonancia magnética (RM) junto a la posibilidad de realizar RT adaptativa online, permiten una mejor delimitación del lecho quirúrgico tumoral y minimizar la toxicidad.

Nuestro objetivo fue evaluar la viabilidad y seguridad del tratamiento en el contexto de reirradiación con irradiación parcial acelerada de la mama (APBI) mediante RT adaptativa online en acelerador lineal guiado por resonancia magnética (RM-LINAC).

Material y Métodos

Se incluyeron pacientes con recurrencia local de cáncer de mama candidatas a APBI en acelerador MR-LINAC de 1.5 Tesla. Se efectuó planificación en 3D, previa realización de TC y RM de simulación, utilizando sistemas de inmovilización individualizados. El tratamiento se realizó con fotones de 7 MV FFF con Radioterapia de Intensidad Modulada (IMRT) con técnica “step and shoot”. El PTV incluyo el lecho de tumorectomía de la mama con margen de seguridad de acuerdo con las guías de contorneo internacional. Para la verificación del tratamiento se empleó RT adaptativa con secuencia Motion Monitoring en tiempo real.

Resultados

4 pacientes fueron tratadas mediante APBI con RM LINAC (2 de localización derecha y 2 izquierdas) en los años 2023-2024, en el contexto de reirradiación tras recurrencia local. Estas pacientes habían recibido previamente dosis de 50 Gy en 25 fracciones como tratamiento de su cáncer de mama primario.

El 75% de las recurrencias correspondieron con carcinoma ductal infiltrante. Todas las recurrencias fueron tratadas mediante cirugía conservadora y biopsia selectiva del ganglio centinela y fueron estadio pT1 N0(sn) M0. El subtipo luminal B fue el más frecuente. El esquema de fraccionamiento de APBI utilizado fue de 30 Gy en 5 fracciones de 6 Gy. El tratamiento fue bien tolerado y no se evidenció toxicidad aguda cutánea G2 o mayor en ningún caso.

Con un seguimiento entre 8 y 24 meses, no se ha descrito toxicidad crónica a nivel cardiaco ni pulmonar. El resultado estético es excelente en el 75%, tan solo 1 paciente presenta engrosamiento cutáneo a nivel del campo de la APBI. La tasa de control local es del 100%; 1 paciente ha tenido una nueva recurrencia a nivel ganglionar axilar contralateral.

Conclusiones

Apbi con Rt Adaptativa Online en Mr-linac constituye una técnica eficaz, segura y bien tolerada en el contexto de reirradiación en el cáncer de mama recurrente.

RES0174 Linfoma Mamario: más allá del carcinoma

Jaime Florez Vila[1], Alicia Pérez Termenón[1], Laura Lopez Gonzalez[1], Emiliano Honrado Franco[2], Ana Lopez Gonzalez[3], Maria Manuela Merino de la Vega[4], Mariana Alejandra Lopez Flores[5], Marcos Vazquez Diez[5], Lara Martinez Gonzalez[1], David Corral Fontecha[1]

[1]Complejo Asistencial Universitario de León Radiología
[2]Complejo Asistencial Universitario de León Anatomía Patológica
[3]Complejo Asistencial Universitario de León Oncología Médica
[4]Complejo Asistencial Universitario de León Radiología
[5]Complejo Asistencial Universitario de León Oncología Médica

Objetivos

El linfoma mamario es una neoplasia infrecuente, que puede presentarse como entidad primaria o como manifestación secundaria de una enfermedad sistémica. Debido a que se trata de una patología infrecuente y a que sus hallazgos radiológicos son inespecíficos, su diagnóstico puede ser un reto. Este estudio busca describir las características clínicas y radiológicas de casos de linfoma mamario mediante una serie de casos, destacando el papel de la imagen en su detección y diferenciación.

Material y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de cinco casos de linfoma mamario diagnosticados entre 2019 y 2024. La edad media de las pacientes fue de 75,6 años (rango 50–91). Se incluyeron casos de linfoma primario y secundario, todos con confirmación histológica mediante biopsia. Se revisaron datos clínicos, estudios de imagen disponibles (mamografía, ecografía y resonancia magnética), y evolución clínica.

Resultados

Los casos revisados representan una variedad de patrones clínicos y radiológicos, comunes tanto al linfoma mamario primario como al secundario. En general, se observaron masas mamarias con márgenes bien definidos o ligeramente irregulares, sin calcificaciones, aunque en algunos casos pudieron presentarse características menos frecuentes como engrosamiento cutáneo o linfedema. En

ecografía, las lesiones fueron predominantemente hipoecoicas e hipervasculares. Cuando se realizó resonancia magnética, las lesiones mostraron realce con curvas de perfusión tipo II o III. Estos hallazgos, aunque inespecíficos, son útiles para orientar la sospecha diagnóstica. En el trabajo se describirán en detalle los hallazgos radiológicos característicos, con un análisis de las diferencias entre linfomas primarios y secundarios.

Conclusiones

El linfoma mamario representa un desafío diagnóstico debido a su baja frecuencia y a la inespecificidad de sus hallazgos por imagen. Sin embargo, ciertas características radiológicas, como lesiones sin calcificaciones ni retracción asociada, con márgenes relativamente circunscritos, pueden orientar hacia su sospecha. La diferenciación entre linfomas primarios y secundarios es clave para el enfoque clínico y terapéutico, aunque a veces puede resultar compleja. La descripción detallada de estos hallazgos radiológicos puede contribuir a mejorar su reconocimiento y evitar tratamientos quirúrgicos innecesarios.

El radiólogo es clave en el diagnóstico del linfoma mamario, pues la interpretación precisa de los hallazgos permite orientar el diagnóstico diferencial y contribuye a un manejo clínico adecuado.

RES0180 Linfoma no Hodgkin primario de mama: una entidad poco frecuente

Katherine Fernanda Daqui Peñafiel1, Pilar Fernández Yñiguez[1], Cristina Cristos Álvaro[2], Guadalupe Hernández Núñez-polo[2]

[1]Hospital Universitario De Torrejón Radiodiagnóstico

[2]

Objetivos

Conocer los hallazgos clínicos y radiológicos del linfoma no Hodgkin primario de mama.

Material y Métodos

Se realizará una revisión sistemática de la literatura sobre las características clínicas y radiológicas del Linfoma no Hodgkin primario de mama y lo contrastaremos con los casos de nuestro hospital.

Resultados

El linfoma no Hodgkin primario de mama es una entidad poco frecuente que afecta principalmente a mujeres y representa el 0,04% de todos los tumores de mama. La mayoría son linfomas tipo B. Es más frecuente en la quinta década de la vida; entre el 6% y el 13% son bilaterales y afectan a mujeres más jóvenes.

Clínicamente, se presenta como una masa única, delgada y de rápido crecimiento, con tamaños que varían de 2 a 20 cm y afectación

axilar hasta en el 50% de los casos. Es difícil establecer un diagnóstico preoperatorio debido a la ausencia de hallazgos clínicos, mamográficos, ecográficos y de resonancia magnética, lo que lo hace indistinguible del carcinoma ductal, el tumor filodes o una infección con hiperplasia linfática.

Los hallazgos mamográficos son variables, desde una imagen nodular bien definida hasta masas con bordes irregulares, engrosamiento de la piel y aumento de la densidad parenquimatosa. En cuanto al tratamiento, no existe un consenso establecido, pero se propone la combinación de cirugía y radioterapia. A pesar de los pocos casos descritos y los hallazgos indeterminados, es importante que los radiólogos tengan presente esta patología al evaluar a los pacientes. En este artículo, realizamos una revisión bibliográfica y comparamos los hallazgos descritos con los casos de nuestro hospital.

Conclusiones

El linfoma no hodgkin primario de mama es una enfermedad poco frecuente, pero que debe ser considerada en el diagnóstico diferencial, especialmente en pacientes con tumores de rápido crecimiento.

RES0181 Desde el control de síntomas al control de la enfermedad: resultados de radioterapia paliativa a dosis altas para cáncer de mama inoperable.

Julen Azcona Martín[1], Eva Fernández Lizarbe[1], Ignacio María Gómez Paloma[1], Marina Alarza Cano[2], Raul Hernanz de Lucas[2], Marta Camacho Manzanares[2], María Teresa Muñoz Miguelañez[2], Mercedes Martín Sánchez[2], Patricia Martín Nieto[2], Sonsoles Sancho García[1]

[1]Hospital Universitario Ramón y Cajal Oncología Radioterápica
2

Objetivos

El tratamiento de paciente con cáncer de mama localmente avanzado representa un desafío clínico importante, especialmente en situaciones de edad avanzada o presencia de comorbilidades que limitan la indicación de tratamientos radicales. El objetivo de este estudio es mostrar que la administración de dosis superiores a las empleadas en los esquemas puramente paliativos puede mejorar el control local de la enfermedad con un aceptable perfil de seguridad.

Material y Métodos

Hemos recabado datos de pacientes tratadas en nuestro centro entre 2019 y 2025 registradas en MOSAIQ como pacientes con tumores malignos de la mama y que hubieran

recibido un tratamiento con esquema paliativo hasta 30 Gy sobre el primario. Posteriormente los datos han sido analizados mediante STATA V. 14.2.

Las pacientes han sido tratadas mediante radioterapia externa basada en fotones con aplicación de bolus en caso de infiltración cutánea

Resultados

Se han incluido un total de 43 mujeres con una mediana de edad al diagnóstico de 82 años [35-94] y al tratamiento radioterápico de 84 años [40-94] con un tiempo mediano de seguimiento tras la radioterapia de 5 meses (3-82). El 58% de las pacientes fueron tratadas en el momento del diagnóstico y el 18% a la progresión de la enfermedad. En cuanto a las características del tumor, el 94,12% presentaban tumores ductales, grado 2 en el 42,86% de los casos y grado 3 en el 57,14%. El subtipo más frecuente fue el Luminal B (42,11%), seguido del Luminal A (31,50%), HER2+ (18,42%) y el Triple negativo (7,89%). Al diagnóstico un 48,78% presentaban tumores T4 con infiltración cutánea, un 76,74% eran N+ y un 42,86% eran metastásicas.

Se han empleado fraccionamientos de 6x500 cGy (BED 80 Gy) en un 62,8% de los casos y 5x600 cGy (BED 90 Gy) en un 37,2%. De todas las pacientes, hasta un 57,14% presentó respuesta local temprana con disminución de las lesiones cutáneas, un 30,95% se mantuvieron estables y un 11,9% no respondieron al tratamiento. De las respondedoras, 4 pacientes presentaron progresión local durante el seguimiento, con un tiempo mediano hasta la progresión de 14 meses [6-23]. En cuanto a la seguridad, un 35,90% presentaron toxicidad aguda consistente en epitelitis G2 y un 2,59% en G3.

Conclusiones

Estos hallazgos respaldan el uso de esquemas hipofraccionados con dosis biológicamente efectivas mayores a los esquemas puramente paliativos para pacientes tradicionalmente infratratadas, ofreciendo unas tasas de control local prolongadas y perfil de seguridad adecuado.

RES0188 Optimización del Tratamiento Radioterápico en Inspiración Profunda Mantenida (DIBH) mediante Entrenamiento Previo

Maite Ispizua Ojanguren[1], María Lucía Madrid Nebreda[1], Karla Berenice Urquilla Ventura[2], Leire Romo Tapias[2], Ariane Montejo Arteche[2], Francisco Javier Fuertes Velez[2]

[1]Hospital Universitario De Basurto Oncología Radioterápica
[2]

Objetivos

La técnica de inspiración profunda mantenida (DIBH) es esencial para reducir la dosis en

órganos de riesgo durante la radioterapia, especialmente en cáncer de mama izquierda. Una vez implementada la técnica con sistemas como SGRT/Catalyst o RPM de Varian, resulta prioritario optimizar los tiempos de simulación y tratamiento. La preparación previa del paciente puede ser clave en esta mejora.

Material y Métodos

En el Hospital Universitario de Basurto se ha desarrollado un protocolo de entrenamiento previo para pacientes candidatos a tratamiento con DIBH. La preparación consiste en una sesión de 20-30 minutos en el TAC con un técnico de radioterapia, donde se explica la técnica y se practica su ejecución. Durante la sesión, se registran varias mediciones de la amplitud respiratoria, que se emplean como referencia en la simulación posterior.

Resultados

Desde la implementación del protocolo, más de 500 pacientes han sido tratados utilizando DIBH. Aquellos que participaron en el entrenamiento previo mostraron una mejor comprensión de la técnica, mayor capacidad de reproducir el patrón respiratorio y una notable reducción en los tiempos de simulación y tratamiento. Esta preparación ha contribuido a un proceso más eficiente y homogéneo.

Conclusiones

El entrenamiento previo en DIBH permite optimizar la simulación y el tratamiento radioterápico, mejorando tanto la eficiencia del procedimiento como la experiencia del paciente. La instauración de un protocolo estructurado de entrenamiento representa una medida sencilla y efectiva, con un impacto positivo en la práctica clínica diaria.

RES0190 Reirradicación parcial mediante braquiterapia HDR en recidiva ipsilateral de cáncer de mama: experiencia preliminar

María Lucía Madrid Nebreda, Maite Ispizua Ojaguren, Karla Berenice Urquilla Ventura, Leire Romo Tapias, Marta Isabel Gnecchi, Marta Carranza Pose, Celia Fernández Trueba, Angel Rodríguez Sánchez, Francisco Javier Fuertes Vélez

Hospital Universitario Basurto Oncología Radioterápica

Objetivos

La mastectomía ha sido tradicionalmente el tratamiento de elección ante recidivas ipsilaterales en pacientes previamente irradiadas por cáncer de mama. No obstante, nuevas evidencias respaldan el abordaje conservador mediante tumorectomía seguida de reirradiación parcial con braquiterapia intersticial de alta tasa de dosis (HDR) como una alternativa segura y eficaz. Este estudio evalúa la factibilidad, seguridad y resultados oncológicos iniciales de esta estrategia en pacientes con un segundo evento tumoral

ipsilateral (IBTE), en un contexto de creciente supervivencia a largo plazo.

Material y Métodos

Se incluyeron cinco pacientes (58-77 años) con IBTE tras tratamiento conservador inicial (tumorectomía, radioterapia externa 50 Gy y hormonoterapia). Todas presentaban carcinoma ductal invasivo cT1N0M0, con recidiva ipsilateral entre 10 y 15 años tras el tratamiento inicial (mediana 66 años). Se realizó nueva tumorectomía seguida de braquiterapia intersticial HDR, iniciada entre las semanas 4 y 8 postoperatorias. Se colocaron multicatéteres en 3-4 planos con configuración triangular, administrándose 32 Gy en 8 fracciones de 4 Gy, separadas por al menos 6 horas.

Resultados

La toxicidad aguda fue leve (grado 0-1 según RTOG), y la toxicidad crónica se limitó a grado 1 en todos los casos. Los resultados cosméticos fueron valorados como aceptables mediante encuestas de satisfacción. Con una mediana de seguimiento de 2,6 años (rango: 1-5), no se han observado recidivas locorregionales ni eventos adversos graves.

Conclusiones

La combinación de tumorectomía y reirradiación parcial acelerada mediante braquiterapia HDR (APBrI) es, en nuestra experiencia, una alternativa conservadora viable para el tratamiento del IBTE en pacientes previamente irradiadas. Esta estrategia ofrece adecuados resultados en términos de control local, baja toxicidad y buen resultado cosmético. Aunque los resultados preliminares son prometedores, se requieren estudios prospectivos con mayor tamaño muestral y seguimiento a largo plazo para confirmar su eficacia y seguridad definitiva.

RES0203 Carcinoma de mama Luminal B concomitante a metástasis de melanoma en mama contralateral: a propósito de un caso.

Elvira Justa Toro Peña[1], Elena García Carmona[1], María Elena Gómez García[2], Rosa Albalat Fernández[2], Sara Rojo Novo[2], Miriam Extremera Lendínez[2], Lucía Crespo González[2]

[1]Hospital Universitario Virgen Macarena Ginecología y Obstetricia
2

Objetivos

Describir un caso clínico extremadamente infrecuente de carcinoma de mama luminal B concomitante a metástasis de melanoma maligno en la mama contralateral, y estudiar su relevancia diagnóstica, pronóstica y terapéutica.

Material y Métodos

Se realizó la siguiente búsqueda bibliográfica en Pubmed: "metastatic melanoma AND breast" para extraer información sobre las metástasis de melanoma en mama. No se han encontrado publicaciones científicas que describan la concomitancia de metástasis mamaria de melanoma y tumor primario de mama.

Resultados

Las metástasis de tumores primarios suponen el 2% de todos los tumores malignos de la mama, siendo el origen de los mismos más frecuente el melanoma maligno. Aunque el melanoma es un tumor altamente metastatizante, la afectación mamaria es excepcional, siendo más común en pacientes jóvenes y, a menudo, en casos de diseminación sistémica avanzada. La confirmación diagnóstica requiere frecuentemente de un estudio inmunohistoquímico, con marcadores como la proteína S-100 o HMB-45, entre otras. El pronóstico en estos pacientes suele ser malo (la supervivencia al año del diagnóstico es en torno al 20%). La identificación precoz de metástasis de melanoma a nivel mamario es esencial, ya que puede evitar tratamientos escisionales inadecuados, con resultados estéticos no favorables sin mejorar el pronóstico oncológico, y retrasar la búsqueda del tumor primario para orientar el inicio de tratamiento sistémsico. Más frecuente es la aparición de un tumor primario mamario con un carcinoma Luminal B. Sin embargo, la concomitancia de un carcinoma primario de mama y una metástasis de melanoma en la mama contralateral es una condición extremadamente infrecuente, con nula representación en la literatura científica publicada. Este hallazgo obliga a una reevaluación del caso clínico, modificando el enfoque diagnóstico y terapéutico, además del pronóstico de la paciente.

Conclusiones

La concomitancia de un tumor primario de mama y una metástasis de otro tumor es extremadamente infrecuente, pero su estudio es importante para mejorar el pronóstico de las pacientes que lo presentan.

RES0212 Cáncer de mama y embarazo: a propósito de un caso.

Ana Guerrero Cervero, Ana Sacristán Barba, Mercedes Grant Perote, Beatriz Varela Mezquita, Marina Gallardo Jiménez, Javier Heras Aznar, María Cuadra Espinilla, Eva María Pelayo Villanueva, Cristóbal De Valle, Silvia Duch Grau

Objetivos

Presentar un caso de cáncer de mama durante el embarazo y analizar su manejo clínico y terapéutico desde un enfoque multidisciplinar. Reflexionar sobre los retos diagnósticos y éticos que implica esta situación, revisar la literatura actual y destacar la importancia del diagnóstico precoz y de un abordaje

individualizado que tenga en cuenta el bienestar materno y fetal.

Material y Métodos

Se analizó un caso clínico de cáncer de mama bilateral diagnosticado en el primer trimestre del embarazo, atendido por un equipo multidisciplinario en un hospital de segundo nivel. La información se recopiló a partir de la historia clínica, estudios de imagen, biopsias y evolución terapéutica. Además, se realizó una revisión narrativa de la literatura científica sobre cáncer de mama en el embarazo, con el fin de comparar el abordaje del caso con las recomendaciones actuales y destacar buenas prácticas clínicas.

Resultados

Paciente de 32 años, sin antecedentes personales ni familiares relevantes, embarazada de 8 semanas, consulta por aparición de nódulos en la mama derecha. A la exploración se identifican dos nódulos sospechosos y adenopatía axilar derecha. Estudios de imagen (mamografía y ecografía) confirman lesiones BIRADS 5 en ambas mamas y tres ganglios sospechosos en axila derecha.

Se realizan biopsias con los siguientes resultados:

Mama derecha: carcinoma ductal infiltrante grado 2, RH positivos, HER2 low, Ki67 del 25%. Mama izquierda: carcinoma ductal in situ. Ganglio axilar derecho: metástasis de carcinoma.

La paciente expresa su deseo de continuar con la gestación. El comité multidisciplinar decide iniciar quimioterapia neoadyuvante a partir del segundo trimestre y realizar cirugía tras el parto: mastectomía bilateral, biopsia de ganglio centinela bilateral, exéresis ganglio axilar derecho marcado y reconstrucción inmediata.

Anatomía Patológica Postquirúrgica: Mama derecha: carcinoma residual Ypt1c, Yn0, márgenes libres. Mama izquierda: carcinoma in situ, sin componente infiltrante.

Se indica tratamiento adyuvante con radioterapia, hormonoterapia y posible olaparib.

Conclusiones

El cáncer de mama durante el embarazo plantea retos diagnósticos y terapéuticos significativos. En este caso, el manejo multidisciplinar permitió iniciar tratamiento oncológico sin interrumpir la gestación, respetando el deseo de la paciente. La administración de quimioterapia en el segundo trimestre fue bien tolerada y se obtuvo buena respuesta patológica. La cirugía postparto confirmó enfermedad residual limitada y márgenes libres. Este caso destaca la viabilidad de un abordaje integral y personalizado en el cáncer de mama asociado al embarazo, con resultados oncológicos

adecuados y sin comprometer la continuidad del embarazo.

RES0216 Las diferentes caras del Carcinoma Lobulillar Infiltrante.

Diana María Castaño Palacio[1], Alicia Cuenca Zarzuela[1], Naiara Linares Martínez[2], Daniel Puentes Bejarano[2], Jhoan Sebastián Mangonez Varón[2], Geramel Pablo Zambrano Coloma[2], María Isabel Hernández Familiar[2], Francisco Javier Sánchez García[3]

[1]Hospital Universitario Sanitas La Moraleja Radiodiagnóstico
2
[3]Anatomía Patológica

Objetivos

- Dar a conocer las diferentes manifestaciones radiológicas del Carcinoma Lobulillar Infiltrante.

- Conocer las características especiales del carcinoma lobulillar infiltrante, que condicionarán su forma de presentación en las diferentes pruebas de imagen, fundamentalmente en la mamografía, ecografía y resonancia magnética.

Material y Métodos

Revisar casos diagnosticados de Carcinoma Lobulillar Infiltrante en nuestro centro, observando sus diferentes formas de presentación y su comportamiento en las pruebas de imagen disponibles (mamografía, tomosintesis, ecografía y resonancia magnética).

Resultados

El Carcinoma Lobulillar Infiltrante se manifiesta de diferentes formas en las distintas pruebas de imagen siendo, en mamografía, el nódulo irregular y mal definido junto con la distorsión arquitectural, las formas de presentación más frecuentes. En ecografía su comportamiento es muy variable, desde el nódulo hipoecoico irregular hasta las alteraciones en la ecoestructura del tejido o áreas de mala transmisión del ultrasonido.

La resonancia magnética es la prueba de imagen con mayor sensibilidad para diagnosticarlo y se puede manifestar como realce masa o realce no masa, aportando datos adicionales como la presencia de multifocalidad y la afectación bilateral.

Conclusiones

El Carcinoma Lobulillar Infiltrante tiene unas características por imagen especiales debido a su histología.

Supone hasta un 19% de falsos negativos en mamografía, siendo la resonancia magnética la prueba de imagen con mayor sensibilidad y la que permite una mejor estimación del tamaño y del grado de extensión tumoral.

RES0217 Tumor filodes maligno con diferenciación liposarcomatosa: a propósito de un caso

Javier Rafael Córdoba López[1], Julia Amparo Delgado Sánchez[1], Salvador Francisco Calzado Baeza[2], Pablo Vázquez Barros[2]

[1]*Hospital Santa Ana Cirugía General*
[2]

Objetivos

Los tumores filodes son neoplasias fibroepiteliales poco frecuentes, representando menos del 1 % de los tumores mamarios. Aunque la mayoría son benignos, aproximadamente un 30 % pueden evolucionar a formas malignas. Los tumores filodes malignos suponen menos del 0,5 % de las neoplasias mamarias y en ocasiones, pueden presentar diferenciación heteróloga del estroma, siendo la transformación liposarcomatosa una forma poco común. A continuación, se presenta un caso clínico de una paciente con tumor filodes maligno con diferenciación liposarcomatosa.

Material y Métodos

Mujer de 49 años con antecedentes personales de dislipemia que presenta tumoración mamaria derecha de larga evolución. A la exploración presenta tumoración palpable en unión de cuadrantes interno de 6x3 cm. Se realiza mamografía bilateral con hallazgos de lesión sólida de 6,5 cm en la unión de cuadrantes internos. Se toma BAG de la lesión mamaria con resultado de fibroadenoma. Se realiza exéresis de dicha lesión con resultado anatomopatológico de tumor filodes maligno con áreas de liposarcoma grado 2 con bordes de resección con afectación neoplásica. Se reinterviene mediante patrón oncoplastia vertical de doble rama con pedículo inferior con obtención de márgenes libres en la anatomía patológica. La paciente completó radioterapia adyuvante sin indicación de quimioterapia.

Resultados

En ausencia de enfermedad metastásica y dado el tamaño tumoral <10 cm, no se indicó quimioterapia adyuvante, en línea con las guías actuales, que la reservan para casos de alto riesgo o recidivantes y siempre tras valoración individualizada. La paciente fue derivada a Cirugía Plástica para simetrización mamaria contralateral mediante mastoplastia de reducción. Se mantiene en seguimiento clínico y radiológico sin evidencia de recidiva local ni a distancia.

Conclusiones

Los tumores filodes malignos representan menos del 0,5 % de las neoplasias mamarias y pueden mostrar diferenciación heteróloga en hasta un 10–15 % de los casos, siendo la transformación liposarcomatosa una variante especialmente infrecuente. Aunque la diferenciación liposarcomatosa no siempre se traduce en un comportamiento clínico más agresivo, sí se asocia a un mayor riesgo de recidiva si los márgenes quirúrgicos son inadecuados. La tasa de recidiva local tras una resección incompleta se sitúa en torno al

20 %. Este riesgo puede reducirse mediante una nueva ampliación quirúrgica o, en determinados casos, con la realización de una mastectomía simple. La quimioterapia no ha demostrado beneficio en ausencia de enfermedad metastásica. El seguimiento clínico debe individualizarse, priorizando la evaluación periódica para detección precoz de recidiva local o diseminación a distancia.

RES0220 Carcinoma mucinoso ectópico en axila: a propósito de un caso poco frecuente

José Javier Durán Ávila, Macarena Vargas Cascón, Paula Miguélez Sierra, Fernando García Sánchez, Natalia Rosillo Sánchez, Ginamar El Haddad Jaouiche, Begoña Mendez Gómez, Miguel Ángel Benito Persona, Elisa Diego Alonso, Maria Isabel Alarcón González

Hospital Virgen del Puerto, Plasencia Cirugía General y del Aparato Digestivo

Objetivos

El carcinoma de mama en tejido ectópico axilar es una entidad infrecuente pero clínicamente relevante, siendo la axila la localización ectópica más común por la persistencia del tejido mamario en la línea mamaria embrionaria. El objetivo de esta comunicación es presentar un caso clínico infrecuente de carcinoma mucinoso en tejido mamario ectópico axilar y destacar la importancia de un enfoque y diagnóstico multidisciplinar ante lesiones axilares atípicas, así como el papel del cirujano en el manejo terapéutico.

Material y Métodos

Paciente mujer de 83 años sin antecedentes familiares de cáncer. Como antecedentes personales destacan hipertensión arterial, marcapasos y extirpación previa de un fibroadenoma mamario. Es derivada desde dermatología por presentar una tumoración mamelonada, sangrante y friable en la axila izquierda. La biopsia cutánea revela un tumor dermo-hipodérmico constituido por compartimentos separados por tejido fibroso, en los que se observan células epiteliales flotando en abundante mucina. La inmunohistoquímica muestra positividad para TRPSI y GATA3, compatibles con carcinoma mucinoso de probable origen mamario.

Ante la imposibilidad de realizar resonancia magnética por el marcapasos, se completa el estudio con ecografía mamaria, identificando una lesión nodular sólida, bien delimitada, con sombra acústica posterior e hipervascularización en los cuadrantes inferointernos de la mama izquierda (20 mm).

Además, se visualiza una formación nodular polilobulada y vascularizada en región axilar izquierda (25 mm), ya biopsiada con resultado de carcinoma mucinoso. Se realizó tumorectomía axilar y mamaria, enviado ambas piezas para su estudio.

Resultados

El estudio anatomopatológico de ambas piezas quirúrgicas confirmó el diagnóstico de carcinoma mucinoso de mama con manifestación ectópica en la axila izquierda. La pieza axilar mostró características histológicas similares a las descritas en la biopsia inicial. La lesión mamaria presentó patrón mucinoso clásico sin evidencia de componente invasivo mixto. Márgenes quirúrgicos libres en ambas localizaciones.

Conclusiones

El carcinoma mucinoso mamario es una variante infrecuente del cáncer de mama y su presentación ectópica en la región axilar es excepcional. Además, presenta una menor afectación ganglionar. Ante lesiones axilares atípicas, es importante incluir como diagnóstico diferencial, neoplasias de origen mamario incluso en ausencia de hallazgos clínicos o antecedentes familiares relevantes; ya que su presentación puede simular patologías cutáneas o ganglionares, dificultando el diagnóstico inicial. La correlación clínico-patológica y el uso de marcadores inmunohistoquímicos específicos resultan fundamentales para identificar el origen mamario de este tipo de lesiones. La identificación precoz y el tratamiento quirúrgico dirigido permiten un manejo eficaz incluso en pacientes de edad avanzada, contribuyendo a un pronóstico favorable.

RES0233 Cáncer de mama diagnosticado durante el embarazo y el posparto: implicaciones maternofetales y características clínico-patológicas en una cohorte

Rocío Abrisqueta Serrano, Marta Gallego Álvarez, Olga Villar Ruiz, Sara Barba Ortega, Jorge García Ibáñez, Fabiola Alonso-Lamberti Zarauza, Maria Jesús González Villar, Araceli Maria Delgado Ojeda, Maria Consuelo Sanz Ferrández, Sofía Aragón Sánchez

Objetivos

Describir las características clínicas de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama durante el embarazo o en el primer año posparto, y analizar la posible influencia del momento del diagnóstico sobre las decisiones terapéuticas y los resultados perinatales.

Material y Métodos

Se trata de un estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes diagnosticadas de cáncer de mama durante el embarazo o posparto (≤12 meses tras el parto) en un hospital terciario entre enero 2000 y junio de 2024. Las variables recogidas incluyeron: edad, paridad, IMC, hábito tabáquico, historia familiar, edad gestacional al diagnóstico y tratamiento, tipo histológico, perfil inmunohistoquímico, estadio, tratamiento oncológico, semana del parto, y resultados neonatales.

Resultados

Se incluyeron 18 mujeres, con edad media de 35,4 años, y mediana de IMC de 24,5 (20,2-28,0). Solo el 11 % (2) eran fumadoras activas. La mayoría consultaron por autopalpación de nódulo (78%). Las pruebas de imagen solicitadas fueron mamografía/ ecografía y se confirmó mediante biopsia. El 39% fueron diagnosticadas en primer trimestre, 6% en segundo trimestre, 39 % en el tercer trimestre y el 17% postparto. El carcinoma ductal infiltrante, representa un 83% de los casos (15), siendo los 3 restantes: un carcinoma lobulillar infiltrante, un carcinoma intraductal y un carcinoma medular atípico. El subtipo inmunohistoquímico más frecuente fue Luminales (11), seguido de triple negativo (6) y Her 2 + (1). En cuanto al estadiaje, se encontró afectación ganglionar en 6 pacientes (33%) al diagnóstico. 7 pacientes tenían un estadio T1, 6 paciente T2, y los 5 restantes T3. Un 44% (8) recibieron tratamiento durante la gestación. De las pacientes diagnosticadas en el primer trimestre, todas recibieron tratamiento durante el embarazo, salvo un caso que finalizó en una interrupción voluntaria de la gestación. Cinco pacientes fueron intervenidas quirúrgicamente (tres mediante cirugía conservadora y dos con mastectomía), y en dos de estos casos se administró quimioterapia adyuvante. La paciente restante fue tratada exclusivamente con quimioterapia neoadyuvante durante el embarazo. La paciente diagnosticada en el segundo trimestre —un caso de carcinoma medular atípico— recibió tratamiento con quimioterapia. Entre las siete pacientes diagnosticadas en el tercer trimestre, únicamente una fue intervenida quirúrgicamente durante la gestación. Las restantes iniciaron tratamiento tras el parto.

Conclusiones

El momento del diagnóstico condiciona significativamente el tratamiento del cáncer de mama en el embarazo, siendo más frecuente el abordaje activo durante el primer trimestre. El abordaje multidisciplinar permitió iniciar tratamiento sin comprometer la gestación, destacando la importancia de una detección precoz y personalizada en el contexto perinatal.

RES0235 Impacto perinatal del cáncer de mama: análisis de resultados neonatales y decisiones obstétricas

Rocío Abrisqueta Serrano, Marta Gallego Álvarez, Olga Villar Ruiz, Jorge García Ibáñez, Sara Barba Ortega, Araceli Maria Delgado Ojeda, Maria Jesús González Villar, Fabiola Alonso-Lamberti Zarauza, Laura Álvaro Valiente, Maria Consuelo Sanz Ferrández

Objetivos

Estudiar la relación entre el cáncer de mama diagnosticado durante la gestación y sus desenlaces neonatales, incluyendo el impacto de la decisión terapéutica materna en el feto.

Material y Métodos

Se trata de un estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes diagnosticadas con cáncer de mama durante el embarazo en un hospital terciario entre enero 2000 y junio de 2024. Se recopilaron variables clínicas de las pacientes, del tumor, pruebas diagnósticas, tratamiento y resultados perinatales.

Resultados

Se incluyeron un total de 15 pacientes, con edad media 35,2 años. La mayoría consultaron por autopalpación de nódulo (80%). Un 46,6% de las pacientes fueron diagnosticadas en el primer trimestre de gestación, un 6.6% en el segundo trimestre, y el 46.6% restante en el tercer trimestre. Un 44% (8) recibieron tratamiento durante la gestación. La totalidad de las pacientes diagnosticadas en el primer trimestre recibió tratamiento durante la gestación, excepto un caso (IVE). Cinco fueron intervenidas quirúrgicamente, y dos de ellas recibieron además quimioterapia adyuvante. Una paciente fue tratada exclusivamente con quimioterapia. La paciente diagnosticada en el segundo trimestre recibió quimioterapia, mientras que en el tercer trimestre solo una paciente fue tratada durante la gestación (cirugía). Tras el momento del diagnóstico, todas las pacientes fueron seguidas en la consulta de obstetricia de alto riesgo. La media de edad gestacional al nacimiento fue de 37 + 0 días. Se observaron un total de 33% de partos pretérminos (5), siendo la todos ellos prematuros tardíos (34 o más semanas). En cuanto al parto, un 33,3% (5) fueron inducciones programadas. 3 de ellas por el cáncer de mama, y 2 por motivos obstétricos. Hubo un total de 10 cesáreas (66,7%), 4 partos eutócicos (26,6%), y una interrupción voluntaria del embarazo en el primer trimestre. El peso al nacer fue de un promedio de 2821 g. 3 de los recién nacidos tuvieron un bajo peso al nacer (<2500 g). Del total de recién nacidos vivos (14), 4 de ellos requirieron ingreso en UCI neonatal, con ingreso promedio de 15 días. Siendo la causa más frecuente la prematuridad. No se observó ninguna muerte perineal, ni se reportaron anomalías congénitas atribuidas al tratamiento oncológico.

Conclusiones

Los resultados perinatales fueron en su mayoría favorables, incluso cuando se administró tratamiento oncológico durante el embarazo. La prematuridad tardía fue la complicación más frecuente, asociada en algunos casos a la inducción por motivos oncológicos. No se observaron anomalías congénitas ni mortalidad perinatal, lo que respalda la seguridad del manejo multidisciplinar.

RES0238 Carcinoma neuroendocrino de mama: a propósito de un caso.

Lara Núñez Moreno[1], María Ester López Rodríguez[2], Guadalupe Ugena Diaz[2], Irene Cedrun Sitges[2]

[1]Hospital Universitario de Getafe Radiodiagnóstico
[2]

Objetivos

Realizar una revisión sobre el diagnóstico, clasificación, características inmunohistoquímicas, tratamiento y pronóstico del carcinoma neuroendocrino de mama.

Material y Métodos

Presentamos el caso clínico de una paciente diagnosticada en nuestro centro de carcinoma neuroendocrino de mama con afectación metastásica axilar, mostrando los hallazgos radiológicos del mismo en las diferentes pruebas de imagen, así como su inmunohistoquímica.

Resultados

El carcinoma neuroendocrino de mama (CNEM) representa menos del 1% de los cánceres mamarios invasivos. Es más común en mujeres postmenopaúsicas y raro en hombres, aunque su verdadera incidencia puede estar subestimada por falta de inmunotipificación sistemática en tumores mamarios. A diferencia de otros tumores neuroendocrinos, su reconocimiento clínico es complejo dadas las características clínicas y radiológicas similares a las del carcinoma ductal invasivo. Su diagnóstico es anatomopatológico con morfología e inmunohistoquímica similares a los tumores neuroendocrinos de otros órganos: al menos el 50% de las células tumorales deben expresar marcadores neuroendocrinos como sinaptofisina, cromogranina A o CD56(menos específico). Además, es indispensable excluir metástasis de tumores neuroendocrinos extramamarios. Suelen presentar receptores hormonales estrógenos/progesterona positivos en 70-90% de los casos, siendo el perfil molecular similar en la mayoría de ellos similar al luminal A o B. No existen protocolos de tratamiento específicos para CNEM, siguiendo el manejo del cáncer de mama invasivo con adaptaciones según grado y tipo molecular. Asimismo, el pronóstico depende principalmente del grado de diferenciación, índice Ki-67 y estado de los receptores hormonales (RH), presentando un curso más agresivo cuando estos últimos son negativos y cuanto más alto sea el Ki-67.

Conclusiones

El carcinoma neuroendocrino de mama es una entidad rara y heterogénea que plantea desafíos diagnósticos y terapéuticos. El desarrollo de tratamientos específicos basados en la biología molecular de estos tumores permitirá individualizar los tratamientos y mejorar el pronóstico de estos pacientes.

RES0253 Angiosarcoma radioinducido y colgajo TRAM de cobertura, a propósito de un caso.

Macarena Carrasco Rodríguez[1], Angela Athenea Garcia Ruano[2], Lucia Garcia Berbel Molina[3], Julio Gavilan Parras[3], Diego Alejandro Utor Fernandez[3]

[1]Hospital Universitario Puerta Del Mar

Unidad De Patología Mamaria
[2]Cirugía Plástica Y Reconstructiva
[3]

Objetivos

El angiosarcoma radioinducido es una entidad poco frecuente que se presenta como complicación tardía en pacientes sometidas a tratamiento conservador del cáncer de mama mediante cirugía y radioterapia. La cirugía es el único tratamiento curativo, aunque su elevada tasa de recaída local requiere de tratamiento multidisciplinar para optimizar los resultados de control de la enfermedad.

Material y Métodos

Presentamos el caso de una paciente de 65 años con antecedente ce carcinoma ductal infiltrante de mama derecha en 2019, Luminal B Her 2 positivo, tratado mediante cirugía conservadora, biopia selectiva de ganglio centinela, quimioterapia, radioterapia y trastuzumab así como letrozol.

Presenta buena evolución hasta el quinto año, donde refiere aparición de pápulas violáceas en UCS. Se realiza biopsia con resultado de angiosarcoma radioinducido que, durante la realización del estudio de extensión, consulta por aumento de las lesiones.

A la exploración, el angiosarcoma presenta una extensión de un área de unos 24 cm, extendiéndose a zona infraclavicular línea media esternal y línea media axilar.

Resultados

Dada la extensión de las lesiones y a sabiendas que la única opción curativas es la quirúrgica, consultados opciones con cirugía plástica, que opta por la realización de colgajo TRAM (Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous flap), colgajo pediculado que se usa en reconstructiva e incluye tejido del abdomen incluyendo músculo, piel y grasa.

Esta paciente, además, tenía una hernia umbilical, que requería la correción por parte de cirugía general y se realizó en el mismo acto.

Se realizó la técnica con éxito, logrando un 100% de cobertura y sin complicaciones al mes de la cirugía.

La anatomía patológica evidenió una angiosarcoma de 24 cm con áreas bien, moderada y pobremente diferenciada y áreas de necrosis que infiltraba dermis, pezón, parénquima mamario y tejido muscular.

Conclusiones

El angiosarcoma radioinducido es un evento infrecuente, pero que en el caso de nuestra paciente presentó una muy rápida y agresiva evolución.

La cobertura del defecto de una amplitud de 25cm, plantea la necesidad de cobertura por parte de nuestros compañeros plásticos.

En el caso de nuestra paciente, la cobertura se realizó en su totalidad, con escasa molestias y buena tolerancia de la misma.

RES0255 Radioterapia estereotáxica corporal (SBRT) como alternativa terapéutica en pacientes con cáncer de mama inoperable: experiencia preliminar

Ines Ollinger Casin[1], Julia Garcia Martínez[1], Isabela Gaztelu Blanco[1], Eva María Tejada Ortigosa[1], Santiago Velázquez Miranda[2], Gema Muñiz Romero[2], Nerea López Martín[2], Roberto De Haro Piedra[1]

[1]Hospital Universitario Virgen del Rocío Oncología Radioterapica
[2]Hospital Universitario Virgen del Rocío Radiofísica Hospitalaria

Objetivos

La cirugía sigue siendo el tratamiento estándar en el cáncer de mama. Sin embargo, existen pacientes en los que esta opción no es viable, ya sea por edad avanzada, comorbilidades o preferencia personal. Este estudio tiene como objetivo evaluar la seguridad y eficacia preliminar de la radioterapia estereotáxica corporal como tratamiento primario en este perfil de pacientes.

Material y Métodos

Se incluyeron 14 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama consideradas no candidatas a cirugía. La mediana de edad fue de 86 años (rango: 64–93). La radioterapia se administró con un sistema estereotáxico específico para mama, con inmovilización y atenuación costal, a una dosis total de 40 Gy en 5 fracciones. Para la planificación del tratamiento se utilizaron técnicas de imagen avanzadas, como tomografía computarizada 4D y resonancia magnética, y se empleó software específico para la dosimetría.

Resultados

De las 14 pacientes, 7 recibieron finalmente el tratamiento. Entre las que no fueron tratadas, una no toleró el posicionamiento, dos rechazaron el tratamiento y cinco optaron por terapias alternativas. De las tratadas, el 43 % se encontraba en estadio I, el 43 % en estadio IIA y el 14 % en estadio IIB. El subtipo molecular más frecuente fue Luminal A (4 pacientes), seguido de Luminal B (2) y HER2 positivo (1). Cuatro pacientes no recibieron tratamiento neoadyuvante, una recibió quimioterapia y dos una combinación de quimioterapia y hormonoterapia. Solo una paciente inició hormonoterapia como tratamiento adyuvante. No se observaron toxicidades agudas ni durante el tratamiento ni en el seguimiento. En la resonancia magnética de control a los seis meses, una paciente presentó enfermedad estable, dos mostraron respuesta parcial y cuatro lograron respuesta completa.

Conclusiones

En esta serie preliminar, la radioterapia estereotáxica corporal ha demostrado ser una

alternativa segura y potencialmente eficaz en pacientes con cáncer de mama inoperable, especialmente en estadios precoces y subtipos hormonales. La ausencia de toxicidad aguda y los buenos resultados iniciales refuerzan su posible papel como opción terapéutica. No obstante, el tamaño muestral reducido y las dificultades de reclutamiento subrayan la necesidad de estudios más amplios que validen estos hallazgos y definan su aplicación en la práctica clínica.

RES0257 Radioterapia estereotáctica corporal en fracción única para cáncer de mama en pacientes inoperables: evaluación preliminar de la eficacia y seguridad

Ines Ollinger Casin[1], Julia Garcia Martínez[1], Isabela Gaztelu Blanco[1], Santiago Velázquez Miranda[2], Gema Muñiz Romero[2], Nerea López Martín[2], Roberto De Haro Piedra[1]

[1]Hospital Universitario Virgen del Rocío Oncología Radioterapica
[2]Hospital Universitario Virgen del Rocío Radiofísica Hospitalaria

Objetivos

Explorar si la radioterapia estereotáctica corporal (SBRT) en una única sesión puede representar una opción terapéutica eficaz y bien tolerada para pacientes con cáncer de mama inoperable. Se valora su aplicabilidad como alternativa a la cirugía en casos seleccionados, destacando su baja toxicidad y la comodidad que supone un tratamiento de administración única.

Material y Métodos

Se incluyeron 3 mujeres con cáncer de mama inoperable. Las edades fueron 82, 85 y 73 años. Dos pacientes tenían un ECOG 0 y una ECOG 2. Dos lesiones se localizaron en mama izquierda y una en mama derecha. Los estadios TNM fueron T1cN0M0 (IA), T2N0M0 (IIA) y T2N1M1 (IV). Se administró SBRT en una sola sesión, con una dosis prescrita de 21 Gy en una paciente y 24 Gy en las dos restantes. La planificación se realizó con TC 4D, y la dosimetría se llevó a cabo con Pinnacle.

Resultados

El tamaño tumoral en mamografía previa fue de 12 mm, 26 mm y 29 mm, respectivamente. Todas las pacientes completaron el tratamiento. Como tratamiento neoadyuvante, una recibió hormonoterapia, otra combinó quimioterapia y hormonoterapia, y la tercera recibió quimioterapia, inmunoterapia y hormonoterapia. Como tratamiento adyuvante, dos pacientes continúan con hormonoterapia y una con quimioterapia. A los tres meses, no se realizaron pruebas de imagen en una de las pacientes por su estado general. En la paciente con estadio IIA, la mamografía mostró una respuesta parcial menor. En la paciente con estadio IV, se observó una reducción del tamaño tumoral de 29 mm a 20 mm, también indicativa de respuesta parcial. Ninguna de las pacientes

presentó toxicidad cutánea aguda ni durante el tratamiento ni en la revisión a los tres meses.

Conclusiones

La SBRT en fracción única de 21-24 Gy se presenta como una alternativa segura, bien tolerada y potencialmente eficaz para pacientes con cáncer de mama inoperable. La ausencia de toxicidad aguda y la comodidad del tratamiento en una sola sesión apoyan su utilidad en este perfil de pacientes. Se requiere mayor seguimiento y una muestra más amplia para confirmar estos resultados.

RES0262 ¿Cambia el test genómico nuestras decisiones? Discordancia entre riesgo clínico y riesgo genómico en pacientes con cáncer de mama luminal.

Jorge García Ibáñez, Rocío Abrisqueta Serrano, Sara Barba Ortega, Fabiola Alonso Lamberti Zarauza, Alejandra Marqués Aldaz, Laura Vicente Sagrado, Sara Martín Ponce, Marta Blanco Guerrero, Maria Consuelo Sanz Ferrández

Hospital Universitario 12 de Octubre Ginecología y Obstetricia. Unidad de Patología Mamaria.

Objetivos

El manejo adyuvante del cáncer de mama luminal se ha basado tradicionalmente en factores clínico-patológicos como la edad, el tamaño tumoral o la afectación ganglionar. Sin embargo, la introducción de plataformas genómicas como Prosigna™ ha permitido una evaluación biológica más precisa del riesgo. Este estudio explora la magnitud de la discordancia entre el riesgo clínico convencional y el riesgo genómico, y su posible impacto en la toma de decisiones terapéuticas.

Material y Métodos

Se analizaron 92 pacientes con cáncer de mama luminal tratadas en el Hospital Universitario 12 de Octubre entre 2015 y 2019, con riesgo clínico estimado según variables estándar (edad, tamaño tumoral, estado ganglionar) y test Prosigna™ disponible. Se compararon las categorías de riesgo clínico (bajo, intermedio, alto) con las del índice genómico ROR (bajo, intermedio, alto). Se evaluó la asociación mediante chi^2.

Resultados

Entre las pacientes clasificadas como de bajo riesgo clínico (n = 55), el 63.6 % presentaban un riesgo genómico bajo, pero un 36.4 % fueron reclasificadas como ROR intermedio. En el grupo de riesgo clínico intermedio (n = 36), el 52.8 % fueron clasificadas como ROR alto y solo el 2.8 % como bajo. Un caso fue clasificado como riesgo clínico alto y ROR intermedio. La asociación entre ambas clasificaciones fue estadísticamente significativa ($p < 0.001$), destacando la existencia de discordancias clínicamente relevantes.

Conclusiones

Los resultados muestran que una proporción significativa de pacientes con riesgo clínico aparentemente favorable presentan un riesgo genómico elevado. Esta discordancia puede tener implicaciones directas en la indicación o no de quimioterapia. La integración de herramientas genómicas en la valoración pronóstica permite una toma de decisiones más ajustada a la biología tumoral individual, evitando tanto el sobretratamiento como el infratratamiento.

RES0265 Valor pronóstico comparado del riesgo clínico de recidiva y del índice ROR en supervivencia global en cáncer de mama luminal.

Jorge García Ibáñez[1], Rocío Abrisqueta Serrano[2], Sara Barba Ortega[2], Araceli María Delgado Ojeda[2], Elena Marín Fernández[2], Sara Martín Ponce[2], Marta Blanco Guerrero[2], Sofía Aragón Sánchez[2], Maria Consuelo Sanz Ferrández[2]

[1]Hospital Universitario 12 de Octubre Ginecología y Obstetricia. Unidad de Patología Mamaria.
[2]

Objetivos

El pronóstico en cáncer de mama luminal ha incorporado herramientas genómicas como el índice de riesgo de recurrencia (ROR) de Prosigna™, que complementan la evaluación clínica tradicional basada en factores como tamaño tumoral y afectación ganglionar. Este estudio compara el valor pronóstico del riesgo clínico frente al índice ROR para predecir la supervivencia global (SG) en vida real.

Material y Métodos

Se analizaron 245 pacientes con cáncer de mama luminal tratadas entre 2015 y 2019 en el Hospital Universitario 12 de Octubre, con test Prosigna™ y seguimiento completo. Se clasificaron según: (1) Riesgo clínico de recidiva (bajo vs. alto), según criterios clásicos (tamaño tumoral y ganglios) y (2) Riesgo genómico ROR (bajo, intermedio, alto), según informe Prosigna™. Se realizaron curvas de Kaplan-Meier para SG y se compararon mediante log-rank test.

Resultados

La clasificación basada en ROR mostró una asociación estadísticamente significativa con la SG ($p = 0.022$), siendo el grupo ROR alto el de peor evolución. En cambio, la estratificación por riesgo clínico de recidiva no alcanzó significación estadística ($p = 0.082$), a pesar de una tendencia desfavorable en el grupo de alto riesgo.

Conclusiones

El índice ROR proporciona una mejor estratificación pronóstica en términos de supervivencia global que el riesgo clínico clásico. En esta cohorte de práctica real, el test genómico permitió identificar subgrupos de peor pronóstico que no quedaban

claramente definidos por criterios clínicos, lo que apoya su uso en la toma de decisiones terapéuticas.

RES0268 Validacion de un modelo predictivo para margenes afectos en cirugia conservadora del cáncer de mama.

Cristina Sofia Ojeda Muñoz, Oscar Andrés Sanz Guadarrama, Maria Amor Turienzo Frade, Rosario Canseco Fernandez[4], Maria Victoria Diago Santamaria, Pablo Puig Aznar, Tania Gotor Santos, Irene Medrano Montero, Andrea Fernandez Fernandez-Rebollos

Complejo Asistencial Universitario de León
Cirugia General y del Aparato Digestivo

Objetivos

La cirugía conservadora del cáncer de mama ofrece similares o mejores resultados de supervivencia que la mastectomía, aunque la incidencia de márgenes afectos tras la cirugía sigue siendo significativa, con tasas entre el 6% y el 32,8%.

Para minimizar la incidencia de márgenes afectos, se han descrito varios factores de riesgo implicados como edad joven de las pacientes, tamaño del tumor, tipo y grado histológico, microcalcificaciones, la estatificación anatomopatológica incluida la afectación ganglionar, el tipo de cirugía conservadora, oncoplástica o no.

Este estudio busca desarrollar y validar un modelo predictivo para márgenes afectos en cirugía conservadora de mama, basado en factores de riesgo preoperatorios clínicos, anatomopatológicos y quirúrgicos, con el fin de reducir re-intervenciones y mejorar la eficacia del tratamiento en el hospital.

Material y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo transversal en 604 pacientes intervenidas de cirugía conservadora en el Hospital Universitario de León (2021-2024). Se incluyeron variables clínicas, radiológicas, quirúrgicas y anatomopatológicas. Se utilizó un análisis estadístico descriptivo, mediante frecuencias absolutas y relativas, así como un análisis comparativo en relación a los márgenes afectos, obteniendo valores *p* a través de Chi-Cuadrado. Además, se realizó regresión logística univariante y multivariante para identificar factores predictivos de márgenes positivos.

Resultados

De las pacientes, el 12,25% presentaron márgenes afectos, la edad media fue 59 años de edad. En el análisis comparativo se encontró diferencias estadísticamente significativas respecto a los márgenes afectos en las siguientes variables: localización, estatificación anatomopatológica, neoadyuvancia, tipo de cirugía conservadora, grado de diferenciación, subtipo molecular, permeación vasculo-linfática, y edad agrupada ($p<0,05.$). Las variables identificadas por regresión logística como

predictores de márgenes afectos (OR >1) fueron: tamaño tumoral, grado de diferenciación, histología, y ausencia de tratamiento neoadyuvante. Un modelo predictivo final, basado en estas variables, presentó un área bajo la curva (AUC) de 0,74, evidenciando su capacidad discriminativa.

Conclusiones

El modelo desarrollado permite predecir márgenes afectos en cirugía conservadora de mama con base en características prequirúrgicas accesibles, siendo útil para planificar estrategias quirúrgicas que reduzcan re-intervenciones.

El normograma incluye únicamente el tamaño en mamografía, mientras que otros trabajos han incluido variables imagenológicas como las microcalcificaciones, la multifocalidad, la densidad mamaria y otras características aportadas tanto por mamografía como por RMN de mama

La neoadyuvancia se identificó como un factor protector. Validaciones adicionales podrían optimizar su aplicabilidad clínica.

RES0273 Morfea inducida por radioterapia en cáncer de mama: a propósito de dos casos

Paula Ortiz Salinas[1], Patricia Cobos Baena[2], Izaskun Artola Irazabal[2], Rocio García Manuz[1], Alejandra Estévez Alonso[1], Francisco Otero de Torre[1], Goizane Riola Escalante[1], Ane Larena Jadraque[1], Jaione Olaizola Canseco[1]

[1]Hospital Universitario Cruces Residente Ginecología y Obstetricia
[2]Hospital Universitario Cruces Ud. Patología Mamaria

Objetivos

La morfea inducida por radioterapia es una complicación cutánea poco frecuente tras el tratamiento conservador del cáncer de mama. Se caracteriza por fibrosis cutánea progresiva que puede confundirse con fibrosis postradiación convencional, lo que dificulta el diagnóstico precoz. El objetivo de esta revisión es describir dos casos clínicos de morfea inducida por radioterapia en pacientes con cáncer de mama.

Material y Métodos

Se realiza una revisión descriptiva de dos casos clínicos de pacientes diagnosticadas de cáncer de mama, que desarrollaron lesiones compatibles con morfea en la mama irradiada tras finalizar el tratamiento radioterápico adyuvante en un hospital terciario.

Se analizan la incidencia, los factores predisponentes, las manifestaciones clínicas y el abordaje diagnóstico-terapéutico, con énfasis en el diagnóstico diferencial con la fibrosis postradiación.

Resultados

El primer caso se trata de una mujer de 81 años, sin antecedentes autoinmunes, con diagnóstico de carcinoma ductal invasor de mama izquierda (pT1cN0, G2, RE/RP: positivos, HER2: negativo, Ki-67: 16%). El segundo caso consiste en una paciente de 82 años, con lupus eritematoso sistémico, diagnosticada de carcinoma ductal invasor de mama derecha (pT1c pN2a, G2, RE/RP: positivos, HER2: negativo, Ki-67: 30%). Ambas fueron tratadas con cirugía conservadora y axilar, hormonoterapia con Anastrozol y radioterapia adyuvante con dosis hipofraccionadas.

Conclusiones

La morfea postradioterapia es una entidad poco frecuente, con una incidencia del 0,2% en pacientes irradiadas tras tratamiento conservador de cáncer de mama. Su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha, especialmente en pacientes con enfermedades autoinmunes, ya que presentan mayor riesgo. Las manifestaciones clínicas son engrosamiento cutáneo, mama a tensión y fibrosis. El diagnóstico de confirmación es histológico, siendo la biopsia cutánea el gold standard. La diferenciación respecto a la fibrosis postradiación convencional es esencial para un manejo adecuado. Un abordaje multidisciplinar permite instaurar tratamiento precoz y minimizar secuelas clínico-estéticas.

RES0275 Concordancia entre subtipo molecular, riesgo genómico y clasificación clínica en cáncer de mama luminal: análisis comparativo en práctica real.

Jorge García Ibáñez[1], Rocío Abrisqueta Serrano[2], Sara Barba Ortega[2], Maria Jesús González Villar[2], Elena Marín Fernández[2], Julia Jiménez Bartolomé[2], Laura Vicente Sagrado[2], Sofía Aragón Sánchez[2], Maria Consuelo Sanz Ferrández[2]

[1]Hospital Universitario 12 de Octubre Ginecología y Obstetricia. Unidad de Patología Mamaria.
[2]

Objetivos

La clasificación molecular mediante la plataforma Prosigna™, basada en la firma génica PAM50, permite identificar subtipos luminales A y B y calcular un índice de riesgo de recurrencia (ROR) que ayuda a personalizar el tratamiento adyuvante. En la práctica clínica conviven otros modelos de estratificación, como la clasificación clínica basada en Ki67, edad o afectación ganglionar, y sistemas institucionales propios. Este estudio analiza la concordancia entre estos tres enfoques en una cohorte de práctica real.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo de cohortes realizado en el Hospital Universitario 12 de Octubre. Se incluyeron 245 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama luminal entre 2015 y 2019,

todas con test Prosigna™. Se compararon tres sistemas de estratificación: (1) subtipo molecular (Luminal A vs B), (2) índice ROR (bajo, intermedio, alto) y (3) clasificación clínica tradicional y protocolo institucional previo. Se analizaron frecuencias y se evaluó la concordancia mediante coeficiente Kappa y prueba de chi².

Resultados

Del total, 149 pacientes (60.8 %) fueron clasificadas como Luminal A y 92 (37.5 %) como Luminal B. Entre las Luminal A, 105 (70.5 %) presentaban un ROR bajo y 44 (29.5 %) intermedio, sin ningún caso de ROR alto. En el grupo Luminal B, 58 pacientes (63.0 %) fueron ROR alto, 33 (35.9 %) intermedio y solo 1 (1.1 %) bajo. La concordancia entre subtipo molecular y ROR fue buena (Kappa = 0.60; $p < 0.001$). La concordancia entre el ROR y la clasificación clínica fue moderada (Kappa = 0.29; p = 0.0001), mientras que la coincidencia con el sistema institucional fue prácticamente nula (Kappa = 0.003; p = 0.48). Solo 70 pacientes (28.6 %) coincidieron en la misma categoría de riesgo en los tres sistemas.

Conclusiones

El test Prosigna™ muestra una elevada coherencia entre el subtipo molecular y el índice ROR, consolidándose como una herramienta objetiva de estratificación. Los modelos clínico-patológicos tradicionales y las clasificaciones internas muestran una concordancia limitada, lo que apoya la incorporación sistemática del análisis genómico para guiar decisiones terapéuticas más precisas y adaptadas a la biología tumoral.

RES0277 Termoablación con microondas guiada con ecografía en una serie de pacientes con cáncer de mama: evaluación de los resultados.

Elena Sifre Gómez[1], Hugo José Castellanos Tinoco[1], Ana Gema Blanco Cabañero[1], Inmaculada Alcantud Gonzalez[1], Ricardo Ródenas Lozano[1], Beatriz Leiva Pomacahua[2], Irene Perez Saus[3], Susana Puente Villaquirán[1], Rosa Angélica Barbella Aponte[6], Ignacio Martínez-Peñalver Gutiérrez[5]

[1]Complejo Hospitalario Universitario de Albacete Unidad de Mama del Servicio de Radiodiagnóstico
[2]Hospital General de Almansa
[2]Complejo Hospitalario Universitario de Albacete
[4]Complejo Hospitalario Universitario de Albacete Anatomía Patológica
[5]Complejo Hospitalario Universitario de Albacete Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo

Objetivos

Evaluar los resultados de los tratamientos de termoablación con microondas realizados en nuestro centro en una serie de pacientes con cáncer de mama y alto riesgo quirúrgico entre los años 2022 y 2025.

Material y Métodos

Se revisa retrospectivamente casos de termoablación con microondas realizados en un hospital de tercer nivel en un periodo de 3 años, durante el cual fueron tratadas 8 pacientes, previamente seleccionadas mediante comité multidisciplinar, todas de alto riesgo quirúrgico y diagnóstico histológico de cáncer de mama. Posteriormente se revisaron los resultados en los estudios de control.

Resultados

Se han tratado con esta técnica 8 pacientes con una media de edad de 88 años (80-92 años), con antecedentes personales que suponían un elevado riesgo quirúrgico, una de ellas con un diagnóstico adicional de adenocarcinoma de colon metastásico.

Todos los casos fueron tumores menores a dos centímetros y en su mayoría (87%) se trataban de focos únicos de carcinoma ductal infiltrante luminal A, salvo un caso que fue un cáncer de mama bilateral sincrónico (un foco de carcinoma lobulillar infiltrante en la mama derecha y otro de carcinoma ductal infiltrante en la contralateral).

Se utilizaron antenas con calibre de 16G x 150 mm (en un caso de 14G x 150 mm), la media de duración del procedimiento fue de 3 minutos y la media de potencia utilizada fue de 20 W. En tres de ellas fue necesario repetir el procedimiento en el mismo acto para asegurar la ablación tumoral completa, utilizando la misma potencia, pero con una media de duración de 1,6 minutos. En ningún caso hubo complicaciones.

Se realizó el seguimiento de las pacientes según nuestro protocolo: al mes, 3, 6, 12 y 24 meses posteriores al procedimiento. Cinco de ellas obtuvieron un resultado anatomopatológico de necrosis grasa y/o cambios cicatriciales, estando con enfermedad controlada actualmente. Una de ellas presentó un área de captación mal definida en la resonancia y un resultado en la biopsia de control de carcinoma ductal infiltrante, por lo que recibió una segunda dosis con resultado favorable. Otra está pendiente de su primer control y una falleció debido a la evolución de su enfermedad de base (adenocarcinoma de colon metastásico).

Conclusiones

En nuestra experiencia, la ablación con microondas de tumores mamarios de pequeño tamaño en pacientes con alto riesgo quirúrgico ha conseguido controlar la enfermedad y evitar su progresión, siendo un procedimiento relativamente sencillo, eficaz y que tiene pocas complicaciones relevantes cuando es realizado de forma adecuada.

RES0279 Perfil clinico-patológico según el índice genómico de riesgo en cáncer de mama luminal: ¿cómo son realmente las pacientes con ROR alto?

Jorge García Ibáñez[1], Sara Barba Ortega[2], Rocío Abrisqueta Serrano[2], Fabiola Alonso

Lamberti Zarauza[2], Sara Vázquez Ramos[2], Eva Robisco Díaz[2], Sara Martín Ponce[2], Santiago Baltar Cerero[2], Maria Consuelo Sanz Ferrández[2]

[1]Hospital Universitario 12 de Octubre Ginecología y Obstetricia. Unidad de Patología Mamaria.
[2]

Objetivos

El índice de riesgo de recurrencia (ROR), obtenido mediante el test Prosigna™, proporciona una estimación biológica del pronóstico en pacientes con cáncer de mama luminal. Sin embargo, en la práctica asistencial, su integración con las características clínico-patológicas clásicas sigue siendo un reto. Este estudio describe y compara el perfil clínico de las pacientes según su categoría de ROR, con el objetivo de identificar los factores más asociados al riesgo genómico alto.

Material y Métodos

Se analizaron 245 pacientes con cáncer de mama luminal tratadas en el Hospital Universitario 12 de Octubre entre 2015 y 2019, con test Prosigna™ realizado. Se clasificaron en tres grupos según el resultado del índice ROR (bajo, intermedio y alto) y se compararon entre sí variables clínico-patológicas como edad, subtipo molecular, tamaño tumoral, grado, número de ganglios positivos, tipo histológico y proliferación (Ki67). Se emplearon pruebas de chi² y Kruskal-Wallis según la naturaleza de cada variable.

Resultados

Las pacientes con ROR alto presentaron un perfil clínico claramente diferenciado. Mostraron una edad significativamente menor (mediana: 37 años vs. 46 años en el grupo ROR bajo, $p < 0.001$), mayor frecuencia de subtipo Luminal B (93.5 % vs. 0.9 %, $p < 0.001$), y mayores tasas de Ki67 alto, ganglios positivos y grado tumoral elevado. El tamaño tumoral también se asoció con ROR más alto, siendo más frecuente encontrar tumores T2 o mayores en este grupo.

Conclusiones

Las pacientes con ROR alto presentan un perfil más agresivo, con mayor edad joven, subtipo Luminal B, proliferación elevada y afectación ganglionar. Estos datos refuerzan el valor del test Prosigna™ como herramienta útil para complementar la evaluación clínica y guiar decisiones terapéuticas.

RES0280 Carcinoma oculto de mamá: un reto diagnóstico y terapéutico

Ángela Barreira Salgado[1], Valeria Troiteiro Nouche[1], Covadonga Castro Díaz[2], Maite Peña Fernández[2], Ana Señarís López[2], Paula Fraga Blanco[2], Ana Fernández Novo[2], Victoria Sampayo Montenegro[2]

[1] *Hospital Clínico Universitario De Santiago de Compostela Ginecología y Obstetricia*
[2]

Objetivos

- Presentar el manejo de un caso de carcinoma oculto de mama (COM) con metástasis axilar.

- Revisión sistemática de la literatura para comparar el tratamiento conservador de la mama frente a la mastectomía tradicional.

Material y Métodos

Mujer de 46 años, premenopáusica, consulta por adenopatía axilar izquierda palpable.

Clínicamente y mamograficamente sinhallazos en ambas mamas. Ecografia con adenopatías axilares izquierdas sospechosas, la mayor de 1,1x2,2 cm se biopsiaidentificando metástasis ganglionar por carcinoma micropapilarinvasivo mamario, grado 2 Luminal A.

Se completa estudio con rmn mama (mamas sin hallazgos, 5 adenopatías axilares izquierdas nivel i-ii), pet-tc (adenopatías izquierdas) y gammagrafía ósea sin enfermedad metastática.

Estudio genético: negativo.

- Recibe tratamiento Neoadyuvante: a Adriamiciona + Ciclofosfamida X4 y Paclitaxel Semanal XII. Posteriomente Se realiza Linfadenectomía Axilar Izquierda, obteniéndose 16 ganglios libres de infiltración: 8 Cambios Post-tratamiento.

- Actualmente recibe radioterapia complementaria (mama izquierda y niveles III- IV)

- Se solicitó autorización a la paciente para acceso y publicación de caso clínico.

- Realizamos una revisión de la literatura del abordaje diagnóstico y terapéutico del COM a lo largo de los últimos 20 años.

Resultados

El COM representa menos del 1% de todos los cánceres de mama. Las recomendaciones para su tratamiento se basan en estudios retrospectivos limitados.

El tratamiento local del COM evolucionó desde una mastectomía radical modificada (MRM) hasta un enfoque de conservación de la mama, con linfadenectomía axilar (ALND) seguida de radioterapia de toda la mama (WBRT). Así lo recogen las recomendaciones de Red Nacional Integral del Cáncer (NCCN) 2020: para COM incluyen mastectomía más ALND, o ALND más WBRT. En este grupo de pacientes tras quimioterapia neoadyuvante se han reportado respuestas patológicas completas en la axila de hasta el 80% .

La MRM en pacientes con COM se justificaba por las altas tasas (55-92%) de carcinoma primario en muestras patológicas; datos anteriores al uso de la RMN mama, capaz de detectar hasta un 70% de tumores no visibles en mamografía.

Los estudios y metaanálisis disponibles muestran que el tratamiento conservador de la mama con WBRT y ALND proporciona resultados similares en términos de recurrencia y supervivencia global en comparación con la mastectomía. El número de ganglios afectos y el subtipo histológico sí se han relacionado con el pronóstico.

Conclusiones

La evidencia hasta la fecha sugiere que, dados los resultados equivalentes de supervivencia para la radiación total de la mama versus la cirugía, las pacientes pueden evitar la mastectomía de manera segura.

RES0281 Discordancia entre Ki67 y el índice de riesgo genómico ROR en cáncer de mama luminal: ¿es suficiente la evaluación inmunohistoquímica?

Jorge García Ibáñez[1], Sara Barba Ortega[2], Rocío Abrisqueta Serrano[2], Maria Jesús González Villar[2], Sara Vázquez Ramos[2], Julia Jiménez Bartolomé[2], Santiago Baltar Cerero[2], Laura Álvaro Valiente[2], Maria Consuelo Sanz Ferrández[2]

[1]Hospital Universitario 12 de Octubre Ginecología y Obstetricia. Unidad de Patología Mamaria.
[2]

Objetivos

El Ki67 es uno de los marcadores inmunohistoquímicos más utilizados para estimar la proliferación celular en cáncer de mama. Sin embargo, su valor pronóstico aislado es controvertido debido a la variabilidad interobservador y la falta de estandarización. El test Prosigna™, basado en la firma génica PAM50, ofrece un índice de riesgo de recurrencia (ROR) con utilidad pronóstica validada. Este estudio analiza la concordancia entre la clasificación dicotómica de Ki67 y el índice ROR, con el objetivo de determinar si el marcador clásico puede predecir adecuadamente el riesgo genómico real.

Material y Métodos

Se analizaron 242 pacientes con cáncer de mama luminal y test Prosigna™ realizado entre 2015 y 2019 en el Hospital Universitario 12 de Octubre. El Ki67 se categorizó en bajo (<20 %) y alto (≥20 %), y se comparó con las categorías de ROR (bajo, intermedio, alto). Se calcularon frecuencias absolutas y relativas, y se evaluó la asociación estadística mediante chi².

Resultados

Entre las pacientes con Ki67 <20 % (n = 110), el 60.0 % presentaban un ROR bajo, el 29.1 % intermedio y el 10.9 % alto. En cambio, entre las pacientes con Ki67 ≥20 % (n = 132), solo el 28.5 % tenían un ROR bajo, mientras que el 33.8 % fueron clasificadas como intermedio y el 38.6 % como alto. La asociación entre ambas variables fue estadísticamente significativa ($p < 0.001$), aunque la discordancia fue clínicamente relevante: más de un 10 % de pacientes con Ki67 bajo

presentaban un ROR alto, lo que podría conllevar infratratamiento si se usara solo el marcador clásico.

Conclusiones

Aunque existe una asociación estadísticamente significativa entre el Ki67 categórico y el índice ROR, la concordancia clínica es limitada. Estos hallazgos confirman que el uso aislado de Ki67 puede llevar a clasificaciones erróneas del riesgo real, especialmente en pacientes que podrían beneficiarse de quimioterapia. El test genómico Prosigna™ aporta información complementaria y más robusta que permite una estratificación pronóstica más precisa y una toma de decisiones terapéuticas más ajustada a la biología tumoral individual.

RES0283 Edad y riesgo genómico en cáncer de mama luminal: ¿quiénes se benefician realmente del test Prosigna™?

Jorge García Ibáñez[1], Rocío Abrisqueta Serrano[2], Sara Barba Ortega[2], Araceli María Delgado Ojeda[2], Alejandra Marqués Aldaz[2], Sara Martín Ponce[2], Julia Jiménez Bartolomé[2], Maria Luisa Arroyo Vozmediano[2], Maria Consuelo Sanz Ferrández[2]

[1]Hospital Universitario 12 de Octubre Ginecología y Obstetricia. Unidad de Patología Mamaria.
[2]

Objetivos

El uso de plataformas genómicas como Prosigna™ ha transformado el manejo del cáncer de mama luminal al aportar información biológica sobre el riesgo de recurrencia. Sin embargo, existe debate sobre qué pacientes se benefician más de este tipo de test. Este estudio analiza la relación entre la edad y el índice de riesgo genómico (ROR), con el objetivo de determinar si las pacientes más jóvenes presentan perfiles tumorales de mayor agresividad y si existe un patrón de uso diferencial del test en función de la edad.

Material y Métodos

Se incluyeron 245 pacientes con cáncer de mama luminal tratadas en el Hospital Universitario 12 de Octubre entre 2015 y 2019, todas ellas con resultado del test Prosigna™ disponible. Se evaluó la edad media y el rango intercuartílico de las pacientes según el grupo de riesgo genómico ROR (bajo, intermedio, alto). Se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis para analizar la significación estadística de la diferencia entre grupos.

Resultados

La edad mostró una asociación inversa con el riesgo genómico. Las pacientes con ROR bajo (n = 106) presentaron una edad mediana de 46 años (RIC: 37–54), mientras que las del grupo intermedio (n = 77) mostraron una mediana de 40 años (RIC: 36–44), y las del grupo ROR alto (n = 62) una mediana de 37 años (RIC: 33–41). La diferencia fue estadísticamente significativa (p = 0.000). Este patrón sugiere que las pacientes jóvenes

presentan con mayor frecuencia perfiles tumorales biológicamente más agresivos.

Conclusiones

Los resultados evidencian una correlación significativa entre menor edad y mayor riesgo genómico en pacientes con cáncer de mama luminal. Este hallazgo respalda el uso del test Prosigna™ especialmente en mujeres jóvenes, donde la toma de decisiones terapéuticas puede beneficiarse del refinamiento pronóstico aportado por el perfil molecular. Además, estos datos invitan a reflexionar sobre la necesidad de aplicar criterios homogéneos para la indicación del test, evitando posibles sesgos por edad.

RES0289 Hematoma mamario recidivante: un gran simulador

Victoria Pascual Escudero[1], Susana Cortés Pérez[1], Paula Suárez Mansilla[1], Emma Puertas Ruiz[1], Patricia Legido Morán[2], Lidia Casamayor del Nogal[1], Jimena Bayón Pascual[1], Sandra Canales Martínez[3], Álvaro Sanz Diaz-Heredero[3], Martín Moral Cano[4]

[1]Hospital Clínico Universitario de Valladolid Obstetricia y Ginecología
[2]Hospital Clínico Universitario de Valladolid Cirugía General
[3]
[4]Radiodiagnóstico

Objetivos

Se presenta el caso infrecuente de una paciente de 23 años que debuta con hematoma mamario recidivante y diagnóstico definitivo de angiosarcoma primario de mama.

Material y Métodos

Los datos se recogieron de la historia clínica de la paciente, adjuntando resultados de pruebas complementarias.

Resultados

Mujer de 23 años, nulípara, sin otros antecedentes medico-quirúrgicos ni familiares de interés. Reside transitoriamente en España. Consulta en urgencias por mastalgia derecha, persistente. Refiere punción de esa mama en su país en los meses previos por hallazgo sospechoso, sin aportar informes. Comenta que tras la punción, ha presentado episodios de hematoma y mastitis de repetición requiriendo drenajes sucesivos.

A la exploración, mama derecha aumentada de tamaño, caliente, eritematosa, identificándose varias colecciones que engloban la mama (mayor 7cm). Ante recidiva reiterada de proceso clínico, se realiza drenaje en quirófano y tomas para cultivo microbiológico y biopsia del lecho quirúrgico para estudio anatomopatológico. Se solicitó igualmente valoración por Hematología ante episodios de hematoma recidivante.

Los cultivos microbiológicos resultaron negativos. A la espera del diagnóstico histopatológico, se solicita mamografia y resonancia magnética mamaria con los siguientes hallazgos:

- Mamografía: gran masa solidoquística con septos gruesos en cuadrantes derechos con tamaño superior a 10 cm. Vascularización Doppler presente.

- RM mamaria: mama derecha de aspecto tumoral (voluminosa masa sólido-quística de 10 x 8 x 6 cm). La masa se encuentra en contacto directo y amplio con el músculo pectoral mayor (extensión mayor de 7 cm sin plano graso de separación, aunque sin claros signos de infiltración en profundidad). Foco satélite en CSI de mama derecha, con signos de infiltración del pectoral mayor (15 mm en superficie y 4 mm en profundidad). Pectoral menor íntegro. Cadenas ganglionares axilares y mamarias internas sin adenopatías.

Resultado anatomo-patológico definitivo: angiosarcoma epiteloide de mama (ki 67 40-50%).

Se realiza estudio de extensión, descartando metástasis a distancia y se remite a centro de referencia para tratamiento quirúrgico radical con márgenes de seguridad. No realizó finalmente tratamiento en España, por lo que no se dispone de datos evolutivos.

Conclusiones

El angiosarcoma primario de mama tiene incidencia inferior a 0,05% de todos los tumores malignos primarios de mama.

Es vital el diagnóstico precoz y diferencial con entidades benignas. se caracteriza por su inespecificidad clínica y radiológica, por lo que el papel del anatomo-patólogo es fundamental.

La cirugía es el arma terapéutica principal y se recomienda exéresis amplia con márgenes > 3 cm. Su vía de diseminación habitual es hematógena, siendo infrecuente la afectación ganglionar (<10%). Su prónostico es desfavorable.

RES0292 Recidiva sistémica tardía de tumor Phyllodes maligno con márgenes afectos.

Isaac Cebrecos Lerena, Inés Torras, Lara Quintas Marqués, Helena Castillo, Paula Arbelo Perez, Eduard Mension Coll Hospital Clinic De Barcelona Institut Clinic De Ginecologia, Obstetrícia I Neonatologia

Objetivos

Describimos un caso clínico de tumor Phyllodes maligno de mama con márgenes afectos tras cirugía, destacando el riesgo de recurrencia local y a distancia, y la importancia del seguimiento prolongado en este tipo de neoplasias raras.

Material y Métodos

Presentamos el caso de una mujer de 48 años con una tumoración gigante en la mama derecha de cuatro meses de evolución, acompañada de erosiones cutáneas y supuración serohemática. Orientado desde Primaria como una mastitis, la paciente recibe tratamiento antibiótico sin mejoría, por lo que es remitida a nuestro centro para realizar estudios de imagen y biopsias. La ecografía reveló una masa sólida que ocupaba toda la mama derecha. La biopsia con aguja gruesa mostró una proliferación fusocelular atípica, con positividad para CD34, orientando hacia un tumor Phyllodes maligno. Por la extensión de la lesión y la deformidad que provocava se realizó una mastectomía simple más ganglio centinela.

Resultados

El análisis anatomopatológico confirmó un tumor Phyllodes maligno de 40 cm, con contacto en varios márgenes de resección. Los ganglios centinela fueron negativos. Tras presentar el caso en Comité, debido a la extensión tumoral y la dificultad técnica, no se realizó ampliación de márgenes, optándose por seguimiento clínico estrecho. En aquel momento tampoco se contempló la posibilidad de tratamiento sistémico ni radioterapia. La paciente presentó una dehiscencia quirúrgica que requirió tratamiento prolongado con terapia VAC. Un TAC en enero de 2023 no mostró diseminación. En octubre de 2024, la paciente estaba libre de enfermedad y expresó deseos de reconstrucción por lo que fue remitida a Cirugía Plástica. Sin embargo, en abril de 2025, un nuevo TAC, solicitado para valorar la reconstrucción con colgado de dorsal ancho, reveló una masa paramediastínica de 20 cm, múltiples nódulos pulmonares y una masa subcutánea lumbar, compatibles con metástasis del tumor primario. Se realizó biopsia ecoguiada de la lesión lumbar, con resultado anatomopatológico pendiente.

Conclusiones

El tumor Phyllodes maligno es una neoplasia estromal poco frecuente, con potencial de crecimiento rápido y comportamiento agresivo. Aunque el tratamiento de elección es quirúrgico, la obtención de márgenes libres es fundamental para reducir el riesgo de recurrencia.

En este caso, la imposibilidad de lograr márgenes amplios debido al tamaño tumoral condicionó una recaída metastásica tardía, a pesar de un seguimiento clínico estrecho. Este desenlace subraya la necesidad de considerar estrategias terapéuticas más agresivas en casos con márgenes afectos y refuerza la importancia del seguimiento prolongado, dado el riesgo significativo de recurrencia local y a distancia.

RES0307 Tumor phyllodes maligno, el gran desconocido: Serie de casos, comportamiento clínico y resultados a largo plazo

María Villar Espada[1], Gema Civantos Jubera[1], Juan Díaz Martín[2], Carmen Salguero Aranda[2], Mª Ángeles López García[1], Begoña Vieites

Pérez-Quintela[3]

[1]Hospital Universitario Virgen Del Rocio Anatomía Patológica
[2]Ibis (Instituto De Biomedicina De Sevilla) Patología Molecular De Los Sarcomas Y Otros Tumores
[3]

Objetivos

Determinar Las Características Clínico-patológicas, El Comportamiento Evolutivo Y La Supervivencia De Los Tumores Phyllodes Mamarios Malignos, Así Como Identificar Factores Asociados A Riesgo De Recidiva Y Éxitus.

Material y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de 39 pacientes diagnosticadas de tumor phyllodes mamario maligno entre 2002 y mayo de 2025. Se analizaron variables clínico-patológicas como edad, tamaño tumoral, índice mitótico, sobrecrecimiento sarcomatoso, presencia de componente heterólogo, tipo de cirugía, tratamientos recibidos, recidiva, metástasis y éxitus. En 8 pacientes se realizó análisis molecular mediante técnicas de secuenciación y detección de fusiones génicas. La supervivencia global (OS) y libre de enfermedad (RFS) se estimaron mediante curvas de Kaplan-Meier y se compararon con el test de log-rank. Las asociaciones entre variables histológicas y éxitus se evaluaron con el test Chi² de Pearson.

Resultados

La edad media fue de 49,6 años y el tamaño medio tumoral de 8,9 cm. El 54% presentó sobrecrecimiento sarcomatoso y el 16% componente heterólogo. El índice mitótico medio fue de 12 mitosis por 10 CGA. El 49% fue tratada con mastectomía y el 41% recibió tratamiento adyuvante (38% radioterapia, 31% quimiorradioterapia, y el resto quimioterapia aislada); una paciente recibió tratamiento neoadyuvante. El 22% desarrolló metástasis, principalmente pleuropulmonares y el 15% recidiva local exclusiva. Las pacientes con recaída presentaron una mediana de OS de 38 meses frente a 62 meses en las que no recidivaron (p log-rank = 0,045). De igual modo, se observó menor RFS en pacientes con recaída (p log-rank = 0,032). El análisis mediante Chi² confirmó la asociación significativa entre la presencia de componente heterólogo o sobrecrecimiento sarcomatoso y éxitus (p = 0,04 / p = 0,022). En el análisis molecular realizado, 3 pacientes presentaron alteraciones moleculares: una mutación en el gen BRAF V600E, una fusión en EGFR, y una fusión génica HMGA2ex4::MSNex2.

Conclusiones

El tumor phyllodes mamario maligno es una entidad infrecuente pero clínicamente agresiva, con tasas relevantes de recidiva y/o metástasis y éxitus, 36% y 15% respectivamente en nuestra serie. Entre los distintos parámetros estudiados, la presencia de sobrecrecimiento sarcomatoso y componente heterólogo se asoció de forma

estadísticamente significativa a un peor pronóstico. Los estudios de secuenciación realizados aportan datos concordantes con la bibliografía, con un amplio rango de posibles alteraciones moleculares, alguna de ellas involucrando genes accionables (EGFR / BRAF). Estos hallazgos podrían abrir nuevas opciones terapéuticas con fármacos dirigidos, si bien hasta el momento, la cirugía con márgenes adecuados sigue siendo la base del tratamiento.

RES0337 Lesiones vasculares atípicas de mama, manejo en nuestro centro.

Natalia Scheder-Bieschin López[1], Gabriel Molinero Mena[1], Laura González Ibáñez[2], Nayleth Stefanía Leal Pérez[2], Sofía Fenoll Gil[2], Marta Yagüe Medina[2], Elena Martínez Gómez[2], Patricia López Arribas[2], Rocío García Berrio[2], Fernando Salazar Burgos[2]

[1]*Hospital Universitario Príncipe de Asturias Ginecología / Unidad de mama*
[2]

Objetivos

Describir la presentación y manejo de las lesiones vasculares atípicas de mama en nuestro centro y revisar la literatura publicada acerca del diagnóstico y tratamiento.

Material y Métodos

Analizamos tres pacientes con diagnóstico de lesión vascular atípica de mama durante el 2024. Todas ellas con antecedente de carcinoma de mama tratado mediante tumorectomía y radioterapia adyuvante.

Caso 1: Paciente de 52 años con diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante tratado en 2021 consulta por aparición de pápula violácea aplanada de 4-5 milímetros próxima a la cicatriz de tumorectomía. Se realiza biopsia con diagnóstico de lesión vascular atípica, y se decide actitud expectante. Cuatro meses después consulta por dos nuevas lesiones con mismo diagnóstico. Se intenta pautar Propranolol para evitar el crecimiento y aparición de nuevas lesiones que debe ser retirado por mala tolerancia. Persiste en seguimiento sin nuevas lesiones.

Caso 2: Paciente de 40 años diagnosticada y tratada de carcinoma ductal infiltrante en 2015. Acude a urgencias por aparición brusca de telangiectasias en lecho de tumorectomía que se biopsian con diagnóstico de lesiones vasculares atípicas. Se indica seguimiento clínico y realización de resonancia magnética que descartó patología maligna subyacente. En revisiones semestrales se evidencia desaparición espontánea de las lesiones.

Caso 3: Paciente de 80 años con diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante en 1995 acude a revisión anual donde se evidencia una lesión eritematosa de 2 cm en cicatriz axilar que se biopsia con diagnóstico de lesión vascular atípica. Dado mala cicatrización de biopsia previa, se programa exéresis quirúrgica de la lesión confirmándose diagnóstico previo y descartando recidiva tumoral.

Resultados

La lesión vascular atípica mamaria inducida por radioterapia es una proliferación angiomatoide cutánea que afecta a las mamas que han recibido radioterapia tras el tratamiento conservador del carcinoma de mama. Su presentación puede ser muy variable y suele aparecer entre cuatro y cinco años tras la radioterapia.

El diagnóstico es anatomopatológico empleando la inmunohistoquímica para un correcto diagnóstico diferencial con entidades como la metástasis del carcinoma de mama o el angiosarcoma secundario a radioterapia.

Conclusiones

La lesión vascular atípica es una entidad infrecuente benigna que requiere un diagnóstico diferencial preciso. La inmunohistoquímica excluye otros diagnósticos.

Es imprescindible descartar patología maligna como el angiosarcoma cuya incidencia está en aumento debido al mayor número de cirugías conservadoras en el tratamiento del cáncer de mama.

RES0346 Crioablación como técnica paliativa en pacientes no candidatas a cirugía: resultados de eficacia y seguridad a los 6 meses de tratamiento

Inmaculada Mendoza Arnau[1], Rosario Ching López[2], Encarnación González Flores[3], Isabel Pérez Herrezuelo[4], Verónica Conde Herrero[3], María Isabel Ruiz Ávila[5], Rocío Sánchez Sánchez[6], María Isabel Romero Manjón[1], Manuel Jesús Rabaza Espigares[1], Antonio Jesús Láinez Ramos-Bossini[1]

[1]Hospital Universitario Virgen de las Nieves Radiodiagnóstico
[2]Hospital Universitario Virgen de las Nieves Oncología Radioterápica
[3]Hospital Universitario Virgen de las Nieves Oncología Médica
[4]Hospital Universitario Virgen de las Nieves Ginecología y Obstetricia
[5]Hospital Universitario Virgen de las Nieves Anatomía Patológica
[6]Hospital Universitario Virgen de las Nieves Medicina Nuclear

Objetivos

Evaluar la eficacia y seguridad de la crioablación percutánea guiada por ecografía en pacientes con cáncer de mama no candidatas a cirugía (por fragilidad o rechazo).

Material y Métodos

Estudio prospectivo observacional de mujeres con diagnóstico histológico confirmado de

cáncer de mama en cualquier estadio que rechazan o no son candidatas a cirugía. Se recogieron variables sociodemográficas (edad y sexo), motivo por el que no se realiza cirugía, tamaño, lateralidad y características histológicas del tumor. Además, se recogieron las variables asociadas al procedimiento (tipo de aguja, tamaño de la esfera) y el empleo o no de radioterapia. Las variables dependientes fueron los hallazgos en ecografía a los 3 meses y en mamografía con contraste a los 6 meses, definiéndose la respuesta como ausencia de lesión definida con área de esteatonecrosis residual sin flujo Doppler y como ausencia de captación, respectivamente. Se realizaron análisis descriptivos de las variables de interés y análisis contrastivos bivariantes en función de la respuesta al tratamiento en los dos intervalos de seguimiento.

Resultados

Se incluyeron un total de 32 mujeres que rechazaron la cirugía o no eran aptas por fragilidad. La respuesta completa a los 6 meses se evidenció en el 90,6%. La tasa de complicaciones menores tras la crioablación fue inferior al 10%, sin identificarse ninguna complicación mayor. Se encontraron indicios de que el uso de radioterapia se asoció a una menor frecuencia de persistencia tumoral. Las restantes variables no mostraron diferencias estadísticamente significativas, si bien el número de pacientes limitó la robustez estadística de los resultados.

Conclusiones

La crioablación percutánea es una técnica segura y eficaz como tratamiento paliativo en mujeres con cáncer de mama. Sin embargo, es necesario realizar estudios con mayor número de pacientes y seguimiento para determinar la utilidad y criterios de selección óptimos para el empleo de esta técnica.

RES0349 Enfermedad De Castleman Unicéntrica Mamaria: Caso Clínico Poco Frecuente Y Revisión Bibliográfica.

Ana Belén López Fernández[1], Ivia Revollo Revollo[1], Ángela García Aparicio[2], María Fernández Pinto[2], María Orellana Navarro[2], Antonio García Herrainz[2], Jose María Granado Minero[2], Yvana Anavy Martínez Mateos[2]

[1]Hospital Universitario De Caéceres Cirugía General Y Del Aparato Digestivo
2

Objetivos

La enfermedad de Castleman es un trastorno linfoproliferativo poco frecuente con etiología desconocida, aunque se puede asociar a infecciones virales (herpes virus tipo 8) o bien idiopática. Puede presentarse como localizada (unicéntrica) o sistémica (multicétrica), tanto en la edad adulta como en la infancia, siendo en esta última menos común.

Su presentación mamaria es muy poco frecuente, generalmente en adultos y de forma unicéntrica, suponiendo todo un reto diagnóstico y terapético.

Se presenta el caso de un paciente con Enfermedad de Castleman mamaria unicétrica en mama izquierda.

Material y Métodos

Varón de 68 años intervenido de mastectomía derecha por ginecomastia hace años y sin datos de malignidad, que presenta tumoración de 5 cm en cola de mama izquierda, prepectoral, de un año de evolución que ha aumentado de tamaño progresivamente, así como dolor a la palpación del mismo.

En la ecografía mamaria, se apreció nodulación retroareolar de 20x13 mm que se extendía hacia la región axilar izquierda (BIRADS 4B), con resultados anatomopatológicos de la PAAF compatibles con tejido linfoide sin evidenciar carcinoma.

Se realizó Resonancia Magnética Mamaria de seguimiento y se apreció nodulación sugerente de adenopatía en cuadrante supero-externo de mama izquierda a 13 mm de profundidad y a 1 mm de la fascia prepectoral con aumento de tamaño con respecto a prueba de imagen anterior, por lo que se decidió intervención quirúrgica programada para exéresis de la lesión.

Resultados

Se realizó tumorectomía de la lesión nodular en región de cola mamaria izquierda bajo anestesia local, siendo el paciente alta a domicilio es mismo día de la intervención.

En los resultados anatomopatológicos se describió ganglio linfático compatible con enfermedad de castleman, por lo que paciente fue derivado a hematología para estudio de extensión y serología.

Tras negatividad para virus hepres 8 y descartar enfermerdad sistémica en TC toraco-abdomino-pélvico, así como normalidad analítica y ausencia de sintomatología, se decidió seguimiento estrecho cada tres meses por parte de Hematología dada la localización de la enfermedad.

Conclusiones

La enfermedad de Castleman unicétrica a nivel mamario es rara, pero la exéresis del propio ganglio linfoproliferativo puede ser curativa sin necesidad de tratamiento adicional, siempre y cuando se haya descartado enfermedad a distacia. Por ello, es importante asociar un estudio de extensión con pruebas de imágenes, así como serologías y estudios analíticos ante la sospecha de la enfermedad o tras la confirmación de ésta.

RES0354 Cáncer de mama durante la gestación: Desafío diagnóstico y terapéutico.

José David Zuheros Montes[1], Yolanda Nieto Espinar[2], Mónica Martínez Vilchez[1], Linarejos Martínez López[3], Leandro Burgos Vigara[4]

[1]Hospital San Agustín, Linares (Jaén). Obstetricia Y Ginecología
[2]Centro De Salud Virgen De Linarejos (Linares A) Atención Primaria
[3]
[4]Radiodiagnóstico

Objetivos

Revisar el diagnóstico y tratamiento durante el embarazo.

Material y Métodos

Revisión bibliográfica en base a un caso clínico de referente.

Resultados

Caso clínico.

Mujer de 30 años, gestante de 18 semanas, consulta por nódulo en mama derecha de 4 meses de evolución, crecimiento progresivo y aparición reciente de piel de naranja.

- Antecedentes familiares: Abuela materna fallecida por cáncer de mama (61 años). Tío materno con leucemia a los 20 años.
- Antecedentes personales: Sin relevancia.
- Exploración física: Mama derecha con nódulo indurado de 2-3 cm. No adenopatías.
- Ecografía Mamaria: Lesión Hipoecogénica Irregular En Cse De Md (2.9*2.2*1.9 Cm),con microcalcificaciones y edema cutáneo. 3 adenopatías sospechosas. BI-RADS 4c.
- BAG mamaria: CDI, grado II (OMS), con focos de carcinoma in situ. RE 80-90%, RP 50-60%, HER2 negativo, Ki67 30-40%. CK9 y E-cadherina positivos.
- Bag Axilar: Metástasis Carcinoma Mamario, Inmunofenotipo Similar.

Diagnóstico: CDI Luminal B-Like Her 2 negativo cT3N1M0.

Plan Terapéutico: tratamiento neoadyuvante a partir de semana 21: 4 ciclos de antraciclinas (esquema trisemanal), inducción del parto en semana 35, y posteriormente 12 ciclos de paclitaxel (esquema semanal).

Complicación obstétrica: En semana 31+2 RPM, se inicia tocolisis, maduración pulmonar y profilaxis antibiótica, produciéndose parto eutócico en semana 31+4. RN: Varón de 1620 gr, con evolución favorable tras ingreso por prematuridad.

Evolución post-parto:

- RMN: Persiste nódulo de 2.7*2.4*2.3 cm y adenopatías axilares. BIRADS 6.
- PET-TC: Captación hipermetabólica en mama derecha y 2 ganglios axilares. Sin diseminación a distancia.
- Se Completa 4 Ciclo De Antraciclinas, Y Se Inicia Paclitaxel.

Actualmente buena evolución materna y fetal. Madre pendiente de finalizar neoadyuvancia para planificar cirugía.

Conclusiones

1. El cáncer de mama durante el embarazo es infrecuente supone un desafio, por dificultad para el diagnóstico, que suele ocurrir en estadios más avanzados (1).
2. En gestante con cáncer de mama no resecable, se considera un tratamiento con quimioterapia neoadyuvante con antraciclinas tras el primer trimestre de embarazo (2)
3. Importancia de un manejo multidisciplinar permitiendo el tratamiento oncológico sin comprometer la viabilidad fetal.

RES0360 Papiloma intraductal vs carcinoma papilar intraquístico; A propósito de un caso

Simon Pedro Lubian Fernandez, Lucia Garcia-berbel Molina Hospital Universitario Puerta Del Mar Ginecología Y Obstetricia

Objetivos

Analizar las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de las lesiones papilares mamarias, destacando las dificultades en el diagnóstico diferencial entre papiloma intraductal y carcinoma papilar intraquístico (CPI), mediante la presentación de un caso clínico.

Material y Métodos

Se expone el caso de una mujer de 50 años con antecedente de papiloma intraductal, que consulta por nódulo en mama izquierda. Las pruebas de imagen mostraron lesión sólido-quística compleja con microcalcificaciones, clasificada como BIRADS 4C-5. Se realizaron dos biopsias con resultados de lesión papilar con atipia. La exéresis reveló carcinoma papilar intraquístico sobre papiloma, con focos de carcinoma in situ y microinvasión. Se amplió cirugía y se realizó biopsia selectiva de ganglio centinela, siendo ambos negativos para malignidad.

Resultados

El estudio anatomopatológico confirmó CPI de bajo grado con receptores hormonales positivos, HER2 negativo y Ki-67 del 5%. Se indicó tratamiento con radioterapia adyuvante y hormonoterapia. Se revisa la literatura sobre la frecuencia, comportamiento biológico, diagnóstico por imagen y anatomía patológica de estas lesiones, así como las controversias actuales en su abordaje terapéutico.

Conclusiones

El diagnóstico diferencial entre papiloma intraductal y CPI representa un reto clínico y patológico debido a su similitud morfológica. La inmunohistoquímica es fundamental para la identificación de células mioepiteliales, clave en el diagnóstico de malignidad. Dada la posibilidad de malignización y la infraestimación diagnóstica en biopsias percutáneas, se recomienda la exéresis quirúrgica para una caracterización completa. El CPI tiene en general buen pronóstico, aunque el tratamiento debe adaptarse según la presencia de carcinoma in situ o invasivo asociado.

RES0364 Analisis comparativo entre un grupo de pacientes inmigrantes del norte de africa y un grupo de caucasicas españolas tratadas en un hospital de tercer nivel por cancer de mama. ¿La etnia influye en el abordaje de la enfermedad?

Caridad Marín Hernández[1], Pedro Marín Rodríguez[1], Pedro J Galindo Fernandez[2], Guadalupe Ruiz Merino[3], Adama Cisse[2], Isabel Mª Martinez Castillo[2], Carmen Avalos[2], M. Carmen Servet Perez de Lema[4], Antonio Piñero Madrona[2]

[1]Hospital U Niversitario Virgten De La Arrixaca Cirugia General
[2]
[3]Bioestadistica
[4]Ginecologia

Objetivos

El cáncer de mama es uno de los problemas sociosaniatrios más importantes del mundo siendo la primera causa de muerte en mujeres en la gran mayoría de los países. La incidencia es variable, tanto por los factores genéticos como por factores ambientales.

En España es frecuente la inmigración desde el norte de África. Son estas mujeres las que son objetivo de nuestro estudio ya que suponen un núcleo de población importante y un reto para nuestro sistema sanitario tanto en prevención como de diagnóstico y tratamiento una vez establecido el CM.

Objetivo: analizar las diferencias clínico-epidemiológicas y de la enfermedad entre mujeres españolas y del norte de áfrica tratadas en nuestro país

Material y Métodos

Hemos realizado un estudio observacional transversal pareado entre 33 mujeres inmigrantes del norte de Africa (G1) y 33 pacientes caucásicas españolas (G2) tratadas por CM en un hospital de tercer nivel entre 2015-2025.

Analizamos la edad, el estado hormonal, el tabaquismo, la toma de ACO, el número y edad de las gestaciones dando o no lactancia y la existencia de antecedentes familiares. Respecto al tumor se analizó la presentación, si era palpable o no al diagnóstico, la estadificación TNM (7ªv), el tipo histológico, la IHQ, la presencia de invasión vascular y el grado de diferenciación del tumor. Respecto al manejo terapéutico se analizó la técnica quirúrgica, incluyendo la realización o no de reconstrucción y la necesidad de QMT neoadyuvante

Resultados

Hubo diferencias significativas entre los dos grupos en el estado hormonal apareciendo el tumor en mujeres más jóvenes, premenopáusicas, en el grupo de las norte-africanas (*p=0.001*), teniendo el 93% de ellas hijos en edades tempranas (*p=0.041*). Sólo un 3% de las norte-africanas fumaba en contraste con el 28% de las caucásicas (*p=0.006*). Respecto a las características del tumor el 93% fueron cánceres ductales infiltrantes en el grupo de las norte-africanas con nula incidencia de tumores lobulillares o CDIS (*p=0.043*) no presentando diferencias significativas en la IHQ. Respecto al estadío de la enfermedad sí hubo diferencias siendo las norte-africanasa diagnosticadas en estadios más avanzados que precisaron de neoadyuvancia en un 52% respecto al 24% de las caucásicas (*p=0.021*).

Conclusiones

El CM es una patología plurifactorial. Un diagnóstico temprano con programas de cribado y concienciación de las mujeres son necesarios para el abordaje de esta patología. Un conocimiento de la población a tratar como el que realizamos en nuestro estudio, permite una mejor planificación asistencial sanitaria para este grupo étnico concreto.

RES0367 Más allá de la mama, ¿Cáncer sincrónico o metástasis?

Jimena Bayón Pascual[1], Susana Cortés Pérez[2], Sandra Canales Martínez[3], Victoria Pascual Escudero[1], Lidia Casamayor del Nogal[2], Paula Suarez Mansilla[1], Mónica Simón de la Fuente[2], Monica Consuelo Horstmann Sendagorta[2], Sandra De Arriba Martín[2], Ester Rodriguez Florez[2]

[1]Hospital Clínico de Valladolid Ginecologia y Obstetricia
[2]Hospital Clínico de Valladolid Ginecología y Obstetricia
[3]Hospital Clínico de Valladolid Obstetricia y Ginecoogía

Objetivos

Realzar la importancia de un abordaje adecuado de las pacientes para poder

individualizar el tratamiento a través de un caso clínico.

Material y Métodos

Los datos clínicos se recogieron de la historia de la paciente.

Resultados

Mujer de 66 años, consulta por cuadro de tos escasamente productiva blanquecina, sin restos hemoptoicos. Afebril.

Mamografías de cribado bienales, última año previo (BI-RADS 1).

Antecedentes personales: paciente HTA, con valvulopatía reumática. Laparotomía para realización de HT + DA por útero miomatoso. Exfumadora.

En cuanto a AGO: menopausia a los 45 años, 2 cesáreas, edad primera gestación 35 años.

En exploración física: abdomen depresible, esplenomegalia. No hepatomegalia. Adenopatías axilares bilaterales de hasta 3 cm, laterocervicales y supraclaviculares de hasta 1 cm. Mama derecha con tumoración mal delimitada, móvil, 2 cm aprox., retroareolar derecha. Sin afectación cutánea. Adenopatías bilaterales.

Pruebas complementarias:

- TAC: Adenopatías patológicas en cadena mamaria interna izquierda, prevasculares, paratraqueales derechas, pre y subcarinales e hiliares. Lesión nodular región inframamaria derecha de aproximadamente 1cm. Adenopatía ángulo costofrénico izquierdo. Derrame pleural izquierdo. Adenopatías inguinales bilaterales, hipercaptantes.
- Mamografía Y Ecografía Mamaria: Distorsión Región Retroareolar Derecha (bi-rads 5), Mide 3,1cm. Hueco Axilar Derecho Al Menos 2 Adenopatías, Bedi 6. Hueco Axilar Izquierdo 4 Adenopatías Bedi 6.
- Rmn Mamaria: Región Retroareolar Derecha, Lesión Nodular Espiculada, De 3,8x3,6cm, Borde Irregular Infiltrante, Curva Cinética Captación Tipo 2 (meseta)
- Bag Md: Cdi. Luminal B. Re: 95 % Rp: 1 %, Ki67: 20%, Her 2 -
- Biopsia adenopatía inguinal: Proliferación linfoide atípica.
- Biopsia adenopatías axilares: Sin infiltración tumoral

Con los resultados y la EF nos encontramos ante un LNH-B estadio III-B de alto grado y un carcinoma ductal infiltrante MD, tipo luminal B estadio IIA.

Se dió prioridad al tratamiento del linfoma (R-EPOCH) alcanzando respuesta metabólica completa y respecto a la neoplasia mamaria se pautó letrozol (HT neoadyuvante).

Tras finalizar QT valoración con nueva ecografía mamaria para valorar respuesta a HT objetivándose signos de evolución muy favorable al tratamiento neoadyuvante, con resto tumoral de 4x9 mm y resolución de

adenopatías axilares bilaterales. En este momento, se indica tumorectomía guiada con I125 + BSGC (negativo).

Posterior adyuvancia con RT, mantiene HT con letrozol. Actualmente asintomática.

Última mamografía BI-RADS 2. 3 años de remisión.

Conclusiones

- Resaltar la importancia de un adecuado estudio completo de la paciente. Realizando pruebas de extensión tanto local como sistémicas -> ca de mama en estadio avanzado vs afectación secundaria a LNH.
- Abordaje multidisciplinar (comité de tumores). Inicialmente neoadyuvancia con HT como terapia puente mientras inmunosupresión por QT impide cirugía.

RES0368 Carcinoma metaplásico de células escamosas, uno de los subtipos histológicos olvidados de la mama. A propósito de un caso.

Carolina Hamdan Carnerero[1], Sonia Rivas Fidalgo[1], Sara Corral Moreno[2], Natalia Torres Waldhaus[2], Cesar Barsen Pérez Izquierdo[2], Jacobo Sánchez Randulfe[2], Luis Jacobo Cabañas Montero[2], Jose María Fernández Cebrián[2]

[1]Hospital Ramón y Cajal Cirugía General y del Aparato Digestivo

[2]

Objetivos

El cáncer de mama se mantiene como segunda neoplasia más frecuente en España y primera entre las mujeres. La histología más frecuente corresponde a carcinomas infiltrantes.

Presentamos un caso con otro subtipo histológico más infrecuente,el carcinoma metaplásico.

Material y Métodos

Mujer De 84años Con Antecedentes De Deterioro Cognitivo, Hta, Artritis Reumatoide, Tavi Y Cardiopatía Isquémica Que Comienza Estudio Por Autopalpación De Nódulo En Mama Izquierda.

A la exploración presenta lesión indurada de 4cm con eritema subyacente sugestivo de ulceración próxima.

En la Rm se aprecia nódulo Birads-5 En unión de cuadrantes externos de 29mm, que contactaon el plano cutáneo sin poder descartar infiltración y a 9mm del pectoral.

En la ecografía se observa dicho nódulo sin traducción ecográfica BIRADS-3 y ganglio único en nivel 1 axilar izquierdo, se

realiza pución de ambos con resultados de carcinoma ductal infiltrante triple negativo y ganglio negativo para malignidad.

En la gammagrafía-ósea y TAC de extensión no presenta hallazgos relevantes.

Con estos hallazgos se decide en comité multidisciplinar intervención quirúrgica como tratamiento inicial.

Se realiza mastectomía izquierda simple y extirpación de un ganglio axilar izquierdo palpable. No se realiza BSGC por sospecha de infección local.

Evoluciona sin incidencias y es dada de alta el 2ºdía postoperatorio.

El Informe Anatomopatológico Definitivo Revela Un Carcinoma Metaplásico De Células Escamosas De 4,2cm Y Bordes Quirúrgicos Libres, Pt2n0.

Dada la edad y comorbilidades se decide conjuntamente no administrar tratamiento sistémico.

Resultados

El carcinoma metaplásico de mama es un tumor infrecuente, representa 0,2-5% de todas las neoplasias malignas de mama. La variante de células escamosas es aún más infrecuente,representando menos del 0,1%.

La edad media de presentación es de 58años siendo más común en hispanos y afroamericanos.

Comparado con los carcinomas infiltrantes tienden a presentar mayor tamaño, menor diferenciación y a ser negativos para receptores de estrógenos, progesterona y HER2. Por todo ello,tienen un pronóstico más desfavorable.

También, Presentan Menor Diseminación Linfática,lo Que Puede Reflejar Mayor Propensión A Propagarse Por Vía Hematógena.

Conclusiones

Existe controversia respecto al tratamiento quirúrgico conservador, tumorectomía y radioterapia, en vez de mastectomía,ya que todavía no se ha demostrado equivalente supervivencia global y libre de enfermedad,a diferencia del carcinoma infiltrante.

Como tratamiento sistémico adyuvante,en este subtipo histológico, la mayoría de grupos eligen combinaciones similares a las utilizadas en los carcinomas escamosos cutáneos, con derivados del platino. Los estudios confirman beneficio en la supervivencia global a 5años.

En nuestro caso no pudimos comprobar dicho beneficio ya que se consensuó vigilancia expectante debido a situación basal del paciente.

RES0379 Patología mamaria en hombres trans: riesgo asociado, seguimiento y cribado.

Elena Marín Fernández[1], Eva Robisco Díaz[1], Sara Barba Ortega[2], Fabiola Alonso-Lamberti Zarauza[2], Jorge García Ibañez[2], Sara Vázquez Ramos[2], Laura Álvaro Valiente[2], María Consuelo Sanz Ferrandez[2]

[1]Hospital Universitario 12 de Octubre Obstetricia y Ginecología
[2]

Objetivos

El cáncer de mama en hombres trans supone un campo emergente en la medicina, cuyo estudio resulta clave para una atención adecuada, individualizada y basada en evidencia.

Material y Métodos

Se Realiza Una Revisión Bibliográfica Sobre La Patología Mamaria En Hombres Trans, Y Las Posibilidades De Cribado En Este Grupo Poblacional.

Resultados

La glandulectomía y remodelación del contorno torácico es una de las cirugías que se realizan de forma más precoz por el disconfort que generan en los pacientes. Además, la terapia hormonal (TH) con testosterona, pilar del proceso de masculinización, induce cambios significativos en el tejido mamario, incluyendo involución lobuloalveolar, aumento del tejido fibroso y disminución del volumen graso. Estos efectos se asocian a una reducción del volumen mamario y, potencialmente, menor riesgo de cáncer.
Estudios preclínicos han demostrado que los andrógenos poseen una acción inhibidora sobre el tejido mamario a través de la interacción de los receptores androgénicos con los receptores estrogénicos y de progesterona, modulando genes implicados en la proliferación celular, apoptosis y remodelación tisular.

No obstante, la aromatización periférica de testosterona, especialmente en presencia de exceso de tejido adiposo, puede contrarrestar parcialmente este efecto protector.

Los datos epidemiológicos disponibles, aunque limitados, indican una menor incidencia de cáncer de mama en hombres trans respecto a mujeres cis. Estudios como el de Blok, con más de 14.800 personas-año de seguimiento, reportan una incidencia claramente inferior, con la mayoría de casos detectados incluso tras cirugía mamaria reductora. Esta cirugía reduce el riesgo de cáncer en más de un 90%, similar a la mastectomía en mujeres cis. No obstante, existe riesgo residual en el tejido remanente, por lo que el tipo de cirugía debe ser considerado en la planificación del seguimiento.

Actualmente, la evidencia no justifica un cribado intensivo universal en esta población,

pero sí una evaluación personalizada del riesgo, considerando historia familiar, tipo de TH, cirugía realizada y características individuales. Las guías clínicas más recientes abogan por un enfoque centrado en el paciente, con especial atención a la comunicación médico-paciente, la elección de técnicas quirúrgicas y los planes de seguimiento.

Conclusiones

La evidencia sugiere que la exposición a testosterona en hombres trans no aumenta el riesgo de cáncer de mama, e incluso podría ejercer un efecto protector en conjunto con la glandulectomía. La baja prevalencia y las limitaciones metodológicas actuales exigen estudios adicionales y protocolos de cribado adaptados a esta población.

RES0385 Cuando la mama calla y la axila habla: claves diagnósticas del cáncer de mama oculto.

Raquel Izquierdo Fernández, Ester Izquierdo Milla, Juan Carlos López Coloma, Rebeca Calvache Arellano, Marta Martínez Martínez, Carlos Agredo Molina, Antonia Gil Sierra, Marta Babarro Peleteiro Izquierdo Fernández, María Dolores Sánchez García, Ana Fernández Lozoya

Hospital Universitario de Móstoles
Radiodiagnóstico

Objetivos

Mostrar el proceso a seguir en el diagnóstico de cáncer de mama cuya única presentación clínica y radiológica son adenopatías axilares y supraclaviculares.

Material y Métodos

Presentamos una paciente, mujer de 77 años, sin antecedentes personales ni familiares de riesgo salvo tiroidectomía a los 30 años por nódulos tiroideos que resultaron benignos. Es remitida a nuestra Unidad de Mama para valoración por adenopatías axilares y supraclaviculares derechas de dos meses de evolución.

La exploración física de ambas mamas era normal, sin embargo, la mamografía mostraba en la mama derecha un engrosamiento de la piel, un aumento difuso de la densidad del tejido mamario asimétrico con respecto a la mama contralateral, y adenomegalias, hallazgos que en principio orientarían hacia un posible carcinoma inflamatorio. En la ecografía se observaron múltiples adenopatías axilares y supraclaviculares derechas patológicas, sin evidencia de lesiones mamarias. Posteriormente se realizó mamografía con contraste no encontrando realces patológicos ni otros hallazgos reseñables. Se realizó además un TC de cuello, tórax y abdomen descartando un posible tumor primario o síndrome proliferativo. Se realizó BAG guiada por ecografía de una de las adenopatías axilares con un análisis histológico en el que se describe parénquima ganglionar infiltrado por una proliferación epitelial maligna muy atípica con K7 y K19 positivos. Los receptores hormonales (RH), la citoqueratina

20 y el factor de transcripción tiroidea (TTF1) fueron negativos, confirmando la naturaleza metastásica, con probable origen mamario como primera posibilidad. Por su parte el punch de piel fue negativo para malignidad.

El cáncer de mama oculto se define como aquella neoplasia que se expresa con una adenopatía metastásica, sin manifestación clínica ni radiológica del tumor primario en la mama. Es una entidad poco frecuente, representando en torno al 0,1-0,8% de los nuevos diagnósticos y su incidencia no disminuye pese a la mejora en las pruebas de imagen.

Resultados

En el caso de nuestra paciente, el resultado de la biopsia ha sido determinante para el diagnóstico de sospecha ante los resultados negativos del resto de pruebas complementarias.

Conclusiones

El cáncer oculto de mama se presenta, generalmente, con metástasis axilar sin afectación mamaria en las pruebas de imagen y en algunos casos incluso sin lesión histológica.

Aunque el resto de pruebas sean necesarias, hay que tener en cuenta la realización de BAG en un período lo más inicial posible del algoritmo diagnóstico, evitando demoras innecesarias en el diagnóstico y tratamiento.

RES0405 Angiosarcoma primario de mama: a propósito de un caso clínico.

Javier Rafael Córdoba López[1], Julia Amparo Delgado Sánchez[1], Salvador Francisco Calzado Baeza[2], Pablo Vázquez Barros[2]

[1]Hospital Santa Ana Cirugía General
[2]

Objetivos

A continuación se presenta un caso clínico de angiosarcoma primario de mama, neoplasia rara con hallazgos radiológicos a menudo inespecíficos o normales, y pronóstico desfavorable debido a su rápido crecimiento, alta tasa de recidiva local y aparición precoz de metástasis.

Material y Métodos

Mujer de 49 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta por mastalgia izquierda de un año de evolución. Los estudios iniciales (ecografía mamaria y PAAF) fueron inespecíficos, informando aumento difuso de densidad mamaria, engrosamiento cutáneo y material hemático sin signos de malignidad. La exploración física reveló una masa tumefacta de más de 6 cm en el cuadrante superoexterno/retroareolar de la mama izquierda, con mala relación mama-tumor. Se realizó tumorectomía con márgenes por sospecha de tumor vascular. El estudio anatomopatológico informó angiosarcoma de alto grado. Se completó

tratamiento quirúrgico con mastectomía izquierda ampliada. El resultado confirmó tumoración de 8 cm con márgenes libres. Recibió radioterapia adyuvante pero meses después presentó metástasis pulmonares, óseas (columna, esternón, costillas, maxilar) y en partes blandas (encía y ala nasal). Fue tratada con Taxol, gencitabina y Pazopanib, con respuesta parcial y progresión posterior. Finalmente falleció durante la inducción de la sedación terminal en domicilio.

Resultados

El angiosarcoma mamario primario es extremadamente infrecuente y suele presentarse como una masa dolorosa de rápido crecimiento, no adherida a planos profundos. Hasta un tercio de los casos pueden presentar hallazgos radiológicos normales o inespecíficos. En este caso, el diagnóstico inicial fue equívoco, considerándose inicialmente una mastitis. Tras tumorectomía inicial, el estudio anatomopatológico confirmó angiosarcoma de alto grado con expresión masiva de CD31 y CD34 y alto índice de proliferación. Se realizó mastectomía ampliada con márgenes libres. Posteriormente, recibió radioterapia adyuvante y poliquimioterapia tras la aparición de metástasis múltiples, con evolución desfavorable y fallecimiento en menos de un año tras la cirugía.

Conclusiones

El angiosarcoma de mama es un sarcoma primario que presenta una incidencia es extremadamente baja. Suele afectar a mujeres jóvenes, con crecimiento rápido. El diagnóstico se basa en el análisis histológico e inmunohistoquímico. El tratamiento de elección es quirúrgico mediante mastectomía con márgenes amplios. La recidiva local es común y suele preceder a la diseminación metastásica. El pronóstico es desfavorable, con una media de supervivencia de 1,9-2,1 años. La quimioterapia y radioterapia pueden considerarse en casos seleccionados, pero su beneficio no está claramente establecido. La sospecha clínica debe mantenerse alta ante lesiones vasculares de la mama, incluso con histología inicialmente benigna.

RES0421 Linfoma primario de mama: presentación de dos casos clínicos y revisión de la literatura

Sara Taleb Kadiri[1], Maria José Priego Cubero[1], Sara Ruz Portero[2], Carlos Santos Macías[3], María Amores Vergara[4], Maria Pilar De Irigoyen Garcia[5], Isabel Mena Piedra[5], Patricia Sánchez Tejedor[6], Manuel Rueda Sepúlveda[5]

[1]Hospital de la Serranía de Ronda Ginecología
[2]Anatomía Patológica
[3]Hospital de la Serranía de Ronda
[4]Hospital de la Axarquía
[5]
[6]Ginecología

Objetivos

Describir los casos de linfoma primario de mama diagnosticados en nuestro centro entre

2022 y 2025, así como revisar la literatura sobre esta entidad infrecuente

Material y Métodos

Se recopilaron datos clínicos, radiológicos, anatomopatológicos y terapéuticos de los casos identificados entre 2022 y 2025. Además, se realizó una revisión bibliográfica sobre el linfoma primario de mama.

Resultados

Se presentan dos casos clínicos:

- Caso 1: Mujer de 52 años en seguimiento por nódulo mamario no calcificado (BI-RADS 0). La RM mostró sospecha de carcinoma mamario bilateral avanzado, con afectación axilar. A la exploración física se detectó una masa de 6 cm en mama derecha (MD) y varios nódulos en mama izquierda (MI), además de adenopatías axilares bilaterales. El TAC evidenció grandes masas en MD y lesiones en MI, compatibles con neoplasia bilateral. La biopsia (BAG) reveló linfoma no Hodgkin tipo B, compatible con linfoma de zona marginal. Se inició tratamiento quimioterápico con Rituximab y Bendamustina.

- Caso 2: Mujer de 62 años, en programa de cribado, con nódulo subcutáneo en CSE de MI (13 × 17 mm, BI-RADS 4A) y otra lesión sospechosa en CSI (BI-RADS 4B). Se realizó BAG y posteriormente biopsia quirúrgica que informó linfoma no Hodgkin tipo B, subtipo folicular de alto grado, sin centrocitos. La RM mostró afectación cutáneo-subcutánea. El estudio de extensión fue negativo. Se inició tratamiento con R-CHOP.

Conclusiones

El linfoma primario de mama (LPM) es una neoplasia infrecuente, representando del 0,04% al 0,5% de los tumores malignos de mama. Carece de signos clínicos o radiológicos específicos, lo que dificulta su diferenciación del carcinoma mamario. El diagnóstico es exclusivamente anatomopatológico y debe realizarse en ausencia de afectación sistémica.

La mayoría de los LPM corresponden a linfomas B, siendo el tipo más común el linfoma difuso de células B grandes. El tratamiento se basa en quimioterapia, frecuentemente con esquemas como CHOP asociados a Rituximab. La radioterapia puede emplearse de forma complementaria. La cirugía se limita al diagnóstico histológico.

El manejo del LPM debe ser multidisciplinario, con un enfoque terapéutico multimodal. La identificación temprana y precisa es fundamental para evitar tratamientos quirúrgicos innecesarios y optimizar el pronóstico mediante terapia dirigida.

RES0423 Carcinoma de células escamosas asociado a cápsula de prótesis mamaria. A propósito de un caso.

Carolina Hamdan Carnerero[1], Sara Corral Moreno[1], Sonia Rivas Fidalgo[2], Natalia Torres Waldhaus[2], César Barsen Pérez Izquierdo[2], Jacobo Sánchez Randulfe[2], Luis Jacobo Cabañas Montero[2], Jose María Fernández Cebrián[2]

[1]Hospital Ramón y Cajal Cirugía General y del Aparato Digestivo
[2]

Objetivos

Presentamos el caso de una mujer de 70años con antecedentes de mamoplastia de aumento estético en el 2000 que acude en 2025 por aumento de volumen de mama izquierda de años de evolución.

Material y Métodos

Se decide intervención por parte de Cirugía Plástica para extracción de prótesis mamarias. Durante la cirugía se objetiva en la mama izquierda abundante líquido denso blanquecino en bolsillo periprotésico y formaciones granulares blancas adheridas a la cápsula,así como la prótesis mamaria rota. Se extrae y se realiza una capsulectomía.

La anatomía patológica revela carcinoma de células escamosas bien diferenciado de cápsula periprotésica. Con unas dimensiones de 9x3mm y márgenes quirúrgicos libres,el profundo a 0,2mm. No existe infiltración perineural ni invasión vascular.

En los estudios de imagen posteriores se objetiva en la ecografía ganglios linfáticos axilares izquierdos en“tormenta de nieve” compatible con infiltración por silicona. También se realiza PET-FDG que no puede descartar tejido tumoral viable.

Actualmente, tras revisar el caso en comité multidisciplinar, la paciente se encuentra pendiente de cirugía de mastectomía y ampliación de márgenes.

Resultados

La mamoplastia de aumento estético es un procedimiento ampliamente realizado y seguro en cuanto a complicaciones. Aunque no se ha encontrado relación con el carcinoma infiltrante de mama convencional,es conocida la existencia de otras neoplasias asociadas a las prótesis de mama, sobre todo del linfoma anaplásico de células grandes.

Existen otro tipo de neoplasias asociadas a las prótesis de mama, menos frecuentes, pero importantes de conocer por su diferencia en cuanto al pronóstico y manejo.

Existen unos veinte casos publicados del carcinoma escamoso asociado a la cápsula de prótesis mamarias.

Se cree que la inflamación crónica por la prótesis conduce a la epitelización de la capa interna de la cápsula, con transformación a metaplasia y finalmente a neoplasia de células escamosas, basado en la infiltración celular cónica y áreas de metaplasia escamosa observadas.

Las revisiones realizadas recogen una edad media de presentación de 52años con un tiempo de desarrollo de 25 años desde la cirugía. Los síntomas iniciales más comunes fueron inflamación,dolor y eritema. Se asocia tanto a prótesis lisas como texturizadas, encontrándose la misma intacta en el 80% de los casos.

Conclusiones

Este tipo histológico presenta una mortalidad del 40% a los 6meses, por lo que,aunque el tratamiento sigue en debate,un manejo agresivo está justificado.

Se recomienda tratamiento quirúrgico inicial con resección de prótesis y cápsulectomía, considerando mastectomía y resecciones amplias. Posteriormente se ha de valorar en comité multidisciplinar el mejor tratamiento sistémico, quimioterapia y/o radioterapia.

RES0425 "Características clínicas del cáncer de mama en mujeres con antecedente de uso de sistema intrauterino con levonorgestrel: un análisis retrospectivo"

Cosme Velasco Muñoz[1], Leyre García Urrutia[2], Carmen Pintado Izquierdo[1], Alicia Ramirez Castán[3], Maria Arellano Hermida[4], Marta Pérez de Aguado Rodríguez[1], Elisa Moreno Palacios[1], José Ignacio Sánchez Méndez[4]

[1]Hospital Universitario La Paz Ginecología y Obstetricia
[2]Hospital Universitario de Navarra Ginecología y Obstetricia
[3]Hospital Universitario La Paz Ginecologiá y Obstetricia
[4]

Objetivos

Recientemente se han publicado varios trabajos (Yuk et al., 2025) que relacionan el dispositivo intrauterino levonorgestrel (DIU LNG) con el cáncer de mama. El propósito de este estudio fue analizar las características clínicas, patológicas y terapéuticas de una cohorte de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama que en el momento diagnóstico eran portadoras de DIU-LNG.

Material y Métodos

Estudio observacional, retrospectivo de la población de mujeres atendidas por cáncer de mama en nuestro centro, desde enero de 2010 hasta diciembre de 2024 , que incluyó las

mujeres diagnosticadas de cáncer de mama y que eran portadoras de DIU-LNG. Se recogieron variables demográficas, tumorales, biológicas y de tratamiento. El análisis estadístico se realizó mediante IBM SPSS Statistics v28.

Resultados

Se incluyeron 63 pacientes con una mediana de edad al diagnóstico de 47 años (RIQ 43–50). Siete pacientes (11%) presentaron cáncer de mama bilateral. En el momento del diagnóstico, el 60% de los casos (n=38) correspondieron a carcinomas localizados. El tamaño radiológico de los tumores mostró una mediana de 20 mm (RIQ 13–29), con afectación axilar confirmada por ecografía-PAAF en 13 pacientes (20%).

En cuanto al perfil biológico, el 71%(n=45) de los carcinomas fueron ductal infiltrante, los subtipos luminales (A y B) fueron los más frecuentes, observándose en 44 casos (69%). El índice de proliferación Ki67 presentó una mediana del 12% (RIQ 10–35). La positividad para receptores HER2 se identificó en 7 pacientes (11%).

Respecto al tratamiento recibido, 16 pacientes (25%) fueron candidatas a quimioterapia neoadyuvante. El resto de la cohorte fue tratada mediante cirugía primaria. Se realizó biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) en 53 pacientes (84%), de las cuales 17 (26%) presentaron metástasis ganglionares, requiriendo linfadenectomía en 10 casos (15%)

Conclusiones

En esta serie, las pacientes con cáncer de mama y uso de DIU-LNG presentaron una mediana de edad relativamente baja al diagnóstico y una alta proporción de tumores luminales con baja proliferación. Aunque la mayoría de los casos fueron localizados, un porcentaje no despreciable mostró afectación ganglionar. Estos hallazgos subrayan la necesidad de estudios adicionales que evalúen el posible papel del DIU-LNG como factor modulador del entorno hormonal mamario y su relación con las características tumorales y la edad de presentación del cáncer de mama.

RES0427 Glomerulonefritis membranosa como manifestación paraneoplásica de un carcinoma de mama triple negativo: a propósito de un caso.

Vanesa Rayo López, Ines Gil Prados, Miriam De la Puente Yagüe, Juana María Brenes Sánchez, Isabel Rodríguez Piñero, Ana Isabel Membrilla Ortíz, María Rosa Cabras Sánchez-Ramos, Cristina Huerga López, Jorge Ruiz Rodríguez, María Herrera de la Muela

Objetivos

Conocimiento etiopatogénico y diagnóstico de los síndromes paraneoplásicos en pacientes con cáncer de mama, resaltando la importancia del reconocimiento y manejo precoz.

Material y Métodos

Se presenta el caso de una mujer de 44 años que consulta por clínica respiratoria y edemas en miembros inferiores. Se objetiva en el estudio inicial proteinuria en rango nefrótico e hipoalbuminemia. Se realiza biopsia renal informando de nefropatía membranosa estadio 1, con anti-PLA2R negativo en suero, pero positivo en tejido. Ante hallazgo de posible lesión pulmonar en TAC y dada la sospecha de síndrome paraneoplásico, se solicita PET-TAC, que identifica un nódulo mamario derecho sospechoso y un ganglio axilar hipermetabólico. La mamografía posterior evidencia un grupo extenso de microcalcificaciones de 10 cm y un nódulo de 10 mm del que se toma biopsia, informado de carcinoma infiltrante de mama no tipo específico, triple negativo. La punción del ganglio axilar confirma macrometástasis. Se decide tratamiento sistémico con quimioterapia neoadyuvante.

Resultados

La prevalencia de síndromes paraneoplásicos en pacientes con cáncer de mama es menor al 1%, pero su reconocimiento precoz es crucial ya que pueden preceder al diagnóstico oncológico. Estos síndromes no son debidos a invasión tumoral directa ni a metástasis, y afectan principalmente los sistemas neurológico, endocrino, hematológico, dermatológico y musculoesquelético. La glomerulonefritis membranosa es la glomerulopatía más frecuente asociada a tumores sólidos, pero el cáncer de mama solo representa el 7% de tumores asociados a esta nefropatía. Aunque no se conoce exactamente la fisiopatología de la glomerulopatía paraneoplásica, parece existir una respuesta inmunomediada a los antígenos tumorales. El tratamiento del tumor frecuentemente asocia la remisión del síndrome nefrótico.

Conclusiones

La glomerulonefritis membranosa puede presentarse como una manifestación paraneoplásica en pacientes con cáncer de mama. El reconocimiento precoz es esencial para lograr un diagnóstico temprano y proponer un tratamiento eficaz. En ausencia de una causa evidente, ante un síndrome nefrótico se debe realizar un despistaje de neoplasias ocultas. El control del tumor suele provocar la remisión de la nefropatía, siendo esencial un abordaje multidisciplinar.

RES0438 Sarcoidosis mimetizando metástasis visceral en cáncer de mama: importancia del diagnóstico diferencial en estadificación oncológica

Enrico Alberto Hernández Bascetta[1], María Haendel[1], Carlos Velandia[2], Lilibeth Manzi[2]

[1]Iolr Patología Mamaria

[2]

Objetivos

Describir un caso clínico de sarcoidosis en una paciente con cáncer de mama metastásico, donde la enfermedad granulomatosa imitó metástasis viscerales, y

analizar el impacto de este hallazgo en la estadificación, el abordaje terapéutico y el pronóstico. Se busca destacar la necesidad de diagnóstico diferencial riguroso en pacientes con hallazgos imagenológicos sugestivos de diseminación neoplásica, en presencia de una enfermedad inflamatoria concomitante como la sarcoidosis.

Material y Métodos

Se analizó un caso clínico de una paciente de 64 años con cáncer de mama Luminal B, Her2 negativo, inicialmente diagnosticada con metástasis óseas y peritoneales. El abordaje incluyó estudios imagenológicos (ecografía, tomografía, PET-CT), biopsia mamaria, estudios inmunohistoquímicos y tratamiento sistémico primario, seguido de cirugía conservadora de mama y biopsia de peritoneo. Se incluyó discusión con comité multidisciplinario y revisión de literatura.

Resultados

La paciente presentó síntomas abdominales y lesiones sugestivas de metástasis, incluyendo ascitis y masas anexiales. Tras tratamiento sistémico con quimioterapia y hormonoterapia, se realizó cirugía. La biopsia peritoneal reveló granulomas no caseificantes, sin evidencia de malignidad, y negativos para Ziehl-Neelsen y PCR para micobacterias. El PET-CT no mostró captación patológica sugestiva de enfermedad tumoral activa. El caso fue reevaluado por un equipo multidisciplinario que concluyó diagnóstico de sarcoidosis. Actualmente, la paciente se encuentra estable bajo tratamiento hormonal y observación.

Conclusiones

La sarcoidosis puede imitar clínicamente metástasis viscerales en pacientes con cáncer de mama, llevando a errores en estadificación y decisiones terapéuticas innecesarias. La FDG-PET/CT, aunque valiosa, no distingue entre inflamación granulomatosa y tejido tumoral, por lo que la confirmación histopatológica sigue siendo esencial. Este caso resalta la importancia del diagnóstico diferencial y del manejo multidisciplinario para evitar tratamientos oncológicos agresivos en pacientes con entidades inflamatorias no malignas que simulan progresión tumoral.

Cirugía oncoplástica y reconstructiva

RES0019 Seguridad oncológica de la mastectomía ahorradora de piel con preservación del complejo areola-pezón: Impacto en recurrencia y reconstrucción inmediata.

Yorveliz Ayling Jiménez Adrianza, Carmen Buqueras Bujosa, Maria Angeles Vasco, Julia Lugon, Sara Lopez, Oriol Cases, María Gijón
Hospital Moises Broggi Cirugía General Y De Aparato Digestivo

Objetivos

Evaluar la tasa de recurrencia o aparición del cáncer de mama en la mastectomía ahorradora de piel y complejo areola-pezón (MAP-CAP), incluyendo a las pacientes BRCA, analizar el uso de la radioterapia adyuvante y la importancia de la biopsia retroareolar peroperatoria.

Material y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de 94 pacientes sometidas a MAP, con y sin preservación del complejo areola-pezón (CAP), entre 2021 y 2024. Se registraron variables clínicas y oncológicas, incluyendo el uso de radioterapia adyuvante, cirugía profiláctica, tipo de reconstrucción y la realización de la biopsia retroareolar intraoperatoria en todos los casos de preservación del mismo.

Resultados

Radioterapia adyuvante: Se incluyeron pacientes con criterios como afectación axilar, tumor mayor de 2 cm, grado histológico, y biología molecular. Del total, 61 fueron sometidos a MAP con preservación del CAP; de ellos, 39 no recibieron radioterapia adyuvante. De los cuales no se observaron recurrencias locales, registrándose 2 casos de recurrencia a distancia.

Cirugía Profiláctica: 13 Pacientes Fueron sometidas a MAP con preservación del CAP, portadoras de mutación BRCA u otra. Hasta la fecha ninguna ha desarrollado cáncer de mama.

Reconstrucción con prótesis: Los 61 pacientes sometidas a MAP-CAP, a 41 se les realizó reconstrucción con prótesis. De este grupo,12 recibieron radioterapia adyuvante y la complicación más frecuente fue la contractura capsular.

Biopsia retroareolar peroperatoria: Con un total de 58 biopsias, de las cuales 6 resultaron positivas, modificando la conducta quirúrgica y contraindicando la preservación del CAP en dichos casos. De las 61 pacientes a los que se le realizó MAP con preservación del CAP, a 52 se les realizó biopsia, los 9 restantes se excluyeron por ser una intervención profiláctica.

Recurrencias: Se documentaron 4 casos de recurrencia a distancia, las cuales se observaron con tumores entre 2 y 5 cm, o más de 5 cm, en el cuadrante superoexterno, con compromiso axilar. La anatomía patológica confirmó carcinoma ductal infiltrante y carcinoma lobulillar infiltrante. Aquellas que se les practicó MAP-CAP, que no han recibido radioterapia adyuvante hasta la fecha del estudio, no se ha observado recurrencias locales.

Conclusiones

MAP con preservación del CAP es una técnica oncológica segura, sin tasa de recurrencia local, incluso en pacientes que no recibieron radioterapia adyuvante. La biopsia

retroareolar peroperatoria es fundamental para la preservación segura del CAP. Las pacientes sometidas a cirugía profiláctica por mutaciones genéticas no presentaron eventos oncológicos durante el seguimiento. Sin embargo, estudios con un seguimiento prolongado serán necesarios para validar estos hallazgos.

RES0031 Reconstrucción inmediata en mamas hipertróficas con implantes de poliuretano en plano prepectoral y colgajo dermograso inferior.Nuestra experiencia

Araceli Hernández Ramos[1], Francisco Torres García[1], Beatriz Iniesta Lima[2], Sara De Toro[2], Paula Rodriguez Vielba[2], Miriam De la Puente[3], María Herrera de la Muela[3], Javier Buendía Pérez[4]

[1]Hospital Clínico San Carlos Cirugía Plastica y Reparadora
[2]
[3]Servicio de Ginecología (Patología Mamaria)
[4]Cirugía Plastica y Reparadora

Objetivos

La reconstrucción de mama con protesis directa en mamas ptósicas o hipertróficas es uno de los procedimientos quirúrgicos más habituales que realizamos en nuestra Unidad Multidisciplinaria de patología Mamaria.

El plano prepectoral nos ofrece grandes ventajas como menor dolor postoperatorio, acorta la estancia hospitalaria y evita deformidades por dinamismo del músculo pectoral.

Material y Métodos

Presentamos nuestra experiencia desde 2022 a la actualidad con 25 pacientes sometidas a mastectomía bilateral y reconstrucción inmediata con implantes de poliuretano en plano prepectoral (50 implantes).

Todas las pacientes incluidas en esta serie tenían mamas hipertróficas o ptosis severa. 5 mastectomías fueron terapeúticas y 45 reductoras de riesgo.

Como criterios de exclusión consideramos haber recibido radioterapia previa y presentar un indice de masa corporal mayor de 35.

El abordaje en todos los casos ha sido con patrón de Wise conservando el complejo areola-pezón previa biopsia intraoperatoria de la zona.

Tallamos un colgajo dermograso inferior para mejor cobertura del implante en casos de dehiscencia o necrosis cutánea en la zona de la T de la cicatriz del surco submmario.

Empleamos implantes de poliuretano no mayores de 500cc y de peso reducido, para evitar complicaciones y elongación del polo inferior.

El CAP se transfiere mediante colgajo portaeolar o injerto en función de la vascularización. En pacientes fumadoras o dudosa viabilidad lo colocamos como injerto con apósito atado.

* Se aporta iconografía detallada de la técnica.

Resultados

Como complicación reseñable hemos tenido un hematoma que requirió drenaje quirúrgico en el postoperatorio inmediato. No hemos objetivado seromas ni extrusión de protesis.

En la revisión al año dos pacientes han presentado rippling en polo superior.

El grado de satisfacción y calidad de vida se ha evaluado mediante el cuestionario Breast-Q.

Conclusiones

La reconstrucción inmediata en mamas hipertróficas con implantes de poliuretano en plano prepectoral mediante patrón de Wise y colgajo dermograso inferior, nos parece una muy buena opción en este tipo de pacientes.

Consideramos de gran importancia la selección adecuada de los casos y la colaboración estrecha del equipo multidisciplinario para asegurar unos colgajos de mastectomía uniformes y con buena vascularización.

Es Una Técnica Eficaz, Con Estancia Hospitalaria De 24-48 Horas Con Menor Dolor Postoperatorio Y Coste Económico Razonable.

Los resultados hasta la fecha han sido muy satisfactorios.

Harán falta más estudios y seguimiento a largo plazo para determinar el comportamiento de estos implantes.

RES0056 Reconstrucción mamaria bilateral inmediata con colgajo TUG en paciente con cáncer de mama multicéntrico y afectación axilar: reporte de un caso clínico

Andrea Peña Y Lillo Rodríguez, Raiza Gonzales Gamarra, Beatriz Albi Martín, Marta Gutierrez Martin, Rocío Sanchez García, Andrea Prieto Alberca

Objetivos

La reconstrucción de mama con protesis directa en mamas ptósicas o hipertróficas es uno de los procedimientos quirúrgicos más habituales que realizamos en nuestra Unidad Multidisciplinaria de patología Mamaria.

El plano prepectoral nos ofrece grandes ventajas como menor dolor postoperatorio, acorta la estancia hospitalaria y evita

deformidades por dinamismo del músculo pectoral.

Material y Métodos

Se trata de un caso clínico de una mujer de 40 años, sin antecedentes personales o familiares relevantes, con un diagnóstico de Carcinoma ductal infiltrante multicéntrico de mama derecha T3N2M0 G3 RE+ 90%, RP+ 90% HER2 Negativo KI10-15% con afectación axilar positiva en más de tres ganglios, recibe tratamiento con quimioterapia neoadyuvante con taxanos y antraciclinas con una respuesta al tratamiento parcial mayor casi completa en mama y en axila. Es sometida a una mastectomía derecha terapéutica con linfadenectomía axilar y Mastectomía izquierda profiláctica.

Se realizó reconstrucción mamaria bilateral inmediata con colgajo TUG. Para la elección del colgajo se tuvo en cuenta:

- Paciente delgada, sin tejido abdominal suficiente para colgajo DIEP.

- Buen tono y volumen en región proximal interna del muslo.

- Preferencia por reconstrucción autóloga.

- La cirugía cursó sin incidencias y el resultado postoperatorio fue favorable.

Resultados

El colgajo transverso superior/miocutáneo del músculo grácil es un colgajo basado en la parte medial del muslo, reservado principalmente como una opción secundaria para la reconstrucción autóloga de mamas pequeñas a medianas en mujeres en las que por cualquier motivo no se puede utilizar un colgajo abdominal. Su aporte sanguíneo depende de la arteria femoral circunfleja medial y asocia una morbilidad relativamente baja para el sitio donante. La principal desventaja es el volumen limitado que se puede conseguir, lo que a menudo requiere técnicas de aumento como la necesidad de añadir grasa autóloga o incluso la colocación de implantes.

Conclusiones

El colgajo TUG es una alternativa reconstructiva secundaria en pacientes sometidas a mastectomía uni o bilateral que desean un volumen mamario pequeño o moderado. Nos aporta resultados estéticos adecuados con una morbilidad baja.

RES0058 Rehabilitación abdominal tras reconstrucción mamaria con colgajo diep libre. Qué sabemos, qué hacemos y qué podemos mejorar.

Javier González Parreño[1], Paul Sánchez Pastor[2], Cinzia Grassi Fernandez[3], Irene Fernandez Garcia[3], Juan Torres Garcia[3]

[1]HU Puerta Del Mar Cirugía Plástica, Estética Y Reparadora
[2]HU Puerta Del Mar Cirugía Plástica
[3]HU Puerta Del Mar Cirugia Plastica

Objetivos

El bulging abdominal es una complicación en la zona donante del colgajo DIEP libre, que pese a los avances y mayor conocimiento sobre esta técnica, sigue existiendo hoy en día, provocando un importante deterioro en la calidad de vida de las pacientes que lo sufren.

Si bien estudios recientes han estudiado algunos factores de riesgo relacionados la incidencia de dicha complicación, no existe consenso sobre la técnica ideal de cierre abdominal, ni sobre la pauta de ejercicios y medidas de fisioterapia recomendadas al alta.

Proponemos una revisión de la literatura sobre el tema, un análisis de la incidencia en nuestro centro y una propuesta de estudio incluyendo medidas de fisioterapia y ejercicios de rehabilitación para el fortalecimiento de la pared abdominal y musculatura del core en nuestras pacientes intervenidas de reconstrucción mamaria con colgajo DIEP.

Material y Métodos

Se realiza una revisión sistemática de la literatura sobre la incidencia de bulging abdominal en el postoperatorio de reconstrucción mamaria mediante colgajo DIEP.

Analizamos 207 pacientes intervenidas en nuestro centro entre los años 2017 y 2025 con colgajo DIEP microquirúrgico. Se incluyen datos epidemiológicos, técnica de cierre abdominal y aparición de complicaciones en la zona donante.

Se expone ensayo clínico aleatorizado que está siendo llevado a cabo en nuestro centro a día de hoy, y sus primeros resultados.

Resultados

Se exponen áreas de acuerdo y de conflicto científico en cuanto a las recomendaciones en estas pacientes.

En nuestro centro observamos una incidencia de bulging abdominal del 6,1% en estas pacientes, que concuerda con la literatura disponible, sin observarse clara asociación con factores de riesgo como obesidad, y sin relación aparente con el tipo de técnica empleada para el cierre abdominal.

Conclusiones

Existe una ausencia de consenso en cuanto al manejo general de la pared abdominal en las pacientes sometidas a un colgajo DIEP.

Sería necesario consensuar de un modo multicéntrico un protocolo optimizado de rehabilitación de estas pacientes, que redunde en una mayor calidad de vida de las mismas, objetivo último del Ensayo Clínico Aleatorizado que exponemos.

RES0060 Prótesis expansoras como alternativa para reconstrucción mamaria

Raúl Sánchez Pastor, Irene Fernandez García, Javier González Parreño, Juan Torres García, Ángela Athenea García Ruano Hospital Universitario Puerta Del Mar Cirugía Plástica

Objetivos

El objetivo del estudio fue analizar los resultados clínicos, complicaciones y necesidad de cirugías adicionales en pacientes sometidas a reconstrucción mamaria con expansores tipo Becker, tanto inmediata como diferida. Asimismo, se buscó establecer indicaciones adecuadas para su uso, evaluando su eficacia real como técnica de un solo tiempo quirúrgico.

Material y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo multicéntrico de 126 pacientes intervenidas con expansores bicamerales tipo Becker (Allergan 150 SH y Becker 35) en los hospitales Gregorio Marañón y Puerta del Mar entre 2010 y 2024. Se recogieron datos clínicos, quirúrgicos y demográficos, así como complicaciones, necesidad de recambio protésico y resultados estéticos. Se utilizó SPSS v21 para el análisis estadístico, incluyendo Chi-cuadrado y regresión logística.

Resultados

La media de edad fue de 49,9 años y el IMC de 25,17 kg/m². El 46,8 % de las reconstrucciones fueron inmediatas. En promedio, se realizaron 2,4 cirugías por paciente. El 46,8 % de los implantes se mantuvieron como definitivos. Se observaron complicaciones en el 55,6 % de los casos, destacando contractura capsular (14,3 %), molestias por la válvula (13,5 %), exposición (4 %) e infección (2,38 %). No hubo asociación significativa entre el recambio del implante y factores como edad, IMC, tabaquismo o tratamiento adyuvante. Sin embargo, se halló relación significativa entre el tipo de cirugía oncológica y la necesidad de recambio, siendo menor en pacientes con mastectomía bilateral (16,7 %) frente a mastectomías simples o con ganglio centinela, que multiplicaron por 7-8,5 el riesgo de reintervención.

Conclusiones

La reconstrucción con expansores tipo Becker no debe considerarse una técnica de un solo tiempo salvo en casos muy seleccionados. Las indicaciones más apropiadas son pacientes con mamas de tamaño medio, sin necesidad de radioterapia, con reconstrucción bilateral o mastectomía profiláctica por mutación BRCA. En otros contextos, presenta una alta tasa de complicaciones y reintervenciones. Utilizado correctamente, puede ser una opción coste-efectiva, pero requiere una cuidadosa selección de pacientes para evitar malos resultados y procedimientos adicionales.

RES0069 Reconstrucción mamaria inmediata prepectoral con implantes de poliuretano: experiencia y resultados tempranos en mastectomías terapéuticas y de reducción de riesgo.

Giovanni Vento, Carlos Fuster, Alberto Rios, Vincenzo Maisto, Teresa Perez, Maria Caballero, Ernesto Sanz Instituto Valenciano De Oncología Servicio De Cirugía. Unidad De Mama.

Objetivos

Existe un renovado interés por la reconstrucción prepectoral postmastectomia.

Nuestro objetivo fue describir la factibilidad, la técnica y las complicaciones asociadas con la reconstrucción inmediata utilizando implantes prepectorales de poliuretano, para mujeres con cáncer de mama, o portadoras de mutaciones sometidas a cirugía de reducción de riesgo.

Material y Métodos

Se realizó una revisión retrospectiva unicéntrica de 50 pacientes (edad media de 47 años), desde marzo de 2022 hasta marzo de 2025, que se sometieron a mastectomía ahorradora de piel y pezón (*NSM)* y reconstrucción inmediata basada en implantes prepectorales de poliuretano. Se realizaron 78 procedimientos, en 64 utilizamos una incisión en línea intercuadrantica externa (LICE) y en 14 la incisión se realizo en el surco submamario lateral, colocamos siempre dos drenajes tipo redon Nº12, preferiblemente retroprotesico, que retiramos en forma temprana. Tiempo medio de la mastectomia con la reconstrucción inmediata fue de 100 min. Tiempo de estancia media 2,5 dias. Todos los procedimientos fueron realizados por cirujanos senior de la Unidad de Mama.

Resultados

Se realizaron un total de 78 mastectomías con reconstrucción con implantes directos prepectorales; 40 en pacientes portadoras de mutación y 38 en cáncer de mama. De los 50 pacientes, 8 requirieron revisión quirúrgica, debido a hematoma (1), dehiscencia de la herida (2), infección (1) y necrosis de la piel o del complejo areolar-pezón (CAP) de espesor total (4). La asociación con radioterapia previa (RTP) no fue significativa. Al incluir las razones oncológicas y el deseo del paciente en la conservación de CAP, nuestra decisión de realizar una NSM estuvo influenciada por el tamaño y la forma de la mama como por el *status* oncológico de la paciente. En nuestra corta experiencia hemos tenido solo una recaída tumoral, en una paciente mutada PAL B2 y con antecedente de cancer de mama Nuestras complicaciones, 10 %, son consonas con las de la literatura.

Conclusiones

La experiencia con la reconstrucción prepectoral con implantes de poliuretano es un procedimiento fiable. La irradiación mamaria previa no aumenta las tasas de complicaciones postoperatorias en nuestra serie. La preservación de la CAP se decidió

de acuerdo con el estadio oncológico y a la forma de la mama. Es necesario informar claramente a las pacientes sobre los cambios estéticos que van a presentar.

RES0092 Mastectomía radical ampliada asociada a colgajo miocutáneo de dorsal ancho

Sofía Moreno Pajuelo[1], Jose Pablo Moriano Azabal[2], María Afanador Rodríguez[1], Maria Isabel Correa Antúnez[3], José Luis Amaya Lozano[3], María Jesús Mejuto Carril[4], Manuel Rodríguez Díaz[3], David García Espada[3]

[1]Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz Cirugía General y del Aparato Digestivo
[2]Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz Cirugía General y del Aparto Digestivo
[3]Hospital Perpetuo Socorro Cirugía de Mama
[4]Hospital Perpetuo Socorro Cirugía de mama

Objetivos

La mastectomía radical ampliada asociada a colgajo miocutáneo de dorsal ancho es una estrategia quirúrgica empleada en el tratamiento de cáncer de mama localmente avanzado.

Se describe la técnica quirúrgica de mastectomía radical ampliada y cierre con colgajo de dorsal ancho para permitir resección completa y cierre en el siguiente caso clínico.

Material y Métodos

Se presenta el caso de una paciente de 58 años sin antecedentes personales de interés que consulta en urgencias por mastalgia de meses de evolución. Nunca se ha realizado mamografías de screening.

A la exploración se objetiva una mama izquierda en coraza asociada a linfedema grado III del miembro superior izquierdo.

Se completa el estudio con una serie de pruebas complementarias (ppcc) siendo diagnosticada de carcinoma de mama localmente avanzado luminal A, receptores hormonales positivos, Ki67 15%, HER2 positivo. Con estos resultados se decide en comité multidisciplinar abordaje con esquema quimioterápico neoadyuvante según el ensayo CLEOPATRA, durante el cual la paciente desarrolla el síndrome de Stevens Johnsson, por lo que ha de pasar al esquema Capecitabina/Lapatinib.

En ppcc de reevaluación se evidencia una excelente respuesta clínica junto a respuesta radiológica parcial; se decide en ese momento la intervención quirúrgica con intención paliativa: mastectomía radical ampliada asociada a colgajo miocutáneo de dorsal ancho.

Resultados

Tras la intervención quirúrgica la paciente fue alta al tercer día postoperatorio.

Por parte de oncología radioterápica recibió 15 sesiones de radioterapia adyuvante. El estudio anatomopatológico de la pieza confirmó el diagnóstico, con hallazgos de carcinoma ductal infiltrante además de componente in situ asociados a la pieza de mastectomía.

Tras más de un año de evolución, la paciente presenta ausencia de enfermedad local y a distancia.

Conclusiones

Es esencial llevar a cabo un abordaje multidisciplinar para el tratamiento integral del cáncer de mama.

La mastectomía radical ampliada seguida de cierre con colgajo de dorsal ancho constituye una herramienta fundamental en el tratamiento de tumores mamarios localmente avanzados, permitiendo una resección oncológica y optimizando la recuperación funcional y estética de la paciente.

RES0106 Mastectomía robótica con Da Vinci Single Port, una nueva técnica por descubrir.

María Catalina Rivas Prieto[1], Puala Andrea Gómez[1], Maite Blanco Guillen[2], Jimena Cantero Piñeiro[2], Carmen Rodriguez Benito[2], Miguel Angel Rodriguez Zambrano[2]

[1]HM Puerta Del Sur Ginecología. Unidad De Mama.
[2]

Objetivos

Analizar a propósito de un caso, la factibilidad, seguridad y beneficios de la mastectomía robótica asistida por el Sistema Davinci Single Port (Sp).

Material y Métodos

Presentamos el caso de una paciente de 37 años con un carcinoma ductal in situ (CDIS), grado 2 y con 45mm de diámetro máximo a la que se le indicó una mastectomía robótica con preservación del pezón y reconstrucción inmediata mediante una sola incisión, realizada el 26/04/2025. Antes de la cirugía, se inyectó un radioisótopo para la biopsia del ganglio centinela.

La incisión de 3cm se realizó en línea media axilar izquierda. Se preparó el espacio de trabajo mediante hidrodisección y realizando disección roma de canales subcutáneos con tijera de Metzenbaum.

Se colocó un protector Alexis® y se insertó una cánula del SP en el GelPoint®, realizando el acoplamiento. Se montaron una pinza bipolar fenestrada, una pinza fenestrada sin energía y una tijera con energía monopolar. Después del desprendimiento completo del parénquima mamario, se liberó el acoplamiento robótico para obtener la muestra. Se realizó una reconstrucción

inmediata con implante prepectoral sin el sistema SP. Se dejó colocado un drenaje.

Resultados

El examen patológico postoperatorio reveló CDIS con márgenes libres y ganglio centinela negativo. La duración total de la intervención fue de 350 minutos. El tiempo de la consola fue de 123 minutos. El tamaño de la pieza fue de 11x10cm. El sangrado estimado fue de 40cc.

La paciente fue dada de alta al segundo día postoperatorio. El drenaje de la mama se retiró el quinto día postoperatorio. Previo al alta, se constataron lesiones cutáneas superficiales compatibles con quemaduras, aunque la paciente estaba asintomática. Se fueron realizando curas seriadas con buena evolución.

Conclusiones

El sistema SP presentó varias ventajas. En primer lugar, comparado con los sistemas multipuerto permitió una disección más precisa del tejido mamario y redujo el tamaño de la incisión. En segundo lugar, se pudo utilizar un tercer brazo que fue útil para la contratracción del tejido. En tercer lugar, el movimiento del codo de los brazos y la articulación de la cámara fue especialmente útil para la visualización de la parte medial de la mama.

Sin embargo, el sistema SP, en nuestro caso, presentó como principal desventaja un tiempo quirúrgico más prolongado que por otras vías al ser nuestra primera intervención realizada con esa técnica.

RES0116 PAP flap en reconstrucción mamaria inmediata: colgajo de elección en pacientes delgadas

Anna Abadal López, Núria Casanova Torrequebrada, Josep Maria Ribas Puntí, Òscar Huc Grasa Hospital Josep Trueta Cirugía Plástica Y Reparadora

Objetivos

Utilizado por primera vez en 2010 por Allen et al. en reconstrucción mamaria, el colgajo de perforante de la arteria femoral profunda (PAP) es una opción que se presenta como alternativa al colgajo DIEP en pacientes seleccionadas. A continuación se presentan una serie de casos en que se optó por este colgajo para reconstrucción mamaria tras una mastectomía.

Material y Métodos

Se realizó una revisión retrospectiva de 14 pacientes intervenidas en el Hospital Josep Trueta de Girona entre septiembre de 2021 y abril de 2024, todas ellas mujeres, con edades entre los 32 y los 62 años. A 11 pacientes se les realizó una mastectomía oncológica y en 3 se realizó de forma profiláctica. Se analizan variables preoperatorias, intraoperatorias y postoperatorias como la supervivencia del colgajo y complicaciones en la zona donante.

Asimismo, se describe el estudio preoperatorio, la técnica quirúrgica y el manejo postoperatorio.

Resultados

Diecisiete colgajos PAP fueron realizados en 14 pacientes. En todos los casos se llevó a cabo una reconstrucción mamaria inmediata tras una mastectomía. La edad media de las pacientes fue 42,35 ± 7,11 años y el IMC medio fue 21,73 ± 2,18 kg/m2. La supervivencia del colgajo fue del 100%, un caso (5,88%) presentó necrosis parcial y otro (5,88%) necrosis grasa. Las principales complicaciones en la zona donante fueron la dehiscencia de sutura y la hipoestesia del muslo. El colgajo PAP aporta el volumen necesario para reconstruir el polo inferior de mamas de pequeño-mediano tamaño, siendo habitual la falta de volumen en el polo superior que requiere de injerto graso posterior (52,9%).

Conclusiones

El colgajo PAP es una buena alternativa al DIEP en reconstrucción mamaria autóloga en pacientes delgadas con escaso panículo adiposo abdominal ya que proporciona el volumen suficiente para la reconstrucción de mamas de pequeño y mediano tamaño. Presenta un pedículo largo y de dimensiones similares a las de los vasos receptores habituales (arteria mamaria interna). Ofrece preservación de la musculatura aductora del muslo y una buena cosmética de la zona donante. En base a los resultados obtenidos, se trata del colgajo de elección para reconstrucción mamaria autóloga en el subgrupo poblacional mencionado en nuestro centro.

RES0121 Técnica de grisotti en enfermedad de paget del cap sin tumor subyacente

Damià Perelló Llabrés[1], Luis Francisco Martín Anoro[1], Raúl Latorre Tomey[2], Álvaro Fustero Bes[2], Daniel Aparicio López[2], Yaiza Martínez Lahoz[2], Marta Allué Cabañuz[2], Luca Ponchietti[2]

[1]Hospital Universitario San Jorge, Huesca Cirugía General Y Aparato Digestivo
[2]

Objetivos

Describir el abordaje diagnóstico y quirúrgico de un caso de Enfermedad de Paget de la mama (EPM) sin carcinoma mamario subyacente, así como evaluar la eficacia oncológica y estética de la cirugía oncoplástica mediante la técnica de Grisotti como alternativa a la mastectomía.

Material y Métodos

Se presenta el caso de una paciente de 77 años con antecedentes de hipertensión, dislipemia, obesidad y artroplastia de cadera. Consultó por lesiones eccematosas en el complejo areola-pezón (CAP) izquierdo de un mes de evolución, con telorragia espontánea. En la exploración física se observó el pezón

umbilicado con lesión granulomatosa de 1 cm, sin masas ni adenopatías. La biopsia cutánea confirmó EPM con inmunohistoquímica positiva para CK7, EMA y GCDFP-15. La mamografía (BI-RADS 2) y la resonancia magnética descartaron carcinoma subyacente. Se realizó una tumorectomía central con extirpación del CAP y reconstrucción con colgajo dermocutáneo según la técnica de Grisotti.

Resultados

El estudio anatomopatológico definitivo informó Enfermedad de Paget pTis con márgenes libres, el más cercano a 5 mm. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta al primer día postoperatorio. A los 6 meses de seguimiento, se encuentra asintomática, sin signos de enfermedad clínica ni radiológica, y satisfecha con el resultado estético. No ha requerido cirugía contralateral ni tatuaje del CAP.

Conclusiones

La EPM es una forma rara de cáncer de mama que suele asociarse a carcinoma subyacente, pero puede presentarse de forma aislada. Ante lesiones eccematosas persistentes en el CAP, debe considerarse esta entidad para evitar retrasos diagnósticos. La cirugía oncoplástica con técnica de Grisotti es una alternativa segura y estéticamente favorable en pacientes seleccionadas, especialmente con mamas grandes y ptósicas, cuando no hay evidencia de tumor palpable ni alteraciones en las pruebas de imagen. Esta técnica permite preservar la mama, mantener márgenes oncológicamente seguros y evitar procedimientos adicionales en la mama contralateral.

RES0131 Manejo de complicaciones postoperatorias en la mastectomia ahorradora de piel y piezón

Damià Perelló Llabrés[1], Luis Francisco Martín Anoro[1], Raúl Latorre Tomey[2], Álvaro Fustero Bes[2], Daniel Aparicio López[2], Marta Allué Cabañuz[2], Yaiza Martínez Lahoz[2], Luca Ponchietti[2]

[1]Hospital Universitario San Jorge, Huesca Cirugía General Y Del Aparato Digestivo
[2]

Objetivos

Presentar un caso clínico de carcinoma ductal in situ (CDIS) bilateral en paciente sin antecedentes médico-quirúrgicos personales, con evolución posoperatoria compleja tras cirugía reconstructiva mamaria. Se discute el abordaje diagnóstico, terapéutico y reconstructivo, así como las complicaciones y manejo multidisciplinar.

Material y Métodos

Paciente mujer de 55 años con antecedente familiar de cáncer de mama, derivada del Programa de Detección Precoz. Mamografía y ecografía evidenciaron microcalcificaciones sospechosas en ambas mamas (BI-RADS 4A y 4B). Se realizó biopsia con aguja gruesa (BAG) de ambas lesiones, informando CDIS

de grado nuclear 2 bilateral, RE-/RP 1+, HER2 3+, Ki67 40% (MD) y 20% (MI). La resonancia magnética confirmó lesiones de tipo no masa con características de realce segmentario bilateral. Se indicó cirugía: mastectomía con preservación de piel y complejo areola-pezón (CAP) bilateral, biopsia selectiva de ganglio centinela y reconstrucción inmediata con prótesis mamaria retropectoral de 295 cc.

Resultados

En el posoperatorio inmediato, la paciente desarrolló un hematoma en mama izquierda que evolucionó de manera lenta pero favorable presentando posteriormente maceración del tercio inferior de herida quirúrgica con extrusión protésica sin signos de infección. Se realizó reintervención con recambio protésico y confección de colgajo toracoabdominal de 6x3 cm. A pesar de la adecuada vascularización inicial (confirmada con verde de indocianina), el colgajo evolucionó hacia hipoperfusión e isquemia establecida. Tres semanas después se objetivó desinserción del colgajo, sin exposición protésica, lo que motivó nueva cirugía: exéresis del colgajo isquémico, retirada de prótesis y colocación de expansor tisular retropectoral (290cc). La evolución posterior fue favorable, sin complicaciones infecciosas, con adecuada cicatrización y expansión progresiva del volumen mamario.

Conclusiones

El caso ilustra un CDIS bilateral sin antecedentes personales, detectado mediante cribado y confirmado por métodos de imagen y biopsia. La reconstrucción inmediata tras mastectomía con colgajo toracoabdominal puede presentar complicaciones graves como isquemia y extrusión protésica, incluso con adecuada planificación e intraoperatorio sin incidencias. El manejo conservador inicial del colgajo isquémico debe ser reevaluado en función de la evolución clínica. La detección precoz de complicaciones y la actuación quirúrgica oportuna permitieron preservar el volumen y funcionalidad mamaria. Este caso subraya la importancia del seguimiento estrecho postoperatorio y el adecuado manejo secuencial de las complicaciones donde un cirujano de mama tiene que tener un arsenal de técnicas quirúrgicas disponibles, para actuar según el momento.

RES0139 Manejo quirúrgico de esteatonecrosis grasa mediante patrón de reducción vertical bilateral en paciente con antecedente de cáncer de mama

Mª Amparo Pellicer Barreda[1], Sílvia Ruiz Cabotà[2], Francisco Castillejos Ibáñez[3], Georgy Kadzhaya[4], Ernesto Muñoz Sornosa[5], Vicente López Flor[5], Marcos Adrianzen Vargas[4], Elvira Buch Villa[4]

[1]Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria Cirugía General y del Aparato Digestivo
[2]Hospital Clínico Universitario de Valencia Ginecología y Obstetricia
[3]Hospital Clínico Universitario de Valencia Cirugía General y del Aparato Digestivo
[4]

[5]*Cirugía General y Digestiva, Unidad de Mama*

Objetivos

Tras una cirugía conservadora seguida de radioterapia, pueden aparecer en la mama gran variedad de hallazgos clínico-radiológicos (colecciones posquirúrgicas, engrosamientos cutáneos, edema, calcificaciones, distorsiones del parénnquima, necrosis grasa) que deben ser conocidos por el cirujano para diferenciarlos precozmente de una recidiva local.

Material y Métodos

Presentamos el caso de una paciente de 53 años con antecedente de cáncer de mama en CSE izquierdo, con estudio de extensión negativo, intervenido en 2017 mediante tumorectomía con incisión periareolar superior, biopsia selectiva de ganglio centinela y vaciamiento axilar reglado de los niveles I y II de Berg. La anatomía patológica resulta de carcinoma infiltrante luminal B HER2 negativo (pT2 pN1a). Posteriormente recibe quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia, sin evidencia de enfermedad en controles posteriores.

La paciente consulta en Noviembre del 2024 por mastalgia izquierda de una semana de evolución, sin fiebre. A la exploración se objetiva induración pétrea y ulceración cutánea superficial en región supra areolar, sin secreción a la digitopresión del pezón, que implica importante asimetría por retracción de los tejidos. Se solicita ecografía ambulatoria que describe nódulo en LIS BI-RADS 4b subyacente a placa indurada cutánea del que se realiza BAG con resultado de esteatonecrosis grasa sin celularidad maligna. Son necesarias curas seriadas con apósitos de terapia de presión negativa hasta resolución del cuadro con integridad cutánea, desarrollando una piel muy adelgazada.

Resultados

Se propone cirugía programada en régimen de CMA para exéresis de esteatonecrosis por dolor que le ocasiona deterioro de la calidad de vida. En mama izquierda se reseca tejido de esteatonecrosis, injerto de CAP y patrón de reducción de rama única. En mama derecha se realiza patrón de reducción de doble rama y reconfección de areola con puntos sueltos. Finalmente se ubica y sutura simétricamente injerto libre de CAP izquierdo. No se dejan drenajes al fin de la cirugía.

Conclusiones

La esteatonecrosis grasa en la mama es una entidad benigna que puede aparecer tras cirugía, radioterapia o traumatismos, con una incidencia entre el 0,6-2,5%. La patogenia suele implicar un daño tisular directo con alteración de la microvascularización e isquemia secundaria a una fibrosis grasa progresiva. En el contexto oncológico, su presentación clínica y radiológica puede ser confusa dado que puede simular una recidiva tumoral que debe descartarse precozmente para poder planificar un abordaje quirúrgico en los casos de lesiones sintomáticas.

RES0170 Mastectomía simple vs mastectomía “conservadora” (Preservadora de piel, preservadora de complejo areola pezón y mastectomía endoscópica): Un análisis comparativo de las complicaciones y calidad de vida de las pacientes con Cáncer de mama

Marta Jiménez Gómez[1], Nora Planellas I Oliveras[2], Annabel Martínez Solá[3], Paula Masó Marodán[4], Mar Vernet Tomás[4], Nuria Argudo Aguirre[5]

[1]Hospital del Mar, Barcelona Unidad de Patología Mamaria
[2]Hospital del Mar, Barcelona Estudiante de Medicina. Universidad Pompeu Fabra.
[3]Hospital del Mar, Barcelona Unidad de PAtología Mamaria
[4]Hospital del Mar, Barcelona Unidad de Patología Mamaria
[5]Hospital del Mar, Barcelona Cirugía General y del Aparato Digestivo

Objetivos

La cirugía conservadora es el gold standard para el tratamiento del cáncer de mama, aunque mastectomía sigue siendo necesaria en ciertos casos. Este estudio compara dos técnicas quirúrgicas para el cáncer de mama: la mastectomía simple (con o sin reconstrucción) y la mastectomía conservadora (preservación de piel, preservación del complejo areola-pezón y mastectomía endoscópica, con reconstrucción). Mientras que la mayoría de los estudios se centran en el seguimiento, este estudio enfatiza las complicaciones, la satisfacción de las pacientes y la calidad de vida.

Material y Métodos

Nuestro estudio observacional evalúa a pacientes que se sometieron a una mastectomía entre enero de 2019 y diciembre de 2023. La hipótesis principal es que ambos grupos reportan tasas de complicaciones y percepciones de calidad de vida similares. El objetivo principal es comparar las tasas de complicaciones entre los dos grupos. Además, se analizan seis factores (IMC, tabaquismo, radioterapia, tipo histológico y subtipo) para identificar su impacto en las complicaciones postmastectomía. El objetivo secundario es evaluar la satisfacción de las pacientes mediante el cuestionario BREAST-Q.

Resultados

La mastectomía “conservadora” presenta una mayor tasa de complicaciones (52% vs 28.5%) en comparación con la mastectomía convencional ($p = 0.0078$), principalmente isquemia-necrosis de la piel o del complejo areola-pezón. No se encontraron factores de riesgo significativos asociados a las complicaciones, por lo que se deduce que éstas se deben a un conjunto de causas. En cuanto a los resultados a nivel de calidad de vida, los cuestionarios BREAST-Q indicaron mayor satisfacción en el grupo de mastectomía “conservadora”, mejores resultados en el dominio de bienestar físico en detrimento del bienestar sexual. Las pacientes sometidas a reconstrucción inmediata

mostraron una mejora significativa en la satisfacción mamaria (p = 0.0092).

Conclusiones

Estos resultados subrayan la mayor tasa de complicaciones en el caso de mastectomías "conservadoras" y la importancia de evaluar los resultados clínicos y la experiencia de las pacientes en el proceso diagnóstico-terapéutico. Sugieren que una cuidadosa selección de candidatas a mastectomía conservadora y la incorporación de medidas de resultados informadas por pacientes (PROMs) pueden ayudar a las pacientes a tomar decisiones informadas sobre su tratamiento.

RES0171 Cirugía oncoplastica vs tumorectomía. Experiencia en nuestro centro.

Irene Fernández García1, Cinzia Grassi García1, Raul Sanchez Pastor2, Javier Gonzalez Parreño2

[1]Hospital Universitario Puerta Del Mar, Cádiz Cirugia Plastica
[2]

Objetivos

La cirugía oncoplástica mamaria combina la resección oncológica con técnicas reconstructivas con el objetivo de mejorar los resultados estéticos pero sin comprometer la seguridad oncológica. Con esta premisa planteamos un estudio comparativo entre pacientes sometidas a tumorectomía convencional y aquellas intervenidas mediante técnicas oncoplásticas analizando de los resultados oncológicos y estéticos.

Material y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes de cáncer de mama tratadas quirúrgicamente entre Diciembre 2020 y Mayo 2025 en nuestro centro (HUPM Cádiz). Posteriormente, se analizaron los márgenes quirúrgicos, la tasa de reintervención, complicaciones (precoces y tardías), y el tiempo hasta el inicio de radioterapia adyuvante.

Resultados

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en cuanto a márgenes afectos ni tasa global de reintervención. Sin embargo, la causa de reintervención difería, siendo la ampliación de márgenes más común en el grupo convencional y la corrección de deformidades más frecuente en el grupo oncoplástico.

Las complicaciones precoces fueron más frecuentes en cirugía oncoplástica, mientras que las tardías, especialmente deformidades mamarias, predominaron en el grupo convencional. No se observaron diferencias significativas en el retraso del inicio de radioterapia entre grupos.

Conclusiones

La cirugía oncoplástica demuestra ser una alternativa segura a la tumorectomía convencional, con resultados comparables en términos de márgenes quirúrgicos y reintervención, y un perfil de complicaciones aceptable.

RES0185 Reconstruir conservando: la técnica Grisotti.

Eva María Aragoneses Tiburcio[1], Maria Garcia Victoria[1], Edita Burgos Lopez[2], Iluminada Burguillos Ramos[2], Maria Dolores Perez Caparrós[2], Clara Calabria Santiago[2], Laura Maria Cabezas Rivas[2], Celia Garcia Fernandez[2], Ivan Vaca Casero[2]

[1]Hospital de Merida Ginecologia y obstetricia
[2]

Objetivos

La técnica Grisotti es una técnica efectiva y segura que permite obtener un resultado estético satisfactorio. Nuestro objetivo es mostrar los resultados en una paciente de 33 años con un nódulo retroareolar de 1,5cm con estudio compatible con carcinoma ductal infiltrante

Material y Métodos

En base a las referencias bibliográficas se realiza una revisión de lo publicado sobre la técnica Grisotti aportando los resultados en un caso clínico de nuestro centro.

Resultados

Se presenta el caso de una mujer de 33 años diagnosticada de CDI tras biopsia de un nódulo retroareolar con axila negativa.

Se decide realizar exéresis según técnica Grisotti con estudio selectivo de ganglio centinela. El resultado de anatomía definitivo confirmó la presencia de carcinoma ductal infiltrante con focos de carcinoma in situ con márgenes libres. En el estudio intraoperatorio mediante OSNA de los ganglios centinelas informaron de 209,000 copias y según protocolos de nuestro centro se realiza linfadenectomía axilar ipsilateral con resultado definitivo de 22 ganglios negativos en la pieza.

No hubo complicaciones postquirúrgicas y el resultado estético a 3 meses de la cirugía es excelente. Se completo tratamiento con quimioterapia y radioterapia adyuvante.

Conclusiones

La cirugía conservadora del cáncer de mama tiene como objetivos, además de una segura extirpación del tumor, un buen resultado estético para disminuir las secuelas locales del futuro. La técnica Grisotti ha demostrado ser una técnica segura y sin complicaciones mayores.

Además, ofrece una alta tasa de satisfacción tanto a las pacientes como a los cirujanos.

RES0269 Análisis de la tasa de complicaciones postquirúrgicas en la cirugía oncoplástica con prótesis en el cáncer de mama.

Leonor González-Arroyo Ferrández[1], Irene Ayuso Álvarez[1], Paula Romanillos Dionis[2], Teresa Eguilior Caffarena[2], Mirenka De Larrauri Coral[2], Ada Romano[2], Mª Pilar Lucea Hidalgo[2], Beatriz Martín Martínez[2], Jing Chen[2], Ana María Cano Serrano[2]

[1]Hospital Universitario Fundación Alcorcón Obstetricia y Ginecología
[2]

Objetivos

El cáncer de mama supone la neoplasia más frecuente en mujeres en España. La reconstrucción mamaria tras una mastectomía supone uno de los pilares fundamentales en el abordaje de estas pacientes pero no está exenta de riesgos, siendo la infección del sitio quirúrgico una de las principales complicaciones, con tasas que varían entre un 2,4% y un 25% en la literatura. El objetivo del estudio es analizar la tasa de complicaciones generales y de infección postquirúrgica en particular, asociadas a la cirugía oncoplástica con prótesis en el cáncer de mama, así como identificar posibles factores de riesgo y valorar la utilidad de la profilaxis antibiótica postoperatoria en la prevención de la infección de herida quirúrgica.

Material y Métodos

Hemos realizado un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo analizando un total de 158 intervenciones (236 mamas operadas) en las que se utilizó material protésico (expansor y prótesis) de 84 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama y operadas en nuestro centro desde enero 2020 hasta diciembre 2024.

Resultados

Obtuvimos una tasa de complicaciones generales de 7,7% (n=18), entre las que se encuentran la infección de herida quirúrgica (2,1%), el hematoma (0,08%), la necrosis (2,6%) y el seroma (2,5%). Se identificaron distintas variables asociadas significativamente a un mayor riesgo de complicaciones generales, entre las que destacan el tabaco (17.8 % frente a 5.2 %; p=0.009), o la radioterapia posterior (50%, p=0.036). Otros factores de riesgo estudiados que no alcanzaron significación estadística fueron la obesidad, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la falta de profilaxis antibiótica intraoperatoria. No se pudo valorar la utilidad de la profilaxis antibiótica postoperatoria por el escaso número de pacientes que no la recibió.

Conclusiones

La tasa de infección (2,1%) fue menor en nuestro centro comparado con la literatura, identificándose varios factores de riesgo asociados a esta y otras complicaciones.

Hacen falta más estudios para determinar la indicación de la profilaxis antibiótica postoperatoria.

RES0276 Reconstrucción Mamaria Inmediata con Colgajo PAP

Francisco Torres García[1], Beatriz Iniesta Lima[1], Sara Isabel de Toro[2], Inmaculada Masa Jurado[3], Henar Nieto Ramos[3], Ana Trapero Ovejero[3], Araceli Hernández Ramos[3], María Herrera de la Muela[4], Javier Buendía Pérez[2]

[1]Hospital clínico San Carlos Cirugía Plástica y Reparadora
[2]Cirugía Plástica y Reparadora
[3]
[4]Ginecología y Obstetricia

Objetivos

El colgajo PAP (Posterior Thight Profunda Artery Perforator) descrito en 2012 ha emergido como una alternativa segura y eficaz para la reconstrucción mamaria autóloga en pacientes que no son candidatas al colgajo DIEP y desean reconstrucción autóloga. El objetivo de este estudio es evaluar los resultados quirúrgicos, funcionales y estéticos de la reconstrucción mamaria con colgajo PAP como opción equivalente a DIEP o TUG.

Material y Métodos

Estudio descriptivo-retrospectivo de pacientes sometidas a reconstrucción mamaria con colgajo PAP entre 2020 y 2024 en nuestro Centro. Se analizaron datos demográficos, comorbilidades, características del colgajo, complicaciones y revisiones postquirúrgicas.

Se adjunta iconografía detallada.

Resultados

Se incluyeron 10 pacientes (11 colgajos). La tasa de viabilidad del colgajo fue del 100%, con 1 complicación menor (dehiscencia de herida quirúrgica, que cerró por 2ª intención) entre todos los casos. La morbilidad de la zona donante fue baja, con mínimas alteraciones funcionales y buena aceptación cosmética en ambas áreas quirúrgicas.

Conclusiones

La reconstrucción mamaria con colgajo PAP representa una opción viable y estética en pacientes seleccionados, especialmente en aquellas sin tejido abdominal suficiente o con cirugías previas en dicha zona. Ofrece resultados naturales y buena satisfacción global con bajo impacto funcional.

RES0286 Técnica de Grisotti en Oncoplastia Mamaria: Solución Estética para Tumorectomías Retroareolares.

Francisco Torres García[1], Araceli Hernández Ramos[1], Sergio Asensio Ramos[2], Santiago Sanz Medrano[2], Cristina Gómez de Lecea[2], Juana María Brenes Sánchez[3], Miriam De la Puente Yagüe[3], Javier Buendía Pérez[4]

[1]*Hospital Clínico San Carlos Cirugía Plástica y Reparadora*
[2]
[3] *Ginecología y Obstetricia*
[4] *Cirugía Plástica y Reparadora*

Objetivos

La cirugía conservadora en cáncer de mama con compromiso retroareolar plantea desafíos estéticos relevantes debido a la necesidad de resacar el complejo areola-pezón (CAP) y la pérdida de proyección de la glándula. La técnica de Grisotti permite una reconstrucción inmediata del defecto con resultados estéticos satisfactorios para la paciente y el cirujano. El estudio tiene como objetivo describir la aplicación de la técnica de Grisotti en pacientes con tumores retroareolares y evaluar sus resultados.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo de pacientes intervenidas entre 2021 y 2024 con diagnóstico de carcinoma localizado en la región central de la mama. Se incluyeron pacientes sometidas a tumorectomía central con resconstrucción tipo Grisotti. Se evaluaron complicaciones, simetría mamaria y nivel de satisfacción.

Se adjunta iconografía detallada.

Resultados

Se incluyeron 15 pacientes. No se reportaron necrosis del colgajo ni infecciones significativas. La técnica permitió conservar la mama con buena proyección y forma, sin necesidad de reconstrucción secundaria en ninguno de los casos. Ningún caso precisó de ampliación de márgenes y todas toleraron sin complicaciones la aplicación de radioterapia.

Conclusiones

La técnica Grisotti es una opción oncoplástica segura y eficaz para el tratamiento de tumores retroareolares, combinando principios oncológicos y reconstructivos con buenos resultados estéticos.

RES0299 Comparativa entre equipos quirúrgicos para la realización simultánea de mastectomías terapéuticas y reductoras de riesgo

Isaac Cebrecos Lerena, Eduard Mension Coll, Ines Torras, Helena Castillo, Paula Arbelo Perez, Lara Quintas Marqués Hospital Clinic De Barcelona Institut Clinic De Ginecologia, Obstetrícia I Neonatologia

Objetivos

El objetivo principal fue comparar el volumen de tejido mamario resecado durante las mastectomías simultáneas realizadas por 2 equipos quirúrgicos. Mastectomias terapéuticas (MT), realizadas por ginecólogos, y mastectomías reductoras de riesgo (MRR), realizadas por cirujanos plásticos, en pacientes con cáncer de mama intervenidas simultáneamente por presentar

mutaciones genéticas o deseos expresos de reducción de riesgo.

Como objetivos secundarios, se analizaron las complicaciones postquirúrgicas inmediatas según el equipo quirúrgico, la presencia de tejido mamario residual en pruebas de imagen al año, la distribución de mutaciones genéticas, y la frecuencia de los distintos tipos de mastectomía y técnicas reconstructivas empleadas.

Material y Métodos

Se realizó un estudio de cohortes históricas en un único centro, incluyendo pacientes intervenidas entre 2022 y 2024 mediante mastectomía bilateral: una mama por indicación terapéutica (CM) y la contralateral por reducción de riesgo (RR) debido a mutación genética. Se analizaron variables epidemiológicas, quirúrgicas y postquirúrgicas, incluyendo tipo de mastectomía, peso de la pieza, complicaciones y presencia de tejido mamario residual en pruebas de imagen al año.

Resultados

El estudio incluyó un total de 48 casos entre los cuales el peso de la pieza quirúrgica de las MT fue de 321g frente a los 276g de las MRR ($p=0.0015$). En cuanto a las complicaciones, estas fueron significativamente más frecuentes en el grupo de las MT en comparación a las MRR (14.3% vs 4.2%, $p<0.05$). Sin embargo, no hubo diferencias al año de la cirugía relativas a la presencia de tejido residual existente en pruebas de imagen (ECO/RM) (4.2% en ambos grupos). La mastectomia con preservación del complejo areola-pezón fue más frecuente en la MRR (68.6%) que en la MT (60%). La indicación més frecuente de MRR fue por deseos de la paciente (60%) mientras que BRCA1 fue la mutación más frecuente (19%)

Conclusiones

Aunque la mastectomía terapéutica implica una resección más extensa, no se traduce en una menor cantidad de tejido residual detectable por imagen al año. Sin embargo, sí se asocia a un mayor riesgo de complicaciones postoperatorias inmediatas. La cirugía reductora de riesgo, pese a tener menor morbilidad individual, incrementa el riesgo global de complicaciones cuando se realiza de forma bilateral (14.3% vs 20%). Estos hallazgos subrayan la necesidad de valorar cuidadosamente los beneficios oncológicos frente a los riesgos quirúrgicos al considerar una mastectomía profiláctica contralateral.

RES0317 Reconstrucción en cáncer de mama localmente avanzado

Juan Torres García[1], Irene Fernández García[2], Raul Sánchez Pastor[2], Javier González Parreño[2], Cinzia Grassi García[2], Ángela A. García Ruano[2]

1 Hospital Universitario Puerta del Mar Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.
2

Objetivos

Presentar una serie de casos de cáncer de mama localmente avanzado que requirieron cirugía reconstructiva del defecto tras la resección oncológica, destacando el abordaje multidisciplinar realizado en el Hospital Universitario Puerta del Mar por las Unidades de Patología Mamaria y Cirugía Plástica.

Material y Métodos

Estudio observacional descriptivo de una serie de siete pacientes diagnosticadas de cáncer de mama localmente avanzado, intervenidas quirúrgicamente entre 2022 y 2024. En todos los casos, la resección tumoral extensa conllevó la necesidad de reconstrucción inmediata para cobertura del defecto quirúrgico.

Resultados

Las siete pacientes fueron sometidas a cirugía oncológica con intención curativa o paliativa, en función del estadio y las características del tumor. Debido al tamaño tumoral, afectación cutánea y/o invasión de estructuras adyacentes, se precisó cobertura mediante técnicas reconstructivas. Los métodos utilizados incluyeron colgajos miocutáneos pediculados, principalmente el colgajo de músculo dorsal ancho (en 4 casos) y el colgajo TRAM (en 2 casos), además de un caso con colgajo fasciocutáneo local. Todos los procedimientos se realizaron de forma inmediata tras la resección. No se registraron complicaciones mayores postoperatorias, y en todos los casos se logró una cobertura eficaz que permitió el inicio adecuado del tratamiento adyuvante.

Conclusiones

La reconstrucción, en el contexto de tumores de mama localmente avanzados, es un pilar fundamental para asegurar la viabilidad quirúrgica y optimizar el manejo integral de estas pacientes. El abordaje coordinado entre los equipos de oncología quirúrgica y cirugía plástica permite ofrecer opciones terapéuticas más completas, incluso en situaciones complejas. A pesar de los avances en el diagnóstico precoz, seguimos enfrentando casos avanzados que requieren intervenciones agresivas y reconstrucciones complejas, lo que subraya la necesidad de recursos especializados y protocolos conjuntos en el tratamiento del cáncer de mama.

RES0338 Lipofilling en Reconstrucción Mamaria: Técnica Versátil para la Optimización Estética y Terapéutica

Francisco Torres García[1], Araceli Hernández Ramos[1], Sara Isabel de Toro[2], Beatriz Iniesta Lima[2], Inmaculada Masa Jurado[2], Henar Nieto Ramos[2], Paula Rodríguez Vielba[2], María Herrera de la Muela[3], Javier Buendía Pérez[2]

[1]Hospital Clínico San Carlos Cirugía Plástica y Reparadora

[2]

[3]Ginecología y Obstetricia

Objetivos

El lipofilling o injerto de grasa autóloga ha ganado relevancia como técnica complementaria en la reconstrucción mamaria, tanto en procedimientos autólogos como protésicos. Permite mejorar el contorno, la simetría y la calidad de los tejidos irradiados o que van a ser irradiados para suavizar sus implicaciones. El objetivo de este estudio es evaluar los resultados clínicos y estéticos del lipofilling en reconstrucción mamaria tras tumorectomía o mastectomía, y su papel en la corrección de deformidades residuales. También valorar la utilidad de realizar injerto graso autólogo en pacientes ya radiadas o que van a serlo.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo de pacientes sometidas a lipofilling entre 2020 y 2024 como parte de su reconstrucción mamaria. Se registraron número de sesiones, volumen promedio transferido, complicaciones, volumen retenido tras la administración y la satisfacción de las pacientes.

Resultados

Se incluyeron 50 pacientes. El número medio de sesiones fue de 2 por paciente, predominantemente en reconstrucción con colgajo dorsal ancho. No se registraron complicaciones mayores. El 100% de las pacientes reportaron mejoría en la forma, simetría y textura de la mama reconstruida. En pacientes irradiadas o que iban a serlo, se observó mejoría clínica de la calidad cutánea y menor tasa de secuelas tras la Radioterapia. Se objetivó un 10% de complicaciones leves (necrosis grasa y quistes oleosos). No se evidenciaron complicaciones graves.

Conclusiones

El lipofilling es una herramienta segura, eficaz y establecida en reconstrucción mamaria, que mejora tanto los resultados estéticos como la calidad del tejido receptor. Su uso puede optimizar los resultados de reconstrucciones previas y favorecer la satisfacción global de las pacientes. Además, el injerto de grasa autóloga es una técnica en evolución a medida que se descubren nuevas indicaciones y se refina su aplicación.

RES0389 Evaluación de resultados del plano prepectoral vs retropectoral en la reconsutrucción mamaria de pacientes mastectomizadas. Estudio observacional prospectivo

Marina Rodríguez Ruiz[1], Judith Astor Alcaine[1], Esther Baeza Lorente[1], Patricia Ruiz de Leon Muñoz[2], Gonzalo Iriondo Melazzi[2], Xavier Mira Alonso[3], Maria Teresa Núñez-Villaveiran Baselga[4]

[1]Hospital General de Granollers Servicio de Ginecologia y Obstetricia
[2]Servicio de Cirugía General
[3]
[4]Unidad de Cirugía Plástica y Reparadora

Objetivos

El objetivo de este estudio es evaluar, en mujeres con cancer de mama sometidas a mastectomia, si la reconstrucción en posición prepectoral, en comparación con la posición retropectoral, se asocia a mejores resultados estéticos, menor presencia de dolor residual y complicaciones.

Material y Métodos

Estudio prospectivo de los casos de reconstrución protésica en plano pre y retropectoral desde junio 2023 hasta junio 2025. Se han estudiado datos demográficos (edad, IMC, comorbilidades, hábitos tóxicos), datos de la cirugía (tipo de mastectomia, reconstrucción directa o con expansor, uso de tejido autólogo (dorsal ancho)), tratamiento oncológio adyuvante, complicaciones (infecciones, contractrua capsular, rotura protésica, hematoma y otras), resultados estéticos y la presencia de dolor residual. Para el resultado estético se ha realizado valoración por 2 cirujanos independientes usando escala analógica visual del 1-10 de las fotografias de todas las pacientes.

Resultados

Se han intervenido con reconstrucción mamaria un total de 88 pacientes. Se realizó reconstrucción con implante en 84 pacientes, 4 de ellas con colgajo dorsal ancho. Se utilizó el plano prepectoral en 21 paciente, 5 pacientes requirieron el uso de expansores mamarios. Hubo un total de 7 pacientes que reuirieron retirada del implante (2 por deseo propio de la paciente, 3 por infección, 2 por exposición de la próteiss). Hubo un fallecimiento durante el periodo de seguimiento. El resto de pacientes conservaron la reconstrucción, la mayoría de ellas en 1 tiempo quirúrgico. El resultado estético fue mejor en pacientes con plano prepectoral, sobre todo cuando se colocó prótesis para simetrizar en mama contralateral. No hubo diferencias significacivas entre pacientes con prótesis en plano prepectoral y plano retropectoral en cuanto a complicaciones.

Conclusiones

El resultado estético de la prótesis en plano prepectoral suele ser superior al plano retropectoral, sin que el plano influya sobre el porcentaje de complicaciones. Con mastectomías preservadoras de piel, el uso del plano prepectoral usando prótesis de poliuretano evita la necesidad del uso de mallas y se reduce el riesgo de deformidad en animación aunque hay mayor presencia de rippling en polos superiores. La radioterapia empeora el resultado estético de la cirugía en cualquiera de los dos planos, sobre todo por falta de elasticidad cutánea, siendo las prótesis de poliuretano más resustentes a la contractura capsular. El uso de expansores en mastectomías preservadoras de piel no suele ser necesario, aunque en ocasiones fue necesario retocar el bolsillo mamario (capsulotomia) 1 año después del tratamiento con radioterapia.

RES0394 Reconstrucción mamaria prepectoral frente a retropectoral: revisión técnica y resultados de un año de experiencia.

Iciar Martín Roca, Goizane Riola Escalante, Patricia Cobos Baena, Victoria Puga Ohlsson, Ana Rodriguez-guerra León, Jaione Olaizola Canseco, Ane Larena Jadraque, Alejandra Estevez Alonso, Izaskun Artola Irazabal

Objetivos

- Realizar una revisión bibliográfica sobre la reconstrucción mamaria prepectoral, comparando este enfoque quirúrgico con la técnica retropectoral en cuanto a técnica, materiales empleados y complicaciones asociadas.

- Llevar a cabo un análisis retrospectivo de los casos de reconstrucción prepectoral realizados en un hospital de tercer nivel.

Material y Métodos

- Se realizó una revisión bibliográfica de la técnica quirúrgica de reconstrucción prepectoral mediante la base de datos PubMed. Los descriptores empleados fueron: "prepectoral breast reconstruction" y "prepectoral reconstruction vs. retropectoral reconstruction". El intervalo temporal seleccionado abarcó desde 2015 hasta 2025, incluyéndose artículos publicados en inglés y español.

- Se llevó a cabo un análisis retrospectivo y descriptivo de las reconstrucciones prepectorales realizadas en un hospital de tercer nivel desde el año 2024. Las variable a analizar fueron: factores de riesgo que se asocian a complicaciones, tales como comorbilidades, IMC o antecedente de radioterapia; indicación quirúrgica y la técnica empleada; materiales utilizados y las complicaciones más frecuentes relacionadas con la técnica quirúrgica, como rippling, infección o extrusión.

Resultados

La reconstrucción mamaria ha evolucionado a lo largo de los años, resurgiendo la prepectoral en los últimos años gracias a avances tecnológicos y técnicas quirúrgicas. Implantes más cohesivos y mallas mejoran resultados, aunque aumentan costos y riesgos específicos.

Esta técnica ofrece menos dolor, ausencia de animación muscular y recuperación más rápida, pero mayor riesgo de rippling y seroma. La elección depende de la calidad del colgajo cutáneo, estado oncológico, anatomía y preferencias de la paciente. Una cuidadosa selección del paciente es clave para optimizar los resultados.

Se realizó un análisis retrospectivo-descriptivo desde el año 2024. Se realizaron reconstrucciones prepectorales en 13 pacientes (edad media 50 ± 7 años; IMC 25,6 ± 4,3), siendo el 15 % eran fumadoras activas y 15 % exfumadoras, con antecedente

de radioterapia torácica en una paciente (8 %). La indicación fue oncológica en 69 % y profiláctica en 31 %. Entre los casos oncológicos, predominó carcinoma ductal (78 %), con 78 % RH+ y 22 % HER2+. El 43 % tuvo incisión periareolar, seguido por un 21 % en surco submamario. La mayoría recibió prótesis anatómicas de silicona (77 %) y de forma anatómica (84%).

Postoperatoriamente se observó infección (15 %), extrusión, necrosis, rippling y dolor (cada uno 8 %), sin hematomas, seromas ni contracturas; con un 77% de simetría satisfactoria.

Conclusiones

- La reconstrucción mamaria prepectoral es una técnica segura y eficaz favorecida por los avances.

- Su éxito depende de una cuidadosa selección de pacientes.

- En la serie analizada, las complicaciones fueron limitadas pero presentes.

- Son necesarios nuevos estudios comparativos.

RES0420 Mastectomía robótica: descripción paso a paso de una técnica reproducible

Anna Segarra Soria[1], Lídia Blay Aulina[1], Iciar Pascual Miguel[1], Daniel Humaran Cozar[1], Ariadna Castellví Urdániz[1], Gerard Gistàs Solè[1], Cristian Carrasco López[2], Jordi Vilà Poyatos[2], Joan Francesc Julián Ibáñez[1]

[1]Hospital Germans Trias i Pujol Cirugía General
[2]Hospital Germans Trias i Pujol Cirugía Plástica y Reparadora

Objetivos

La mastectomía robótica es una técnica mínimamente invasiva que ofrece resultados oncológicos a corto y medio plazo equiparables a técnicas abiertas, mejorando además los resultados estéticos. El objetivo es describir la técnica quirúrgica destacando aspectos clave para garantizar seguridad y eficacia.

Material y Métodos

Paciente de 30 años con mutación BRCA1 en la que se realiza mastectomía bilateral profiláctica, usando el sistema Da Vinci Xi® multiport. Se describe la técnica quirúrgica paso a paso:

1. Incisión de 3 cm en el pliegue mamario lateral, centrada en la línea que une el borde lateral de la mama con el pezón, extendiéndose 2 cm por encima y 1 cm por debajo de la misma.

2. Disección subcutánea hasta el límite alcanzable manualmente.

3. Infiltración de subcutáneo con aguja de Veress túneles creando hidrodisección.

4. Creación de túneles subcutáneos.

5. Retirada completa del suero para optimizar la electrofulguración.

6. Colocación del puerto GelPOINT Mini® en la incisión lateral.

7. Insuflación de CO_2 a 7mmHg para crear neumotúnel subcutáneo.

8. Docking robótico.

9. Introducción De Tres Trocares Robóticos, Garantizando Separación Suficiente Para Evitar Colisiones.

10. Introducción de pinza bipolar en el brazo izquierdo y tijera monopolar en el derecho.

11. El cirujano asistente colabora desde el exterior; la transiluminación permite seguir la disección endoscópica.

12. Inicio de la fase robótica localizando y ampliando los neumotúneles realizados.

13. Disección glandular.

14. Marcaje de la pieza y extracción del tejido mamario.

15. Revisión de la cavidad.

16. Test de viabilidad cutánea con verde de indocianina (ICG)

17. Lavado con suero e iodo, colocación de drenajes tipo redon y colocación de prótesis definitiva.

Resultados

La cirugía se completó sin incidencias ni conversiones. Tiempo operatorio total: 240 minutos. Alta a las 48 horas con evolución favorable y excelente resultado estético y sensibilidad cutánea y en complejo areola-pezón.

Conclusiones

La mastectomía robótica bilateral con abordaje lateral puede ser una alternativa segura, reproducible y estéticamente ventajosa. Su descripción detallada facilita la curva de aprendizaje y favorece su integración en la práctica clínica. No obstante, se requieren más estudios que confirmen estos resultados y avalen su adopción generalizada.

RES0437 Desafíos en la incorporación de la mastectomia endoscópica para el cáncer de mama: Experiencia en nuestro servicio

Yvana Anavy Martínez Mateo, Ivia Revollo Revollo Complejo Hospitalario Universitario De Cáceres Cirugía General Y Del Aparato Digestivo

Objetivos

La mastectomia endoscópica representa una alternativa mínimamente invasiva con potenciales beneficios estéticos y funcionales frente a la mastectomia convencional. Sin embargo, su adopción enfrenta múltiples barreras en las etapas iniciale, especialmente en centros sin experiencia previa.

Objetivos: Describir las principales dificultades encontradas durante la incorporación de la mastectomia endoscópica para el tratamiento del cáncer de mama en el Hospital Universitario de Cáceres.

Material y Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de las primeras 3 pacientes intervenidas mediante mastectomía endoscópica. Se analizaron variables quirúrgicas, tiempos operatorios, tasa de conversión a cirugía abierta, complicaciones intra y postoperatorias.

Resultados

En las 3 primeras paciente encontramos dificultad en la orientación anatómica de forma que en la primera paciente se perdió plano y en cuadrante superointerno se penetró en la mama, algo que no sucedió en las otras dos pacientes. Prolongación del tiempo quirúrgico que fue de 243,5minutos de media. Dado que el instrumental que se emplea es el de laparoscopia convencional es una cirugía poco ergonómica, aunque esta ergonomía mejora con el aprendizaje, en las primeras 3 intervenciones se han ampliado los márgenes oncológico por cirugía abierta, a través de la incisión del puerto único.

La complicación más importante fue el sangrado que llevo a la conversión a cirugia abierta en la primer y tercera paciente y lo que llevo a convertir a cirugia abierta.

Otra dificultad de la implantaciónn en el hospital es que se requiere apoyo del Jefe de Servicio así como de la Dirección y Gerencia del Hospital

Conclusiones

La introducción de la mastectomía endoscópica implica un reto para los cirujanos oncológicos de mama y requiere de una curva de aprendizaje significativa influida por factores técnicos, logísticos y formativos.

Acudir de forma temprana a un centro con experiencia, la identificación temprana de obstáculos y el diseño de estrategias de capacitación multidisciplinar son claves para su implementación segura y eficaz.

Correlación radio-patológica-quirúrgica en el cáncer de mama

RES0057 Biopsia por Vacío después de la Quimioterapia Neoadyuvante. ¿ Conseguiremos evitar la cirugía en el Cáncer de Mama Precoz?

Jordi Melé Olivé[1], Carles Canosa Morales[1], Marta González Duaigües[2], Laura Arbones Cid[3], Esther Morera Morillo[4], Ariadna Gasol Cudós[5], Serafín Morales Murillo[6]

[1]Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida Unidad de Mama - Servicio Cirurgía General y del Aparato Digestivo
[2]Unidad de Mama - Servicio Cirurgía General y del Aparato Digestivo
[3]Servicio de Ginecología y Obstetricia
[4]Unidad de Mama - Enfermería Gestora de Casos
[5]Oncología Médica
[6]Oncologia Médica

Objetivos

La quimioterapia neoadyuvante (QNA) está actualmente aceptada como tratamiento del cáncer de mama, principalmente en los subtipos triple negativo (TN) y HER2 en los que se ha demostrado una elevada tasa de respuesta patológica completa (pCR), lo que permite ofrecer cirugía conservadora de la mama en lesiones que previo a la QNA no era posible. En los casos de respuesta clínica completa (cCR), la cirugía podría ser reemplazada por la biopsia asistida por vacio (BAV).

Material y Métodos

Analizamos desde octubre de 2016 hasta abril de 2023 una cohorte de 71 pacientes con cáncer de mama precoz que recibieron QNA para observar la concordancia entre la BAV y la pCR en la pieza de tumorectomia.

Todas las pacientes presentaban una única lesión marcada cuyo seguimiento durante la QNA se realizó mediante RMN. Cuando se observaba una cCR en RMN, se realizaba una BAV y la cirugía conservadora a la paciente según los protocolos estandarizados.

Resultados

La media de edad de las pacientes fue de 58 años (rango: 31–77). De estas, 32 pacientes (45%) presentaban un perfil biológico TN, 33 (46%) presentaban un perfil HER2-positivo, y 6 subtipo luminal. La media de tamaño tumoral fue 27 mm (rango: 11–100 mm) y 22 pacientes (31%) resultaron con afectación axilar previa a la QNA.

La tasa de pCR fue del 86%, y la BAV identificó pCR en 94% de los casos. En los fenotipos HER2-positivos, la concordancia entre pCR y BAV fue del 90%, mientras que en los fenotipos TN, fue del 87%. Los perfiles Luminal B no se analizaron dada la escasa muestra. Solamente 7 pacientes (9%) presentaron enfermedad residual después de la QNA a pesar de mostrar una BAV con resultado negativo, con una media de tumor residual de 5mm (rango: 2–16 mm). La BAV ha demostrado una elevada sensibilidad (91%) en la predicción de pCR cuando existe una cCR en la RMN después de la QNA.

Conclusiones

Estos hallazgos sugieren que la BAV podría ser una herramienta de gran valor que con un aceptable margen de seguridad podría evitar la cirugía de en pacientes seleccionadas.

RES0082 Mamografía con contraste frente a resonancia magnética en la predicción de respuesta patológica completa en cáncer de mama

Florentina Guzmán Aroca[1], Ana Belén Martínez Segura[2], Ana Azahara García Ortega[1], Josefa Pérez-Templado Ladrón de Guevara[1], Juan Francisco Martínez Martínez[3], Dolores Hernández Gómez[1], Antonio Piñero Madrona[4]

[1]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca Radiología
[2]Hospital General Universitario Santa Lucía Radiología
[3]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca Radiología
[4]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca Cirugía de Mama

Objetivos

Comparar la precisión diagnóstica de la mamografía con contraste (CEM) y la resonancia magnética (RM) en la identificación de la respuesta patológica completa (pCR) tras terapia sistémica primaria (TSP) en pacientes con carcinoma invasivo de mama.

Material y Métodos

Estudio prospectivo observacional realizado en 80 pacientes con diagnóstico histológico confirmado de carcinoma invasivo de mama, tratadas con TSP en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca entre noviembre de 2021 y agosto de 2023. Se incluyeron únicamente pacientes con estudios completos de CEM y RM antes y después del tratamiento. Se utilizó RECIST 1.1 para evaluación radiológica y Miller y Payne para la evaluación patológica como referencia estándar. Se compararon sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos y negativos (VPP, VPN).

Resultados

Se analizaron 84 carcinomas invasivos. La sensibilidad de la CEM para detectar pCR fue superior (100%) frente a RM (89,5%), con un VPN también superior (100% frente a 89,2%) y VPP ligeramente mejor (74,5% frente a 72,3%). La especificidad fue similar para ambas técnicas (71,7%). La concordancia con anatomía patológica fue superior para la CEM, mientras que la RM presentó tendencia a sobreestimar tumor residual.

Conclusiones

La CEM demuestra ser más precisa que la RM en la predicción de pCR en pacientes con cáncer de mama sometidas a TSP, destacando especialmente en los subtipos HER2 y triple negativo. La adopción preferente de la CEM podría mejorar la planificación terapéutica post-neoadyuvancia.

RES0084 Evaluación comparativa de carcinoma ductal in situ mediante mamografía con contraste y resonancia magnética en pacientes con cáncer de mama tratadas con terapia sistémica primaria

Florentina Guzmán Aroca[1], Ana Belén Martínez Segura[2], Ana Azahara García Ortega[1], Juan Francisco Martínez Martínez[1], Josefa Pérez-Templado Ladrón de Guevara[1], Dolores Hernández Gómez[1], Antonio Piñero Madrona[3]

[1]Hospital Clínico Universitario Virgen de la

Arrixaca Radiología
[2]Hospital General Universitario Santa Lucía Radiología
[3]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca Cirugía de Mama

Objetivos

Determinar la precisión diagnóstica comparativa entre mamografía con contraste (CEM) y resonancia magnética (RM) en la detección del carcinoma ductal in situ (CDIS) asociado al carcinoma invasivo antes y después del tratamiento con terapia sistémica primaria (TSP).

Material y Métodos

Estudio observacional prospectivo de 80 pacientes con diagnóstico confirmado de carcinoma invasivo mamario, tratadas con TSP entre noviembre de 2021 y agosto de 2023. Se analizaron características radiológicas del CDIS mediante CEM y RM, comparadas con la anatomía patológica definitiva.

Resultados

La combinación de microcalcificaciones y realce tumoral en la CEM mostró mayor precisión diagnóstica frente a la RM para detectar CDIS, tanto en estudios iniciales como postratamiento. La CEM logró mayor sensibilidad y especificidad para predecir el CDIS.

Conclusiones

La mamografía con contraste presenta ventajas significativas respecto a la resonancia magnética para la detección del CDIS asociado al carcinoma invasivo, siendo una técnica recomendable para una mejor planificación terapéutica y quirúrgica post-neoadyuvancia.

RES0119 ¿Podemos omitir la biopsia del ganglio centinela en pacientes con cáncer de mama cN0 tras la terapia sistémica primaria?

Cristian Ríos Gozálvez[1], Diana Sagrera Rectoret[2], Maria Corral Sanchez[3], Ariadna Gistas I Barrull[3], Lydia Blay Aulina[2], Maria Iciar Pascual Miguel[4], Paula Rodriguez Martinez[5], Antonio Mariscal Martinez[6], Iris Teruel García[5], Miguel Angel Luna Tomas[4]

[1]Hospital Universitari germans Trias i Pujol Unidad Funcional de Mama
[2]Hospital Universitari Germans Trias i Pujol Unidad Funcional de Mama
[3]Hospital Universitari Germans Trias i Pujol Ginecología y obstetricia
[4]Unidad Funcional de Mama
[5]
[6]UDIM

Objetivos

Evaluar la viabilidad de omitir la biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) en pacientes con cáncer de mama cN0 tratadas con terapia sistémica primaria, identificando

subgrupos con ≥95% de probabilidad de ypN0 mediante parámetros prequirúrgicos objetivos (subtipo molecular y tipo de tratamiento).

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de 157 pacientes tratadas entre 2019 y 2024 en un centro terciario. Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico de cN0, terapia sistémica primaria (quimioterapia o hormonoterapia neoadyuvante) y realización de BSGC postratamiento. Se analizaron variables como la edad, tipo de tratamiento sistémico, respuesta radiológica evaluada mediante criterios RECIST 1.1, subtipo molecular, tasa de detección del ganglio centinela, número de ganglios extraídos y estado ganglionar patológico final (ypN). El análisis estadístico se efectuó con SPSS v28, aplicando pruebas χ^2, regresión logística multivariable y cálculo de odds ratios (OR) con sus intervalos de confianza al 95%.

Resultados

La tasa global de detección del ganglio centinela fue del 99.4% (156/157), con una media de 1.34 ganglios extraídos. El 93.0% (146/157) de las pacientes presentaron ypN0, observándose diferencias significativas según el tratamiento administrado: 96.7% (119/123) en quimioterapia neoadyuvante frente a 79.4% (27/34) en hormonoterapia neoadyuvante (p<0.001; OR 7.2, IC95% 2.4-21.8). Según la respuesta radiológica, las tasas de ypN0 fueron 96.1% (74/77) en respuesta completa y 89.9% (62/69) en respuesta parcial (p=0.02). Entre las pacientes HER2+ receptor hormonal negativo y triple negativo tratadas con quimioterapia neoadyuvante (n=82), el 98.8% (81/82) fueron ypN0, con un único caso de micrometástasis (ypNmic) (1.2%), en contraste con pacientes con tumores Luminal A (69.2%, 9/13). El análisis multivariable identificó tres predictores independientes significativos de ypN0: administración de quimioterapia neoadyuvante (OR 4.8, IC95% 1.6-14.1), subtipo molecular HER2+/triple negativo (OR 12.4, IC95% 3.8-40.1) y obtención de respuesta radiológica completa (OR 3.2, IC95% 1.1-9.8).

Conclusiones

Este estudio demuestra que las pacientes con cáncer de mama HER2+ receptor hormonal negativo y triple negativo tratadas con quimioterapia neoadyuvante presentan una tasa excepcional de ypN0 del 98.8%, superando significativamente el umbral de seguridad del 95% establecido internacionalmente para omitir la BSGC. Este subgrupo representa el 52.2% (82/157) de toda la cohorte estudiada, con un riesgo residual axilar inferior al 2%. Los hallazgos sugieren que la omisión selectiva de la BSGC en estos subgrupos específicos podría ser clínicamente segura y factible, aunque las limitaciones incluyen el diseño retrospectivo unicéntrico y la necesidad de validación prospectiva multicéntrica para consolidar definitivamente estos criterios innovadores en protocolos de práctica clínica

estandarizados antes de su implementación generalizada.

RES0150 No todo lo que fluye es benigno: carcinoma quístico hipersecretor de mama

Estefania Berge Garrido[1], Yudy López Barrera[1], María Expósito Vega[2], Oscar García Jiménez[3], Juan Ignacio Rodeyro[3], Luis Navarro Sornosa[3], Maria Verónica Orellana Vélez[3], Patricia Herrera Quílez[3]

[1]Hospital Universitari Joan XXIII Radiodiagnóstico
[2]Anatomía Patológica
[3]

Objetivos

El carcinoma quístico hipersecretor es un tumor muy poco frecuente, del que hay pocos casos descritos en la literatura. Revisamos el caso de una paciente que consulta por la presencia de nódulo palpable de meses de evolución en CSE de la mama izquierda.

Material y Métodos

Se realiza ecografía en la que se identifica en la localización referida una masa heterogénea de bordes mal delimitados de unos 8cm de diámetro mayor. No se observan ganglios de aspecto sospechoso. Se realiza biopsia, con resultado de lesión quística hipersecretora y se completa estudio con RM que describe una lesión de bordes mal delimitados, con múltiples quístes en su espesor y de comportamiento cinético benigno. Tras ser comentada en comité multidisciplinar se decide volver a biopsiar mediante BAV guiada por ecografía.

Resultados

En La Muestra Obtenida Se Identifican Focos De Carcinoma In Situ, Por Lo Que Finalmente Se Completa Tratamiento Mediante Resección Quirúrgica.

Conclusiones

Las lesiones quísticas hipersecretoras de la mama conforman un espectro de enfermedad que incluye lesiones claramente benignas, lesiones con atipias y el carcinoma quístico hipersecretor, con potencial invasivo. Se caracterizan microscópicamente por la presencia de quistes que contienen material de secreción tipo coloide, revestidos por epitelio mono o pluriestratificado, con tendencia a formar micropapilas que protruyen en el interior de los ductos y que pueden presentar atipias. En caso de carcinoma invasor se observa invasión estromal periductular por focos neoplásicos pobremente diferenciados, sin secreción.

RES0151 Cicatrices que malignizan: el angiosarcoma radioinducido

Estefania Berge Garrido[1], Yudy López Barrera[1], María Expósito Vega[2], Oscar García Jiménez[3], Juan Ignacio Rodeyro[4], Luis Navarro Sornosa[4], Maria Verónica Orellana

Vélez[4], Patricia Herrera Quílez[4]

[1]Hospital Universitari Joan XXIII Radiodiagnóstico
[2]Hospital Universitari Joan XXIII Anatomía Patológica
[3]Radiodiagnóstico
[4]

Objetivos

Presentamos el caso de una paciente con antecedente de CDI lumB T2N1M0 de mama izquierda tratada en 2021 mediante quimioterapia neoadyuvante, tumorectomía, vaciamiento axilar y radioterapia. Se había realizado sus controles habituales con exploración, mamografía y ecografía sin presentar alteraciones. Cuatro años después de la intervención aparece un nódulo violáceo en la cicatriz quirúrgica, indurado, no doloroso.

Material y Métodos

Se realiza BAG de la lesión con diagnóstico de fibrosis dérmica. Debido a que la sospecha clínica de malignidad es muy elevada, se realiza biopsia quirúrgica extensa de la lesión, que se informa como angiosarcoma asociado a radiación dermo-epidérmico con infiltración focal del músculo pectoral.

Los márgenes de resección están libres, aunque el menor a 0.5mm. Se realiza TC toracoabdominal que descarta la presencia de enfermedad a distancia.

Resultados

Se Completa El Tratamiento Mediante Mastectomía Radical Con Extirpación De Los Músculos Pectoral Mayor Y Menor, Sin Objetivar Histológicamente La Presencia De Células Neoplásicas.

Conclusiones

El angiosarcoma radioinducido es un tumor poco frecuente aunque de gran agresividad. Se puede desarrollar en pacientes que han recibido radioterapia como tratamiento adyuvante de una neoplasia de mama, con un periodo de latencia de entre 3 y 25 años. Su presentación clínica es variable, habitualmente en forma de pápulas violáceas (aunque se han descrito máculas, equimosis, engrosamiento cutáneo o ulceración indolora) dentro del campo de radioterapia. Esta lesión tiene un elevado riesgo de recurrencia (>50%), y la extirpación con márgenes negativos es el factor pronóstico más importante, por lo que el tratamiento de elección es la mastectomía con márgenes amplios.

RES0153 Correlación radiológica y anatomopatológica de las pacientes con cáncer de mama y respuesta completa en resonancia magnética tras tratamiento neoadyuvante.

Laura García Hernández, Cristina Montes Rueda, Carmen Pérez Ramírez, Ana María Argüelles Arias Hospital Universitario Virgen Macarena Radiodiagnóstico

Objetivos

La resonancia magnética (RM) es una prueba ampliamente utilizada para evaluar la respuesta al tratamiento en pacientes que reciben quimioterapia neoadyuvante (QNA). El objetivo de este estudio ha sido calcular las tasas de acierto de los distintos subtipos de cáncer de mama con respuesta completa en RM tras QNA y su posterior análisis de la pieza quirúrgica por parte de anatomía patológica. Además, se ha comparado las distintas tasas de acierto para evaluar si existen diferencias estadísticas entre las correlaciones de un subtipo tumoral u otro. La finalidad del estudio es determinar la utilidad de la RM para predecir con precisión la respuesta anatomopatológica completa en pacientes con dicha respuesta en RM.

Material y Métodos

Se realizó un estudio analítico, observacional, retrospectivo y unicéntrico en una cohorte de pacientes con respuesta completa en RM tras QNA, incluyendo pacientes con estudios de RM antes y después del tratamiento.

Los estudios de RM y posterior cirugía se realizaron entre enero de 2021 y diciembre de 2024. Se analizaron las tasas de respuesta en la pieza de tumorectomía teniendo en cuenta la clasificación de Miller y Payne y su comparación estadística para evaluar la existencia de diferencias significativas según la inmunohistoquímica del tumor.

Resultados

Se han incluido en el estudio 90 pacientes con respuesta completa en RM tras QNA. En 62 pacientes (68,9%) se apreció ausencia de cáncer residual tras su estudio anatomopatológico y en 28 (31,1%), sí se observó resto tumoral. La mayor proporción de acierto se dio en el subgrupo HER2 puro (87,5%) seguido del Luminal B HER2+ (76,5%) y el triple negativo (73,3%). La RM tuvo menor precisión de acierto en los tumores Luminal A (20%) y Luminal B HER2- (35,7%). Se ha realizado la comparación estadística entre las tasas de acierto de los diferentes subtipos de cáncer, comprobando la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre las tasas de acierto y los subtipos de cáncer (p=0,002) siendo las diferencias entre la categoría Luminal A y HER2 puro y entre Luminal B HER2- y HER2 puro.

Conclusiones

La RM es una prueba útil para evaluar la respuesta completa tras QNA en el cáncer de mama y parece predecir la respuesta completa anatomopatológica con mayor tasa de acierto en el cáncer subtipo HER2+ y triple negativo según nuestro estudio, mejor que en los subtipos Luminal A y HER2-. Este aspecto tiene importantes implicaciones a la hora de establecer el pronóstico, tratamiento y seguimiento de la paciente.

RES0176 carcinoma metaplásico de mama con degeneración sarcomatoide: a propósito de un caso con correlación radiopatológica

Juan Carlos López Coloma[1], Carlos Javier Agredo Molina[1], Telma Meizoso Latova[2], María Concepción Villanueva Sanchez[2], Raquel Izquierdo Fernandez[3], Diana Bastidas Yaguana[4], Dolores Sanchez García[4], Ana Fernandez Lozoya[4], Esther Izquierdo Milla[4], Marta Babarro Peleteiro[4]

[1]Hospital Universitario de Móstoles Servicio de Radiodiagnóstico
[2]Servicio de Anatomía Patológica
[3]Servicio de Radiodiagnóstico
[4]

Objetivos

Ilustrar los hallazgos mamográficos, ecográficos y en rm del carcinoma metaplásico de mama con degeneración sarcomatoide, corelacionando éstas características con los hallazgos clínicos, quirúrgicos y anatomopatológicos.

Material y Métodos

Paciente de 49 años de edad consulta por masa palpable en la mama derecha, dolor y eritema de 1 mes de evolución, sin fiebre ni compomiso del estado general. Asocia retracción del complejo areola-pezón y piel de naranja. Con sospecha clínica de absceso se pautó previamente antibioterapia sin mejoría clínica.

Punch de piel negativo para malignidad.

Mamografía: Gran masa en mama derecha con múltiples microcalcificaciones pleomórficas, que produce retracción y engrosamiento de la piel adyacente, así como aumento de la trabeculación mamaria, con adenopatías axilares de aspecto patológico, compatible con carcinoma.

Ecografía: En mama derecha se identifica una masa heterogénea sólido-quística de gran tamaño, con signos de edema subcutáneo, aumento de la ecogenicidad de la grasa y engrosamiento difuso de la piel.

En la axila derecha, nivel i de berg, se identifican al menos 5 adenopatías sospechosas.

Paaf axilar derecha positiva para malignidad, compatible con carcinoma.

RM: Gran masa en la mama derecha con afectación cutánea y adenopatías axilares patológicas sugerente de neoplasia maligna localmente avanzada.

Biopsia de mama: Alteraciones histológicas compatibles con carcinoma metaplásico de mama (carcinoma sarcomatoide).

Se realiza mastectomía con resultado anatomopatológico de: carcinoma metaplásico grado 3, Pt3 N2a. carcinoma ductal in situ de

alto grado con necrosis. enfermedad de paget del pezón.

Resultados

El carcinoma metaplásico de mama representa un grupo raro y heterogéneo de carcinoma invasivo derivado del epitelio glandular, caracterizado por la diferenciación hacia células escamosas o mesenquimales. Este tipo de carcinoma es muy infrecuente, presentando crecimiento rápido y pronóstico desfavorable.

Clínicamente se presenta como masa dolorosa con adenopatías axilares palpables.

Mamograficamente se puede presentar como una masa hiperdensa de brodes circunscritos/ microlobulados, con o sin microcalcificaciones.

En la ecografía pueden visualizarse gran variedad de hallazgos: bordes circunscritos/ microlobulados, con un componente heterogéneo, presentando áreas sólidas y quísticas.

Imagenológicamente los hallazgos son inespecíficos, siendo el diagnóstico histológico el que determina el tratamiento y manejo.

Es requisito escencial para su diagnóstico anatompatológico la presencia de carcinoma infiltrante de mama cuyas células presentan diferenciación hacia células escamosas, fusiformes o mesenquimales, o matriz celular.

Conclusiones

El carcinoma metaplásico de mama, debido a su baja incidencia y a su variabilidad histológica, sumado a la importancia de un diagnóstico precoz debido a su agresividad, presenta un reto diagnóstico para el equipo médico.

RES0210 Evaluación de la respuesta a la terapia sistémica primaria mediante PET/TC con 18F-FDG en pacientes con cáncer de mama localmente avanzado.

Carlota Cases Pellisé[1], Rosa María Álvarez Pérez[1], Paula Fernández Rodríguez[2], Mónica Cejuela Solis[3], Ana Rodríguez Pajuelo[4], Víctor Manuel Pachón Garrudo[5], Laura Brero Sánchez[2], Álvaro De Bonilla Damiá[2], José Manuel Jiménez-Hoyuela García[2]

[1]Hospital Universitario Virgen del Rocío Servicio de Medicina Nuclear
[2]
[3]Servicio de Oncología
[4]Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez Servicio de Medicina Nuclear
[5]Hospital Universitario Virgen del Rocío

Objetivos

El tratamiento de elección en el cáncer de mama localmente avanzado (CMLA) es la terapia sistémica primaria (TSP), siendo la respuesta al tratamiento el factor determinante para el manejo quirúrgico posterior. El objetivo del estudio fue determinar la precisión diagnóstica del [18F]FDG PET/TC

en la valoración de la respuesta al tratamiento en el CMLA tras la TSP.

Material y Métodos

Se incluyeron 65 pacientes con CMLA tratadas con TSP entre julio de 2018 y marzo de 2023. Todas fueron evaluadas con PET/TC basal (PET_0) y postratamiento (PET_1). Se analizaron los parámetros metabólicos: SUVmax de la lesión mamaria (SUVmax_L), SUVmax ganglionar, MTV y TLG. La respuesta se definió mediante estadificación TNM y fue confirmada por el análisis anatomopatológico tras cirugía (tumorectomía o mastectomía con disección axilar dirigida y/ o linfadenectomía). Se calcularon sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN), así como análisis ROC.

Resultados

El PET_0 en la valoración de la lesión tumoral primaria mostró una S=72.5%, E=88.0%, VPP=90.6% y VPN=66.7%. El 41.54% de las pacientes presentaron afectación axilar, mostrando el PET/TC una S= 48.15%, E=89.47%, VPP=76.47% y VPN=70.83%. Respecto a los falsos negativos (FN) en la valoración de la afectación axilar (n=14, 29.1%), cabe destacar que 4 mujeres tenían afectación micrometastásica, 3 fueron N1 y 7 N2.

Entre los parámetros evaluados, el valor máximo de captación de la lesión mamaria (SUVmaxL) en el PET_1 mostró diferencias estadísticamente significativas tanto en relación con la respuesta completa mamaria (RCM) como con la respuesta completa axilar, con valores de $p = 0.003$ y $p = 0.018$ respectivamente. Asimismo, el TLG del PET_1 también presentó una asociación significativa con la RCM. En contraste, ninguno de los parámetros metabólicos obtenidos en el PET_0 demostró capacidad predictiva significativa para evaluar la respuesta al tratamiento.

El análisis ROC del SUVmaxL en PET1 en relación con la RCM demostró una excelente sensibilidad y una especificidad adecuada en puntos de corte bajos, subrayando su valor como biomarcador metabólico postratamiento para la predicción de RCM.

Conclusiones

El [18F]FDG PET/TC es una técnica con una elevada especificidad en la evaluación de la respuesta a la TSP en mujeres con CMLA. Los parámetros SUVmax y TLG obtenidos en el PET1 se destacan como predictores prometedores de respuesta completa a nivel mamario. Sin embargo, el número no despreciable de FN en la valoración de la respuesta metabólica axilar aconsejan la continuidad de la realización de la DAD.

RES0230 Utilidad del PET-CT con 18F-FDG en el diagnóstico y estadificación de un tumor phyllodes borderline con carcinoma ductal infiltrante asociado.

Diego Fernando Tovar Echeverri1, Asier Peña Fuentes2, Ivan Vinagre Perez2, Julieta Belen Lavilla2, Maialen Diez Garcia1 1 Hospital Universitario Cruces Medicina Nuclear 2

Objetivos

Valorar el papel del PET-CT con 18F-FDG en una lesión mamaria clínicamente avanzada, con hallazgos histológicos discordantes, destacando su utilidad en la caracterización metabólica, la detección de extensión no evidente por otras técnicas y la orientación del manejo quirúrgico-terapéutico.

Material y Métodos

Mujer de 56 años sin antecedentes personales relevantes, que consulta por anemia severa (Hb 5,6 g/dl) y sangrado tumoral. En la exploración física presenta una masa ulcerada que ocupa toda la mama izquierda, con extensión a axila y región clavicular.

La biopsia ganglionar axilar revela infiltración por carcinoma (RE 95%, RP débil, HER2 2+ con SISH negativo, Ki67 10%), mientras que la biopsia mamaria muestra una proliferación fibroepitelial sin signos claros de malignidad, generando una discordancia diagnóstica significativa.

Ante esta situación, se realiza un PET-CT con 18F-FDG, que muestra una extensa masa mamaria izquierda (88 × 123 × 106 mm) con captación heterogénea (SUVmax 4,48), con áreas periféricas hipermetabólicas y zonas hipometabólicas centrales (necrosis). También presenta captación cutánea axilar izquierda (SUVmax 4,24), además de afectación ganglionar en cadena mamaria interna y región supraclavicular izquierdas, no evidenciable con técnicas convencionales.

Resultados

El patrón metabólico heterogéneo sugiere coexistencia de lesiones con distinto comportamiento biológico, permitiendo inferir la posibilidad de una lesión mixta, incluso en ausencia de correlación anatomopatológica inicial. El PET-CT proporcionó una visión más precisa de la extensión locorregional y la afectación ganglionar no detectada por ecografía ni mamografía.

Se realiza mastectomía izquierda con reconstrucción mediante colgajo de dorsal ancho. El estudio anatomopatológico identifica dos lesiones coexistentes:

- Carcinoma ductal infiltrante G1 de 3 cm con componente in situ de alto grado (pT2).
- Tumor Phyllodes Borderline De 11,5 Cm, Con Sobrecrecimiento Estromal, 4 Mitosis/mm², Sin Diferenciación Heteróloga Ni Invasión Vascular (pt3).

Conclusiones

El PET-CT con 18F-FDG fue determinante en la evaluación de una lesión compleja y clínicamente inabordable por técnicas convencionales. La captación heterogénea apoyó la sospecha de múltiples componentes histológicos, y su uso permitió detectar afectación ganglionar en localizaciones inusuales, con impacto directo en la estadificación. Además, guió la planificación quirúrgica y ayudó a seleccionar las zonas más representativas para biopsia, especialmente útil ante hallazgos histológicos contradictorios. En tumores phyllodes, el patrón e intensidad de captación pueden correlacionarse con el grado histológico, aportando información funcional complementaria que puede orientar hacia un comportamiento borderline o maligno.

RES0236 ¿Cómo nos puede ayudar la mamografía con contraste en el diagnóstico y estadiaje del carcinoma lobulillar infiltrante de mama?

Helena Peris Alvà[1], Antonio Mariscal Martínez[1], Maria de Las Olas Pérez Molina[2], Mario Roberto Negrini Morux[2], Alessandro Catanese[2], Jean Carlos Gómez Nova[2], Ángela Patricia Salazar Gómez[2]

[1]Hospital Universitari Germans Trias i Pujol Radiodiagnóstico

[2]

Objetivos

Determinar el valor diagnóstico de la mamografía con contraste en el diagnóstico y estadificación local del carcinoma lobulillar infiltrante de mama.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo unicéntrico de pacientes con diagnóstico histológico de carcinoma lobulillar infiltrante puro (clásico y no clásico) diagnosticados mediante mamografía con contraste entre septiembre de 2019 y abril de 2025. Todas las pacientes fueron sometidas a cirugía primaria. Se excluyeron aquellas pacientes que fueron tratadas mediante neoadyuvancia, las que presentaron metástasis en el diagnóstico y las pacientes que no realizaron intervención quirúrgica. Se analizaron las características tumorales (tamaño, presentación radiológica, presencia de multifocalidad, multicentricidad y bilateralidad) en las diferentes técnicas radiológicas: mamografía convencional, mamografía con contraste y resonancia magnética. La precisión diagnóstica se evaluó mediante las tasas de detección de las distintas técnicas de imagen. El estadiaje local se analizó comparando el tamaño tumoral prequirúrgico radiológico en las distintas pruebas radiológicas, evaluando su concordancia respecto al tamaño histológico de la pieza quirúrgica como gold-standard. Se evaluó la presencia de multifocalidad y multicentricidad en la mamografía con contraste y resonancia magnética y se comprobó mediante estudio histológico posterior.

Resultados

Se incluyeron 29 pacientes con carcinoma lobulillar infiltrante puro. La mamografía convencional solo permitió la detección en el 72,4% de casos (21/29). La mamografía con contraste detectó el 100% de los carcinomas lobulillares infiltrantes y la resonancia magnética detectó el 100% de los casos evaluados (25/29). La precisión en la valoración del tamaño de los casos detectados mostró un tamaño medio tumoral por mamografía convencional, mamografía con contraste y resonancia magnética de 13,87mm, 36,06mm y 38,71mm respectivamente, vs 35,1mm en el examen anatomopatológico. Se evidenció una diferencia estadísticamente significativa entre las medidas de las lesiones obtenidas por mamografía convencional y el tamaño histológico (p=0,0075). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las medidas obtenidas por mamografía con contraste (p=0,85) ni resonancia magnética (p=0,75). La sensibilidad y especificidad para la detección de multifocalidad de la mamografía con contraste fue mayor que con la mamografía convencional y similar a la RM.

Conclusiones

La mamografía con contraste es una técnica radiológica emergente que ha mostrado gran precisión para el diagnóstico y estadificación del carcinoma lobulillar infiltrante de mama, con valores diagnósticos similares a la resonancia magnética.

RES0285 Análisis comparativo de diferentes métodos de localización de lesiones no palpables en patología mamaria

José María Luque Osuna[1], Empar Blanco Moreno[1], María Caparrós Cerdán[2], Lina Alfaro Galán[1], Juan Carlos Lorenzo García[1], Manuela Lucena Campos[2], Valeria Riquelme Primo[1], Alba Canosa Mira[1], Francisco Javier Frutos Arenas[3], Raquel González Martín[4]

[1]

[2]Hospital Universitario Virgen del Rocio Servicio de Ginecología: Patología Mamaria
[3]Radiodiagnóstico
[4]Hospital Universitario Virgen del Rocio Radiodiagnóstico

Objetivos

Dadas las diversas técnicas de locaclización de lesiones malignas de mama no palpables y el auge de nuevas técnicas, hemos realizado una recogida de datos para conocer y comparar el uso de dos técnicas ampliamente utilizadas en nuestro Hospital de 3º nivel, el ya conocido arpón y la intrudicción a nuestro arsenal diagnsótico-terapéutico de la semilla-radar scoutt.

Para ello, analizamos todos los caso de una y otra herramienta durante todo el año de 2024 (desde la introducción de la semilla scout), comparadando número de márgenes afectos, reintervenciones y/o recidivas de las pacientes.

Material y Métodos

Revisión bibliográfica de los distintos tipos de herramientas que poseemos para la localización de lesiones no palpables malignas de mama.

Recogida de resultados y realización de base de datos para la comparación entre el arpón y el suo de la semilla scoutt desde mayo de 2024 hasta diciembre de 2024.

Resultados

Se colocaron 70 semillas Scout desde mayo 2024 en el HUVR.

La edad de las pacientes varía entre los 33 años y los 80 años, con una mediana de edad de 58 años.

En uno de los casos, el tratamiento quirúrgico se realizó en h. de la merced (osuna).

Solamente se reintervino a una paciente con cdis por márgenes <1cm, consensuando mastectomía+reconstrucción inmediata.

En una de las pacientes, el radar fue electrocauterizado y se precisó de ecografía intraoperatoria, precisando ampliación de márgenes intraoperatorios y alta de la unidad tras revisión postoperatoria.

Una de las semillas se utilizó para tratamiento de patología no maligna en resultados definitivos (necrosis grasa postquirúrgica).

En 17 de las pacientes, precisó ampliación intraoperatoria por márgenes afectos.

Todas las pacientes fueron dadas de alta de la unidad, en seguimiento por oncología.

Conclusiones

Debemos conocer las diferentes técnicas de localización y recoger los resultados que obtengamos en nuestras propias unidades para conocer el mayor uso de estas técnicas. Por nuestra parte de las 70 semillas scoutt, todas las pacientes fueron dadas de alta de la unidad de cirugía de mama. Es importante tener la posibilidad sobretodo en los hopsitales de tercer nivel de las diversas técnicas de localización para adpatarnos a las distintas características de cada una de nuestra enfermas.

RES0303 Metaplasia sinovial simulando linfoma anaplásico asociado a implantes mamarios (LACG): a propósito de un caso clínico

María Villar Espada[1], Gema Civantos Jubera[1], Mª Ángeles López García[1], Begoña Vieites Pérez-quintela[2]

[1] Hospital Universitario Virgen Del Rocio Anatomía Patológica

[2]

Objetivos

Destacar la relevancia del estudio anatomopatológico en el contexto de hallazgos radiológicos sugestivos de linfoma anaplásico de células grandes (LACG) asociado a implantes mamarios.

Material y Métodos

Paciente de 69 años, diagnosticada en 2009 de carcinoma de mama luminal B en mama derecha, tratado con cirugía conservadora, biopsia de ganglio centinela y quimioterapia adyuvante. En febrero de 2023 fue diagnosticada de un segundo carcinoma en la misma mama, con inmunofenotipo triple negativo, realizándose mastectomía bilateral con reconstrucción inmediata, tras confirmar mutación patogénica en BRCA2. En octubre del mismo año se efectuó el recambio del implante mamario izquierdo por causa desconocida. En abril de 2024 presentó una recidiva del carcinoma luminal B en mama derecha, indicándose tratamiento neoadyuvante. La resonancia magnética postratamiento evidenció una disminución de la lesión tumoral, poniendo de manifiesto un aumento significativo de líquido periprotésico en la mama izquierda. Ante estos hallazgos, la sospecha clínico-radiológica fue de LACG asociado a implante. En noviembre de 2024 se realizó una intervención quirúrgica consistente en capsulectomía bilateral, retirada de ambas prótesis, exéresis parcial del músculo pectoral mayor derecho y linfadenectomía axilar derecha (niveles I–II).

Resultados

El análisis histopatológico de la mastectomía derecha confirmó una recidiva tumoral de 0,5 cm con cambios atribuibles al tratamiento sistémico. En las cápsulas periprotésicas extraídas se identificó una metaplasia sinovial, más florida en la mama izquierda, observándose una membrana eosinofílica revestida por células fusiformes sin atipia, con características papilares que protruyen hacia la luz capsular. No se evidenció proliferación linfoide acompañante.

Conclusiones

La metaplasia sinovial es un proceso reactivo benigno que parece constituir un evento temprano tras la implantación de prótesis mamarias. Se ha descrito hasta en el 77 % de las cápsulas periprotésicas mamarias, especialmente durante los primeros cinco años tras la colocación del implante, independientemente de su textura o contenido. Suele cursar con la secreción y acúmulo de fluido en la cavidad protésica, lo que plantea el diagnóstico diferencial con el LACG asociado a implantes mamarios, el cual presenta una latencia media de aproximadamente 10 años (rango: 6–14 años). El caso descrito pone de manifiesto la importancia de una adecuada correlación clínico–radio–patológica, así como de la evaluación histopatológica de las cápsulas periprotésicas ante cuadros de efusión intracavitaria, con el fin de evitar procedimientos terapéuticos inadecuados.

RES0308 Caso infrecuente de una osteopoiquilia en paciente con cáncer de mama, imitando una afectación metastásica ósea diseminada

Elena Casillas Sagrado[1], Felipe Gómez-Caminero López[1], Sandra Rama Alonso[2], Francesco Caltagirone Gutiérrez[2], Bruno Santos García[2], Eva Campaña Díaz[2], Luis Gonzaga Díaz González[2], Luis Figuero Pérez[3], Teresa Ramos Grande[4], Pilar Tamayo Alonso[2]

[1]Hospital Clínico Universitario de Salamanca Medicina Nuclear
[2]
[3]Oncología Médica
[4]Cirugía General y Digestivo. Unidad de Patología Mamaria

Objetivos

Presentar un caso de una enfermedad infrecuente que puede imitar una afectación ósea metastásica en una mujer con cáncer de mama, y su aproximación diagnóstica y terapéutica de forma multidisciplinar.

Material y Métodos

Presentamos una mujer de 56 años, sin antecedentes de interés, que se diagnostica de un cáncer de mama izquierda con afectación adenopática axilar ipsilateral tras consultar por inflamación del brazo izquierdo derivada de compresión linfovascular por las adenopatías. Se confirma el diagnóstico histológico de carcinoma lobulillar infiltrante, grado 1, luminal A, con afectación axilar.

Se solicita estudio de extensión clásico mediante TC tóraco-abdomino-pélvico y gammagrafía ósea. En el TC se aprecian incontables lesiones esclerosas de pequeño tamaño y aspecto redondeado diseminadas por todo el esqueleto incluido en el estudio, sugestivas de metástasis como primera posibilidad.

Se realiza la gammagrafía ósea con ^{99m}Tc-HDP y SPECT-TC de región dorsal, comprobando que ninguna de las lesiones presenta captación significativa del radiotrazador, por lo que sugiere patología ósea benigna, siendo la osteopoiquilia la opción diagnóstica sugerida por las características de imagen.

No obstante, dada la discordancia entre ambas pruebas, en comité multidisciplinar se solicita un PET-TC con ^{18}F-FDG (fluorodesoxiglucosa), que demuestra también una ausencia de metabolismo en dichas lesiones, apoyando el diagnóstico de sospecha de osteopoiquilia.

Resultados

Se diagnostica finalmente de un carcinoma de mama estadio cT3 N3 (adenopatías patológicas en nivel III en PET-TC) M0. Realiza tratamiento con quimioterapia neoadyuvante, y posteriormente se interviene de mastectomía y linfadenectomía axilar de niveles I y II. La histología definitiva es de

carcinoma lobulillar infiltrante, con la misma inmunohistoquímica, con escasa respuesta patológica a quimioterapia, estadio ypT2N2. Radioterapia adyuvante y tratamiento con Letrozol y Abemaciclib, que continúa actualmente, sin evidencia de recidiva 6 meses tras la cirugía.

Conclusiones

La osteopoiquilia es una enfermedad hereditaria, con una prevalencia estimada de uno por cada 50.000 habitantes, habitualmente asintomática y de diagnóstico casual. Cuando, como en nuestro caso, coexiste con una patología tumoral, puede ser confundida con metástasis óseas. Las pruebas de medicina nuclear, gammagrafía ósea y PET-TC, son fundamentales para su diagnóstico, teniendo impacto en el manejo de la enfermedad.

RES0342 Perfil de seguridad de la cirugía conservadora ecoguiada en carcinoma in situ

Yolanda Guillemat Font[1], Judith Jurado Seguer[1], Paula De Argacha Junyent[2], Tomas Cortadellas Rosel[2], Silvia Franco Camps[2]

[1] Dexeus Sant Cugat Ginecologia Y Obstetricia

[2]

Objetivos

Evaluar el perfil de seguridad de la cirugía conservadora ecoguiada en pacientes con carcinoma in situ mediante la correlación clínico-radiológica-patológica.

Material y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó a pacientes diagnosticadas de carcinoma in situ entre enero de 2023 y enero de 2025 en nuestro centro.

Resultados

Durante el período de estudio, se llevaron a cabo un total de 433 cirugías, con una tasa de diagnóstico de carcinoma ductal in situ (CDIS) del 5.1%. Un total de 22 pacientes fueron analizadas, con una edad media de 49 años. Dentro de este grupo, 5 pacientes presentaron indicaciones previas de cirugía benigna tras biopsia de aguja gruesa (2 hiperplasia ductal atípica y 3 papiloma intraductal) con confirmación de CDIS en pieza quirúrgica. La mediana del tamaño tumoral al diagnóstico por imagen fue de 22.5 mm. Se observó que el 50% de las pacientes presentaron lesiones nodulares en ecografía, mientras que el otro 50% mostró microcalcificaciones en la mamografía. El 90% de las pacientes presentaron receptores hormonales positivos y realizaron hormonoterapia adyuvante posterior. El 95% de las pacientes diagnosticadas se sometieron a cirugía conservadora ecoguiada (21 pacientes), empleando clip hidromark en el 50% (10 pacientes). Se realizó técnica de ganglio centinela al 72.7% de las pacientes, siendo negativo en todos los casos. Resulta relevante destacar que el 36.3% de las pacientes requirieron reintervención debido a

márgenes afectos, pero sólo el 18% necesitó someterse a mastectomia para lograr márgenes libres (siendo 4 pacientes sometidas a esta última en un segundo tiempo.). El 100% de las pacientes mastectomizadas se sometió a una reconstrucción inmediata.

Conclusiones

Los hallazgos sugieren que, en tamaños tumorales inferiores a 30 mm, la cirugía conservadora ecoguiada se presenta como una opción segura. El marcaje con clip permite una correcta localización intraoperatoria de las lesiones, incluso cuando las microcalcificaciones son el signo de presentación de la lesión. Nuestros resultados incluyen una alta tasa de reintervención por márgenes afectos (incluyendo 5 pacientes infradiagnosticas al inicio del tratamiento), debido a la distribución parcheada característica del carcioma in situ. En nuestra serie, solo 1 de cada 5 pacientes requirió finalmente una intervención más radical. Estos resultados respaldan la viabilidad del tratamiento conservador en este contexto clínico ya que presenta mejores resultados estéticos y mayores tasas de satisfacción por parte de las pacientes.

RES0397 Visión y precisión: la radiología como clave en la cirugía robótica de la mama.

Mónica Pérez González[1], Francisco Luis Romero Cique[1], Dominica Dulnik Bucka[2], María Teresa Blanco Guillén[3], Jimena Cantero Piñeiro[3], Miguel Ángel Rodríguez Zambrano[4], Raquel Martín Hernández[5], Sonia Rebeca Vallejo Rivera[6], Jaime Gutiérrez Olascoaga[7], Pablo Martínez Núñez[8]

[1] Hospital Universitario HM Puerta del Sur Radiodiagnóstico
[2] Radiodiagnóstico
[3] Hospital Universitario HM Puerta del Sur Ginecología y Obstetricia
[4] Ginecología y Obstetricia
[5] Anatomía Patológica
[6] Hospital Universitario de Guadalajara Radiodiagnóstico
[7] Centro de Radiología de la Mama Radiología
[8] Hospital Sanitas la Zarzuela Cirugía Plástica

Objetivos

Describir el papel de las técnicas de imagen en la selección e indicación de cirugía robótica mamaria y en la planificación anatómica personalizada previa a la intervención, destacando el valor de la imagen en el abordaje multidisciplinar.

Material y Métodos

Se presenta una revisión descriptiva de los criterios radiológicos que permiten identificar a las pacientes candidatas a cirugía robótica mamaria, con base en nuestra experiencia clínica (2 casos) y bibliografía reciente. Revisión de los hallazgos en mamografía, ecografía y resonancia magnética (RM) que permitieron definir la viabilidad del abordaje robótico, optimizar la planificación y preservar la estética mamaria.

Se revisan además las principales indicaciones actuales:

– Mastectomía profiláctica en pacientes con mutaciones BRCA u otras de alto riesgo.

– Mastectomía Terapéutica En Estadios Iniciales, Con Preservación De Piel Y Complejo Areola-pezón.

– Reconstrucción inmediata con abordaje axilar o inframamario oculto.

– Pacientes Con Mamas Densas, Ptósicas O Con Asimetrías Complejas.

Así como las contraindicaciones o limitaciones:

- Tumores grandes o avanzados localmente.

- Compromiso cutáneo extenso.

- Cuando no hay disponibilidad de tecnología ni experiencia quirúrgica adecuada.

- Costos elevados que pueden limitar su uso.

Resultados

La RM fue la técnica más útil para valorar el volumen glandular, la relación del tumor con las estructuras críticas y la simetría mamaria, elementos esenciales para planificar la vía de acceso robótico.

También se descartaron contraindicaciones como afectación cutánea o adenopatía axilar sospechosa.

En todos los casos, la imagen facilitó una planificación quirúrgica más segura, con mejores resultados estéticos y menor invasividad.

El trabajo conjunto entre radiólogos y ginecólogos fue clave para el éxito del procedimiento.

Conclusiones

La cirugía robótica de mama es una opción innovadora y en expansión para el tratamiento y prevención del cáncer de mama.

La Radiología tiene un papel determinante no solo en el diagnóstico, sino en la selección precisa de pacientes, la planificación prequirúrgica personalizada y la optimización estética y funcional del procedimiento.

La colaboración multidisciplinar guiada por la imagen representa el futuro en el manejo integral de la patología mamaria.

RES0398 Microcalcificaciones residuales tras quimioterapia neoadyuvante: correlación historradiológica.

Fabiola Alonso-Lamberti Zarauza[1], Laura Beltrán Parra[1], Eva Robisco Díaz[2], Araceli María Delgado Ojeda[2], María Jesús González Villar[2], Rocío Abrisqueta Serrano[2], Jorge García Ibáñez[3], Clara Gloria Huertas Burgos[2], María Consuelo Sanz Ferrández[2], Sofía Aragón Sánchez[2]

[1]Hospital Universitario 12 de Octubre Obstetricia y Ginecología

[2]

[3]Hospital Universitario 12 de Octubre Ginecología y Obstetricia

Objetivos

El propósito principal de la quimioterapia neoadyuvante en el cáncer de mama es disminuir la extensión locorregional de la enfermedad permitiendo realizar cirugías más conservadoras. Las microcalficaciones son un hallazgo mamográfico frecuente, pudiendo ser el único hallazgo sugestivo de CDIS. No existe consenso acerca del significado patológico de la persistencia de las mismas tras el tratamiento neoadyuvante. Según la literatura, actualmente está indicada su exéresis suponiendo, en algunos casos, la realización de cirugías radicales innecesarias.

El objetivo de nuestro trabajo es analizar la correlación historradiológica de las microcalcificaciones residuales tras neoadyuvancia.

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama sometidas a quimioterapia neoadyuvante en un hospital terciario entre 2016-2022.

Se recogieron las características del tumor, la presencia, extensión y diagnóstico anatomopatológico de las microcalcificaciones antes y después del tratamiento y el estudio histológico de la pieza quirúrgica definitiva. El análisis estadístico descriptivo se realizó con el programa SPSS.

Resultados

Se analizaron 417 pacientes con edad media al diagnóstico de 53.34(±12.51) años. El 92.6% de los tumores eran ductales. Con respecto al perfil inmunohistoquímico: 36.8% luminales, 40.4% HER2 positivo y 22.8% triple negativo. En el 36,6% de las pacientes se identificaron microcalcificaciones previas a la neoadyuvancia. Del total de microcalcificaciones diagnosticadas previo al tratamiento neoadyuvante, en el 82,6% se diagnosticó de carcinoma infiltrante y un 10,7% correspondía con CDIS. En 193 pacientes se realizó mamografía postneoadyuvancia objetivándose que el 29.1% (60) tenían microcalcificaciones residuales. El estudio histológico definitivo mostró que un 58% de representaban un carcinoma ductal infiltrante y ausencia de tumor en el 42% restante.

Conclusiones

La persistencia de las microcalcificaciones tras la quimioterapia neoadyuvante tiene un significado incierto que debe correlacionarse con el estudio histológico. En cerca de la mitad de los casos las microcalcificaciones residuales no se corresponden con tumor residual en el estudio histológico de la pieza quirúrgica. Estudios prospectivos futuros determinarán que pacientes se pueden beneficiar de estudios adicionales que condicionen la posibilidad de disminuir la radicalidad quirúrgica en la mama.

RES0399 ¿Afecta la persistencia de microcalcificaciones postneadyuvancia en el tipo de cirugía en la mama? Un análisis retrospectivo.

Laura Beltrán Parra[1], Fabiola Alonso-Lamberti Zarauza[1], Eva Robisco Díaz[1], Sara Barba Ortega[2], Jorge García Ibáñez[2], Rocío Abrisqueta Serrano[2], María Jesús González Villar[2], Araceli María Delgado Ojeda[2], Elena Marín Fernández[2], Beatrice Conti Nuño[2]

[1]Hospital Universitario 12 de Octubre Ginecología y Obstetricia
[2]

Objetivos

Las microcalcifcaciones en la mamografía son un hallazgo frecuente y en ocasiones suponen el único hallazgo sugestivo de CDIS. Sin embargo, no existe consenso acerca del significado y tratamiento de las microcalcificaciones persistentes tras el tratamiento neoadyuvante ya que no siempre implica enfermedad residual.

El objetivo de nuestro trabajo es analizar si existe relación entre el tipo de cirugía realizada en la mama y la persistencia de microcalcificaciones en la mamografía tras la neoadyuvancia.

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama sometidas a quimioterapia neoadyuvante en un hospital terciario entre 2016-2022. Analizamos las características demográficas de nuestra muestra, así como las principales características del tumor. Se estudiaron las microcalcificaciones descritas en las mamografías previas y posteriores a la terapia neoadyuvante y se compararon con el tipo de cirugía realizada en la mama mediante chi cuadrado.

Resultados

Se analizaron 417 pacientes con edad media al diagnóstico de 53.34 años, siendo el 53.7% menopáusicas. El 92.6% de los tumores eran ductales. El 36.8% fueron luminales, 40.4% HER2 positivo y 22.8% triple negativo.

En el 36,6% se identificaron microcalcificaciones previas a la neoadyuvancia, de las cuales el 82,6% correspondían a carcinoma infiltrante y el 10,7% con CDIS.

De las 193 pacientes con mamografía postneoadyuvancia el 29.1% tenían microcalcificaciones. De estas, al 61% se le realizó cirugía conservadora mientras que al 39% cirugía radical. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tipo de cirugía realiza sobre la mama en pacientes con microcalcifcaciones persistentes

Conclusiones

No parece haber relación entre el tipo de cirugía realizada y las microcalcificaciones

persistentes tras neoadyuvancia. Las limitaciones de nuestro estudio son que no se han estratificado los datos según la indicación de la mastectomía y que solo a la mitad de las pacientes se les realizó mamografía tras la quimioterapia.

RES0401 Quimioterapia neoadyuvante y desaparición de microcalcificaciones: experiencia en un centro terciario.

Fabiola Alonso-Lamberti Zarauza[1], Laura Beltrán Parra[1], Eva Robisco Díaz[2], María Jesús González Villar[2], Rocío Abrisqueta Serrano[2], Jorge García Ibáñez[2], Araceli María Delgado Ojeda[2], Christian Garrido López[2], Marta Gallego Álvarez[2], Sofía Aragón Sánchez[2]

[1] Hospital Universitario 12 de Octubre Ginecología y Obstetricia
[2]

Objetivos

La quimioterapia neoadyuvante permite realizar cirugías más conservadoras ya que disminuye el tamaño tumoral. Resulta interesante evaluar su impacto sobre las microcalcificaciones ya que pueden ser un marcador de malignidad, en ocasiones resultando el único hallazgo sugestivo de CDIS. No existe consenso en la literatura acerca de su manejo. Algunos estudios sugieren que a pesar de que el tratamiento puede reducir el tumor e incluso inducir respuesta completa, las microcalcificaciones persisten en un porcentaje significativo de pacientes no siempre implicando enfermedad residual.

El objetivo de este estudio es analizar si existe correlación entre la administración de quimioterapia neoadyuvante y la desaparición de microcalcificaciones en la mamografía de control.

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama sometidas a quimioterapia neoadyuvante en un hospital terciario entre 2016-2022. Analizamos las características demográficas de nuestra muestra, así como las principales características del tumor. Además, comparamos las microcalcificaciones antes y después del tratamiento neoadyuvante utilizando chi cuadrado utilizando el sistema estadístico SPSS.

Resultados

Se analizaron 417 pacientes con edad media al diagnóstico de 53.34 años, siendo el 53.7% menopáusicas. El 92.6% de los tumores eran ductales. El 36.8% fueron luminales, 40.4% HER2 positivo y 22.8% triple negativo.

En el 36,6% (n:150) se identificaron microcalcificaciones previas a la neoadyuvancia, de las cuales el 82,6% (n: 124) correspondían a carcinoma infiltrante y el 10,7% (n:16) con CDIS. De las 193 pacientes con mamografía postneoadyuvancia el 29.1% tenían microcalcificaciones.

Conclusiones

Según nuestros datos, la administración de quimioterapia neoadyuvante se relaciona de manera estadísticamente significativa con la desaparición de las microcalcificaciones en la mamografía. Si bien es cierto, que son precisos estudios prospectivos para generar un consenso entre las sociedades científicas.

RES0403 ¿Influye el perfil inmunohistoquímico y el subtipo tumoral en la aparición de microcalcificaciones en pacientes con cáncer de mama?

Fabiola Alonso-Lamberti Zarauza[1], Laura Beltrán Parra[1], Eva Robisco Díaz[2], María Jesús González Villar[2], Araceli María Delgado Ojeda[2], Jorge García Ibáñez[2], Rocío Abrisqueta Serrano[2], Sergio Gómez-Limón López de la Franca[2], Laura Álvaro Valiente[2], Sofía Aragón Sánchez[2]

[1] Hospital Universitario 12 de Octubre Ginecología y Obstetricia
[2]

Objetivos

Las microcalcificaciones en la mamografía son un hallazgo frecuente, siendo en ocasiones el único hallazgo sugestivo de CDIS. Sin embargo, no existe consenso acerca del significado patológico de las mismas y si es necesario su exéresis en caso de que persistan tras el tratamiento neoadyuvante ya que no siempre implica enfermedad residual.

El objetivo de nuestro trabajo es analizar el perfil inmunohistoquímico y subtipo tumoral de aquellas mujeres diagnosticadas de microcalcificaciones en la mamografía al diagnóstico, previas al tratamiento neoadyuvante y analizar si existe una relación entre estas y la aparición de microcalcificaciones.

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama sometidas a quimioterapia neoadyuvante en un hospital terciario entre 2016-2022. Analizamos las características demográficas de nuestra muestra, así como las principales características del tumor. Se estudiaron las microcalcificaciones descritas en las mamografías previas y posteriores a la terapia neoadyuvante y el perfil inmunohistoquímico y subtipo tumoral según la BAG. Se estudió mediante chi-cuadrado la relación entre el perfil inmunohistoquímico del tumor y la aparición de microcalcificaciones al diagnóstico utilizando chi cuadrado.

Resultados

Se Analizaron 417 Pacientes Con Edad Media Al Diagnóstico De 53.34 Años, Siendo El 53.7% Menopáusicas.

En el 36,6% (n:139) se identificaron microcalcificaciones previas a la neoadyuvancia, de las cuales el 82,6% correspondían a carcinoma infiltrante y el

10,7% con CDIS. En aquellas con microcalcificaciones el fenotipo fue: 33,8% (n:47) luminales, 52,5% (n:73) HER2+ y 13,7% (n:19) triple negativo. En el grupo sin microcalficaciones fue menor la prevalencia de HER2+ (35,1%), que de luminales (39,7%) y de triples negativos (25,2%). La relación entre el perfil inmunohistoquímico y la aparición de microcalcificaciones estadísticamente significativa (p=0,002). En las pacientes con microcalcificaciones el 92.9% (n:130) eran ductales y el 3.6% (n:5) lobulillares y en aquellas sin microcalcificaciones el 92,1 (n:223) fueron ductales y el 6,6% (n:16) lobulillares, no encontrando una relación entre el subtipo tumoral y la aparición de microcalcificaciones (p=0,15).

Conclusiones

Según nuestros datos, existe una relación entre el perfil inmunohistoquímico y la aparición de microcalcificaciones en la mamografía al diagnóstico, siendo más frecuente en los tumores HER2+.

Aparentemente, no existe relación entre el subtipo tumoral y la aparición de microcalcificaciones al diagnóstico si bien es cierto que este resultado podría verse influido por la escasa representación de tumores lobulillares en nuestra muestra.

RES0404 Factores que influyen en la desaparición de microcalcificaciones tras quimioterapia neoadyuvante en pacientes con cáncer de mama: un análisis retrospectivo

Fabiola Alonso-Lamberti Zarauza[1], Laura Beltrán Parra[1], Rocío Abrisqueta Serrano[2], Jorge García Ibáñez[2], María Jesús González Villar[2], Araceli María Delgado Ojeda[2], Julia Jiménez Bartolomé[2], Sara Martín Ponce[2], Laura Vicente Sagrado[2], Santiago Baltar Cerero[2]

[1]Hospital Universitario 12 de Octubre Ginecología y Obstetricia
[2]

Objetivos

Las microcalcificaciones persistentes en mamografía tras quimioterapia neoadyuvante en cáncer de mama representan un reto para evaluar la respuesta tumoral. Su persistencia no siempre indica enfermedad residual, ya que pueden corresponder a necrosis o cambios inflamatorios.

El objetivo de nuestro estudio fue tratar de identificar factores que pudieran asociarse con la desaparición de microcalcificaciones tras quimioterapia neoadyuvante.

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo en pacientes diagnosticadas de

cáncer de mama y tratadas con quimioterapia neoadyuvante en un hospital terciario entre los años 2016 y 2022. Se analizaron las características demográficas, las principales características histológicas y moleculares del tumor, así como la presencia, tamaño y correlación histológica de las microcalcificaciones antes y después del tratamiento neoadyuvante.

Se estudió la asociación entre la desaparición de microcalcificaciones en la mamografía post-tratamiento y diversos factores clínicos y patológicos: estatus menopáusico, subtipo tumoral (CDI, CLI y otros), perfil inmunohistoquímico, tamaño tumoral inicial, extensión de microcalcificaciones y porcentaje de Ki67. Se utilizaron las pruebas chi-cuadrado y U de Mann-Whitney para el análisis estadístico.

Resultados

Se incluyeron 417 pacientes, con una edad media al diagnóstico de 53,34 años; el 53,7 % eran menopáusicas. La mayoría de los tumores (92,6 %) fueron ductales infiltrantes con un tamaño medio de 39.8mm. En cuanto al perfil inmunohistoquímico, el 36,8 % fueron luminales, el 40,4 % HER2 positivos y el 22,8 % triple negativos.

Se identificaron microcalcificaciones en la mamografía basal en el 36,6 % de las pacientes con un tamaño medio de 34.08mm; de estas, el 82,6 % correspondían a carcinoma infiltrante y el 10,7 % a carcinoma ductal in situ (CDIS). En la mamografía tras la quimioterapia neoadyuvante, se observó persistencia de microcalcificaciones en el 29,1 % de las 193 pacientes evaluadas.

No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la persistencia de microcalcificaciones y ninguno de los factores analizados: menopausia (p=0,842), porcentaje de Ki67 (p=0,594), subtipo histológico (p=0,234), perfil inmunohistoquímico (p=0,223), tamaño tumoral inicial (p=0,450) ni extensión de las microcalcificaciones (p=0,675).

Conclusiones

En nuestra muestra, la persistencia de microcalcificaciones tras quimioterapia no se asoció con las variables clínicas y tumorales evaluadas. Estos hallazgos refuerzan que su presencia no debe interpretarse de forma aislada como signo de enfermedad residual. Se requieren estudios prospectivos que analicen en mayor profundidad las características morfológicas de las calcificaciones para optimizar su valor diagnóstico.

RES0415 Correlación entre los hallazgos de Resonancia Magnética y el inmunofenotipo tumoral en el cáncer de mama

Miranda Sanchez Carenzo Vélez[1], Yesika Dávila Zablah[2], Leyla Judith Alanis Soto[3], Elena M. Sánchez Siller[3], Mane M. Ayala Durán[3], Daniel Fernando López Altamirano[4], Margarita Lilia Garza Montemayor[3]

[1]*Christus Muguerza Hospital Cumbres. Clínica de Mama del Hospital Christus Muguerza Cumbres*
[2]*Hospital Zambrano Hellion TecSalud Centro de Imagen de la Mama*
[3]*Hospital Zambrano Hellion. TecSalud. Centro de Imagen Diagnóstica de Mama*
[4]*Hospital San José TecSalud. Departamento de Anatomía Patológica*

Objetivos

Evaluar la correlación entre las características por imagen en la resonancia magnética mamaria contrastada y el inmunofenotipo tumoral en pacientes con cáncer de mama, con el fin de determinar si los hallazgos por imagen permiten predecir el tipo de inmunofenotipo.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo unicéntrico que evaluó 2,023 pacientes consecutivas mediante RM de mama contrastada entre enero 2014 a diciembre 2023, 609 resultaron con diagnóstico de cáncer de mama. Se incluyeron 491 pacientes entre 22 y 81 años de edad, con cáncer de mama y con la información de inmunohistoquímica en el expediente médico electrónico.

Resultados

De las 491 pacientes, 428 presentaron lesiones de tipo masa, la mayoría de ellas con morfología irregular, márgenes irregulares, realce heterogéneo, curva cinética tipo 2 y sin edema; las otras 63 pacientes con lesiones no masa presentaron predominantemente márgenes circunscritos, presencia del "root sign", distribución focal, realce heterogéneo, curva cinética tipo 2 y todas se asociaron a edema. En ambos grupos el tipo de cáncer más frecuente fue el Luminal A.

Se tomaron en cuenta otras características como la edad, el tamaño de la lesión y el Káiser score en busca de alguna asociación, identificando una diferencia significativa (p-value de 0.001) entre el tamaño de las masas y no masas; en cuanto a la edad y el Káiser score no existió diferencia significativa con un p-value de 0.195 y de 0.929, respectivamente.

En las masas se encontró que los tumores Triple Negativos se presentaban a los 50 años de edad, con tamaño promedio de 30 mm, forma redonda e irregular y acompañado de edema, mientras que los tumores Luminal A suelen presentarse a los 51.6 años, tamaño promedio de 22 mm, forma irregular, realce en anillo y ausencia de edema. El resto de las variables estudiadas no presentaron asociación significativa con los inmunofenotipos.

Las lesiones no masa no presentaron asociación significativa, posiblemente por la muestra pequeña y la presencia de un solo caso triple negativo en este grupo.

Conclusiones

Los realces no masa no mostraron una asociación estadísticamente significativa entre sus características de RM y el inmunofenotipo; sin embargo, no se pueden sacar conclusiones definitivas sobre su correlación y se necesitan más estudios con muestras más grandes. Las características de resonancia magnética y el inmunofenotipo en las masas Triple Negativo y Luminal A demostraron una correlación significativa; por tanto, la resonancia magnética mamaria es una prueba no invasiva para una aproximación inmediata al inmunofenotipo tumoral en estos casos.

RES0426 Relación entre el diagnóstico prequirúrgico y definitivo del carcinoma ductal in situ de mama: revisión de casos en el Hospital Sant Joan de Reus (2023-2024).

Candela Puyuelo Vázquez[1], Misericòrdia Jordà Solé[1], Olga Aguiló Sagristà[2], Itziar Mateu Hidalgo[2], Montserrat Monclús Argany[2], M. Teresa Gavaldà Pellice[2], Ana Sanz Lucas[2], Pere Cavallé Busquets[2]

[1]Hospital Universitari Sant Joan de Reus Ginecologia y Obstetricia
[2]

Objetivos

Describir la relación diagnóstica del carcinoma ductal de mama in situ (Cdis) detectado en biopsias prequirúrgicas con aguja gruesa comparado con el diagnóstico definitivo en la pieza quirúrgica en pacientes en el Hospital Sant Joan de Reus de enero de 2023 a diciembre de 2024.

Material y Métodos

Estudio observacional, transversal y retrospectivo. Se incluyeron a 341 pacientes intervenidas de neoplasia maligna de mama, excluyendo 324 casos por no presentar carcinoma ductal in situ (n= 17, 4.98%). Los datos se obtuvieron de la base de datos de la Unidad de Patología Mamaria.

Resultados

Se analizaron 17 casos con diagnóstico de carcinoma ductal in situ, con una media de edad de 55,24 años (DS ± 8.20) de las cuales 6 (35,2%) eran premenopáusicas. El 23,5% (n=4) presentaban antecedente de neoplasia maligna de mama. El 41,1% (n=7) de las pacientes fueron diagnosticadas mediante el cribado poblacional con mamografía, mientras que otro 41,1% (n=7) fueron hallazgos en revisión y un 11,7% (n=2) consultaron por auto palpación de nódulo mamario. El tratamiento quirúrgico de la mama fué de mastectomía en el 52,9% (n=9) y tumorectomía guiada por arpón el 47% (n=8). Dos pacientes 28,5% (n=2) precisaron reintervención para ampliación de márgenes que se realizó mediante mastectomía. Se realizó biopsia del ganglio centinela en 70,5% de los casos (n=12). En 8 (47 %) en la cirugía primaria y 4 (23,5%) posteriormente. El diagnóstico en pieza quirúrgica definitiva fué

de carcinoma infiltrante en el 41,1% (n=7) de los casos siendo en el 85,7% (n=6) infiltrante no especial tipo ductal (CINOS), de estas el 33,3% (n=2) con solo microinfiltración, y el 14,28% (n=1) de infiltrante tipo lobulillar. Solo 1 (14,2%) presentaba ganglios afectos y se trataba de un CINOS. Se realizó radioterapia en los casos de tratamiento conservador y hormonoterapia en los casos con receptores hormonales positivos y quimioterapia en los casos de infiltrante que lo requirieron.

Conclusiones

De los casos revisados con diagnóstico prequirúrgico de carcinoma in situ, el 41,1% (n=7) presentó un diagnóstico definitivo de carcinoma infiltrante. Dada la alta tasa de pacientes asintomáticas, destaca la importancia del cribado poblacional y la exploración médica. Se precisa la biopsia quirúrgica como método diagnóstico definitivo y son necesarios estudios con mayor tamaño poblacional.

Cribado poblacional de cáncer de mama

RES0002 Manejo de pacientes de alta sospecha. Nuestra experiencia y nuestros errores.

Alicia Cuenca Zarzuela[1], Naiara Linares Martínez[1], Diana María Castaño Palacio[1], Daniel Augusto Puentes Bejarano[2], Jhoan Sebastián Mangonez[2], Almudena Gil Boronat[2], Carmen Nicole Tischendorf[2], Ramón De la Torre Colmenero[2], Ignacio De Garcillan de la Joya[2]

[1]Hospital Sanitas La Moraleja Radiodiagnóstico
[2]

Objetivos

- Dar a conocer nuestro sistema de actuación con las pacientes de alta sospecha BIRADS 4C y 5.
- Explicar funciones de gestor de casos que nos ayuda en todo el proceso.
- Analizar diferentes características de presentación de las lesiones de las pacientes clasificadas con BIRADS 4C y 5.

Material y Métodos

Se realiza un estudio retrospectivo de pacientes que acuden a nuestro centro desde noviembre de 2023 hasta enero de 2025, y son clasificadas como categorías BIRADS 4C y 5. Se analizan diferentes características iniciales de estas lesiones en base a una serie de ítems.

Se explican las funciones de gestor de casos.

Resultados

De los 84 casos que tuvimos clasificados como BIRADS 4C y 5, 81 de ellos tuvieron una anatomía patológica acorde, mientras que

3 de ellos fueron no acordes, analizando los tres casos posteriormente, y teniendo en uno de ellos un upgrade, siendo finalmente 82 casos con anatomía patológica positiva.

De los 84 casos que tuvimos, el 58% de las pacientes acudieron por bulto palpable.

La morfología de diagnóstico inicial fue como nódulo (n=62), seguido de microcalcificaciones (n=13) y distorsión (n=9). La localización inicial de la lesión sospechosa fue más frecuente en mama exclusivamente (n=66) con axila negativa, seguida de lesión sospechosa en mama con afectación axilar (n=18).

Conclusiones

El sistema para pacientes de alta sospecha acorta tiempos de entrega de resultados. Disponer de un gestor de casos tiene un impacto positivo en el tratamiento y organización de estas pacientes.

Los dos casos categorizados con BI-RADS 4c y 5 y con anatomía patológica no acorde han tenido doble BAG/BAV y RM negativa; están en seguimiento estrecho por imagen.

La morfología más frecuente es en forma de nódulo seguido de microcalcificaciones.

RES0004 Imagen Mamaria Basada en Radiofrecuencia para el Cribado del Cáncer de Mama: Resultados Preliminares de un Estudio Clínico Multicéntrico Europeo

Daniel Álvarez Sánchez-Bayuela, Teresa López-Brea Alarza, Rubén Giovanetti González, Ana Rodríguez Sánchez, Lina Marcela Cruz Hernández, Paul Martín Aguilar Angulo, Aarón Darío Martínez Gómez, Cristina Romero Castellano

Complejo Hospitalario Universitario de Toledo Radiodiagnóstico

Objetivos

Presentar los resultados preliminares obtenidos en nuestro centro dentro del estudio en curso titulado “Investigación clínica para evaluar la imagen por microondas a través de MammoWave® en un programa de cribado poblacional para la detección temprana del cáncer de mama” (ClinicalTrials.gov ID NCT06291896).

Material y Métodos

Se trata de un estudio clínico intervencional, prospectivo, no aleatorizado y de etiqueta abierta, que se está llevando a cabo en nueve hospitales europeos y cuenta con la aprobación de los comités de ética nacionales e institucionales correspondientes, incluida la AEMPS y el CEIm del Complejo Hospitalario de Toledo (registro 1094). Se prevé reclutar a 10,000 voluntarias, seleccionadas según los

criterios descritos en un protocolo aprobado y publicado.

Las participantes incluidas en este análisis fueron reclutadas en el Programa de Prevención Precoz de Cáncer de Mama del área sanitaria de Toledo, tras someterse a su mamografía de cribado. Tras firmar el consentimiento informado, se realizó un escaneo mediante MammoWave® en ambas mamas. Los resultados fueron comparados con la mamografía convencional correspondiente. Como estándar de referencia, los radiólogos realizaron una doble lectura independiente con consenso, complementada con pruebas adicionales (ecografía, resonancia magnética, histología) según protocolo clínico. Los radiólogos no intervinieron en la obtención/interpretación de imágenes mediante MammoWave®; en su lugar, un algoritmo de Machine Learning (ML) clasificó cada mama como "NSF" (hallazgos no sospechosos) o "WSF" (hallazgos sospechosos). Las voluntarias fueron llamadas a pruebas complementarias si su mamografía de cribado resultó positiva o si se reportó WSF en mujeres con mamas densas.

Resultados

Se presentan datos de 800 voluntarias, con una edad promedio de 54,6 ± 6,7 años. El estudio incluyó tres rondas de optimización del modelo ML de MammoWave®, conforme al protocolo clínico. El algoritmo ML 1 se aplicó a 208 voluntarias, detectando 2 de 4 casos de cáncer; el algoritmo ML 2 a 117 voluntarias, detectando 0 de 1 caso; y el algoritmo ML 3 a 475 voluntarias, detectando 0 de 1 caso. La especificidad obtenida para cada algoritmo fue del 43%, 46% y 88%, respectivamente. Además, se recogió un cuestionario de satisfacción entre las voluntarias participantes.

Conclusiones

Los resultados preliminares indican que el último algoritmo ML de MammoWave® es prometedor en el cribado del cáncer de mama, especialmente en especificidad. Sin embargo, se requiere optimización para equilibrar sensibilidad y especificidad. Las limitaciones incluyen su diseño no aleatorizado y el tamaño reducido de la muestra. Un análisis intermedio con 3,000 voluntarias permitirá mejoras adicionales y optimización del algoritmo.

RES0032 AI WAVEMAR: creación de un modelo de inteligencia artificial para detectar hallazgos sospechosos en la mamografía de cribado

Erika Natalia Arenas Rivera[1], Marcos Bustos Barrera[1], Jose Maria Maiques Llacer[2], Rodrigo Alcantara Souza[2]

[1]Hospital Del Mar Radiologia
[2]

Objetivos

Desarrollar, entrenar y validar AI WaveMar, una herramienta basada en inteligencia

artificial (IA) diseñada para la detección automatizada de hallazgos mamográficos sospechosos en el contexto del cribado de cáncer de mama (CCM).

Material y Métodos

Se desarrolló un modelo de clasificación de imágenes basado en redes neuronales convolucionales (EfficientNet B7). El modelo fue entrenado con un conjunto mixto de 48.562 proyecciones mamográficas anonimizadas, procedentes del programa de CCM del Hospital del Mar y del dataset público Chinese Mammography Database (CMMD)[1]. El modelo fue evaluado en un conjunto de prueba independiente (test set) compuesto por 4.902 imágenes. Se calcularon métricas de rendimiento como sensibilidad (S o recall), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP o precision), valor predictivo negativo (VPN), exactitud (accuracy) y F1-score.

Resultados

AI WaveMar alcanzó una sensibilidad del 92,95% ($p < 0,001$) y una especificidad del 98,12% ($p < 0,001$). El VPP fue del 89,79% ($p < 0,001$) y el VPN del 98,74% ($p < 0,001$). La exactitud global fue del 93,34%, y el F1-score del 92,34%, evidenciando un rendimiento diagnóstico elevado y equilibrado.

Conclusiones

AI WaveMar es una herramienta de IA desarrollada como apoyo a la interpretación mamográfica en el cribado, cuyos resultados preliminares sugieren que podría contribuir a optimizar los programas de cribado, pero requiere una validación clínica en la práctica real para confirmar su utilidad diagnóstica.

RES0042 Mamografía con contraste en el contexto de reevaluación: menos dudas y más precisión

María José Ciudad Fernández, Beatriz Lannegrand Menéndez, Nancy Sánchez Rubio, Vanessa García Carballal, Laura Escudero González, Carlota García Barón, Myriam Montes Fernández

Objetivos

Comprobar si la mamografía con contraste (MC) utilizada en el contexto de reevaluación del cribado poblacional (BI-RADS 0) disminuye la necesidad de controles precoces.

Material y Métodos

Estudio unicéntrico observacional sobre una cohorte retrospectiva de mujeres participantes en el programa DEPRECAM entre enero de 2024 y febrero de 2025 con categoría BIRADS 0 y en las que se realizó una MC. Las indicaciones de MC fueron: (1) asimetría focal (AF), (2) nódulos múltiples (NM) sin criterios de benignidad,

o (3) ambos (AF+NM), por ser las indicaciones que más frecuentemente se asocian con la necesidad de un control precoz (BI-RADS 3). La categoría BI-RADS definitiva se estableció en función de las imágenes recombinadas de la MC. A posteriori, se analizaron la mamografía de baja energía y la ecografía (si se disponía de ella) para determinar cuál habría sido la categoría BI-RADS asignada en ausencia de MC.

Resultados

Se realizaron 8830 mamografías de cribado durante el periodo de estudio, de las cuales se seleccionaron 88 (1,0%) con indicación de MC. El estudio se realizó en 79 (90%) casos, siendo la indicación: AF 49 (69,0%), NM 15 (19,0%) y AF+NM 15 (19,0%). Se decidió un control precoz (categoría BI-RADS 3) en el 5,1% de los casos, frente al 87,3% que habría sido requerido con las técnicas estándar, lo que supone evitar controles precoces en el 82,2% de las mujeres seleccionadas. Se indicó una biopsia (categorías BI-RADS 4 y 5) en 18 (22,8%) casos, frente al 10,2% que se habrían indicado con técnicas convencionales. No obstante, el valor predictivo positivo (VPP) de estas biopsias fue del 52,6% (8 positivas para malignidad y 2 lesiones B3). Además, en 2 de los 8 casos con lesiones malignas, estas se detectaron únicamente por CM.

Conclusiones

La MC reduce la necesidad de controles precoces en el 82,2% de las reevaluaciones, con un vpp superior al 50%.

RES0043 Aplicación del sistema BI-RADS en contexto de cribado poblacional: ¿lo seguimos haciendo bien?

María José Ciudad Fernández, Nancy Sánchez Rubio, Beatriz Lannegrand Menéndez, Vanessa García Carballal, Carlota García Barón, Laura Escudero González, Myriam Montes Fernández

Objetivos

Validar nuestra aplicación del sistema BI-RADS (Breast Imaging and Reporting System) en cribado poblacional, en el contexto de derivación hospitalaria por sospecha de malignidad.

Material y Métodos

Estudio unicéntrico observacional sobre una cohorte retrospectiva de mujeres participantes en el programa de detección precoz del cáncer de mama, que tras realización de mamografía de cribado y/o reevaluación recibieron una categoría diagnóstica sospechosa de malignidad, por lo que fueron derivadas a valoración hospitalaria entre enero de 2024 y febrero de 2025. Según nuestra práctica clínica habitual se realizó doble lectura de las mamografías de cribado. La categoría BI-RADS se asignó según los criterios del Colegio Americano de Radiología (ACR); en caso de discrepancia entre los dos lectores prevaleció la categoría de mayor sospecha. La valoración de biopsia se realizó por un único radiólogo con dedicación

exclusiva a imagen mamaria. En los casos de persistencia de sospecha de malignidad, se realizó biopsia percutánea.

Resultados

Se realizaron 8830 mamografías de cribado durante el periodo de estudio, de las cuales 229 (2,6%) resultaron sospechas de malignidad. El hallazgo de sospecha fue nódulo en 72 casos (31,4%), microcalcificaciones en 110 (48,0%), asimetría en 25 (10,9%), distorsión en 20 (8,7%), y adenopatías en 2 (0,9%). 36 mujeres (15,7%) presentaban hallazgos de muy alta sospecha (categorías BI-RADS 4c y 5). En 202 casos (88,2%) se realizó biopsia percutánea guiada por imagen, con resultado benigno en 121 (59,9%), potencial maligno incierto en 11 (5,4%) y maligno en 70 (34,7) %. Entre las lesiones malignas, 21 (30,0%) fueron carcinomas in situ, 48 (68,5%) carcinomas infiltrantes y 1 (1,4%) linfoma. La proporción de lesiones malignas por categoría BI-RADS fue 4,3% en BI-RADS 4a, 23,8% en BI-RADS 4b, 96,3% en BI-RADS 4c y 100% en BI-RADS 5. En 140 casos (61,1%) no se disponía de mamografías anteriores en el sistema (primera ronda), en ellos la proporción de lesiones malignas fue menor que en las mujeres con mamografías previas (26,4% versus 46,9%, p=0,01).

Conclusiones

En nuestro centro la aplicación del sistema BI-RADS en el contexto de cribado es correcto, ya que cada categoría diagnóstica presenta valor predictivo positivo dentro del estándar propuesto por el ACR.

RES0054 Impacto de los agonistas de la GLP-1 en la densidad mamaria y su seguimiento en un servicio de radiología.

Ana Rita Maia, Ana Margarida Frederico Uls Alto Alentejo Radiología

Objetivos

El aumento de la obesidad mundial tiene contribuido para el aumento del uso de fármacos anti-obesidad, como los agonistas *glucagon-like peptiede-1* (aGLP-1). Estos fármacos son conocidos por disminuir del tejido adiposo pudendo tener repercusiones en la alteración del padrón mamaria. Los objetivos de este trabajo son: conocer las alteraciones del padrón mamario después del inicio del tratamiento con los aGLP-1 y si están asociados al desarrollo y retraso del diagnóstico de patologías mamarias.

Material y Métodos

Realizamos un estudio transversal de evaluación de las pruebas diagnósticas, entre enero de 2019 y diciembre de 2024. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes que presentaban los siguientes criterios: ausencia de neoplasia mamaria conocida; ausencia de fatores de riesgo de desarrollo de neoplasia mamaria; que se encontraban a realizar tratamiento con aGLP-1 y que

presentaban acceso a mamografías previas para comparación. Los detalles de todos los pacientes se introdujeron en el Microsoft Excel y se procesaron utilizando SPSS para Windows, versión 17.

Resultados

De los 29 pacientes incluidos en este estudio, todos eran del sexo femenino; la mediana de edades se encuentra en los 57,38 años. Se destaca que en 6 mujeres hube alteración del padrón mamario, estas pacientes se encontraban a realizar aGLP-1 hace más de 4 años. En las restantes, donde en tiempo de terapéutica no sobrepasaba los 4 años, no se verificaron alteraciones en el padrón mamario. En 7 mujeres, con lesiones benignas descritas en exámenes previos al inicio del tratamiento con aGLP-1 no se verificaron cambios de las lesiones; hay a destacar que en una mujer hube un aumento del nódulo mamario. En ninguna de las mujeres estudiadas hube diagnóstico de neoplasia mamaria tras el inicio de los aGLP-1.

Conclusiones

Los hallazgos en las imágenes mamarias tras el uso de aGLP-1 pueden variar, incluyendo aumentos significativos e insignificantes de la densidad mamaria. Estos cambios pueden estar asociados con el tiempo de uso de los aGLP-1. En nuestro estudio no asociamos el aumento de la densidad mamaria con el retraso de diagnóstico de lesiones mamarias, pero hay que destacar el bajo número de la muestra. Estudios adicionales, con muestras mayores serán necesarios para conocer el espectro de cambios mamarios asociados con los aGLP-1 y para evaluar adecuadamente la necesidad de pruebas de cribado complementarias o imágenes dirigidas adicionales.

RES0137 Eficacia de la ecografía mamaria como adjunto a la mamografía en pacientes asintomáticas con mama densa y mamografía normal. Resultados preliminares.

Mariana Castro Barba, Sandra Garcia Martinez, Dario Cassina Dexeus Instituto Universitario Dgi

Objetivos

- Analizar la eficacia de la ecografía complementaria en pacientes con mama densa y mamografía normal.

- Evaluar la tasa de detección de cáncer de mama de la ecografía de cribado realizada en mujeres con mama densa.

- Describir las características imagenológicas y anatomo-patológicas de los tumores hallados.

Material y Métodos

Se analizaron las mamografía de mujeres asintomáticas realizadas durante el periodo 2019-2023 con tejido mamario heterogéneamente denso y extremadamente denso de acuerdo a los criterios del Colegio Americano de Radiología (tipos de tejido

ACR C y D) y resultado normal en la mamografía (BI-RADS 1 y 2) que además tuvieran ecografía mamaria positiva (BI-RADS 3, 4 Y 5).

Resultados

Se Identificaron 55000 Mamografías Con Mama Densa Y Resultado Normal En El Periodo 2019-2023, De Las Cuales 714 Tuvieron Una Ecografía Anormal (bi-rads 3, 4 Y 5)

En Este Análisis Parcial De Resultados Se Analizaron Los Registros De 442 Pacientes Con 477 Lesiones, De Las Cuales 107 (24.9%) Resultaron Ser Un Carcinoma En Biopsia.

El promedio de edad fue de 49 años (34-82); 116(26.2%) pacientes tuvieron antecedentes familiares y/o personales de cáncer de mama.

El promedio de tamaño del total de lesiones fue de 11. 4mm (4-43)

3.8% (17) de las lesiones se categorizaron como Bi-rads 3, 95.7% (423) como Bi-rads 4 y 0.5% (2) de las lesiones como Bi-rads 5. Se detectaron 428 nódulos (89.7%), 43 (9%) distorsiones y 6 lesiones fueron otros (1.3%).

De los 107 carcinomas 9 (8.4%) fueron CDIS; 74 (69.2%) C Invasor ductal y 24 (22.4%) fueron CInvasor Lobulillar. De acuerdo a IHQ se hallaron 69 tumores Luminal A, 26 Luminal B, 7 triple negativo y 1 Her-2 positivo.

De las pacientes que requirieron cirugía, se realizaron 110 conservadoras y 10 mastectomías; 89 técnica de ganglio centinela y 3 vaciamientos axilares, hallándose 4 casos con axila positiva, de los cuales 1 fue una recidiva axilar sin lesión en la mama.

Al seguimiento se hallaron 3 recidivas, 1 paciente con metástasis y ninguna muerte.

Conclusiones

La ecografía mamaria complementaria realizada de manera rutinaria en mujeres con mama densa ha permitido un incremento en la detección de carcinomas de pequeño tamaño, con axila negativa y tratamiento conservador en la mayoría de los casos.

También conlleva un aumento en el número de biopsias con resultado benigno.

Diagnóstico del cáncer de mama en estadios iniciales

RES0093 Carcinoma papilar ¿sorpresa o esperado? Revisión en nuestro centro

María Castillo Isiegas[1], Marina Siesto Marcos[2], Ester López Rodríguez[2], Guadalupe Ugena Díaz[2], Lara Núñez Moreno[2], Irene Cedrún Sitges[2], Ángel Sánchez Herán[2], David Amo Calzas[2], Óscar Gutiérrez Arteaga[2], Pablo Pagliarani Gil[2]

[1]*Hospital Universitario de Getafe Radiodiagnóstico*
[2]

Objetivos

Revisión y descripción de las características clínicas, histopatológicas y radiológicas de los diferentes tipos de carcinoma papilar, una forma de cáncer poco frecuente, representando menos del 2% de todos los carcinomas de mama.

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo en nuestro hospital, revisando historias clínicas y el resultado de anatomía patológica en pacientes con diagnóstico de carcinoma papilar desde el año 2021 hasta el año 2025. Se incluyeron aquellos casos de pacientes con diagnóstico confirmado por biopsia y las principales variables estudiadas fueron la edad, sexo y carcaterísticas radiológicas en las pruebas diagnósticas utilizadas.

Resultados

Se identificaron 29 casos de carcinoma papilar de mama, de los cuales 23 correspondían a carcinoma papilar sólido y 6 a carcinoma papilar encapsulado (quiste complejo). La presentación más frecuente fue en mujeres postmenopáusicas con nódulos sólidos retroareolares y quistes complejos.

Conclusiones

El carcinoma papilar es una neoplasia poco frecuente con buen pronóstico y baja agresividad. Estas lesiones no siempre se presentan con unas características radiológicas específicas y pueden simular patología benigna por lo que puede ser difícil diagnosticar por los hallazgos radiológicos. Es importante conocer y tenerlo presente para un diagnóstico y tratamiento precoz.

RES0113 Biopsia de mama guiada por mamografía con contraste: Una revisión iconográfica

Iñigo Alcaraz Hernando[1], Ibai Estibez Olea[2], Begoña Iturre Salinas[1], Diana Gorostiza Laborda[3], Ainhoa Diaz de Otalora Serna[3], Maider Bringas Veiga[3]

[1]*Hospital Universitario Cruces Servicio de Radiodiagnóstico/Sección de Radiología Mamaria*
[2]*Hospital de Cruces Radiodiagnóstico-Sección de Mama*
[3]

Objetivos

Presentar una revisión iconográfica de los casos de biopsia de mama guiada por mamografía con contraste (BGCEM) realizados en nuestro centro, destacando su utilidad en casos seleccionados en los que la lesión no se identifica por otros medios.

Material y Métodos

Se realizó una revisión retrospectiva de los casos de biopsia mamaria realizados bajo guía de CEM en nuestro servicio desde su implementación en abril de 2025. Se seleccionaron pacientes con hallazgos sospechosos visibles exclusivamente con técnicas funcionales (realce en mamografía con contraste). Se revisaron los aspectos técnicos de la biopsia. Se seleccionaron los casos más representativos para la revisión iconográfica.

Resultados

La revisión inconográfica demostró como la biopsia mediante mamografía con contraste fue clave para tomar muestras de aquellas lesiones que únicamente eran visibles en la CEM.

Conclusiones

La biopsia de mama guiada por mamografía con contraste es una técnica segura, eficaz y especialmente útil en casos donde las lesiones solo son visibles con contraste. Esta técnica ofrece una alternativa barata, accesible y fiable a la biopsia mediante resonancia magnética.

RES0125 ¿Nos quedamos tranquilos cuando la IA predice bajo riesgo en el estudio mamográfico?

Pablo Del Nido Recio[1], Carolina Sobrido Sampedro[1], Paula Martínez-miravete[2], Arlette María Elizalde Pérez[1], Luis Javier Pina Insausti[1]

[1]

[2]Centro De Mama Martínez-miravete

Objetivos

El objetivo del estudio es analizar los falsos negativos (FN) generados mediante inteligencia artificial (IA) en mamografía y tomosíntesis aplicada en el contexto de cribado oportunista y clínica.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo efectuado entre noviembre de 2024 y junio de 2025. Se realizaron en nuestro centro 4900 estudios mamográficos consecutivos, incluyendo mamografías (MD) y tomosíntesis (TMD) en proyecciones craneocaudal y oblicua. Para cada estudio se dispuso de la información proporcionada por el algoritmo de IA y asignando una categoría de riesgo (bajo, intermedio o elevado). Posteriormente, todos los pacientes fueron sometidos a ecografía complementaria y biopsia percutánea de las lesiones sospechosas. Dos radiólogos expertos con más de 20 años de experiencia clasificaron a los pacientes según la categoría BI-RADS. Se consideraron FN: los casos no detectados por IA mediante MD y TMD

(clasificados como bajo riesgo) con Gold estándar positivo (biopsia maligna). Se realizó un análisis descriptivo de las causas de FN.

Resultados

Del total de las 4900 pacientes, la IA clasificó como bajo riesgo (L) un 61,4 % (3009 pacientes) y de riesgo intermedio o elevado (I o E) un 38,6% (1891 pacientes). Además, del total de pacientes de bajo riesgo, 2317 pertenecieron al grupo de cribado oportunista (77%) y 692 al clínico (23%). Entre los 3009 pacientes de bajo riesgo se registraron 9 casos diagnosticados de cáncer (0,3%), de los cuales el radiólogo experto detectó un 66,67% mediante mamografía o tomosíntesis (6 casos; considerados como FN de la IA) y un 33,33% (3 casos) mediante ecografía no visibles mediante el resto de técnicas mamográficas. La tasa global de FN fue de 0,2%, siendo en el grupo de cribado de 0,08% (2 casos); mientras que en el grupo clínico fue de 0,57% (4 casos). La edad media del total de FN de la IA fue de 60,5 ± 11,36 años y el tamaño medio de las lesiones de 5,68 ± 5,98 mm. Los resultados de los FN de la IA fueron: carcinoma ductal infiltrante (2 casos), carcinoma ductal in situ, carcinoma lobulillar infiltrante, carcinoma tubular y metástasis de melanoma.

Conclusiones

La IA aplicada en mamografía y tomosíntesis presenta una tasa de FN del 0,2%, principalmente en el grupo clínico. La ecografía es capaz de detectar canceres adicionales no visibles en mamografía/ tomosíntesis. Por tanto, a pesar de obtener un resultado negativo de la IA, se exige una revisión sistemática.

RES0127 El problema de los falsos positivos mediante IA: comparación entre mamografía y tomosíntesis.

Pablo Del Nido Recio, Carolina Sobrido Sampedro, Paula Martínez-miravete, Luis Javier Pina Insausti, Arlette María Elizalde Pérez

Objetivos

El estudio tuvo como objetivo analizar los falsos positivos (FP) generados por la inteligencia artificial (IA) en las proyecciones craneocaudales de la mamografía (MD) frente a la tomosíntesis (TMD) en la práctica clínica y el cribado.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo entre noviembre de 2024 y junio de 2025. Se revisaron 2079 estudios consecutivos de cribado oportunista (69 %) y de práctica clínica (31 %), que se sometieron tanto a MD (proyección CC) como a TMD (proyección CC). La información del algoritmo de IA estuvo disponible para cada estudio, y se asignó una categoría de riesgo (bajo, intermedio o elevado). Posteriormente, todas las pacientes se sometieron a una ecografía complementaria y a una biopsia percutánea de las lesiones sospechosas. Dos radiólogos expertos clasificaron a las pacientes según la categoría BI-RADS. Se consideraron FP: categorías

detectadas por la IA como intermedias y elevadas con un gold estándar negativo (BI-RADS 4 o 5 con biopsia benigna o BI-RADS 1 a 3). Los FP se clasificaron en ocho grupos según su causa: calcificaciones vasculares, calcificaciones benignas, superposición de tejidos o tejido normal, nódulos benignos, artefactos, cicatrices posquirúrgicas, asimetrías y pliegues cutáneos. Se realizó un análisis descriptivo de las frecuencias y una comparación entre modalidades utilizando pruebas estadísticas como la chi cuadrado o McNemar.

Resultados

Se registraron 491 FP entre 2079 pacientes (23,6 %). De los 491 FP, la IA mostró un mayor porcentaje de FP en la MD (68,02 %, 334 pacientes) que en la TMD (27,7 %, 136 pacientes); $p < 0,001$. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el grupo de cribado (73,35 % MD frente a 67,65 % TMD; $p < 0,001$) y en el grupo clínico (26,65 % MD frente a 32,35 % TMD; $p < 0,001$). Las principales causas de FP fueron (MD frente a TMD): calcificaciones benignas (32,63 frente a 25,07 %; $p < 0,001$), solapamientos (33,83 frente a 21,32 %; $p < 0,001$) y nódulos benignos (18,86 frente a 22,06 %; $p < 0,001$). No se encontraron diferencias significativas en las categorías restantes.

Conclusiones

Globalmente de los 491 FP, el porcentaje FP detectados por IA en MD (68,02 %) fue significativamente mayor que en TMD (27,7 %). En el grupo de cribado hubo significativamente más FP en MD que en TMD. Sin embargo, en el grupo clínico hubo significativamente más FP en TMD que en MD. Además, encontramos diferencias estadísticamente significativas en las calcificaciones benignas, las superposiciones y los nódulos benignos.

RES0129 Correlación entre los datos de MammaTyper y Oncotype DX: predicción del riesgo tumoral mediante los niveles del receptor de progesterona en cáncer de mama. ESTUDIO SCORE

Vicente Peg Cámara[1], Emilio Alba Conejo[2], Javier Hernández Losa[1], Rocío Lavado Valenzuela[3], Martina Álvarez Pérez[4], Sonia Borao Arriazu[5], María del Carmen Ocaña Farfán[3], Alicia Garrido Aranda[4]

[1]Hospital Universitario Vall d'Hebron Anatomía Patológica
[2]Hospital Universitario Virgen de la Victoria Oncología Médica
[3]Instituto de Investigación Biomédica de Málaga y Plataforma en Nanomedicina Investigación clínica y traslacional en cáncer
[4]Instituto de Investigación Biomédica de Málaga y Plataforma en Nanomedicina Laboratorio de Biología Molecular del Cáncer
[5]Vall d'Hebron Institut de Recerca Patologia Molecular Translacional

Objetivos

En el cáncer de mama temprano con receptores de estrógenos positivos (ER+) y HER2 negativo, la indicación de quimioterapia adyuvante depende de una adecuada estratificación del riesgo. Oncotype DX® se ha consolidado como una herramienta ampliamente utilizada para este fin. Sin embargo, en determinados entornos, su coste y disponibilidad han motivado la búsqueda de enfoques complementarios que puedan apoyar la toma de decisiones clínicas.

MammaTyper®, un test de expresión génica basado en RT-qPCR, permite cuantificar de forma estandarizada biomarcadores como el receptor de progesterona (PR), y puede realizarse en laboratorios locales a menor coste. Su utilización potencial como herramienta molecular adicional ha despertado interés, especialmente en escenarios donde se requiere optimizar recursos sin comprometer la calidad del abordaje diagnóstico.

Algunos estudios han observado una asociación entre la alta expresión de PR medida por MammaTyper® y perfiles de bajo riesgo según Oncotype DX® (Recurrence Score ≤25), y han propuesto su uso como herramienta inicial para identificar tumores de bajo riesgo, reservando Oncotype DX® para casos intermedios o inciertos. Este tipo de enfoque permitiría integrar ambas herramientas de manera secuencial o complementaria en la práctica clínica y optimizar así el uso de recursos.

Este estudio tiene como objetivo principal analizar la correlación entre los niveles del PR obtenidos mediante MammaTyper® y Oncotype DX®, con el fin de explorar el valor adicional de MammaTyper® en la predicción del riesgo tumoral, particularmente en pacientes con RS ≤25.

Material y Métodos

Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico. Se incluyen 215 pacientes con cáncer de mama invasivo ER+/HER2-, previamente evaluadas con Oncotype DX®, y con tejido tumoral archivado disponible para análisis molecular mediante MammaTyper®.

Se excluyen condiciones que podrían haber alterado la biología tumoral y los niveles de PR, afectando la comparabilidad de los datos, como enfermedad metastásica, tratamiento con quimioterapia neoadyuvante o comorbilidades graves. También se excluyen muestras con menos del 20% de células tumorales.

Resultados

El estudio se encuentra en fase de procesamiento de las muestras. Los resultados estarán disponibles una vez finalizado el análisis molecular y completada la integración de datos.

Conclusiones

Este estudio busca aportar evidencia sobre el potencial de MammaTyper® como herramienta molecular complementaria en la estratificación del riesgo en cáncer de mama temprano ER+/HER2-. El análisis de su correlación con los resultados de Oncotype DX® permitirá valorar su potencial utilidad en escenarios donde se requiera ampliar el espectro de opciones diagnósticas disponibles, facilitando un abordaje más flexible y accesible en la toma de decisiones terapéuticas.

RES0140 Uso de pruebas de imagen en el manejo diagnóstico del dolor mamario: revisión sistemática de estudios observacionales (2015–2025)

Guillermo García Galarraga[1], Fernando Pizarro Rodríguez[1], María Teresa Fernández Taranilla[2], María Conde Martín[2], Manuel Delgado Marquez[2], Juliana Rodriguez Arango[2], Javier Torréns Martínez[2], Leisy Sotolongo Diaz[2]

[1]Hospital Universitario 12 de Octubre Servicio de radiodiagnóstico. Unidad de mama
[2]

Objetivos

Evaluar la rentabilidad diagnóstica de las pruebas de imagen (mamografía, ecografía, tomosíntesis) en mujeres con mastalgia, y determinar en qué contextos clínicos se justifica su uso.

Material y Métodos

- Diseño: revisión sistemática de estudios observacionales (PubMed, 2015–2025).
- Criterios de inclusión: mujeres con dolor mamario, sin masa palpable ni hallazgos clínicos relevantes.
- Variables extraídas: tipo de estudio, tamaño muestral, tipo de mastalgia, modalidad de imagen, hallazgos, detección de cáncer, conclusiones.
- Número de estudios analizados: 12 artículos procedentes de PubMed, con un total de >10.000 mujeres.

Resultados

- El dolor mamario aislado o focal fue el síntoma más frecuente.
- La prueba más utilizada fue la ecografía en mujeres y mamografía en ≥40. La tasa de detección de cáncer osciló entre 0% y 0.88%.
- En varios estudios, más del 95% de las imágenes fueron BI-RADS 1 o 2.
- En la mayoría de estudios, se concluye que el rendimiento diagnóstico de la imagen es bajo en mujeres jóvenes con mastalgia aislada.

Conclusiones

La imagen mamaria en mujeres con mastalgia aislada, especialmente si son menores de 40 años y no presentan hallazgos clínicos, presenta baja rentabilidad diagnóstica. Los hallazgos respaldan las guías que desaconsejan el uso sistemático de pruebas de imagen en este contexto clínico. Es necesario fomentar el uso racional de los recursos y evitar pruebas innecesarias.

RES0198 Riesgo de multifocalidad, multicentricidad y bilateralidad en el carcinoma lobulillar invasivo de mama

Loreto De Llano[1], Olatz Gorriño[2], Ana Legorburu[2], Monica Santamaria[2], Ruth González[2], Maria Udondo[2], Sandra Delgado[2]

[1]Hospital Universitario De Basurto Radiodiagnóstico (radiología Mamaria)
[2]

Objetivos

- Revisar el número de carcinomas lobulillares infiltrantes diagnosticados en nuestra Unidad de Diagnóstico por Imagen Mamaria entre los años 2020-2024.

- Revisar El Porcentaje De Carcinomas Lobulillares Infiltrantes Multifocales, Multicéntricos Y Bilaterales.

- Realizar la comparativa en cuanto a multifocalidad entre los carcinomas ductales infiltrantes y los carcinomas lobulillares infiltrantes.

Material y Métodos

Los carcinomas lobulillares son el segundo subtipo más frecuente de carcinoma de mama (el 10% de todos los carcinomas de mama), y característicamente tienen más tendencia a ser multifocales, multicéntricos y bilaterales en comparación con el resto de carcinomas de mama.

Revisamos todos los carcinomas lobulillares infiltrantes (CLI) diagnosticados en nuestra Unidad de Diagnóstico por Imagen Mamaria del servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario de Basurto durante los años 2020-2024 (5 años), recogidos en una base de datos donde incluimos todas las Biopsias por Aguja Gruesa (BAG) y Biopsias asistidas por vacío (BAV) realizadas en nuestro centro.

Hemos revisado cada uno de los casos diagnosticados mediante diferentes técnicas de imagen: mamografía, ecografía y biopsia. A estas pacientes se les ha realizado asimismo mamografía con contraste o Resonancia Magnética con contraste intravenoso para el estudio locorregional, descartar focos adicionales no vistos en las anteriores técnicas de imagen y valorar la extensión de la lesión. De esta manera revisamos el porcentaje de lesiones multifocales (varios focos de tumor dentro del mismo cuadrante), multicéntricas (lesiones tumorales en diferentes cuadrantes o a una distancia >5cm) y bilaterales (en ambas mamas).

Se revisan asimismo los carcinomas ductales infiltrantes (CDI) diagnosticados en nuestro

centro, el subtipo más frecuente de carcinoma de mama (80% de todos los cánceres de mama), y el porcentaje de multifocalidad.

Resultados

En los últimos 5 años hemos diagnosticado en nuestro hospital 178 CLI, de los cuales el 1,1% eran multifocales, el 7,8% eran multicéntricos y el 1,1% eran bilaterales. En total, el 10% de los CLI presentaban más de un foco tumoral.

En los últimos 5 años hemos diagnosticado asimismo 1183 CDI, de los cuales el 1,7% eran multifocales, el 5,3% eran multicéntricos y el 2,1% eran bilaterales. En total, el 9,2% de los CDI presentaban más de un foco tumoral.

Conclusiones

En nuestro centro, el 10% de los CLI y el 9,2% de los CDI tienen más de un foco tumoral, lo que muestra la importancia de la realización de pruebas de imagen como la mamografía con contraste o la RM para valorar la extensión locorregional en ambos subtipos tumorales, con mayor relevancia en los CLI.

RES0250 Evaluación de la utilidad de la resonancia magnética en el cáncer de mama: comparación con mamografía y ecografía en la detección de enfermedad adicional y su impacto en el manejo terapéutico según características tumorales y mamarias

Francisco Castillejos Ibáñez[1], Georgy Kadzhaya[1], Marcos Adrianzén Vargas[2], Ernesto Muñoz Sornosa[2], Vicente López Flor[2], Elvira Buch Vila[2]

[1]Hospital Clínico Universitario de Valencia Cirugia General y del Aparato Digestivo
[2]

Objetivos

Evaluar el impacto de la resonancia magnética (RM) mamaria en la planificación terapéutica de pacientes con cáncer de mama (CM) precoz, analizando su influencia en el cambio del tipo de cirugía inicialmente previsto y en la detección de enfermedad adicional no identificada mediante pruebas convencionales.

Material y Métodos

Estudio observacional, descriptivo, unicéntrico y retrospectivo en mujeres con CM a quienes se les realizó una RM antes del tratamiento. Se analizaron variables clínicas, radiológicas e histológicas, y su asociación con dos desenlaces: detección de enfermedad adicional y cambio de tratamiento tras la RM.

Resultados

La mediana de edad fue de 61 años. El 83,3% presentaban carcinoma infiltrante y el 50% correspondía al subtipo Luminal A. La RM detectó enfermedad adicional en el 33,3% de los casos, y un 13,9% requirió biopsia. El tipo de cirugía cambió en el 27,8% de las pacientes tras la RM, y un 7,4% inició tratamiento neoadyuvante.

Se observaron asociaciones significativas entre el cambio de tratamiento y la densidad mamaria (mayor frecuencia en mamas ACR-A y B; $p = 0.009$) y el tipo histológico confirmado ($p < 0.0001$), destacando los carcinomas ductales in situ. Aunque los valores altos de Ki67 y bajos de TILs mostraron una tendencia a asociarse con cambios de tratamiento, no alcanzaron significación estadística.

En relación con la detección de enfermedad adicional, se hallaron asociaciones significativas con la densidad mamaria baja (ACR-B 60% detecta enfermedad adicional; $p = 0.0014$) y el Ki67 alto ($p = 0.0047$). No se observaron diferencias significativas con el tipo histológico ni con los niveles de TILs.

Conclusiones

La RM mamaria puede modificar el abordaje terapéutico en un número relevante de pacientes, especialmente en casos con mamas menos densas, alto Ki67 o sospecha de enfermedad multifocal. Su uso como herramienta complementaria resulta útil para afinar la estrategia quirúrgica, aunque su indicación debe valorarse de forma individualizada dentro del comité multidisciplinar.

RES0298 Utilidad del [18F]FDG PET/TC en la estadificación N y M del cáncer de mama al diagnóstico

Ana Barrera Cerpa[1], Cecilia Villaprado Mesa[1], Katherine Sanabria Ramirez[1], Paula Carrera Caballero[1], Isabel Blanco Saiz[1], Ignacio Poveda Las Heras[2], Sara Esteban Gordillo[2], Elena Goñi Girones[1], Pedro Armendariz Rubio[2]

[1]Hospital Universitario de Navarra Medicina Nuclear
[2]Hospital Universitario de Navarra Cirugía General

Objetivos

Evaluar el cambio en la estadificación ganglionar (N) y metastásica (M) tras la realización de [^{18}F] FDG PET/CT en pacientes con cáncer de mama recién diagnosticado.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo de 67 pacientes consecutivas desde octubre 2023 a mayo 2025. Criterio de exclusión: tratamiento sistémico previo o antecedente de patología oncológica previa. La estadificación inicial incluyó exploración física, mamografía,

ecografía axilar ± BAG/PAAF del ganglio sospechoso y RM.

La preparación previa a la realización del [^{18}F] FDG PET/CT requirió ayuno de 6 horas y nivel de glucosa inferior 200 mg/dl, administrándose una dosis ajustada por peso entre 180-260 MBq [^{18}F]-FDG.

Aproximadamente 1 hora después se adquirieron las imágenes desde base del cráneo hasta ingle, incluyendo CT sin contraste para la corrección de atenuación y localización anatómica.

Resultados

Fueron 65 mujeres y 2 hombres con edad media de 58,6 años (33-88). En 2 pacientes (3%) fue bilateral. La mediana de tamaño fue 20 mm (RIQ: 17-35). La clasificación histopatológica fueron 49 (73,1%) de tipo no específico (NOS), 8 (11,9%) lobulillar infiltrante y 10 (14,9%) otros, entre los que se encuentran mucinoso, metaplásico o escamoso. En relación a los subtipos, fueron 15 (22,4%) Luminal A, 24 (35,8%) Luminal B, 5 (7,5%) Luminal B-HER2, 9 (13,4%) HER2 puro y 13 (19,4%) Triple negativo. En 29 de ellos (43,3%), hubo al menos un ganglio palpable en la axila ipsilateral.

El [^{18}F] FDG PET/CT encontró actividad metabólica aumentada sugestiva de patología tumoral ganglionar en axila ipsilateral 39 (58,2%), mamaria interna 11 (16,4%), supraclavicular 7 (10,4%), axila contralateral 1 (1,5%) y en 9 en otras localizaciones (mediastínica, cervical o frénica). Esto permitió la reestadificación N en 18 (26,9%). De ellos, 16 correspondían a histología NOS y 2 (25%) a lobulillar infiltrante. La captación no fue valorable en 5 (7,5%) por intervención quirúrgica reciente.

Por otro lado, en relación a la afectación M, el [^{18}F] FDG PET/CT modificó la estadificación en 8 pacientes, localizando metástasis óseas en 4, hepática y pulmonar en 1, pulmonar y ósea en 2 y hepática en 1. De ellos, 3 pacientes (33,3%) tenían histología de lobulillar infiltrante.

No existió diferencia significativa en el cambio de estadificación N ni M respecto al tamaño tumoral.

Conclusiones

El [^{18}F] FDG PET/CT resultó una herramienta útil para la estadificación inicial en el grupo de pacientes estudiado. Son necesarios estudios más amplios para definir las características de aquellas pacientes que presentarían mayor beneficio de la realización de esta prueba.

RES0301 Valor clínico de la PET/CT con 18F-FDG en la estadificación inicial y la evaluación de respuesta a la quimioterapia neoadyuvante en cáncer de mama localmente avanzado: a propósito de un caso

Felipe Gómez-Caminero López[1], Elena Casillas Sagrado[1], Paloma Garcia-Talavera

San Miguel[1], Eva Campaña Diaz[1], Sandra Rama Alonso[1], Francesco Caltagirone Gutierrez[1], Bruno Santos Garcia[1], Jose C Cañadas Salazar[1], Marta Eguia Larrea[2], Cesar A. Rodriguez Sanchez[3]

[1]Complejo Asistencial Universitario De Salamanca Medicina Nuclear
[2]Complejo Asistencial Universitario De Salamanca Cirugía General Y Digestivo
[3]Complejo Asistencial Universitario De Salamanca Oncología Médica

Objetivos

Describir los beneficios de la realización de PET/CT con ^{18}F-FDG en la estadificación inicial y la valoración de respuesta a quimioterapia neoadyuvante (QTNA) en pacientes con carcinoma de mama localmente avanzado de alto riesgo.

Material y Métodos

Paciente de 56 Años monorrena por donación previa, sin antecedentes personales oncológicos, consulta por tumor palpable en el cuadrante inferoexterno de la mama derecha.

Resultados

Se practica mamografía/ecografía mamaria con resultado de *área hipoecogénica palpable de 19mm, sospechosa de malignidad. BIRADS-4C. Pequeño ganglio intramamario a las 10 horas de mama derecha con ligero engrosamiento cortical*. La biopsia confirma un carcinoma ductal infiltrante grado de Nottingham 3 (3+3+2) con RE 90%, RP-, Ki67 50%, HER2+ (por FISH), CK-19 +, e-Caderina +, y ganglio linfático con infiltración por carcinoma. La RM mamaria confirmó la presencia de la lesión mamaria y el ganglio axilar ipsilateral clasificándola como BIRADS-6. Comentado en Comité de Patología Mamaria, dado el estadio localmente avanzado y siguiendo las recomendaciones de las guías, se decide completar la estadificación con ^{18}F-FDG-PET/CT en un equipo digital Siemens Vision 600, con resultado de neoplasia primaria en CIE de mama derecha con adenopatías tumorales ipsilaterales, intramamaria, axilar y cadena mamaria interna, redefiniendo el estadio de cN1 a c N3b. Se decide QTNA con paclitaxel, carboplatino, trastuzumab y pertuzumab, que completa sin incidencias. Tras el tratamiento, la reevaluación mediante RM, mamografía y PET/CT muestra respuesta completa en los ganglios afectados y mínima actividad metabólica residual en la lesión mamaria. Se practica biopsia selectiva de ganglio centinela prequirúrgico que identificó 4 ganglios axilares y migración a cadena mamaria interna, coincidiendo con el ganglio señalado por la PET/CT. El resultado histológico de la pieza y los ganglios centinela fue de micrometástasis en un GC y negatividad tumoral en el resto, con clasificación anatomopatológica definitiva ypT0N1mi. Recibió RT complentaria y hormonoterapia. La paciente continúa con controles posteriores con mamo/ecografía mamaria y axilar, sin signos de recaída

Conclusiones

La PET/CT con 18F-FDG demostró ser una herramienta decisiva en la estadificación inicial del cáncer de mama localmente avanzado, permitiendo una reestadificación más precisa que modificó el abordaje terapéutico inicial. Asimismo, facilitó una valoración funcional de la respuesta a la QTNA más allá de la evaluación morfológica. Su incorporación sistemática en pacientes seleccionadas puede optimizar tanto el diseño del tratamiento como la planificación quirúrgica, favoreciendo un enfoque más personalizado y eficaz.

RES0328 Detección de carcinoma ductal in situ: comparación entre mamografía con contraste y resonancia magnética. Análisis de 37 casos en nuestra Servicio (UDIM).

Mario Negrini[1], Antonio Mariscal Martínez[1], Mariola Perez[2], Alessandro Catanese[2], Helena Peris[2], Jean Carlos Gomez[2], Angela Salazar[2], Lidia Blay[3], Paula Rodriguez[4]

[1]Hospital Universitari Germans Trias i Pujol Radiodiagnóstico
[2]
[3]Cirugía
[4]Anatomía Patológica

Objetivos

Comparar el rendimiento diagnóstico de la mamografía con contraste (CEM) frente a la resonancia magnética (RM) en la detección del carcinoma ductal in situ (CDIS) de mama.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo observacional realizado en nuestra unidad de diagnósitco por imagen e intervencionismo de patología mamaria. Se analizaron 37 casos consecutivos de pacientes con diagnóstico histológico confirmado de CDIS entre junio de 2021 y abril de 2025. Todas las pacientes fueron estudiadas con CEM y RM antes de la biopsia o cirugía. Se calcularon sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) y precisión global de ambas técnicas, tomando como estándar de referencia la histología final. El análisis estadístico se realizó con test de McNemar y Kappa para concordancia.

Resultados

La sensibilidad de la CEM fue del 89,2% (33/37), mientras que la de la RM fue del 94,6% (35/37). La especificidad de la CEM fue del 81,8% (9/11), frente al 72,7% (8/11) en RM. El valor predictivo positivo fue de 91,6% para CEM y 89,7% para RM. El valor predictivo negativo fue de 75,0% para CEM y 88,9% para RM. La concordancia global entre ambas técnicas fue del 86,4%, con un índice Kappa de 0,72 (buena concordancia).

Conclusiones

Tanto la mamografía con contraste como la resonancia magnética muestran alta sensibilidad en la detección del CDIS. La

CEM demuestra un rendimiento diagnóstico comparable a la RM, con una especificidad ligeramente superior y buena concordancia entre técnicas.

RES0396 Valor pronóstico del PET/TC con [18F]-FDG en el cáncer de mama triple negativo.

Oscar Hernández Cristancho[1], María De Bonilla Candau[1], Irene Vives Roselló[2], Judith Suils Ramón[1], Azahara Palomar Muñoz[1], Lyvia Nuñez Lemes[1], David Artudeño Sánchez[3], Cristina Gámez Cenzano[1]

[1]Hospital universitari Vall d'Hebron. Medicina Nuclear
[2]Hospital universitari Vall d'Hebron ginecología y obstetricia
[3]Hospital universitari Vall d'Hebron. Física y protección radiológica

Objetivos

Evaluar el impacto clínico del PET/TC con 18-flurodexosiglucosa ([18F]-FDG) frente a la tomografía computarizada (TC)/ gammagrafía ósea (GO) como estudio de extensión inicial en pacientes con cáncer de mama triple negativo (CMTN) no metastásico al diagnóstico y analizar la correlación de los parámetros metabólicos del PET con la evolución clínica.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo de todas las pacientes con CMTN sin metástasis inicial, cuya primera visita y confirmación histológica ocurrieron durante el 2024. Se analizaron las pruebas de extensión iniciales -PET [18F]-FDG, TC y GO- y su repercusión en la estadificación y conducta terapéutica.

En los PET/TC se segmentaron la lesión primaria y las adenopatías locorregionales mediante un umbral relativo del 40 % del SUVmax; se obtuvieron SUVmax, SUVpeak, SUVmean, volumen metabólico tumoral (MTV) y glucólisis total de la lesión (TLG). Se recogieron además gBRCA, estadio clínico, Ki67, y evolución clínica; respuesta patológica completa (pCR), recaída, metástasis.

Las asociaciones con pCR (variable binaria) se evaluaron con MannWhitney; la capacidad discriminativa se resumió con el área bajo la curva ROC.

Resultados

Durante el año 2024 se diagnosticó un total de 426 pacientes de CM en nuestro centro, 52 (12 %) casos correspondieron a CMTN. Ocho presentaron metástasis al diagnóstico, por lo que se incluyeron a 44 pacientes para el análisis.

Edad media 62,4 años [rango 35-101], 75% posmenopáusicas. Estadio clínico inicial: I 16 %, II 59%, III 25%. El estudio germinal BRCA se analizó en 68 %; mutación

patogénica en cinco casos (17% de las testadas).

Treinta y siete pacientes (84%) realizaron PET/TC de estadiaje. El estudio originó hallazgos sospechosos que condujeron a pruebas dirigidas en ocho casos (22%). Cuatro estudios (11%) resultaron falsos positivos: dos nódulos pulmonares benignos, una adenopatía reactiva y una lesión inflamatoria pulmonar. Diez pacientes (27%) fueron reclasificados a un estadio superior por captaciones en cadenas mamarias internas o supraclaviculares.

El 84 % de las pacientes recibió quimioterapia neoadyuvante y se alcanzó pCR en el 51% de 39 evaluables. En el análisis de la lesión primaria de mayor captación, el SUVpeak mostró AUC de (0,69; p = 0,09) seguido del TLG (0,64; p = 0,16); ninguno alcanzó significación estadística.

Conclusiones

El PET/TC con [18F]-FDG identificó enfermedad ganglionar infradiagnosticada en 27% de las pacientes. Los parámetros metabólicos de la lesión primaria exhibieron una capacidad discriminativa moderada para predecir la pCR, su tendencia sugiere que podrían contribuir a la estratificación pronóstica cuando se combinen con otros factores clínico-biológicos.

Fertilidad y cáncer de mama

RES0392 BRCA Y RESERVA OVÁRICA. ¿Está disminuida?

Alejandra Mayoral Triana[1], Míriam De la Puente Yagüe[2], Marta Calvo Urrutia[3], Pedro Perez Segura[4], Blanca Gonzalez Palomares[5], Lydia Pilar Suarez[3], Josefa Isabel Campo Gesto[6], Ignacio Cristobal García[3]

[1]Hospital Clínico San Carlos Ginecología
[2]hospital Clinico San Carlos Unidad De Patologia Mamaria
[3]Hospital Clinico San Carlos Unidad de Reproducción Asistida
[4]Hospital Clinico San Carlos Oncologia Medica
[5]Hospital Clinico San Carlos Unidad de Patología Mamaria
[6]Hospital Clinico San Carlos Ginecologia

Objetivos

Las pacientes que portan mutaciones del gen BRCA1 / 2, presentan mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama y de ovario; aconsejándose cirugía profiláctica para disminuir su riesgo. Por ello, necesitan tomar decisiones reproductivas complejas que se complican aún más por la incertidumbre acerca de si la mutación del gen BRCA implica reducción de la fertilidad en comparación con las mujeres de la misma edad de la población general. La hipótesis inicial de que la reserva ovárica es menor en

las portadoras BRCA1 / 2 provino de observaciones de mala respuesta a la estimulación ovárica en comparación con la población general. El objetivo de este estudio es valorar la reserva ovárica en portadoras de mutación BRCA, comparando el recuento de folículos antrales (RFA) y los niveles de hormona anti-Mülleriana (AMH) con pacientes no portadoras.

Material y Métodos

Se realiza un estudio descriptivo de casos y controles, con 95 controles y 40 casos (de los cuales 22 eran portadoras de BRCA1 y 18 de BRCA2) analizando los niveles de AMH y RFA en ambos grupos, estratificando por edad.

Resultados

La media de AMH en pacientes no portadoras de BRCA es de 5.35 ng/mL en menores de 30 años, 3.95 entre 30-35 años, 3.26 entre 35-37 años y 1.99 entre 38-40 años mientras que en pacientes portadoras de BRCA 1 es de 2.76 , 3.49, 1.18 y 0.52 respectivamente. En relación con RFA se observa concordancia con niveles de AMH, estableciendo puntos de corte de RFA bajo <6 y AMH<1; RFA medio entre 6-12 y AMH entre 1-3.5; y RFA alto >12 y AMH>3.5.

Conclusiones

Los resultados sugieren disminución de la reserva ovárica en pacientes portadoras de BRCA, especialmente BRCA 1, respecto a la población control; precisándose de futuros estudios comparativos para confirmar resultados descriptivos.

Manejo de la axila

RES0016 El impacto de la terapia neoadyuvante en la cirugía axilar: ¿estamos evitando linfadenectomías?

Sandra Antuña Villa[1], Altea Arango Bravo[1], Sergio González Estrada[2], Beatriz Pérez-Corrales García[1], Carlota Serrano Portilla[2], Valentina Sosa Rodríguez[2], Carmen Peláez Buján[2], Jose Carlos Fernández Fernández[2]

[1]Hospital Universitario de Cabueñes Cirugía General y del Aparato Digestivo
[2]

Objetivos

El cáncer de mama se ha redefinido como una enfermedad sistémica que requiere de un enfoque multidisciplinar. En este contexto, la terapia sistémica primaria (TSP) ha permitido mejorar la estrategia terapéutica y, en muchos casos, desescalar la agresión quirúrgica. Inicialmente esta estrategia se probó sobre la mama, pero en los últimos años ha crecido la evidencia a favor de simplificar el acto quirúrgico también en la axila. En este trabajo queremos evaluar la tasa de aplicación que ha tenido esta estrategia en nuestro hospital y si realmente con ella se han logrado evitar linfadenectomías axilares (LA).

Objetivos:

- Revisar la evidencia disponible sobre el manejo de pacientes con afectación ganglionar inicial sometidas a TSP.

- Evaluar si nuestro hospital cumple con las recomendaciones más actualizadas en este contexto.

- Analizar la evolución del TSP en la práctica quirúrgica y si ha podido ayudar a reducir el número de LA.

Material y Métodos

Se recopilaron los datos de las pacientes sometidas a TSP y con afectación ganglionar al diagnóstico. El período de recogida abarcó cinco años (2019-2024), registrando parámetros clínicos y quirúrgicos relevantes.

Resultados

La muestra fue de 82 mujeres, con una mediana de edad de 56.5 años. El subtipo más frecuente fue luminal B. El 64.6% de los tumores fueron RH positivos y el 32.9% HER2 positivos. El 59% presentaban más de tres ganglios patológicos al diagnóstico, esta proporción se redujo al 21.4% en 2024. La tasa de respuesta tumoral completa fue del 31.7%. El porcentaje de cirugía conservadora de la mama es del 40.2%.

Desde 2021 se comienza a realizar la técnica de la disección axilar dirigida (TAD) en nuestro centro, a partir de entonces se indica en 13 de 49 pacientes (26.5%) y finalmente se logran evitar 8 linfadenectomías (16.3%).

Conclusiones

La evidencia indica que omitir la LA en pacientes sometidas a TSP y con afectación ganglionar al diagnóstico puede ser seguro en casos específicos (hasta 3 ganglios positivos, buena respuesta al tratamiento).

Procedimientos como la biopsia selectiva del ganglio centinela (SLNB), la disección axilar dirigida (TAD) y la extirpación del ganglio marcado (MARI) han mostrado tasas aceptables de falsos negativos. No obstante, su implementación varía globalmente, y muchos centros aún practican LA sistemática.

Nuestro hospital aplica desde 2021 estas estrategias basadas en la evidencia más reciente, habiendo logrado evitar hasta un 16% de LA. La disminución del número de ganglios sospechosos al diagnóstico podría reflejar una mejora en la precisión de las técnicas de imagen.

RES0022 Disección axilar dirigida con técnica ROLL® tras quimioterapia neoadyuvante.

Carlos Macián Arnau, Nuria Magrasó Perpiñá, Isabel Barber Vidal, Ada Rausell Farcha, Alejandra Iranzo Cabrera, Sonia Martinez Alcaide, Maria José Enguix Soriano, Javier Del Pino Porres, Pedro Juan González Noguera

Objetivos

En pacientes con cáncer de mama y afectación axilar al diagnóstico (cN1), la linfadenectomía axilar ha sido el tratamiento estándar tras quimioterapia neoadyuvante (QTNA). Sin embargo, en aquellas con respuesta radiológica axilar completa, la disección axilar dirigida (DAD), que combina la extirpación del ganglio marcado con la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC), surge como una alternativa menos invasiva. Valorar los resultados de la técnica de DAD utilizando la técnica ROLL® (*radioguided occult lesion localisation.*

Material y Métodos

Estudio retrospectivo de 22 pacientes entre enero de 2020 y marzo de 2024.

El ganglio axilar patológico marcado con clip se localiza con la técnica ROLL® guiado por ecografía con la inyección de 1 mCi de ^{99m}Tc-macroagregados de albúmina.

En la intervención quirúrgica, incisión axilar, localización en ganglio axilar patológico marcado con ROLL® y mamografía de comprobación, seguidamente a través de la misma incisión se buscan ganglios centinelas (GC) adicionales.

Se realiza estudio intraoperatorio tanto del ganglio marcado como de los GC adicionales. Ante cualquier resultado positivo de los ganglios se efectúa linfadenectomía axilar.

Resultados

El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante (86%). En cuanto a la inmunohistoquímica los perfiles más frecuentes fueron el triple negativo (32%) seguido del Luminal B HER2 positivo (27%).

Se comprobó correctamente la exéresis del ganglio marcado en el 95% de los casos (21/22). El único caso que no se apreciaba el clip en la mamografía del ganglio marcado ni tampoco en al ganglio centinela se tuvo que realizar linfadenectomía por macrometástasis del ganglio marcado que fue negativa.

Respecto a la anatomía patológica de los ganglios se obtuvo respuesta patológica completa en el 50% de los casos. El resto presentaron macrometástasis (32%, 7/22), micrometástasis (14%, 3/22) y Céluas Tumnorales Aisladas (4%, 1/22, por lo que se completó la linfadenectomía axilar en todos ellos siendo negativa en el 64% de los casos (7/11).

Conclusiones

La DAD con ROLL® axilar es una alternativa al marcaje del ganglio patológico mediante arpón o semillas magnéticas.

La DAD junto con la BSGC en las pacientes que tienen una respuesta radiológica completa axilar tras la quimioterapia, permite disminuir el número de linfadenectomías axilares y la tasa de falsos negativos que puede aparecer empleando únicamente la BSGC.

En el 50% de las pacientes inicialmente N1 hemos podido obviar la linfadenectomía axilar disminuyendo morbilidades a las pacientes.

RES0048 Manejo de la afectación axilar en el cáncer de mama: protocolo acosog y disección axilar dirigida postneoadyuvancia. evaluación del miembro superior

Juana María Brenes Sánchez[1], María Teruel Arrazola[2], Irene Serrano García[3], María Eugenia Olivares Crespo[4], Miriam De la Puente Yagüe[5], Inés Gil Prados[5], Isabel Rodríguez Piñero Cebrián[5], Blanca González Palomares[5], Ana Isabel Membrilla Ortiz[5], María Herrera de la Muela[5]

[1]Unidad de Patología Mamaria. Instituto de Salud de la Mujer. Hospital Clínico San Carlos. Universidad Complutense de Madrid. Instituto de Salud de la Mujer
[2]Universidad Complutense de Madrid Facultad de Medicina
[3]Hospital Clínico San Carlos. Madrid. IdISSC
[4]Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Unidad de Patología Mamaria. Instituto de Salud de la Mujer
[5]

Objetivos

Manejo quirúrgico axilar en pacientes con cáncer de mama y afectación axilar y evaluación del miembro superior y la calidad de vida.

Material y Métodos

Estudio de cohortes observacional retrospectivo (N=82) de pacientes con cáncer de mama y afectación axilar. Sometidas a cirugía de inicio (cN0) que tras ganglio centinela se convierten en pN1 y se aplica o no el protocolo ACOSOG (n=65); y pacientes cN1 (n=17) que tras quimioterapia neoadyuvante son ycN0 y se realiza disección axilar dirigida. Período 2022-2024. Unidad de Mama del HCSC. Se analizaron el tipo de cirugía, la calidad de vida y los síntomas del miembro superior (EORTC QLQ C-30 y LBCQ).

Resultados

Se aplicó el protocolo ACOSOG-Z0011 en 36 pacientes (58,1%), evitando la linfadenectomía axilar (LA). En neoadyuvancia, realizando la disección axilar dirigida (ganglio marcado + BSGC) se evitó la linfadenectomía en 8 pacientes (47,1%). Las pacientes con cirugía conservadora y ACOSOG refirieron mejores puntuaciones en calidad de vida (5,3 ± 1,4) en la escala EORTC. En las pacientes con quimioterapia neoadyuvante, aquellas con un resultado de macrometástasis en el ganglio centinela presentaron mayor debilidad (7 (IQR: 1,75-7)) y alteraciones de la sensibilidad en el brazo y/o mano (5,5 (IQR: 1,25-6,75)) en el cuestionario LBCQ que las pacientes con ganglio centinela negativo (6 (IQR: 6-6,5)) (p=0,059).

Conclusiones

La omisión de linfadenectomías axilares en pacientes seleccionadas sin comprometer el control oncológico ni la supervivencia, parece reducir la morbilidad y mejorar la calidad de vida.

RES0059 Evaluación de la disección axilar dirigida con semillas de Iodo-125 en pacientes con cáncer de mama localmente avanzado tratadas con terapia sistémica primaria

Rosa Mª Álvarez Pérez[1], Carlota Cases Pellicé[1], Paula Fernández Rodriguez[2], Laura Brero Sanchez[2], Victor Manuel Pachón Garrudo[2], Francisco Javier Frutos Arenas[3], Gema Del Estad Cabello[3], Jose Maria Sousa Vaquero[4], Maria Begoña Vieites Perez-Quintela[5], Jose Manuel Jiménez-Hoyuela García[6]

[1]H.U. Virgen del Rocio Medicina Nuclear
[2]
[3]Radiodiagnóstico
[4]Obstetricia y Ginecología
[5]Anatomía patológica
[6]Medicina Nuclear

Objetivos

El objetivo del estudio fue evaluar la técnica de la disección axilar dirigida (DAD) con semillas de I-125 y su impacto en el manejo quirúrgico axilar, en pacientes con cáncer de mama localmente avanzado tratadas con terapia sistémica primaria (TSP).

Material y Métodos

Análisis retrospectivo de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en estadios T1-3N1M0, intervenidas quirúrgicamente entre agosto/2018 y octubre/2024 tras realizar TSP y objetivarse una respuesta completa axilar mediante técnicas de imagen.

El/los ganglios patológicos de inicio se marcaron con una/varias semillas de I-125 guiados por ECO y se realizó una comprobación posterior con mamografía o radiografía.

Efectuamos una linfogammagrafía prequirúrgica con SPECT-TC y posteriormente en quirófano se practicó DAD con detección del ganglio marcado (GM) y el centinela (GC). Intraoperatoriamente se analizaron los ganglios mediante OSNA, realizándose linfadenectomía axilar si el valor de la carga tumoral total superaba las 15.000 copias de ARNm o en ausencia de drenaje del GC.

Resultados

Se analizaron 200 mujeres con una edad media de 52 años, la mayoría de ellas diagnosticadas de cáncer de mama estadio IIB (67%), con un total de 226 semillas axilares (13% de las pacientes requirieron la colocación de 2 semillas).

Los GM fueron identificados y extirpados en el 100% de los casos, mientras que los GC se

localizaron en el 90%. Se encontró una concordancia del 60.55% entre el GC y el GM.

Se extirparon entre 1 y 6 ganglios en quirófano (media de 2.81) evidenciándose afectación linfática axilar en 93 pacientes (46,5%), con resultado anatomopatológico de N1mi en 13%, N1 en 21% y N2 o N3 en el 12.50%.

En 54/94 pacientes sólo se localizó un ganglio afecto siendo este en 45/93 el GM y en 9/93 únicamente el GC. Estas pacientes podrían haber sido falsos negativos en caso de no realizar la DAD.

Finalmente se realizaron 61 linfadenectomías (30,5%), de entre ellas 12 fueron por ausencia de drenaje del GC y una por localización de la semilla fuera de tejido ganglionar.

Las pacientes Her2+ mostraron una respuesta axilar completa en el 82.14%, evidenciándose una relación estadísticamente significativa ($p<0.05$) entre la amplificación de este biomarcador tumoral y la respuesta completa axilar a la TSP.

Conclusiones

La técnica combinada de semillas de I-125 y biopsia selectiva del GC es fácilmente reproducible, permite realizar una evaluación linfática axilar precisa y aumentar el número de cirugías conservadoras axilares evitando la linfadenectomía un 69,5% de las pacientes en nuestro medio.

RES0066 disección axilar dirigida tras tratamiento neoadyuvante en el cáncer de mama: ¿debemos individualizar el manejo en función del tipo histológico?

Laia Vila Homs[1], Laura Fuertes Cortés[1], Maria Lourdes Carrillo Guivernau[1], Mónica Mariño Mariño[1], Maria Barceló Bauza[2], Catalina Maria Sampol Bas[3], Antonia Perelló Martorell[4], Alicia Gervas Peeters[4], Pau Camarasa Guijarro[5], Anna Torrent Colomer[6]

[1]Hospital Universitario Son Espases Ginecología y Obstetricia
[2]Hospital Universitario Son Espases Ginecología y Obstetricia
[3]Hospital Universitario Son Espases Medicina Nuclear
[4]Hospital Universitario Son Espases Oncología Médica
[5]Hospital Universitario Son Espases Radiología
[6]Hospital Universitario Son Espases Ginecología y Obstetricia

Objetivos

El objetivo de nuestro trabajo es determinar qué subtipos de cáncer de mama tienen más tasas de falsos positivos (FP) en la valoración mediante ecografía de la respuesta axilar tras tratamiento neoadyuvante (NA).

Para ello se determina la sensibilidad, especificidad, el valor predictivo positivo

(VPP) y el valor predictivo negativo (VPN) de la ecografía axilar como método de valoración de respuesta comparado con los resultados definitivos patológicos del ganglio centinela y estratificado por subgrupos de cáncer de mama.

La hipótesis principal de nuestro estudio es que la precisión de la ecografía axilar tras NA se ve modificada en función de los sugrupos de cáncer de mama, siendo su VPP menor en los subtipos HER2 enriquecido y Triple negativo (TN).

Material y Métodos

Realizamos una revisión retrospectiva unicéntrica de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama y enfermedad axilar al diagnóstico, en las que se había aplicado NA.

Clasificamos las pacientes según el resultado patológico de biomarcadores.

Se incluyeron punciones axilares positivas entre 2017-2024. Los criterios de exclusión fueron enfermedad metastásica al diagnóstico, pacientes no candidatas a intervención quirúrgica y pacientes no intervenidas en nuestro centro.

Resultados

De 217 pacientes seleccionadas, cumplían criterios de nuestra revisión 157, de los cuales 87 tenían receptores hormonales (RH)+ HER2-, 27 RH+ HER2+, 22 RH- HER2- (HER2 enriquecidos) y 21 RH HER2- (TN). En 86 se realizó disección axilar dirigida.

La ecografía axilar tras NA presentó una sensibilidad del 53,8% y una especificidad del 66,66%, un VPP del 75,7% y un VPN del 51,2%. El subtipo histológico HER2 enriquecido presentó alto VPN (93%%)y bajo VPP (0%) y el subtipo RH+HER2- alto VPP (79,3%) y bajo VPN (26,1%).

El subtipo histológico Her2 enriquecido presentó tasas significativamente más elevadas de Fp por valoración ecográfica respecto el resto de subtipos (31,8% respecto al 11,1% con una P 0,017).

Se observó diferencias estadísticamente significativas entre la tasa de Ypn0 en las pacientes Her2 enriquecidos y el resto de subtipos con una P del 0,000.

Conclusiones

El subtipo histológico HER2 enriquecido presenta una tasa significativamente más elevada de FP respecto el resto de subtipos en la valoración mediante ecografía de la afectación axilar.

La ecografía es un método clave para la valoración axilar tras NA, especialmente en la detección de tumores RH+HER2-, con una sensibilidad y VPP elevados. En subtipos HER2 enriquecido con elevados FP, la ecografía presenta alto VPN y bajo VPP por

lo que habría que explorar nuevas técnicas de valoración de respuesta axilar.

RES0067 ¿Podemos omitir el vaciamiento axilar en el ganglio centinela positivo? Resultados de nuestra cohorte previo a la aplicación del último consenso del ganglio centinela (2022).

Francisco Javier Tarrasa Peiró[1], Maria Jose Garcia Coret[1], Andres Garcia-Vilanova Comas[1], Verónica Gumbau Puchol[1], Carlos Castañer Puga[2], Ali Ali Ismail Mahmoud[2], Gara Alcala del Rio[2], Carla Bases Valenzuela[2], Enrique Ignacio Artigues Sanchez de Rojas[2], Maria Ramon-Baviera Martinez[2]

[1]*Consorcio Hospital General Universitario De Valencia Cirugia General Y Del Aparato Digestivo*
[2]

Objetivos

Actualmente, la evidencia más reciente orienta a un manejo más conservador del ganglio centinela (GC) positivo en la cirugía oncológica de mama.

Esta actitud conlleva una disminución de las linfadenectomías axilares con la consiguiente duda de si quizá podamos estar dejando enfermedad residual en la axila.

Material y Métodos

Se realiza un estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos durante el año 2024 de cirugía oncológica conservadora de mama, considerando como criterio de vaciamiento haber presentado un GC positivo con más de 15.000 copias. Se pretende determinar, la presencia o no de adenopatías tumorales más allá del centinela, así como el número de ganglios afectos.

Resultados

Se intervinieron un total de 125 pacientes con diagnóstico de neoplasia de mama, realizándose cirugía oncológica conservadora y ganglio centinela. Ninguna de las pacientes incluidas en el estudio recibió terapia sistémica primaria. Se identifica el Carcinoma Ductal Infiltrante (70.2%) como la estirpe histológica más frecuente aislada.

En la mayoría de los casos no presentaron afectación ganglionar axilar, con GC negativo, sin embargo, hasta en un 23.4% de los pacientes presentaron presencia de células tumorales, siendo en un 14.5% un recuento por encima de 15.000, por lo que se indicó vaciamiento ganglionar.

Tras la realización de la linfadenectomía axilar y el estudio anatomopatológico diferido, se identificaron hasta en el 66.7% de los pacientes presencia de adenopatías afectas, frente al 33.3% en los que no presentaron ganglios tumorales.

Conclusiones

En nuestra cohorte local de pacientes con cáncer de mama sometidas a cuadrantectomía con ganglio centinela positivo, el 66.7% presentó afectación ganglionar adicional tras el vaciamiento axilar, en contraste con estudios como ACOSOG Z0011, donde esta proporción fue considerablemente menor. La implementación de estrategias que eviten la disección axilar debe realizarse con cautela, aplicando estrictamente los criterios de selección establecidos en los estudios internacionales: 1–2 ganglios afectos, ausencia de conglomerados ganglionares, tratamiento conservador con radioterapia axilar y terapia sistémica adyuvante. La selección adecuada de pacientes es clave para mantener la seguridad oncológica y obtener resultados óptimos.

RES0068 evaluación de la disección axilar dirigida con semilla de yodo-125: experiencia en nuestro centro.

Isabel Company Ricart, Marta Córcoles Córcoles, Ana María Parra Muñoz, Silvia Robledo Casas, Ana Álvarez Morera, Cintia Cifre Martínez, Nuria Estellés Vidagany, Rosario Martínez García

Hospital Universitario Doctor Peset Cirugía general y del Aparato Digestivo

Objetivos

La disección axilar dirigida (DAD) es empleada para la estadificación axilar en pacientes con cáncer de mama y baja carga tumoral axilar, tras tratamiento neoadyuvante. Combina la detección del ganglio centinela con la exéresis de adenopatías positivas marcadas previmente a la quimioterapia.

El objetivo principal es analizar la tasa de detección de las adenopatías positivas mediante semillas de yodo-125.

Secundariamente, se evalúa la precisión diagnóstica de la DAD frente a la linfadenectomía axilar, considerada prueba de referencia. También se estudia la concordancia entre ganglio centinela y adenopatías marcadas, y la respuesta axilar completa según subtipos moleculares.

Material y Métodos

Desde nuestro centro, se ha realizado un estudio transversal prospectivo entre julio de 2020 y diciembre de 2024, incluyendo 13 pacientes con cáncer de mama y afectación axilar (cN1) candidatas a terapia sistémica primaria y posterior cirugía.

Las adenopatías afectas fueron marcadas con semillas de I-125 entre 24 y 48 horas antes del inicio del tratamiento sistémico.

Posteriormente, se realizó cirugía entre la cuarta y sexta semana tras la finalización de la quimioterapia. En el procedimiento quirúrgico se extrajeron tanto el ganglio centinela como las adenopatías marcadas, junto con una linfadenectomía axilar completa para validar la precisión de la DAD.

Resultados

En cuanto a la correlación entre los resultados de la DAD y la linfadenectomía (LFD), se observaron los siguientes hallazgos: De las pacientes con DAD positiva, 4 también presentaron LFD positiva, mientras que 5 presentaron LFD negativa. De las pacientes con DAD negativa, 1 presentó LFD positiva y 3 presentaron LFD negativa.

A partir de estos datos, se obtuvieron los siguientes indicadores de precisión: Sensibilidad 80%; Especificidad 37.5%; Valor predictivo positivo 44%; Valor predictivo negativo 75%.

Respecto a la distribución según los subtipos moleculares, se incluyeron pacientes con los siguientes perfiles: 3 Luminal A, 4 Luminal B, 4 Triple negativos, 1 Luminal B Her2+ y 1 Her2+. La presencia de enfermedad residual en la LFD fue más frecuente en los subtipos Luminal A (2 casos) y Luminal B (2 casos), mientras que en el resto de subtipos (Triple negativo, Luminal B Her2+ y Her2+) se observó un caso en el primero y ninguno en los dos últimos.

Conclusiones

En conclusión, nuestra experiencia sugiere que la realización de la DAD con semilla de yodo-125 es un método fiable, con una tasa de detección del 100%. Se obtuvo una sensibilidad del 80% y un VPN del 75%, cifras inferiores a las reportadas en la bibliografía actual, probablemente debido al reducido tamaño muestral.

RES0096 identificación en axila contralateral del ganglio centinela

Ana Señaris López[1], Ana Fernández Novo[1], Nuria Deval Cuñat[2], Paula Fraga Blanco[2], Maria Victoria Sampayo Montenegro[3], Maria Covadonga Castro Diaz[3], Maite Peña Fernández[2], Sara Bacariza Goiri[2], Manuel Arturo Prieto López[2], Laura María Souto Caneda[2]

[1]Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela Obstetricia y giecología
[2]
[3]Obstetricia y Ginecología

Objetivos

La biopsia del ganglio centinela (BSGC) es la técnica estándar para la estadificación axilar en cáncer de mama. El drenaje linfático contralateral es infrecuente, puede modificar la cirugía y está relacionado en la mayoría de los casos con antecedente de cirugía o radioterapia previas. El objetivo de esta comunicación es describir dos casos clínicos de cáncer de mama enlos que se observó migración del radiotrazador hacia la axila contralateral durante la BSGC, ambas con cáncer en la misma mama previo, tratadas con radioterapia.

Los objetivos específicos son:

Analizar las posibles causas de alteración del drenaje linfático axilar, evaluar el de la BSGC en escenarios atípicos, compartir la experiencia clínica.

Material y Métodos

Se realizó un análisis retrospectivo de dos casos en el Servicio de Ginecología de nuestro centro entre 2023 y 2025. Laspacientes presentaban diagnóstico de cáncer de mama unilateral en una mama que previamente había tenido un cáncer tratado, con radioterapia incluida. Se efectuó linfogammagrafía con nanocoloide marcado con Tc-99m, medianteinyección periareolar pero el radiotrazador migró únicamente a la axila contralateral.Además, se inyectó azul patente periareolar, obteniendo la misma migración contralateral.Durante la cirugía se procedió a la BSGC en la axila contralateral, se realizó análisis histológico y se documentó la evolución y tratamiento complementario.

Resultados

Caso 1: mujer de 76 años. Carcinoma ductal infiltrante (CDI) actual en mama izquierda, tratada 15 años antes por CDI en la misma con cirugía conservadora, hormonoterapia y radioterapia. En la linfogammagrafía actual se identificó captación en la axila derecha. Se realizó mastectomía con linfadenectomía izquierdas. El ganglio centinela contralateral fue negativo. Actualmente en seguimiento con evolución favorable.

Caso 2: mujer de 57 años. CDI actual en mama derecha, con antecedente de CDI en la misma mama 5 años atrás, tratada con cirugía conservadora, radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia. La linfogammagrafía mostró migración a axila izquierda. Se realizó mastectomía derecha con linfadenectomía ipsilateral. El ganglio centinela contralateral fue negativo. Actualmente con terapia adyuvante.

Conclusiones

La migración del radiotrazador hacia la axila contralateral en BSGC puede estar relacionada con antecedente de tratamientos previos. Reconocerlo permite evitar errores en la identificación del ganglio centinela y reduce el riesgo yatrogenia. La evaluación preparatoria con linfogammagrafía y una interpretación contextualizada de las imágenes son fundamentales. La presentación de estos casos clínicos apoya el enfoque personalizado en cirugía oncológica mamaria.

RES0124 Estudio TULIP4N+: Evaluación de la carga tumoral total como herramienta para la predicción de metástasis en ≥4 ganglios linfáticos axilares en pacientes con cáncer de mama.

Vicente Peg Cámara[1], Esther Zamora[2], Isabella Sperduti[3], Antonio Piñero-Madrona[4], José Luís Fougo[5]

[1]*Hospital Universitario Vall d'Hebron Anatomía Patológica*
[2]*Hospital Universitario Vall d'Hebron Oncología Médica*
[3]*Regina Elena National Cancer Institute (Rome) Unidad de Bioestadística*
[4]*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca Cirugía General y del Aparato Digestivo*

[5]*Hospital de São João (Porto) Unidad de Cirugía Mamaria*

Objetivos

Una estadificación axilar precisa es fundamental para orientar el tratamiento adyuvante en el cáncer de mama con receptores hormonales positivos (HR+) y HER2 negativo. El ensayo MonarchE demostró que abemaciclib aporta un beneficio clínico relevante en pacientes con características de alto riesgo, especialmente aquellas con ≥4 ganglios axilares metastásicos. Sin embargo, la tendencia creciente a omitir la linfadenectomía axilar completa (ALND) dificulta la identificación de este subgrupo.

La técnica OSNA (One-step Nucleic Acid Amplification), que cuantifica ARN mensajero de CK19 en ganglios centinela (GC), permite calcular la carga tumoral total (TTL). Estudios previos han sugerido que la TTL puede predecir afectación ganglionar no centinela, aunque la evidencia sigue limitada por cohortes reducidas. El objetivo de este estudio es validar el valor predictivo de la TTL y establecer un punto de corte óptimo para identificar pacientes con ≥4 ganglios positivos, mejorando así la selección para tratamiento con abemaciclib.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo, observacional y multicéntrico basado en datos de 5.032 pacientes con cáncer de mama HR+/HER2− procedentes de siete estudios publicados entre 2009 y 2016. Todas las pacientes fueron sometidas a biopsia del GC analizada por OSNA, seguida de ALND. Se excluyeron pacientes con carcinoma in situ, enfermedad metastásica o tratamiento neoadyuvante. Se analizó la capacidad predictiva de distintos puntos de corte de TTL mediante modelos univariantes y multivariantes.

Resultados

Un punto de corte de TTL de ≥1,0 x 10^5 copias de ARN de CK19 en el/los GC predijo la presencia de ≥4 ganglios positivos con un valor predictivo positivo (PPV) del 32.5%. En pacientes con carcinoma lobulillar, el modelo multivariante —que incluyó como variables significativas el grado tumoral e infiltración linfovascular— alcanzó un PPV de hasta el 50%, identificando a 1 de cada 2 pacientes con afectación axilar extensa.

Conclusiones

Los resultados respaldan la utilidad clínica de OSNA para identificar pacientes con ≥4 ganglios metastásicos. En el contexto actual, donde se tiende a evitar la ALND, la biopsia selectiva de GC mediante OSNA —y especialmente la TTL— se establece como una técnica fiable para seleccionar pacientes que son elegibles para recibir el tratamiento abemaciclib.

RES0141 Estudio de correlación entre el diámetro de metástasis ganglionar y la carga tumoral determinada por OSNA en pacientes de cáncer de mama tras neoadyuvancia. Estudio CORRELATE

Laia Bernet Vegué[1], María Díaz Blázquez[2], Vicente Peg Cámara[3], Begoña Vieites Pérez-Quintela[4], María Dolores Martín Salvago[5], Alicia Córdoba Iturriagagoitia[6], Pablo Fernández Vázquez[7], David Hardisson Hernaez[8], Lucía Parrilla[9], Leire Andrés Álvarez[10]

[1] *Hospital Universitari del Vinalopó Anatomía Patológica*
[2]*Hospital Universitario de Torrejón Anatomía Patológica*
[3]*Hospital Universitari Vall d'Hebron Anatomía Patológica*
[4]*Hospital Universitario Virgen del Rocio Anatomía Patológica*
[5]*Hospital Universitario de Jaén Anatomía Patológica*
[6]*Complejo Hospitalario Navarra Anatomía Patológica*
[7]*Hospital Ribera Povisa Anatomía Patológica*
[8]*Hospital Universitario La Paz Anatomía Patológica*
[9]*Hospital Universitario 12 de Octubre*
[10]*Hospital Universitario de Cruces*

Objetivos

La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) es el método estándar para determinar la afectación ganglionar en el cáncer de mama, y la técnica One-Step Nucleic acid Amplification (OSNA) permite detectar el número de copias de ARN mensajero de la CK19 presente en el ganglio centinela (GC). Esta técnica presenta alta sensibilidad y especificidad en la detección de metástasis. La carga tumoral total (TTL), calculada con OSNA, ofrece una medición objetiva y reproducible de la metástasis ganglionar tras el tratamiento neoadyuvante (NAST). El método más implantado para estimar el pronóstico tras NAST es el Residual Cancer Burden (RCB). El uso de OSNA para la cuantificación de la TTL no permite medir el diámetro de la metástasis. Por esta razón, en este estudio se pretende establecer la correlación entre la TTL determinada por OSNA y el diámetro de la metástasis para hacer compatible el uso de OSNA con el cálculo del índice RCB.

Material y Métodos

Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico que incluye pacientes con carcinoma infiltrante de mama que han recibido tratamiento neoadyuvante y con indicación de linfadenectomía axilar (ALND).

En los ganglios derivados de la ALND se estudiará mediante hematoxilina-eosina (H&E) el corte central, y de resultar positivo, el resto del ganglio será analizado por OSNA con el fin de cuantificar la carga tumoral (TL).

Se establecerá una correlación matemática entre el diámetro máximo de la metástasis ganglionar y la TL determinada por OSNA.

Resultados

Se han analizado hasta la fecha 97 ganglios linfáticos procedentes de 6 centros españoles.

Se Espera Una Correlación Observada De Spearman Alrededor De 0.6, Entre El Log (tl) Y El Diámetro De Metástasis (mm) Con Un Intervalo De Confianza Del 95%.

La relación entre las variables TL y diámetro de la metástasis ganglionar se correlacionan con un coeficiente de Spearman de 0.57. Esto indica una relación no independiente de ambas variables resultando en una fórmula logarítmica que permite convertir TL en diámetro de metástasis.

Conclusiones

En este estudio se establece una correlación matemática entre la carga tumoral determinada por OSNA y el diámetro de la metástasis ganglionar que permitirá combinar el uso de OSNA para el análisis de ganglio centinela tras NAST con el uso del RCB.

RES0166 ¿Es posible omitir la valoración axilar en mujeres con cáncer de mama mayores de 70 años?

Francisco Castillejos Ibáñez[1], Ernesto Muñoz Sornosa[1], Vicente López Flor[2], Marcos Adrianzén Vargas[2], Elvira Buch Vila[2]

[1]Hospital Clínico Universitario Valencia
Cirugía General Y Del Aparato Digestivo

[2]

Objetivos

La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) ha sido durante mucho tiempo el método de referencia para la estadificación axilar en el cáncer de mama en estadio temprano. Sin embargo, existe un debate creciente sobre su utilidad en mujeres mayores de 70 años con tumores con receptores hormonales positivos e imagen axilar negativa. La preocupación radica en que podría no aportar un beneficio terapéutico relevante y, en cambio, conllevar complicaciones innecesarias. Por ello, en este estudio se quiere evaluar la posibilidad de omitir la BSGC en mujeres con edad igual o superior a 70 años que presenten cáncer de mama, sin afectación ganglionar por métodos de imagen.

Material y Métodos

Se realizó un análisis retrospectivo donde se incluyeron mujeres de 70 años o más con diagnóstico histológico de cáncer de mama invasivo, imagen axilar negativa y que fueron intervenidas quirúrgicamente entre enero de 2021 y diciembre de 2024. Todas las participantes fueron sometidas a BSGC. Se analizaron múltiples variables, incluyendo datos demográficos, características clínicas, resultados quirúrgicos y parámetros oncológicos como recurrencia y mortalidad.

Resultados

Se incluyeron 149 pacientes (edad media: 77,2 años). El subtipo luminal fue el más frecuente (85,9%). La tasa de positividad de la BSGC fue del 23,5% (n=35). Se realizó vaciamiento axilar (VA) en el 6,7% de los casos. En el grupo de mastectomía (n=51) 16 pacientes (31,4%) presentaron ganglio de centinela (GC) positivo; de éstas, 7 (43,8%) requirieron VA, y en 5 casos se encontraron ganglios adicionales afectados (4 de ellos con ≥2 macrometástasis). En el grupo de cirugía conservadora (n=98), hubo positividad en 19 casos (19,4%) y VA en 3 (15,8%), con solo un caso de afectación ganglionar adicional. En pacientes de 76 años o más, la sensibilidad y especificidad de la BSGC cayeron al 57,1% y 53,9%, respectivamente.

Conclusiones

En mujeres de 70 años o más con cáncer de mama tipo luminal e imagen axilar negativa, especialmente en aquellas con tumores pequeños y baja carga ganglionar, podría prescindirse de la BSGC sin comprometer los resultados oncológicos.

De esta forma, se favorece la desescalada quirúrgica, lo cual no solo reduce las complicaciones quirúrgicas, sino que mejora la calidad de vida, permitiendo un abordaje más personalizado y menos agresivo del manejo axilar en pacientes de edad avanzada.

RES0179 Manejo Axilar en el Cáncer de Mama con Afectación Ganglionar Tras Tratamiento Neoadyuvante: Revisión Sistemática del Rol de la Disección Axilar Dirigida

Vicente Flor[1], Elvira Buch Villa[1], Ernesto Muñoz Sornosa[2], Marcos Adrianzen Vargas[2], Francisco Castillejos Ibañez[2], Guillermo Lillo Albert[2], Esther Jordá[3], Pilar Lombao[4], Begoña Bermejo de Las Heras[5], Octavio Burgues[6]

[1]Hospital Clínico Universitario de Valencia Unidad de Mama. Servicio de Cirugia General y del Aparato Digestivo
[2]
[3]Unidad de Mama. Servicio de Radioterapia
[4]Unidad de Mama. Servicio de Radiodiagnostico
[5]Unidad de Mama. Servicio de Oncologia Médica
[6]Unidad de Mama. Servicio de Anatomia Patologica

Objetivos

Evaluar la utilidad clínica y la fiabilidad oncológica de la disección axilar dirigida (DAD) en pacientes con cáncer de mama con afectación ganglionar al diagnóstico tras tratamiento neoadyuvante, en términos de linfadenectomías evitadas y tasas de falsos negativos.

Material y Métodos

Revisión sistemática siguiendo PRISMA 2020, basada en estudios publicados en

PubMed, Scopus y Cochrane hasta abril de 2024.Fuentes de datos: Se analizaron 29 estudios seleccionados, incluyendo estudios prospectivos, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos. Se añadió un monográfico nacional y una revisión de UpToDate como apoyo contextual.

Resultados

La DAD permite evitar la linfadenectomía axilar (LA) en hasta el 75% de los casos. Las tasas de falsos negativos con combinación de marcadores (MLNB + SLNB) se mantienen <10%. Las técnicas de marcaje incluyen Magseed, clips, semillas radioactivas y radar. La calidad metodológica global fue alta (según CASPe) y el riesgo de sesgo bajo en la mayoría de los estudios.

Conclusiones

La DAD es una estrategia quirúrgica segura y eficaz para la desescalada en el manejo axilar post-neoadyuvancia. Su implementación debe realizarse en centros con experiencia y bajo protocolos estandarizados

RES0184 impacto clínico y económico de la aplicación de las Guías American Society of Clinical Oncology 2025 en la desescalada de la cirugía axilar en estadíos tempranos de cáncer de mama

Ana Fernández Novo[1], Ana Señarís López[2], María Victoria Sampayo Montenegro[2], María Covadonga Castro Díaz[3], Maite Peña Fernández[3], Paula Fraga Blanco[3], Ana Lopez Penedo[4], Marta Silva Moreira[4]

[1]*Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela*
[2]*Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela Obstetricia y Ginecología*
[3]*Obstetricia y Ginecología*
[4]

Objetivos

Valoración del impacto económico y potencial reducción de las complicaciones postoperatorias derivadas de la realización de la biopsia del ganglio centinela axilar en aquellas pacientes que cumplen criterios para obviar dicha técnica según la guía ASCO 2025.

Material y Métodos

Presentamos los resultados del análisis de la base de datos de seguimiento clínico de pacientes diagnosticadas de cáncer de mama, tratadas en nuestra Unidad, entre enero del 2021 y diciembre del 2024.

Una Vez Seudonimizadas Las Pacientes, Se Seleccionaron A La Pacientes Potencialmente Candidatas A Evitar La Realización De Bgc, Siguiendo Los Criterios Reflejados Las Nuevas Guías Asco 2025.

Así se incluyeron pacientes de 50 o más años, postmenopáusicas, con axila clínica y radiológicamente negativas, tumores grado 1 o 2, tamaño igual o menor de 2 cm, receptores

hormonales positivos, HER2 negativo, sometidas a cirugía conservadora con radioterapia adyuvante posterior.

Para analizar las posibles complicaciones de la técnica se realizó una revisión bibliográfica sistemática.

Para análisis de costes (derivados de la utilización del servicio de medicina nuclear, anatomía patológica y tiempos quirúrgicos y uso de instalaciones hospitalarias) se contó con el asesoramiento de la sección de recursos económicos y revisión de la bibliografía al respecto.

Resultados

De un total de 685 pacientes intervenidas por cáncer de mama en nuestra unidad, tras aplicar los filtros indicados cumplen criterios de inclusión para la desescalada 112 pacientes (16,35% de las mismas) .

Según datos reportados en la literatura sobre la morbilidad de la técnica de ganglio centinela axilar se describen: linfedema al año entre 4-15%, dolor postoperatorio a los 6 meses del 11-16%, trastornos sensoriales a los 6 meses 2-22% y trastornos motores a los 6 meses del 0-9%. Esto supondría una reducción de las complicaciones previamente descritas, en nuestras 112 paciente del: linfedema de entre 5 a 17 pacientes, dolor postoperatorio de 12 a 18 pacientes, trastornos sensoriales de 2 a 25 pacientes y trastornos motores de 0 a 10 pacientes.

En términos económicos, teniendo en cuenta las estimaciones realizadas, la aplicación de estas nuevas guías conllevaría un ahorro aproximado de 1200 euros por paciente, lo que supondría una reducción del gasto hospitalario global de 134.400 euros estimados (33.600 euros anuales).

Conclusiones

La aplicación de las nuevas guías ASCO 2025 en la desescalada del manejo axilar supone un importante impacto clínico por la potencial reducción de las complicaciones asociadas a la realización de BSGC, además de acompañarse de un ahorro económico significativo.

RES0194 Tratamiento de la axila en el cáncer de mama en estadio inicial

Marta Dominguez Muñoz[1], Rony David Brenner Anidjar[2], Ana Berbel Murcia[3], Rosa Albalat Fernandez[2], Sara Rojo Novo[4], Juan Novo Cabrera[4], Cristina Paola Fernandez Zamora[3]

[1]*Hospital Universitario Virgen Macarena UGC Cirugía General y Digestiva*
[2]*Hospital Universitario Virgen Macarena Unidad de Cirugía de Mama, UGC Ginecologia y Obstetricia*
[3]*UGC Cirugía General y Digestiva*
[4]

Objetivos

Analizar la utilidad del vaciamiento axilar (VA) frente a estrategias menos invasivas

como la radioterapia (RT) axilar o la omisión del tratamiento axilar adicional en pacientes con cáncer de mama en estadio inicial con ganglio centinela (GC) positivo. Se busca determinar si estas alternativas ofrecen resultados oncológicos equivalentes con menor morbilidad.

Material y Métodos

Revisión de múltiples ensayos clínicos aleatorizados de no inferioridad (1999–2021) realizados en Europa (Suecia, Dinamarca, Alemania, Grecia, Italia) con pacientes cN0, T1–T3, intervenidas con tumorectomía o mastectomía y hasta 2 GC positivos con macrometástasis o micrometástasis. Se compararon tres estrategias: BSGC + VA, BSGC + RT, y BSGC sin intervención adicional. Se excluyeron pacientes con neoadyuvancia, enfermedad metastásica al diagnóstico o contraindicación a RT. Además, se analizaron datos retrospectivos locales de pacientes intervenidas entre 2018 y 2023 en la Unidad de Mama del HUVM.

Resultados

Los estudios revisados mostraron que la RT axilar y la omisión del VA no son inferiores en cuanto a supervivencia global ni libre de enfermedad a 5 años frente a la disección axilar, incluso en presencia de macrometástasis o micrometástasis. La RT se asoció a menor morbilidad (linfedema). En nuestro medio, se intervinieron 1.975 pacientes (2018–2023), con 188 casos GC+. En este grupo, la supervivencia global fue del 100% y la supervivencia libre de enfermedad a 5 años alcanzó el 93%, sin evidencia de recaída local.

Nuestros datos:
Del total de pacientes con GC+, el 35% presentó enfermedad axilar. Sin embargo, la mayoría recibió tratamiento adyuvante (RT y/o quimioterapia), lo que podría justificar evitar la disección axilar. Se plantea la posibilidad de elevar el umbral de copias a 20.000 para indicar VA, con base en la evolución clínica favorable observada.

Conclusiones

En pacientes con 1–2 GC positivos, la omisión del VA siguiendo criterios como los de Giuliano (NCCN) es segura y reduce la morbilidad sin comprometer los resultados oncológicos. El tratamiento axilar debe adaptarse al perfil tumoral y la terapia sistémica prevista. Nuestros resultados refuerzan la necesidad de revisar los protocolos de RT y replantear el sobretratamiento quirúrgico en la práctica clínica.

RES0215 Desescalado en el manejo quirúrgico de la axila: tras ganglio centinela positivo, en cirugía inicial y post-tratamiento neoadyuvante.

Jorge Loro Pérez, Magel Fernández Alfonso, Ángel Sánchez Álvarez, Ana Tejera Hernández, Edward Joseph Anderson, Isabel Gutiérrez Giner Chuimi Cgd/unidad Mama

Objetivos

Este estudio de revisión narrativa tiene como objetivo analizar las estrategias de desescalado en el manejo quirúrgico de la axila en pacientes con cáncer de mama tras biopsia selectiva de ganglio centinela positivo, en cirugía inicial, así como en el contexto de tratamiento neoadyuvante. Se busca evaluar la eficacia, seguridad y beneficios de técnicas menos invasivas, así como los criterios para seleccionar pacientes aptos para este enfoque.

Material y Métodos

Se realizó una revisión de estudios históricos y publicados los últimos años sobre el manejo axilar del cáncer de mama, a partir de bases de datos como PubMed, Scopus y Cochrane Library. Se incluyeron ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y estudios de cohortes en relación a los diferentes escenarios.

Resultados

Tras revisar 30 artículos relevantes, se encontraron los siguientes hallazgos:
Breve historia del manejo axilar en el cáncer de mama hasta la aparición de la biopsia de ganglio centinela (BGC).

Desescalado tras ganglio centinela positivo: Estudios como ACOSOG Z0011, AMAROS y SENOMAC han demostrado la omisión de la linfadenectomía axilar (LA) tras 1-2 GC positivos.

Desescalado en cirugía inicial: La BCG ha demostrado ser eficaz en reemplazar el vaciamiento axilar. Recientemente SOUND y INSEMA confirmaron que la omisión de BSG en determinados pacientes no es inferior a la LA.

Desescalado tras tratamiento neoadyuvante: En pacientes con respuesta favorable al tratamiento, como la quimioterapia o terapia hormonal, el desescalado quirúrgico, mediante disección axilar dirigida, resulta eficaz para evitar la linfadenectomía axilar. Validado por ACOSOG Z1071, SENTINA 2013, TSN FNAC…

Nuevos horizontes: Multitud de ensayos clínicos continúan investigando el desescalado quirúrgico en el manejo de la axila en el cáncer de mama, desde la omisión de cirugía axilar tras neoadyuvancia como la omisión de vaciamiento axilar en axila positiva.

Se realiza una revisión y comparación de los diferentes artículos así como de las principales guías internacionales.

Conclusiones

El desescalado en el manejo quirúrgico de la axila en el cáncer de mama representa un avance significativo hacia tratamientos menos invasivos y con menor morbilidad. La selección adecuada de pacientes, basada en características tumorales, respuesta al tratamiento y preferencias individuales, es crucial para garantizar resultados óptimos. La colaboración multidisciplinar y la adherencia

a guías basadas en la evidencia son fundamentales en la implementación de estas estrategias sin comprometer los resultados oncológicos.

RES0219 Impacto clínico de la omisión de la biopsia selectiva del ganglio centinela en el carcinoma in situ de mama

Paula Fernández Rodríguez[1], Rosa María Álvarez Pérez[1], Carlota Cases Pellisé[1], Belen Hernández Carreras[1], Álvaro De Bonilla Damia[2], Laura Brero Sánchez[2], Victor Manuel Pachón Garrudo[2], José Manuel De León Carrillo[3], José Manuel Jiménez-Hoyuela García[2]

[1]*Hospital Universitario Virgen del Rocío Medicina Nuclear*
[2]*Hospital Universitario Virgen del Rocio Medicina Nuclear*
[3]*Hospital Universitario Virgen del Rocío Cirugía General y Aparato Digestivo*

Objetivos

Determinar la prevalencia de metástasis en ganglios axilares en pacientes con carcinoma ductal in situ (CDIS) de mama mediante la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) e identificar factores preoperatorios predictivos de afectación ganglionar.

Material y Métodos

Hemos analizado retrospectivamente 251 pacientes con diagnóstico preoperatorio de CDIS con criterios de BSGC según el consenso de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria de 2013, desde enero de 2015 hasta diciembre de 2022, con un seguimiento medio de 5.8 años (rango 1.9-8.4 años). De este grupo, seleccionamos 190 pacientes con histopatología preoperatoria de CDIS puro, sin enfermedad microinvasiva ni evidencia por imagen de afectación ganglionar (cTis cN0). Se comparó la distribución de variables entre pacientes con CDIS puro en la histopatología final vs pacientes con resultado final de carcinoma infiltrante, y entre pacientes con ganglio centinela positivo vs negativo.

Resultados

El resultado histopatológico final de la exéresis tumoral determinó la presencia de carcinoma infiltrante en 49/190 pacientes (25.8%). La BSGC fue positiva en 26/190 (13.7%); de estos, 13 presentaban macrometástasis (50%) y 13 micrometástasis (50%). En este subgrupo con BSGC+, 17/26 pacientes presentaron focos de infiltración en la pieza de tumorectomía o mastectomía (65.4%). Se observaron varios factores predictivos de afectación ganglionar como la edad al diagnóstico ([OR]: 0.931, [IC]: 0.877-0.988, p=0.018), la extensión tumoral ([OR]: 1.031, [IC]: 1.004-1.058, p=0.024) y un patrón tumoral papilar ([OR]: 3.554, [IC]: 1.093-11.559, p=0.035). La presencia de infiltración en la histopatología final de la lesión mamaria estaba directamente relacionada con la afectación ganglionar (p<0.001), aunque no fue un factor predictivo preoperatorio.

Conclusiones

La presencia de afectación axilar en un grupo no despreciable de pacientes con CDIS hacen de la BSGC una técnica útil para evitar el infradiagnóstico en estas pacientes. El subgrupo de pacientes con los factores previamente descritos tiene mayor riesgo de BSGC+, por lo que sería necesaria una evaluación axilar para definir el tratamiento clínico más adecuado

RES0244 Manejo axilar en el carcinoma lobulillar con ganglio centinela positivo: ¿es necesario el vaciamiento axilar? Estudio unicéntrico retrospectivo

Elisa Simarro Suárez[1], Alba Orive Boluda[1], Gemma Gassó Perales[2], Francisco Ripoll Orts[3]

[1]*Hospital Universitario y Politecnico La Fe Ginecología y obstetricia. Unidad de patología mamaria*
[2]
[3]*Cirugía general. Unidad de patología mamaria*

Objetivos

El carcinoma lobulillar infiltrante (CLI) presenta un patrón de diseminación distinto al del carcinoma ductal, con una mayor tendencia a la multifocalidad y al compromiso ganglionar, lo que genera dudas sobre el manejo axilar más adecuado en pacientes con biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) positiva. Aunque las guías actuales permiten evitar el vaciamiento axilar (VA) en determinados supuestos, la evidencia específica para el CLI es limitada. El objetivo de este estudio es analizar los resultados oncológicos en pacientes con CLI y BSGC positiva, comparando aquellas que fueron sometidas a VA con las que no lo fueron, según decisión del comité multidisciplinar.

Material y Métodos

Se ha realizado una revisión retrospectiva de pacientes diagnosticadas de carcinoma lobulillar infiltrante con BSGC positiva (micrometástasis o macrometástasis), intervenidas quirúrgicamente en un hospital terciario entre enero de 2014 y diciembre de 2024. Se han recogido datos clínicos, anatomopatológicos y de tratamiento. Las pacientes se han clasificado en dos grupos según la realización o no de VA. El objetivo principal es evaluar las tasas de recurrencia axilar y locorregional; como objetivos secundarios se analizarán la supervivencia libre de enfermedad (SLE), la supervivencia global (SG) y la incidencia de linfedema. Actualmente, el análisis estadístico de los datos recogidos está en curso.

Resultados

Se han identificado hasta la fecha más de 100 pacientes con diagnóstico de CLI y BSGC positiva que cumplen los criterios de inclusión. La proporción de pacientes con y sin VA es equilibrada, y la decisión terapéutica se basó en criterios clínicos, imagenológicos y en la discusión multidisciplinar. Aún no se dispone de

resultados definitivos respecto a recurrencias ni supervivencia.

Conclusiones

Este estudio pretende aportar información relevante sobre la necesidad del vaciamiento axilar en el carcinoma lobulillar con ganglio centinela positivo, una entidad con menor representación en los grandes ensayos clínicos. Los resultados permitirán valorar si una estrategia más conservadora en el manejo axilar es segura en este subtipo histológico, lo que podría evitar intervenciones innecesarias sin comprometer los resultados oncológicos.

RES0249 Abstención realización de biopsia selectiva de ganglio centinela en mastectomía por carcinoma in situ de la mama.

Macarena Carrasco Rodríguez[1], Lucía García-berbel Molina[2], Diego Alejandro Utor Fernandez2

[1]*Hospital Universitario Puerta Del Mar Unidad De Patología Mamaria*
[2]

Objetivos

El carcinoma intraductal de mama es una proliferación epitelia maligna confinada al conducto mamario.

Hasta el momento, cuando realizabamos mastectomía para el tratamiento del carcinoma intraductal extenso de mama en nuestro centro, llevábamos a cabo la biopsia selectiva de ganglio centinela en el mismo acto por si en la pieza definitiva de mastectomía hubiera infiltración, dado que una vez realizada la misma, perdíamos la posibilidad de hacer cirugia conservadora en la axila mediante biopsia selectiva de gangio centinela.

En la actualidad, gracias al marcador Magtrace@, tenemos la opción de la administración prequirúrgica del mismo y poder realizar con tranquilidad la mastectomía, dado que si hicera falta realizar a posteriori el gagnlio centinela, disponemos de 1 mes tras la administración del trazador para la realización del mismo.

Material y Métodos

Desde noviembre del 2024 hasta junio de 2025, hemos realizado mastectomía por carcinoma in situ extenso en 7 pacientes.

Se administró el día antes de la cirugía el trazador Magtrace@, que emplea magnetismo en lugar de radioactividad y permanece durante 30 días en los ganglios axilares.

Esto no ha permito, realizar un análisis detallago de las piezas en anatomía patológica y abstenernos de realizar en el mismo acto la biopsia selectiva de ganglio centinela, como se venía haciendo clásicamente.

Resultados

Tras la mastectomía, se revisó la pieza quirúrgica, corroborándose la existencia de carcinoma in situ en 6 de las paciente y un foco de 0.5 de infiltrante en una de ellas, que por su biología, se decidió abstención de la realización de la técnica.

Esto ha permitido realizar las cirugìas con reconstrucción en el mismo acto, sin tener actuación a nivel axilar, lo que disminuye el riesgo de complicaciones a corto y largo plazo, derivadas de la realización de la biopsia selectiva de ganglio centinela.

Conclusiones

La abstención de realización de la BSGC en pacientes sometidas a mastectomía por carcinoma intraductal, nos ha permitido mejorar los tiempos quirurgicos y disminuir el riesgo de complicaciones a corto y largo plazo derivadas de la realización de esta técnica.

RES0259 Aplicación de inteligencia artificial y realidad aumentada en SPECT portátil para la detección del ganglio centinela en cáncer de mama

Franco José Cavagna Matti[1], John Orozco Cortés[2], Ángela Esteban Hurtado[3], Carles Siscar Gelo[2], Laura Casas Calabuig[2], Fabrizio Jesús Montenegro Muñoz[2], Pedro Abreu Sánchez[2], Miguel Ángel Navas de la Cruz[2], Alejandra Abella Tarazona[2], José Infante de la Torre[2]

[1]*Hospital Dr. Peset Medicina Nuclear - Hospital Dr. Peset - Departamento 10*
[2]*Hospital Dr. Peset Medicina Nuclear - Hospital Dr. Peset - Departamento 10*
[3]*Clínica Alomar Reus Medicina Nuclear - Clinica Alomar Reus*

Objetivos

El SPECT portátil (Declipse SPECT®; SurgicEye, Múnich, Alemania) se ha convertido recientemente en una alternativa viable para la biopsia del ganglio centinela. Además de las imágenes planares convencionales de gammagrafía, permite la visualización directa de la distribución del radiofármaco y mejora la navegación hacia las lesiones objetivo, proporcionando mediciones precisas de la profundidad de la lesión tras unos minutos de exploración. El objetivo del estudio fue evaluar la correlación entre el número de ganglios centinelas detectados mediante SPECT portátil y las imágenes planares, tanto precoces como tardias, de la gammagrafía convencional.

Material y Métodos

Un total de 103 pacientes con diagnóstico inicial de cáncer de mama invasivo y sin evidencia clínica de afectación ganglionar, fueron sometidos prospectivamente a biopsia del ganglio centinela. El estudio preoperatorio incluyó imágenes de SPECT portátil a los 15 minutos tras la inyección e imágenes convencionales con gammacámara a los 25 minutos (tempranas) y 60 minutos (tardías) postinyección. Se realizó un estudio de concordancia entre el número de ganglios

centinelas detectados con SPECT portátil y las imágenes de gammagrafía planares; así como la detección de ganglios centinelas en la gammagrafía temprana y tardía.

Resultados

Se observó una alta concordancia global entre SPECT portátil y gammagrafía (72% entre SPECT portátil y gammagrafía temprana; y 85% entre SPECT portátil y gammagrafía tardía). En el estudio de concordancia, se registró una correlación moderada entre Freehand-SPECT y gammagrafía temprana (coeficiente kappa: 0.42) y una correlación moderada a alta entre SPECT portátil y gammagrafía tardía (coeficiente kappa: 0.6), sin diferencias significativas entre ellas (valor p=0.16).

Conclusiones

El SPECT portátil podría ser una alternativa válida para el estudio prequirúrgico del ganglio centinela en cáncer de mama, dado que se obtuvo una correlación moderada a alta con respecto a los estudios convencionales.

RES0288 ¿Es siempre necesario el ganglio centinela? Identificación de subgrupos de bajo riesgo en cáncer de mama invasor cT1–T2 cN0

Vanessa Lanatta Vila, Aida López Mestres, Sandra Medina Argemi, Laia Donoso Dorado, Rosa Nogueiras Pérez

Objetivos

Evaluar los resultados clínico-patológicos y la afectación ganglionar axilar en pacientes con cáncer de mama invasor cT1–T2 cN0 tratadas con cirugía conservadora, y explorar la viabilidad de omitir la biopsia del ganglio centinela en subgrupos seleccionados, en línea con los criterios del estudio INSEMA.

Material y Métodos

Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico que incluyó pacientes con cáncer de mama invasor cT1–T2 cN0 tratadas con cirugía conservadora entre enero de 2019 y marzo de 2025. Se incluyeron mujeres ≥18 años, sin tratamiento neoadyuvante, con ganglios axilares clínicamente y ecográficamente negativos (cN0), tratadas con cirugía conservadora y con evaluación del ganglio centinela. Se excluyeron pacientes con carcinoma in situ puro, tumores T3–T4, ganglios positivos clínicamente (cN1), mastectomía inicial o datos incompletos.

Se recolectaron datos clínico-patológicos como edad, estado menopáusico, grado histológico, fenotipo molecular, tamaño tumoral y resultado del ganglio centinela. Se realizaron análisis descriptivos, comparativos (Chi-cuadrado, t-test) y regresión logística para identificar predictores de ganglio positivo.

Resultados

Se incluyeron 299 pacientes con cáncer de mama invasor cT1–T2 cN0 tratadas con

cirugía conservadora. El 77.6% eran posmenopáusicas y el 65.2% presentaban fenotipo luminal A. En el 16.1% (n=48) se detectó afectación del ganglio centinela.

No se hallaron diferencias significativas entre ganglio positivo y negativo respecto a edad (p = 0.178), estado menopáusico (p = 0.397), fenotipo molecular (p = 0.709) ni grado histológico (p = 0.758). Sin embargo, se observó una mayor proporción de ganglios positivos en fenotipos más agresivos (28.6% en triple positivo, 19.2% en luminal B) comparado con luminal A (14.9%). En cuanto al grado, los tumores grado 3 mostraron una leve mayor proporción de ganglio afectado (18.9%).

La única variable significativamente asociada a la afectación ganglionar fue el estadio tumoral: 23.3% de las pacientes con tumores T2N0 presentaron ganglio positivo frente al 12.9% de las T1N0 (p = 0.024). En la regresión logística, el estadio T2N0 fue el único predictor independiente de ganglio positivo (OR: 2.32; IC95%: 1.20–4.50; p = 0.012). El modelo presentó capacidad explicativa limitada (Nagelkerke $R^2 = 0.045$).

Conclusiones

En nuestro estudio se observó una baja tasa de afectación del ganglio centinela (16.1%). El tamaño tumoral fue el principal factor asociado con ganglio positivo. Estos hallazgos apoyan la hipótesis de que en pacientes con tumores pequeños (T1) y características favorables (luminal A, grado bajo, edad avanzada), podría considerarse la omisión del ganglio centinela dentro de estrategias de desescalamiento quirúrgico. Se requieren estudios prospectivos para confirmar estos resultados.

RES0305 Uso del azul de metileno para ganglio centinela ¿Sigue siendo necesario?

Lucía Crespo González[1], Rony David Brenner Anidjar[1], Ana Berbel Murcia[2], Elvira Justa Toro Peña[1], Sara Rojo Novo[1], Rosa Albalat Fernández[1], Cristina Paola Fernández Zamora[2], Juan Novo Cabrera[1], Miriam Extremera Lendínez[1], Maria Elena Gómez García[1]

[1]*Hospital Universitario Virgen Macarena Ginecología y Obstetricia*
[2]*Hospital Universitario Virgen Macarena cirugía general*

Objetivos

Evaluar la necesidad actual del azul de metileno como colorante en la identificación del ganglio centinela en cirugía oncológica, discutiendo sus ventajas e inconvenientes a la luz de la evidencia más reciente

Material y Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática en bases de datos científicas relevantes (PubMed, Scopus, Cochrane Library y Web of Science) incluyendo artículos publicados entre 2005 y 2024 que analizaran el uso del azul de metileno para la

detección del ganglio centinela en cáncer de mama y otras neoplasias. Se incluyeron artículos originales, revisiones sistemáticas y guías clínicas.

Resultados

El azul de metileno ha sido históricamente un recurso accesible y eficaz para la identificación del ganglio centinela, especialmente en entornos con recursos limitados. Sin embargo, en la última década su uso ha sido progresivamente reemplazado por otros métodos como el radioisótopo (Tc99m) y la fluorescencia con verde de indocianina, que ofrecen mayor sensibilidad y especificidad, y menor interferencia quirúrgica. Diversos estudios han reportado efectos adversos asociados al azul de metileno, incluyendo reacciones alérgicas, necrosis tisular localizada y complicaciones de procedimientos oncoplásticos con movilización del complejo areola-pezón debido a la tinción difusa del tejido. Además, la tinción persistente puede dificultar la visualización intraoperatoria del plano quirúrgico y afectar negativamente a la estética del resultado quirúrgico.

Conclusiones

Aunque el azul de metileno continúa siendo una alternativa válida en contextos donde el acceso a tecnología avanzada es limitado, su uso rutinario se encuentra cada vez más cuestionado. Las complicaciones potenciales, junto con la disponibilidad creciente de métodos más seguros y eficaces, sugieren que su utilización debería reconsiderarse, especialmente en cirugías oncoplásticas o en pacientes con riesgo de reacciones adversas.

Es necesaria una evaluación crítica y contextualizada de su empleo, considerando tanto las condiciones del centro quirúrgico como las características del paciente.

RES0306 Ausencia de visualización del ganglio centinela, un reto diagnóstico en medicina nuclear.

Jossymar Otero Gonzalez, Cristina Escabias del Pozo, Paola Patricia Portilla Merino, Luisa Fernanda Giraldo Gonzalez, Thalia Selene Gallanti López, Sebastian Rizkallal Monzon, Domenico Monachello Araujo, Jose Manuel Cordero García, Carmen Lancha Hernandez, Luis Dominguez Gadea

Hospital Universitario La Paz Medicina nuclear

Objetivos

Valorar la tasa de detección gammagráfica y quirúrgica de los ganglios centinelas tras su reinyección, correlación anatomopatológica (ap), y tasa de recidiva axilar en este grupo de pacientes (p).

Material y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo entre marzo 2017 y agosto 2022, de 21p mujeres, edad media 61 años, con diagnóstico de cáncer de mama e indicación de biopsia

selectiva de ganglio centinela (BSGC), en las que se administraron 92.5MBq de ^{99m}Tc - Nanocoloide de albúmina, y reinyección subcutánea de 37MBq ^{99m}Tc - Nanocoloide de albúmina por ausencia de visualización de GC o captación de leve intensidad en las imágenes adquiridas a los 45-60 minutos. Se analizaron las características propias del tumor, la afectación axilar al diagnóstico, el tratamiento previo a la BSGC, la detección gammagráfica y quirúrgica de los GC tras la reinyección y su valoración AP, con seguimiento medio de 54 meses.

Resultados

En 16p se trataba de lesiones no palpables, localizadas principalmente en cuadrantes superiores, menos frecuente en cuadrantes inferiores, retroareolar y multifocales, con distribución similar en cuanto a la mama afecta (11p derecha y 10p izquierda). El tipo histológico más frecuente fue CDI 18p, grado histológico en 13p fue G2, objetivando afectación axilar inicial en 1p.

La inyección inicial del radiotrazador se realizó a nivel periareolar en 16p e intratumoral en 5p, con reinyección en cuadrantes superiores en el caso de las primeras y reinyección en la localización del tumor en el caso de administración intratumoral inicial.

6p habían recibido tratamiento neoadyuvante con quimioterapia, hormonoterapia. 1p con antecedente de linfadenectomía axilar y radioterapia.

Se detectaron mediante gammagrafía planar +/- SPECT – CT 25 GC axilares en 95% de los p, 1p sin migración con antecedente de linfadenectomía axilar, localizados en su totalidad durante la cirugía con sonda gammadetectora, utilizando doble trazador intraoperatorio en 6p, (1p el GC fue detectado únicamente quirúrgicamente mediante verde de indocianina, el cual fue negativo para tumor). El diagnóstico AP de los GC fue 20 negativos para tumor, 4 macrometástasis y 1 micrometástasis.

En la actualidad, todas las pacientes están libres de enfermedad; una falleció por un cáncer de pulmón.

Conclusiones

En nuestro estudio pudimos evidenciar una alta tasa de detección gammagráfica y quirúrgica del GC tras la reinyección subcutánea del radiotrazador, tanto en lesiones palpables y no palpables, siendo la reinyección un procedimiento eficiente por la baja tasa de recidiva axilar.

RES0310 Estadificación Axilar Mediante Ganglio Centinela Tras Tratamiento Sistémico Preoperatorio en Cáncer Mamario Avanzado

Enrico Alberto Hernández Bascetta

Instituto de Oncología Dr Luis Razetti
Patología Mamaria

Objetivos

Evaluar la factibilidad diagnóstica del ganglio centinela (GC) tras terapia sistémica primaria (TSP) en cáncer de mama localmente avanzado (CMLA), utilizando azul de metileno como único trazador. Se valoró además el impacto del masaje mamario intraoperatorio sobre la tasa de migración del colorante y la posibilidad de omitir la linfadenectomía axilar (LA) en pacientes seleccionadas.

Material y Métodos

Se llevó a cabo un estudio prospectivo, comparativo, con 20 pacientes con CMLA tratadas con TSP. Se aplicó muestreo intencional no probabilístico. Las pacientes fueron aleatorizadas en dos grupos según se aplicara o no masaje mamario tras la infiltración de azul de metileno en el tejido subdérmico periareolar. Posteriormente se identificó el GC mediante inspección visual. Los datos se analizaron con prueba de Shapiro-Wilk y chi cuadrado ($p < 0,05$) usando R Studio. Se midió sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), negativo (VPN) y validez global del método.

Resultados

La tasa de identificación del GC fue de 65 %, con una sensibilidad del 88,9 %, especificidad del 50 %, VPP de 72,7 %, VPN de 75 % y validez global del 73,3 %. El valor de chi cuadrado fue significativo ($\chi^2 = 1,151$; $p = 0,0283$). La omisión de LA fue posible en 25 % de las pacientes. Se observó mayor tasa de respuesta patológica completa en subtipos Her2+ y triple negativo, lo cual sugiere una correlación entre biología tumoral y negativización ganglionar. El masaje mamario mostró tendencia a mejorar la migración del trazador, aunque sin significancia estadística en esta muestra limitada.

Conclusiones

La técnica de GC con azul de metileno posterior a TSP es factible, segura y aplicable en entornos con recursos limitados. Sus tasas de sensibilidad y valor predictivo respaldan su uso como herramienta de estadificación axilar, permitiendo evitar la linfadenectomía en pacientes con respuesta clínica completa. El enfoque es particularmente prometedor en subtipos biológicamente favorables como Her2+ y triple negativo. Este estudio demuestra que es posible adaptar protocolos internacionales a realidades locales, manteniendo la calidad oncológica y reduciendo morbilidad. Se requieren investigaciones multicéntricas con mayor tamaño muestral y seguimiento a largo plazo para consolidar estos hallazgos e incorporar nuevas tecnologías de detección intraoperatoria en escenarios de oncología quirúrgica mamaria.

RES0325 Valoración en nuestro medio de los resultados de la linfadenectomía axilar en pacientes con cáncer de mama y biopsia selectiva de ganglio centinela positiva

Mónica Simón de la Fuente[1], Susana Cortés Pérez[1], Elena Hernández Gómez de Ramón[2], Lidia Casamayor del Nogal[1], Paula Suárez Mansilla[1], Victoria Pascual Escudero[1], Jimena Bayón Pascual[1], Sandra Canales Martínez[1], Mónica Consuelo Horstmann Sendagorta[1]

[1]*Hospital Clínico Universitario de Valladolid Ginecología y Obstetricia*
[2]*Universidad de Valladolid Facultad de Medicina*

Objetivos

- Principal: determinar los factores clínico-biológicos asociados a la presencia de metástasis en los ganglios no centinela (GNC) en pacientes con ganglio centinela positivo para macrometástasis, con el fin de identificar aquellos casos en los que podría evitarse la linfadenectomía axilar sin comprometer la seguridad oncológica.

- Secundarios: analizar los factores clínico-biológicos que pueden predecir la afectación metastásica del ganglio centinela y describir las características de las pacientes sometidas a biopsia selectiva del ganglio centinela

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional, analítico y retrospectivo, centrado en un grupo de 28 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. A todas ellas se les practicó una biopsia selectiva del ganglio centinela con resultado positivo entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2024. Se excluyeron aquellas pacientes menores de 18 años y/o con imposibilidad para la detección intraoperatoria del ganglio centinela. Se analizaron múltiples variables epidemiológicas como la edad o el estado menopáusico, clínicas y diagnósticas como la localización del tumor o la multifocalidad, histológicas e inmunohistoquímicas del tumor, así como quirúrgicas, entre las que destacan el número de ganglios centinela obtenidos y su número de copias OSNA así como la realización de linfadenectomía axilar posterior.

Resultados

Se observó que las pacientes en las que se extrajo un único ganglio centinela con resultado positivo para macrometástasis presentaron, en varios casos, un mayor número de ganglios no centinela patológicos en la linfadenectomía posterior. Este resultado, estadísticamente significativo (p = 0,023), sugiere que la obtención de un único ganglio podría estar asociada a una mayor carga tumoral o a una menor representatividad del estado axilar global, lo que puede tener implicaciones en la decisión de realizar linfadenectomía.

Conclusiones

Los resultados de este estudio sugieren que la obtención de un único ganglio centinela positivo puede infraestimar la afectación axilar real, lo que implica un mayor riesgo de error diagnóstico. En cambio, cuando se obtienen dos o más ganglios centinela, la predicción del estado axilar resulta más fiable y disminuye la probabilidad de falsos negativos.

Por tanto, los hallazgos apuntan a la necesidad de considerar no solo la carga tumoral y el estado del ganglio centinela, sino también el número de ganglios centinela obtenidos como variable clave para la toma de decisiones quirúrgicas.

RES0331 Importancia del marcaje preoperatorio de ganglio axilar metastásico en el tratamiento sistémico primario del cáncer de mama.

Maria de Las Olas Pérez Molina[1], Antonio Mariscal Martínez[1], Helena Peris Alvà[2], Mario Roberto Negrini Morux[2], Jean Carlos Gómez Nova[2], Alessandro Catanese[2], Ángela Patricia Salazar Gómez[2], Maria Iciar Pascual Miguel[3], Miguel Ángel Luna Tomás[4], Beatriz Cirauqui Cirauqui[5]

[1]*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol Radiodiagnóstico*
[2]
[3]*Cirugía General y del aparato digestivo*
[4]*Obstetricia y ginecología*
[5]*Oncología médica*

Objetivos

Evaluar la seguridad y eficacia del marcaje preoperatorio del ganglio axilar metastásico en pacientes con cáncer de mama, en el contexto del tratamiento sistémico primario (TSP), analizando la evolución de las técnicas de marcaje empleades en nuestro centro.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo que incluyó a 134 pacientes con cáncer de mama y afectación ganglionar axilar inicial, tratadas con TSP entre abril de 2017 y diciembre de 2024. En los primeros 29 casos se empleó un marcaje combinado (MC), con colocación de Hydromark® antes del inicio del tratamiento y posterior marcaje preoperatorio con semilla magnética (Magseed®) sobre el ganglio residual marcado. En los casos restantes, se utilizó directamente Scout Radar® o semilla magnética antes del inicio del TSP, eliminando la necesidad de doble marcación. La correcta colocación de los dispositivos fue verificada mediante imagen; en el caso de Scout Radar®, se añadió una doble comprobación con un detector acústico específico. Durante la cirugía, se realizó la disección axilar dirigida (DAD), confirmando radiológicamente la presencia del marcador en la pieza quirúrgica. Se analizaron la tasa de éxito en localización y exéresis del ganglio marcado, la concordancia con el ganglio centinela (GC), la tasa de falsos negativos tras el vaciamiento ganglionar axilar (VGA) y la tasa de casos en los que se evitó el VGA tras DAD negativa.

Resultados

Se marcaron 139 ganglios en 134 pacientes. La tasa de localización y exéresis selectiva del ganglio marcado fue del 100% en todos los grupos. La concordancia con el GC fue del 50%. El intervalo medio entre la colocación del marcador y la cirugía en el grupo de MC fue de 10 días (rango: 1-26), y de 6 meses (rango: 5-8 meses) en el grupo de colocación del marcador previo al TSP. No se registraron complicaciones significativas asociadas a ninguna de las técnicas empleadas. La implementación directa de Scout Radar® o semilla magnética antes del TSP simplificó el proceso, evitando la necesidad de doble marcación.

Conclusiones

El marcaje preoperatorio del ganglio axilar metastásico en pacientes sometidas a TSP es una técnica segura y eficaz. Nuestra experiencia demuestra que la transición del MC a la marcación directa con Scout Radar® o semilla magnética antes del tratamiento mejora la logística quirúrgica, reduce complejidades y costes, y mantiene elevadas tasas de éxito en la localización y exéresis del ganglio marcado.

RES0335 Fístula quilosa tras linfadenectomía axilar en cáncer de mama

Assumpta Hernández I Santiago[1], José Vicente Coloma Lidón[2], Belén Hernández Roca[3], Jordi Seguí Orejuela[3], Ana Belén Hernández Ferriz[3], Rebeca Gómez Navarro[3], María Jesús Segura Giménez[3], Carlos Felipe Campo Betancourth[3], José Manuel Ramia Ángel[3]

[1]*Hospital General Universitario Elda Cirugía General y del Aparato Digestivo*
[2]*Cirugía General y del Aparato Digestivo*
[3]

Objetivos

El objetivo es realizar una revisión sistemática sobre la fístula quilosa tras la linfadenectomía axilar a propósito de un caso.

Material y Métodos

Mujer de 58 años diagnosticada de carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda, se decide tumorectomía con arpón de la mama izquierda y Biopsia Selectiva de Ganglio Centinela (BSGC). La BSGC es positiva para macrometástasis por lo que se completa con una linfadenectomía axilar del nivel II. Es dada de alta al primer día postoperatorio, manteniendo el drenaje axilar, con revisión en consultas. Al cuarto día postoperatorio, se objetiva un drenaje de características lechosas, compatible con un posible drenaje quiloso. Se toma muestra para análisis bioquímico y se obtiene una cifra de triglicéridos de 1095mg/dL y positivo para quilomicrones, compatible con fístula quilosa. Se decide realizar un tratamiento conservador iniciando una dieta exenta de grasas. Tras 33 días de seguimiento estrecho en consultas, presenta un drenaje seroso y escaso, y se decide retirarlo.

Resultados

Hemos encontrado 40 casos de fístula quilosa asociada a la cirugía de la axila en el cáncer de mama. La mayoría de ellos, del lado izquierdo de la mama. La principal hipótesis de este hecho es la lesión de ramas terminales del conducto torácico aberrantes o anomalías congénitas del mismo, que desembocarían cerca de la yugular interna del lado izquierdo, muy cercanas a la región de disección axilar, unos 4-5cm de la misma, por otro lado, siendo muy raro su aparición en el lado derecho por la baja prevalencia de un conducto torácico derecho.

Al diagnóstico, la mayoría de los casos debutan en los 3 primeros días postoperatorios en forma de drenaje de características blanquecinas y lechosas, siendo la confirmación diagnóstica con el análisis bioquímico de la presencia de triglicéridos y quilomicrones.

El tratamiento de la mayoría se soluciona de forma conservadora limitando la ingesta de grasas y manteniendo el drenaje. En casos más severos, se puede optar por una dieta estricta con grasas de cadena media, dieta absoluta con nutrición parental y el uso de somatostatina o octeótrido.

La cirugía solo se indica en casos más graves con persistencia del débito quiloso en el tiempo, y se suele realizar una revisión quirúrgica y valorar la necesidad de ligar los vasos linfáticos que se identifiquen.

Conclusiones

La fistula quilosa es una complicación frecuente en la cirugía de la región torácica y del cuello, sin embargo, asociada a la linfadenectomía axilar es muy rara, con una incidencia menor al 0,5%.

RES0343 Resultados de la disección axilar dirigida (TAD) en pacientes con cáncer de mama tras tratamiento neoadyuvante: experiencia de un centro hospitalario regional

Emma Pessarrodona Zaragoza[1], Judith Astor Alcaine[1], Maria Fernanda Gil Molano[2], Marina Rodriguez Ruiz[2], Paola Gutierrez Torres[2], Júlia Plaza Urgeles[2], Esther Baeza Lorente[2], Guadalupe Peñalva Padial[2], Marta Girvent Vilarmau[2]

[1]*Hospital General de Granollers Obstetricía y ginecología*
[2]

Objetivos

En pacientes con cáncer de mama con afectación ganglionar axilar confirmada antes del tratamiento neoadyuvante, la linfadenectomía axilar ha sido tradicionalmente el tratamiento estándar. Sin embargo, el abordaje quirúrgico de la axila ha evolucionado hacia técnicas menos invasivas.

La disección axilar dirigida (TAD, Targeted Axillary Dissection) se plantea como una

alternativa fiable, al combinar la biopsia del ganglio centinela con la resección del ganglio previamente marcado como patológico, permitiendo una estadificación más precisa y potencialmente evitando linfadenectomías completas innecesarias.

El objetivo de nuestro estudi es describir la experiencia de nuestro centro con la técnica TAD en pacientes con cáncer de mama con afectación axilar, analizando su impacto en la reducción de linfadenectomías axilares y los factores asociados a la necesidad de vaciamiento.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo comparativo de 30 pacientes intervenidas entre octubre de 2021 y abril de 2024. Se incluyeron pacientes candidatas a TAD, excluyéndose aquellas en las que no fue posible realizar el marcaje del ganglio centinela. Todas fueron tratadas siguiendo un protocolo unificado de TAD. Se recogieron variables clínicas e histológicas, dividiendo a las pacientes en dos grupos según la necesidad final de linfadenectomía, y se compararon diversas variables entre los dos grupos. Se realizó estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes) y comparativa mediante test de Fisher.

Resultados

El 90% de las pacientes presentaron carcinoma ductal infiltrante, siendo el subtipo molecular más frecuente el luminal B HER2 negativo (40%). Se realizaron 15 linfadenectomías (50%), evitándose en las otras 15 pacientes. De las linfadenectomías, 10 (66,6%) fueron negativas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto al tipo histológico ($p = 1$), tamaño tumoral ($p = 0,7$), subtipo molecular ($p > 0,2$) o coincidencia entre el ganglio centinela y el ganglio clipado ($p = 0,7$). La incidencia de linfedema fue menor en el grupo sin linfadenectomía (1 caso frente a 3; $p = 0,6$). No se registraron recurrencias locorregionales ni a distancia tras un seguimiento mínimo de 12 meses.

Conclusiones

La técnica TAD permitió evitar la linfadenectomía axilar en la mitad de las pacientes, sin aumentar la tasa de recurrencia y con una menor incidencia de linfedema. Estos resultados respaldan el uso de la TAD como una estrategia segura y menos invasiva en la estadificación axilar tras tratamiento neoadyuvante.

RES0374 Estudio del número de copias mRNA CK19 en el ganglio centinela positivo superior a 15.000 copias y la existencia de ganglios no centinelas afectados en axila. Utilidad ante los criterios SOUND

Pedro Marín-Rodríguez[1], Guadalupe Ruiz Merino[2], Carmen Mª Servet Pérez de Lema[3], Caridad Marín-Hernández[4], Mª Eulalia García-Solano[5], Héctor Rodrigo-Lara[5], Pedro José Galindo-Fernández[4], Luis Polo-García[5],

Antonio Piñero-Madrona[4]

[1]*Cirugía General Unidad de Mama*
[2]*Departamento de Estadística*
3 Ginecología y Obstetricia. Unidad de Mama
[4]*Cirugía General. Unidad de Mama*
[5]*Anatomía Patológica*

Objetivos

Conocer si la carga tumoral total (CTT) con OSNA permite diferenciar claramente la existencia de ganglios no centinelas afectados (GnC+) y, siguiendo los criterios del estudio SOUND, determinar la probabilidad de que persistan ganglios afectados en función del número de copias con OSNA.

Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo de una serie de carcinomas invasores de mama con ganglios centinelas positivos mediante técnica OSNA con CTT > 15.000. Se comparó la CTT entre casos sin afectación tras linfadenectomía, con un solo ganglio afectado o con más de uno.

Como segundo objetivo se seleccionaron aquellos casos que cumplían los criterios SOUND y se compararon las medias de la CTT en los grupos sin afectación ganglionar, con un solo ganglio afectado o más de 2 ganglios afectados, GnC+. Se realizó un estudio comparativo de medias mediante test de ANOVA.

Resultados

En la serie global, de un total de 125 casos, no se encontraron diferencias significativas entre la CTT para definir la existencia de GnC+, ya sea 1 (media de 573.938 copias), o más de 1 (media de 1.110.683), respecto a no encontrar ninguno (media de 493.193 copias) (p=247).

Dentro de los casos que cumplían criterios SOUND (n=69), la media de copias en los casos sin afectación ganglionar no centinela (608.590), con un solo GnC+ (874.850) y con más de dos GnC+ (220.866) tampoco mostraron diferencias significativas (p=0,786).

En los 69 casos que no cumplían los criterios SOUND, si se encontraron diferencias entre aquellos con más de 2 GC (1.532.176), frente a los que no tenían más ganglios afectados (354.038) o solo presentaban 1 GnC+ tras la linfadenectomía (461.096) (p=0.018).

Conclusiones

La cuantificación de la CTT por encima de 15.000 copias se relaciona con la existencia de GnC+ en los casos que no siguen los criterios SOUND (media 1.110.683), mientras que en aquellos con criterios SOUND, esta relación no es significativa, ni siquiera es progresiva.

RES0410 Resultados preliminares estudio ADARNAT. Linfadenectomía versus radioterapia en ganglio centinela positivo tras neoadyuvancia.

Amparo García-Tejedor[1], Sira Salinas[2], Ana Luzardo[2], Miriam Campos[1], Carlos Ortega[1], Evelyn Martínez[3], Maria Jesús Pla[1], Catalina Falo[4], Grupo Español Adarnat[5], Maria Laplana[6]

[1]*Hospital Universitari Bellvitge Ginecología*
[2]*Hospital Universitari Bellvitge Medicina Física y Rehabilitación*
[3]*Institut Català d'Oncologia Oncología Radioterápica*
[4]*Institut Català d'Oncologia Oncología Médica*
[5]
[6]*Hospital Clínic Barcelona Oncología Radioterápica*

Objetivos

Evaluar la no inferioridad de la irradiación axilar (RTA) sin linfadenectomía axilar frente a la linfadenectomía axilar (LA), en términos de recidiva locorregional y supervivencia libre de enfermedad a 2 años, en pacientes con cáncer de mama y ganglio centinela (GC) positivo tras tratamiento neoadyuvante (NA) (quimioterapia o hormonoterapia).

Como objetivo secundario, se comparará la incidencia de linfedema y limitación funcional del hombro entre ambos grupos.

Material y Métodos

Ensayo clínico fase III, multicéntrico, internacional, abierto y aleatorizado, con participación de 23 hospitales. Se incluyeron pacientes con cáncer de mama cT1–T4b, cN0–cN1, tratadas con terapia NA y 1–2 GC positivos. La aleatorización se estratificó por tipo de NA y tipo de afectación ganglionar (micro o macrometástasis). Las pacientes fueron asignadas: (1) RTA sin linfadenectomía (brazo experimental) o (2) LA (brazo control). Ambos grupos se complementaban con RT de niveles axilar III, supraclavicular y/o cadena mamaria interna, además de mama o pared torácica según correspondiera. Este resumen presenta los datos de la fase piloto del estudio.

Resultados

De 272 pacientes incluidas en la fase piloto, 102 completaron el protocolo: 46 asignadas aleatoriamente a RTA y 56 a LA. En el grupo RTA, 12 pacientes (26,1%) recibieron mastectomía con reconstrucción, 5 (10,9%) mastectomía simple y 29 (63,1%) cirugía conservadora; en el grupo LA, fueron 3 (5,4%), 10 (17,9%) y 43 (76,8%), respectivamente. El subtipo histológico más frecuente fue carcinoma invasivo tipo no especial (RTA: 80,4%; LA: 87,5%).

El tamaño tumoral medio fue 19,7 mm en RTA (DE 17,9) y 17,2 mm en LA (DE 14,9). La afectación ganglionar fue por macrometástasis en 37 casos de RTA (80,4%) y 44 de LA (78,6%). No hubo recidivas axilares en RTA y una en LA (1,8%; p=0,3).

Metástasis a distancia: 2 casos (4,4%) en RTA y 3 (5,5%) en LA (p=0,8).

Fallecimientos: 2 en LA (4,3%; p=0,2), uno por progresión y otro por tumor distinto. Respecto a complicaciones, se evidenció linfedema en 18,9% (RTA) vs 26,7% (LA) (p=0,4); y limitación del hombro: 29,7% (RTA) vs 17,8% (LA) (p=0,26).

Conclusiones

Los resultados preliminares sugieren que la RTA constituiría una alternativa segura a la LA en pacientes con GC afectado tras tratamiento NA, con tasas de supervivencia comparables. Se observó mayor incidencia de linfedema en LA y de limitación del hombro en RTA. Estos hallazgos respaldan la necesidad de continuar con la fase definitiva del estudio para confirmar seguridad oncológica y beneficios funcionales de estrategias menos invasivas en el manejo axilar.

RES0411 Valoración axilar prequirúrgica mediante ecografía y PET-TC en pacientes con cáncer de mama. Estudio piloto comparativo de concordancia y precisión diagnóstica para predecir la carga tumoral.

Angdy Wang Wu[1], Inmaculada Mendoza Arnau[1], José Tortosa Cámara[2], Rosario Ching López[3], Encarnación González Flores[4], Isabel Pérez Herrezuelo[5], María Isabel Ruiz Ávila[6], Rocío Sánchez Sánchez[7], Manuel Jesús Rabaza Espigares[2], Antonio Jesús Láinez Ramos-Bossini[8]

[1]*Hospital Universitario Virgen de las Nieves 18014 Granada, España Servicio de Radiodiagnóstico*
[2]
[3]*Servicio de Oncología Radioterápica*
4 Hospital Universitario Virgen de las Nieves 18014 Granada, España; Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada. 18012 Granada, España Servicio de Oncología Médica
5 Servicio de Ginecología y Obstetricia
6 Servicio de Medicina Nuclear
7 Servicio de Anatomía Patológica
8 Hospital Universitario Virgen de las Nieves 18014 Granada, España; Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada. 18012 Granada, España; Departamento de Anatomía y Embriología Humana. Universidad de Granada 18071 Granada, España Servicio de Radiodiagnóstico

Objetivos

La evaluación precisa de la afectación ganglionar axilar en el cáncer de mama resulta fundamental para optimizar la planificación terapéutica.

El objetivo de este estudio fue analizar la concordancia y el rendimiento de la ecografía axilar y la PET-TC en la determinación de la carga ganglionar axilar, utilizando el estudio anatomopatológico como referencia cuando estuvo disponible. El objetivo secundario fue comparar la carga axilar en pacientes con indicación de terapia sistémica primaria.

Material y Métodos

Se analizaron retrospectivamente 69 mujeres (edad media: 59,1 + 13,3 años) con cáncer de mama que se sometieron a ecografía y PET-TC antes de la cirugía (24 pacientes, 34,8%) o tratamiento sistémico (45 pacientes, 65,2%). La carga axilar en las pruebas de imagen se clasificó como baja o alta según criterios descritos en guías internacionales y estudios previos. La concordancia entre ecografía y PET-TC se evaluó mediante el coeficiente kappa de Cohen para toda la muestra, y se comparó de manera específica la ausencia de ganglios sospechosos en ambas técnicas. En el subgrupo de pacientes sometidas a cirugía, se calcularon métricas de precisión diagnóstica (sensibilidad, especificidad y valores predictivos) utilizando como referencia los resultados anatomopatológicos de la BSGC y LA. Se exploraron factores asociados a la discordancia entre ecografía y PET-TC mediante regresión logística univariante y multivariante.

Resultados

La concordancia entre ecografía y PET-TC para la clasificación de la carga axilar fue moderada ($\kappa = 0,621$; $p < 0,001$). En el subgrupo de cirugía, la ecografía mostró mayor sensibilidad (100%) pero menor especificidad (70%), con un valor predictivo negativo (VPN) del 100%. En cambio, la PET-TC presentó mejor especificidad (85%) y precisión global (83%), aunque no detectó un caso positivo confirmado quirúrgicamente. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos métodos (test de McNemar, $p = 0,221$). La regresión logística mostró una tendencia a la significación hacia mayor discordancia ecografía/PET-TC en pacientes con categoría UN4 en ecografía (OR = 4,39; $p = 0,073$). En el subgrupo de pacientes con diagnóstico patológico de ausencia de ganglios positivos ($n = 9$), la ecografía fue negativa en todos los casos, mientras que la PET-TC dio un falso positivo.

Conclusiones

La ecografía y PET-TC muestran una concordancia moderada-alta en la determinación de la carga axilar en pacientes con cáncer de mama. El uso combinado de ambas técnicas puede optimizar la estrategia de estadiaje preoperatorio.

El diseño retrospectivo y bajo tamaño muestral propias de un estudio piloto hacen necesarios futuros estudios para comprobar estos resultados.

RES0428 Revisión de biopsia selectiva de ganglio centinela axilar en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en nuestro centro en 2024.

Laura González Ibáñez, Sofía Fenoll Gil, Patricia López Arribas, Natalia Scheder-Bieschin López, Nayleth Stefanía Leal Pérez, Elena Martínez Gómez, Fernando Salazar Burgos, Aldina Couso González

Hospital Universitario Príncipe de Asturias
Ginecología y Obstetricia

Objetivos

Describir las características principales e indicaciones de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama sometidas al estudio de biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) en nuestro centro.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo descriptivo. Se realiza una base de datos donde se incluyen pacientes mujeres diagnosticadas de cáncer de mama e intervenidas de BSGC en 2024.

Resultados

Se realizaron un total de 98 BSGC en 2024, 39 (39.8%) con estudio intraoperatorio y 59 (60.2%) con estudio en diferido. La edad media de las pacientes fue de 59.8 años, oscilando entre 27 y 90 años.

De Las Pacientes Estudiadas, 9 (9,2%) Fueron Diagnosticadas De Cáncer De Mama Bilateral. Asimismo, 7 Pacientes (7.1%) Presentaban Una Recidiva De Un Cáncer De Mama Previo.

En cuanto al tipo histológico del tumor, 81 tenían un carcinoma ductal infiltrante (82.7%); 8 un carcinoma lobulillar infiltrante (8.2%); 7 un carcinoma ductal in situ (7.1%); solo hubo un caso de carcinoma lobulillar in situ (1%) y uno de carcinoma papilar (1%). 27 (27.6%) presentaban un tumor de grado 1, 50 (51%) un grado 2 y 21 (21.4%) un grado 3.

Respecto al perfil inmunohistoquímico, 39 tenían un tumor con perfil luminal A (39,8%); 30 un luminal B (30,6%), 16 fueron HER2 positivos (16,3%) y 13 fueron triples negativos (13,3%).

El 29.6% (29) Precisó Terapia Sistémica Primaria, Mientras Que El 70.4% No Cumplía Criterios Para Quimioterapia En Neodyuvancia.

Analizando el estudio axilar encontramos que 83 pacientes (84.7%) presentaron un estudio axilar prequirúrgico negativo; mientras que, en las 15 pacientes restantes (15.3%), fue positivo. Si bien, en el análisis anatomopatológico de la BSGC, 80 (81.6%) tuvieron un resultado negativo, 5 (5.1%) micrometástasis y 13 (13.3%) macrometástasis. Cabe destacar que, de las 83 pacientes con estudio axilar prequirúrgico negativo, 13 (15.7%) obtuvieron un resultado de metástasis en el estudio de BSGC (4 micrometástasis y 9 macrometástasis).

Se realizaron 56 tumorectomías, 3 de ellas precisando mastectomía posterior y 45 mastectomías, 35 unilaterales y 9 bilaterales.

Conclusiones

La BSGC conforma una herramienta fundamental para la estadificación axilar del cáncer de mama. En nuestra serie se observa un perfil clínico y tumoral similar al descrito en la literatura. Destacar que la mayoría de pacientes a las que se les realizó el estudio BSGC, contaban con un estudio axilar previo normal, lo que nos invita a reflexionar sobre la posibilidad de limitar esta técnica a un perfil de pacientes más reducido.

RES0431 RESULTADOS DEL ESTUDIO SOUND EN NUESTRA POBLACIÓN

Sofía Fenoll Gil, Laura González Ibáñez, Patricia López Arribas, Elena Martínez Gómez, Fernando Salazar Burgos, Teodora Morales Caminiti, Begoña Ayuso Llorente, Josefa Ignacia Valdivieso Jara, Gabriel Molinero Mena, Aldina Couso González

Hospital Universitario Príncipe de Asturias Ginecología y Obstetricia

Objetivos

El estudio SOUND plantea omitir el estudio de biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) en pacientes que cumplan ciertos criterios, mostrando que la omisión de la BSGC no fue inferior a la cirugía en términos de supervivencia y recurrencia. El objetivo de esta publicación es valorar la aplicabilidad del estudio SOUND en nuestra población.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo descriptivo. Se realiza una base de datos incluyendo pacientes con cáncer de mama intervenidas de BSGC en 2024. Se incluyen pacientes de cualquier edad, con tumores menores o iguales a 2 cm y con axila clínicamente negativa. Se excluyen pacientes con tumores multifocales, bilaterales o recidivas, pacientes con metástasis a distancia y pacientes no propuestas para cirugía mínimamente invasiva.

Resultados

En 2024, 104 pacientes han sido intervenidas de BSGC en nuestro centro. Solo 58 cumplen los criterios de inclusión que propone el estudio SOUND. Se descartan aquellas pacientes que cumplían criterios de exclusión al igual que en estudio SOUND, teniendo así un total de 24 pacientes a analizar.

El tamaño tumoral medio fue 9mm y la edad media de las pacientes de 64 años, oscilando entre 52 y 80 años.De los tumores estudiados, 15 (62,5%) mujeres tenían un perfil luminal a, 5 (20,8%) un luminal B y 2 (8,3%) un Herb2 positivo. Solo 2 (8,3%) pacientes se clasificaron como triple negativo.

Respecto al tipo histológico, 21 pacientes (87,5%), se diagnosticaron de carcinoma ductal infiltrante. 2 (8,3%) de carcinoma lobulillar infiltrante y una (4,2%) de carcinoma papilar. En todos los casos se realizó tumorectomía con bsgc axilar, en algunos casos precisando ampliación de dicha

tumorectomía por afectación de márgenes en el estudio anatomopatológico.

Del total, 22 pacientes (91,7%) tuvieron el resultado de BSGC negativo, mientras que en 2 (8,3%) el resultado fue positivo para macrometástasis. Una era una paciente de 61 años, con un carcinoma ductal infiltrante Luminal A, grado 2, Ki 67 del 5% de 15mm, la otra se trataba de una mujer de 56 años con carcinoma ductal infiltrante Luminal B, grado 1, Ki67 del 2% de 8mm.

Conclusiones

La tasa de BSGC positivo tras estudio axilar negativo en nuestro centro es menor respecto al estudio SOUND (13.7%). Si bien, se podría ampliar el tamaño muestral y valorar la supervivencia libre de enfermedad en estas pacientes así como incidencia acumulada de recidivas, supervivencia global y tratamiento adyuvante.

RES0434 ¿y si el ganglio centinela se equivoca? causas de fallo de biopsia selectiva del ganglio centinela e indicaciones de linfadenectomía axilar: presentación de un caso clínico

Alejandro González Yerga[1], Maria Carranco Antúnez[1], Rocío Domínguez Zambrano[2], Sara Rojo Novo[2], Rosa Albalat Fernandez[2], Ronny Brenner Anidjar[2], Juan Novo Cabrera[2]

[1]*Hospital Universitario Virgen Macarena Ginecologia y Obstetricia*
[2]

Objetivos

Presentar un caso clínico de fallo de biopsia de ganglio centinela en el marco de un cáncer de mama localmente avanzado con sospecha clinico-radiológica de afectación axilar y revisar posibles causas del falso negativo, asi como las indicaciones actuales de lifadenectomia axilar en este escenario.

Material y Métodos

Se presenta el caso de una paciente de 77 años con diagnostico en mama derecha de carcinoma tipo luminal B grado 3 con PAAF negativa en axila preoperatoria. Se realizó mastectomia con biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) mediante una técnica dual (radioisótopo Tc99m preoperatoriamente y azul de metileno intraoperatoriamente) comprobándose ausencia de drenaje axilar. Ante la sospecha, tanto en pruebas de imagen, como de manera macroscópica de posible afectación ganglionar, se decide completar con linfadenectomia axilar derecha (nivel 1 y 2). Posteriormente se analizó el estudio histopatológico completo de la pieza quirurgica y se realizó una revisión de la literatura para contextualizar el fallo de BSGC e indicaciones de linfadenectomia axilar en este tipo de casos.

Resultados

El Análisis Anatomopatológico Identificó 19 Ganglios, De Los Cuales 14 Presentaban Metástasis. Este Hallazgos Confirma Que El Ganglio Centinela Evaluado Resultó Ser Un Falso Negativo.

Conclusiones

Aunque la biosia selectiva de ganglio centinela (BSGC) es una técnica ampliamente validada en el manejo diagnsotico-terapeútico del cancer de mama, no está exenta de falsos negativos. Las principales causas incluyen una carga tumoral axilar elevada que provoque un bloqueo linfático, tamaño del tumor localmente avanzado, la realización de quiomioterapia neoadyuvante, fallos en la técnica utilizada, invasión extra nodal del ganglio e incluso la edad y peso de la paciente. La linfadenectomia axilar continua estando indicada en situaciones de discordancia clínica como es el caso (imagenes radiológicas y macroscópicas sospechosas de afectacion con PAAF y BSGC negativas) o cuando no se identifica correctamente el ganglio centinela por alteraciones intraoperatorias.En definitiva, este caso resalta que, incluso en la era de la cirugía minimamente invasiva, el juicio clinico intraoperatorio y la valoración individualizada del paciente seiguen siendo herramientas imprescindibles para ofrecer un tratamiento adecuado y seguro.

Patología benigna mamaria

RES0007 Pioderma gangrenoso de localización mamaria

Laura Fernández Gómez[1], Saioa Gorostidi Aguirrezabala[1], Adelina Morros Ferret[2], Anna Badell Giralt[3], Ángel Toro García[4], Gerard Caballero Rius[4], Mar Alarcón Alcaraz[5], Mónica Barrachina Moreno[6], Thais Larraínzar[7], Ana Filloy Lavia[8]

[1]*Hospital Sant Joan De Déu de Martorell Ginecología y Obstetricia / Unidad de mama*
[2]*Hospital Sant Joan De Déu de Martorell Enfermera gestora de casos de Unidad de mama*
[3]*Hospital Sant Joan de Déu de Martorell Dermatología*
[4]*Hospital Sant Joan de Déu de Martorell Ginecología y obstetricia*
[5]*Hospital Sant Joan de Déu de Martorell Radiología*
[6]*Hospital Sant Joan de Déu de Martorell Enfermería de curas*
[7]*Hospital Sant Joan de Déu de Martorell Medicina Interna*
[8]*Hospital Sant Joan de Déu de Martorell Ginecología y Obstetricia*

Objetivos

Presentación de un caso clínico de pioderma gangrenoso de localización mamaria.

Material y Métodos

Mujer de 40 años, sin antecedentes de interés, acude a urgencias por importante eritema y celulitis en cuadrantes inferiores de mama derecha, sin colecciones fluctuantes subyacentes, y fiebre de 38ºC. Se orienta como una mastitis y se prescriben clindamicina y antiinflamatorios. 24 horas después, reconsulta por dolor intenso en cuadrantes inferiores de mama derecha y aparición de úlcera, a través de la que emerge material purulento maloliente, del que se toma

cultivo. El análisis sanguíneo muestra 16240 leucocitos y PCR de 178mg/L. Se prosigue con misma pauta antibiótica y se realizan curas tópicas diarias ambulatorias, observando un empeoramiento progresivo, con aparición sucesiva de úlceras supurativas muy dolorosas de bordes eritematosos sobreelevados, que proliferan con rapidez y confluyen entre sí. El cultivo resulta positivo para S. Aureus sensible a penicilina y clindamicina. Ante esta tórpida evolución, 4 días después se decide ingreso hospitalario para tratamiento endovenoso con Augmentine y curas tópicas. Durante los primeros días de ingreso las llagas siguen progresando hasta converger en una gran úlcera cribiforme que abarca la práctica totalidad de los cuadrantes inferiores de la mama. Con la sospecha diagnóstica de Pioderma Gangrenoso, el 2º día de ingreso se inicia tratamiento con Prednisona 1mg/Kg/día. Se practica punch cutáneo, con resultado: "ulceración epidérmica con denso infiltrado inflamatorio mixto y áreas abscesificadas, sin evidencia de infiltración neoplásica".

Resultados

Al 4º día de ingreso, tras 3 dias de tratamiento antibiótico y corticoideo, el proceso detiene su progresión. La gran úlcera tiene aspecto limpio y ha desaparecido la importante celulitis circundante. Prosiguen las curas tópicas, y a partir de este momento se observa inicio de reepitelización en los bordes de la lesión y en pequeños islotes en el seno de la misma. Al 7º día de ingreso se inicia pauta descendente de corticoides, la cual se concluye en domicilio tras ser dada de alta al 13º día de ingreso, para proseguir curas tópicas de manera ambulatoria. También se interrumpe el tratamiento antibiótico al alta. Se alcanza curación completa de la lesión 2 meses después, quedando lesión cicatricial cutánea asintomática.

Conclusiones

El pioderma gangrenoso es una entidad cutánea inflamatoria poco frecuente, habitualmente relacionada con enfermedades sistémicas autoinmunes, si bien puede también aparecer de forma aislada. El diagnóstico es por exclusión, y el tratamiento está basado en la utilización de corticoides y/o inmunosupresores. En la mama, se han descrito pocos casos, algunos de ellos tras intervenciones quirúrgicas.

RES0010 Mamografías y Cardiología Preventiva. Más Allá del Cribado Oncológico.

Jesús Guzmán Revuelta

Objetivos

Estimar la prevalencia de calcificaciones arteriales mamarias(CAM) en mamografías digitales *con tomosíntesis(MG-DBT)* de cribado oncológico poblacional.Analizar su relación con edad y densidad mamaria(DM).Identificar barreras para su inclusión sistemática en los informes radiológicos.Diseñar una solución proactiva de aplicación clínica,mediante informe estructurado y algoritmo de manejo clínico-

radiológico multidisciplinar,integrando CAM y DM como marcadores subrogados de riesgo cardiovascular(RCV) a partir del cribado mamográfico.

Material y Métodos

Estudio observacional *prospectivo* analizando MG-DBT *consecutivas* de mujeres entre 40-69 años participantes en el Programa de Detección Precoz de Cáncer deMama de *Euskadi(2023)*.La detección y cuantificación de CAM fue realizada por un único radiólogo.La carga-CAM se evaluó mediante escala visual semicuantitativa(0–12),considerando *número* de ramas arteriales afectadas(0-6),*extensión*(0-3) y *densidad*(0-3),en función de la longitud relativa(<1/3,1/3–2/3,>2/3) y compromiso parietal/luminal.Si la carga-CAM varió entre mamas,registró el valor superior.Analizó relación con edad y densidad mamaria(ACR-BI-RADS). Asimismo, desarrolló encuesta en línea *(en curso),*adaptada de cuestionarios validados internacionalmente, para identificar barreras en la práctica clínica,cuyos resultados son preliminares.

El *consentimiento* se consideró *implícito* según los protocolos del programa, dado el uso de datos anonimizados y sin intervención clínica.Los encuestados consintieron al responder voluntariamente.

Resultados

De 3720 mujeres cribadas,el 6,4 % presentó CAM. Un 65,35% de CAM se concentraron en mujeres de 60-69 años. El 55,46 % tenía carga moderada-severa(carga-CAM>3),coexistiendo esta con mamas no densas(ACR-BI-RADS A/B) en el 34 %. La mediana de edad fue 61 años,y la de carga-CAM 4. Un 2,18 % presentó RCV potencialmente alto (RCVPA), definido como densidades A/B con carga-CAM>3. Estas mujeres podrían beneficiarse de cribado cardiovascular oportunista basado en hallazgos incidentales mamográficos. Aunque existe una sólida evidencia vinculando las CAM con arteriosclerosis sistémica y un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular(ECV),—principal causa de mortalidad femenina globalmente —,siguen *infravaloradas*(ACR-BI-RADS 2).Su *infrarregistro* priva de intervención a mujeres *posmenopáusicas* asintomáticas, muchas desconocedoras de un RCV frecuentemente subestimado por *algoritmos clásicos*, perpetuando la brecha de género secundaria a un riesgo —a diferencia del oncológico—,altamente prevenible y modificable. La *fase piloto* evidenció barreras clínicas, formativas, normativas y temporales.

Conclusiones

En 81 mujeres se identificó RCVPA incidental, aprovechando un cribado mamográfico oncológico—ya consolidado—como plataforma para implementar un cribado cardiovascular oportunista sexoespecífico. Estos datos ratifican series previas,reforzando la relación entre CAM,edad avanzada y baja DM. Se adjunta modelo de informe y propuesta de algoritmo cardio-oncológico integrado,

favoreciendo la identificación precoz de *arteriosclerosis subclínica* en mujeres. Se sugiere la estandarización en la cuantificación de CAM, la implementación de una documentación radiológica coherente y una formación específica de los profesionales más directamente involucrados —*radiólogos,médicos de atención primaria, cardiólogos, ginecólogos y oncólogos*—, para favorecer una prevención cardiovascular más equitativa, *eficaz, coste-efectiva y eficiente*.

RES0023 Mastopatía Diabética: entidad que nos puede hacer sospechar un cáncer de mama

José Ignacio Barragán Tabarés[1], Antonio Ginés Santiago[1], Carmen Martínez Lara[2], Ana Pastor Valbuena[2], Rocío Condori Bustillos[2]

[1]*Hospital Universitario Río Hortega Radiología* [2]

Objetivos

- Reconocer los hallazgos mamográficos y ecográficos de la mastopatía diabética (MD).

- Saber plantear otros diagnósticos diferenciales al cáncer de mama, como la mastopatía diabética, ante hallazgos radiológicos sugestivos de malignidad en pacientes con historia de diabetes mellitus.

Material y Métodos

Se revisan los patrones radiológicos en la mamografía y en la ecografía de la mastopatía diabética. Se realiza correlación clínico-radiológica y anatomopatológica.

Resultados

La mastopatía diabética afecta con más frecuencia a mujeres diabéticas insulinodependientes de larga evolución.

Se presenta como nódulo mamario uni o bilateral, sintomático o no y de tamaño variable. su consistencia es dura, delimitado a la exploración física, pero de bordes imprecisos.

La anomalía mamográfica que se encuentra con más frecuencia es la asimetría de densidad entre ambas mamas, sin embargo en este caso los hallazgos fueron anodinos, no delimitándose nódulos ni microcalcificaciones agrupadas. En la ecografía se describen masas hipo o anecoicas con marcada sombra posterior.

El diagnóstico histológico demuestra fibrosis queloide, fibroblastos epiteloides, infiltración linfocítica difusa periductal/ lobulillar, infiltración linfocítica perivascular, y atrofia lobulillar.

Conclusiones

- Es importante el conocimiento de esta entidad para poder establecer el diagnóstico diferencial con el cáncer de mama en pacientes diabéticas.

- El diagnóstico de la mastopatía diabética es complejo, requiriéndose una buena correlación clínica, radiológica y anatomopatológica con biopsia con aguja gruesa.

RES0029 Adenomioepitelioma (AME) de mama, a propósito de un caso.

Gabriel Molinero Mena[1], Natalia Scheder-Bieschin López[1], Marta Yagüe Medina[2], Sofía Fenoll Gil[2], Laura González Ibáñez[2], Nayleth Stefanía Leal Pérez[2], Patricia López Arribas[2], Elena Martínez Gómez[2], Aldina Couso González[2], Álvaro Zapico Goñi[2]

[1]*Hospital Universitario Príncipe de Asturias Ginecología/Unidad de mama*
[2]*Hospital Universitario Príncipe de Asturias*

Objetivos

Conocer el adenomioepitelioma (AME) de mama mediante la lectura de la literatura publicada sobre nuevos casos y perspectivas de diagnóstico y tratamiento.

Material y Métodos

Mujer de 66 años remitida del cribado mamográfico poblacional por BIRADS4A.

La mamografía y ecografía informan una imagen nodular multilobulada de 23 x 16 mm de diámetro de localización retroareolar / unión de cuadrantes inferiores de mama izquierda sin evidencia de adenopatías axilares sospechosas de malignidad.

Se realiza biopsia con aguja gruesa de la lesión con primera posibilidad diagnóstica de Adenomioepitelioma (AME), por lo que se programa tumorectomía de mama izquierda guiada por arpón que confirma el diagnóstico de AME con atipia de 3.3x1.2 cm sin evidencia de infiltración y márgenes libres.

El estudio inmunohistoquímico reflejó positividad a calponina, actina, e-cadherina y Ck5-6 de forma parchada; y negatividad para receptores de estrógenos, progesterona y HER2, con un Ki-67 del 25% y un índice mitótico de 3-10/10 HPF.

Dado que se descarta enfemerdad a distancia tras estudio de extensión (TC y RM), se descartar tratamiento adyuvante y se indica seguimiento semestral en consulta de la Unidad de Mama.

Resultados

El ame es un tumor epitelial-mioepitelial poco frecuente que puede afectar a la piel, las glándulas salivales y la mama.

Su incidencia es desconocida deibido a su rareza y escasez de literatura. Se comporta como una lesión benigna, aunque puede malignizar alguno de sus componentes (invasión, atipia citológica y alto grado de mitosis). Suele aparecer en mujeres mayores de 60 años como un nódulo palpable irregular

de 3 cm en región central o cuadrantes externos de la mama.

La vía de diseminación típica es la hematógena, siendo rara la afectación ganglionar. La exéresis quirúrgica con márgenes libres es el tratamiento de elección. la afectación de márgenes es el mejor predictor de riesgo de recurrencia.

Existe controversia en cuanto a la estadificación axilar, estando indicada si evidencia de afectación clínica axilar o transformación maligna.

Conclusiones

El AME de la mama es una rara entidad en la que se puede producir la transformación maligna. Dada la dificultad en distinguir por biopsia un AME benigno de maligno, se recomienda la extirpación quirúrgica completa de la lesión para alcanzar un diagnóstico correcto y adecuar el tratamiento.

RES0046 Complicaciones locales y a distancia tras infiltración de biopolímeros en la mama: a propósito de dos casos.

Sergio González Estrada[1], Altea Arango Bravo[1], Beatriz Pérez-Corrales García[2], Sandra Antuña Villa[2], Carlos Mateos Palacios[2], Carlota Serrano Portilla[2], Christian Nuño Iglesias[2], Mªcarmen Peláez Buján[2], Mªdesirée Díaz González[1], Jose Carlos Fernández Fernández[2]

[1]*Hospital Universitario de Cabueñes Cirugía General*

[2]

Objetivos

La infiltración de biopolímeros líquidos (p.ej. sillicona) con fines estéticos, habitual en décadas pasadas fuera del control médico, puede ocasionar complicaciones clínicas locales y a distancia, pudiéndose manifestar años después del procedimiento.

Estas complicaciones, a menudo infradiagnosticadas, representan un desafío para el diagnóstico y manejo. Presentamos dos casos que ilustran esta situación.

Material y Métodos

- Caso 1: Migración a distancia
Mujer de 38 años, originaria de Guinea Ecuatorial, consultó por una masa dolorosa en el flanco izquierdo de 18 meses de evolución. La tomografía computarizada descartó hernia, pero sugirió lesión sólida. La biopsia con aguja gruesa reveló vacuolas compatibles con material exógeno. La resonancia magnética confirmó biopolímero en la pared abdominal. En anamnesis dirigida, la paciente refirió inyecciones mamarias de silicona líquida hace más de 10 años, confirmándose la migración tardía del material a un sitio distante. Se realizó resección quirúrgica de la masa con necesidad de injerto cutáneo con buena evolución clínica.

- Caso 2: Complicaciones locales
Mujer de 50 años, asmática y con migraña, fue derivada desde dermatología por lesiones crónicas en ambas mamas. Hace 30 años se sometió a infiltraciones de una sustancia desconocida con fines estéticos. Posteriormente presentó endurecimiento mamario sin aumento volumétrico, seguido de deterioro cutáneo periareolar bilateral con trayectos fistulosos, supuración intermitente y cambios tróficos. La resonancia magnética mostró infiltración difusa de biopolímero sin realces sospechosos. La biopsia descartó malignidad e identificó material compatible con polímero exógeno. Inicialmente rechazó mastectomía bilateral, pero finalmente aceptó intervención quirúrgica con mastectomía y reconstrucción con colgajo dorsal bilateral.

Resultados

Ambos casos evidencian las complicaciones severas que puede generar los biopolímeros líquidos, desde migraciones asintomáticas que simulan masas sólidas hasta lesiones cutáneas crónicas localizadas. Las pacientes muchas veces no mencionan la infiltración de estas sustancias, ya sea por desconocimiento, como en el caso 2, o por reticencia a revelar este antecedente, como en el caso 1, lo que dificulta la evaluación y puede conducir a intervenciones innecesarias o retrasos en el diagnóstico, de ahí la importancia de la anamnesis dirigida y exhaustiva ante esta sospecha. También las técnicas de imagen avanzadas (TC, RMN) y el análisis histológico son imprescindibles para un diagnóstico certero.

Conclusiones

Los biopolímeros líquidos inyectados pueden ocasionar complicaciones locales y a distancia, incluso décadas después de su aplicación. La consideración de este antecedente es crucial en el diagnóstico diferencial de masas o lesiones mamarias atípicas. Un enfoque multidisciplinar es esencial para optimizar el diagnóstico y tratamiento, minimizando la morbimortalidad asociada.

RES0087 Galactocele gigante en el puerperio a propósito de un caso

Olga Aguilo Sagrista[1], Itziar Mateu Hidalgo[1], Misericòrdia Jordà Sole[1], Nuria Sanchis Marin[2]

[1]Salut Sant Joan Reus - Baix Camp
Obstetrícia Y Ginecología
[2]

Objetivos

Revisar el diagnóstico y manejo del galactocele a propósito de un caso de galactocele gigante diagnosticado en el puerperio inmediato

Material y Métodos

Paciente de 37 años primípara, sin antecedentes de interés, en puerperio inmediato de parto eutócico presenta asimetría mamaria con aumento de volumen

de mama derecha a expensas de zona endurecida en cuadrante superoexterno acompañado de edema y eritema (mama contralateral ingurgitada sin nódulos ni signos de infección). Se cursa cultivo de leche (negativo) y se inicia antibioterapia con cefadroxilo. A los 10 días presenta disminución del edema y eritema y se palpa masa elástica de 10cm que ocupa los cuadrantes externos de mama derecha. Se completa el estudio con punch cutáneo (dermatitis crónica) y ecografía que informa de múltiples áreas líquidas por lo que se realiza punción y obtención de líquido compatible con leche que se cultiva (negativo). A los 30 días, por persistencia de la clínica se realiza resonancia magnética que informa de imágenes quisticas bilaterales con tabiques internos (la mayor proyectada en el CSE de MD de 12 x 8 cm) compatible con galactocele gigante. Se realiza punción y aspiración de 200 cc de leche con disminución del tamaño y mejoría clíncia y posteriormente manejo expectante con controles periódicos hasta finalizar lactancia materna. A los 18 meses, ya finalizada lactancia materna, se realiza control clínico y ecográfico con persistencia de galactocele de 4cm y se consensúa con la paciente mantener una actitud expectante por deseo genésico incompleto.

Resultados

El galactocele es una entidad infrecuente que suele aparecer durante la lactancia o el destete. Se trata de un quiste benigno de leche debido a la obstrucción de un conducto galactóforo. Se presenta como una masa blanda, elástica sin signos de inflamación y se diagnostica mediante exploración física, técnicas de imagen (ecografía, mamografía y/ o resonancia magnética), aspiración del líquido y estudio del mismo. El tratamiento, que es individualizado y no contraindica la lactancia materna, incluye un manejo conservador, aspiración ecoguiada del líquido, antibiótico en caso de sobreinfección y cirugía en casos recurrentes, de gran tamaño o persistentes tras el destete.

Conclusiones

El galactocele es un diagnóstico a tener en cuenta ante la aparición de un nódulo de mama durante el período de lactancia o destete. Requiere una exploración física así como pruebas de imagen para su adecuado diagnóstico. Su tratamiento, conservador o quirúrgico, no contraindica la lactancia materna.

RES0145 Miofibroblastoma mamario en el varón: A propósito de un caso

Ana Belén Hernández Ferriz[1], Lorena Giner Bernal[1], Carlos Guillermo Rodríguez Pérez[1], Carlos Navarro Noguera[1], Marta Vicente López[2], Belén Hernández Roca[3], Jordi Seguí Orejuela[1], Assumpta Hernández I Santiago[3], Rebeca Gómez Navarro[1], José Manuel Ramia Ángel[4]

[1] Hospital General Universitario de Elda Cirugía General y del Aparato Digestivo
[2] Hospital Marina Baixa
[3] Hospital General Universitario de Elda
[4] Hospital General Universitario Dr Balmis

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo

Objetivos

El miofibrolastoma mamario es una lesión mesenquimal benigna infrecuente, habiendo unos 90 casos comunicados hasta la fecha. Es más frecuente en el sexo masculino, así como en mujeres en edad postmenopáusica.

Presentamos el caso de un varón de 86 años con autodetección de un nódulo mamario.

Material y Métodos

Varón de 86 años remitido desde Atención Primaria por autodetección de un nódulo en la mama derecha de 3 meses de evolución, no doloroso al tacto y que ha crecido de forma progresiva. Niega telorrea o telorragia, así como otra clínica de interés. A la exploración presenta tumoración retroareolar de 4cm, no dolorosa al tacto, no adherida a planos profundos. Se solicita mamografía donde se describe la presencia de masa densa polilobulada retroareolar de 49mm localizada en mama derecha, sin otros hallazgos. Se realiza BAG de la lesión, siendo el estudio anatomopatológico compatible con lesión mesenquimal de bajo grado histológico. Dados los hallazgos, se decide intervención quirúrgica programada, realizándose exéresis de la lesión mediante incisión periareolar, sin incidencias durante el procedimiento. El estudio anatomopatológico postquirúrgico fue compatible con miofibroblastoma mamario de 4x3cm. El paciente evolucionó de forma favorable durante el postoperatorio, con controles en consultas sin presentar recidiva tumoral en el momento actual a los 6 meses de la intervención.

Resultados

El miofibroblastoma mamario es una lesión benigna poco frecuente, cuyo tratamiento es quirúrgico realizando su escisión completa, no habiendo casos comunicados de recidiva tumoral tras la intervención.

Histológicamente, el tumor muestra fascículos de células fusiformes con colágeno hialinizado y, en ocasiones, componente adiposo. Existen variantes morfológicas, incluyendo formas celulares, lipomatosas, epitelioides, mixoides y palisadas, lo que puede dificultar el diagnóstico diferencial con lesiones malignas o con otros tumores mesenquimatosos de la mama; es por ello por lo que se recomienda la exéresis de la lesión para estudio completo anatomopatológico de la pieza quirúrgica. El pronóstico es excelente y no se requieren tratamientos adyuvantes ni seguimiento oncológico prolongado.

Conclusiones

El miofibroblastoma mamario es una lesión poco frecuente de la mama, siendo el tratamiento de elección la escisión local completa de la lesión, con bajo riesgo de recidiva tumoral y no precisando de tratamientos adyuvantes para su manejo.

RES0177 ¿Siempre benigno?: Fibroadenomas con características atípicas en imagen y correlación radiológica - patológica

Marina Siesto Marcos[1], María Castillo Isiegas[1], Maria Ester López Rodríguez[2], Guadalupe Ugena Diaz[2], Irene Cedrún Sitges[2], Lara Nuñez Moreno[2], Óscar Felipe Gutiérrez Arteaga[2], Pablo Pagliarani Gil[2], David Amo Calzas[2], Ángel Sánchez Heran[2]

[1]Hospital Universitario de Getafe Radiodiagnóstico
[2]

Objetivos

El objetivo principal de este estudio es analizar y describir los hallazgos radiológicos típicos del fibroadenoma mamario, así como identificar aquellas características atípicas que pueden hacer sospechar una naturaleza distinta o malignidad, justificando la indicación de biopsia con aguja gruesa (BAG) o exéresis quirúrgica.

Material y Métodos

Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo que incluyó a 43 pacientes atendidas en nuestro centro entre los años 2021 y 2025, quienes presentaron lesiones mamarias inicialmente sugestivas de fibroadenoma, pero con hallazgos ecográficos atípicos. Todas las pacientes fueron sometidas a BAG guiada por ecografía, con un diagnóstico inicial de fibroadenoma complejo, lo cual motivó la indicación de extirpación quirúrgica.

Se recopilaron datos clínicos, hallazgos ecográficos y diagnóstico histopatológico definitivo, entre otros parámetros. las muestras fueron evaluadas por patólogos especializados en patología mamaria.

Resultados

De las 43 pacientes, el 74 % (n=32) presentaron lesiones clasificadas como fibroadenomas atípicos tras la exéresis quirúrgica y análisis histopatológico, mientras que el 26 % restante (n=11) correspondieron a tumores filodes (9 benignos y 2 borderline). El tamaño medio de las lesiones fue de 3.2 cm (rango: 1.5 - 6.0 cm).

Las características ecográficas atípicas que motivaron con mayor frecuencia la realización de bag fueron la presencia de contornos parcialmente circunscritos o lobulados, crecimiento acelerado y ecogenicidad heterogénea.

Conclusiones

Las lesiones mamarias con apariencia ecográfica de fibroadenoma pero con características atípicas requieren una evaluación detallada y, en muchos casos, una confirmación histológica mediante BAG o excisión quirúrgica. El presente estudio demuestra que una proporción no desdeñable de estas lesiones pueden corresponder a tumores filodes, lo que subraya la importancia

de reconocer los hallazgos radiológicos sospechosos que orienten hacia un diagnóstico diferencial preciso y así establecer un manejo adecuado.

RES0183 Calcinosis Cutis en mama. A propósito de un caso

Sebastian Kohan Cates[1], Manuel Jesús Montero[2]

[1]Hospital Universitario Sant Joan De Reus Diagnostico Por Imagenes
[2] Hospital Sant Joan De Reus Diagnostico Por Imagenes

Objetivos

- La calcinosis es una manifestación cutánea reconocida pero poco común.
- Se presenta como calcificaciones cutáneas difusas, subcutáneas y en ocasiones muscular. En raras ocasiones, cuando afecta la mama, la mamografía puede mostrar calcificaciones subcutáneas extensas y distróficas.
- Presentamos el caso de una paciente con diagnóstico de Dermatomiositis (DM) que presenta Calcinosis Cutis en mama.

Material y Métodos

Mujer de 52 años que se realiza Mamografía de cribado.Antecedente de Dermatomiositis diagnosticada hace un año.Se describen los hallazgos en TAC, mamografía y ecografía.

Se compara con mamografía previa, basal, realizada a los 50 años.

Resultados

Paciente que presentó en 2023 debilidad muscular proximal progresiva que se distribuyó simétricamente, asociado con disfagia y fatiga

Se diagnóstico DM Amiopática MDA5+.

En tratamiento desde entonces, presenta 1 año después placas subcutáneas de carácter nódulo tumoral.

Se le realiza TAC en donde se visualizan focos dispersos de calcificaciones en forma de masa en mamas, tejido subcutáneo, tejido de la pared torácica y axilas y abdomen superior.

Se le realizó una biopsia de piel con resultado de calcificaciones distróficas en dermis profunda. El tejido adiposo de hipodermis mostro cambios inflamatorios adyacentes leves. No se identifica afectación vascular. Diagnóstico Final de Calcinosis Cutis.

La mamografía basal del año 2022 fue negativa para neoplasia maligna, no se observaban calcificaciones y no se evidenciaban otras alteraciones significativas BI RADS 1.

En 2024, se realiza su mamografía de cribado, acorde a su edad. la mamografía reveló calcificaciones de morfología distrófica y de

distribución difusa y bilateral, compatibles con calcinosis asociada a su enfermedad de base (DM) BI-RADS 2

Se complementa el examen con ecografía mamaria observandose múltiples focos hipoecoicos, mal delimitados, diseminados, en ambas mamas, sin otros hallazgos clinicamente significativos.

Conclusiones

La DM es una enfermedad heterogénea del tejido conectivo caracterizada por un proceso inflamatorio que afecta a la piel, los músculos esqueléticos y diversos tejidos conectivos.

Las calcificaciones de tejidos blandos denominadas "calcinosis" son comunes en aproximadamente el 10-40% de los pacientes con DM juvenil, pero son inusuales en pacientes con DM de inicio en la edad adulta. Las calcificaciones distróficas difusas de la grasa subcutánea que se vuelven progresivamente más gruesas con el tiempo pueden observarse tambien en otras enfermedades vasculares del colágeno como la Esclerodermia y el Lupus Eritematoso Sistémico.

Este hallazgo puede aparecer dentro de los 4 meses y hasta 12 años desde el inicio de la enfermedad.

En resumen, dado el riesgo asociado entre la DM y la neoplasia maligna, los radiólogos deben ser conscientes de este hallazgo radiológico benigno.

RES0196 Sarcoidosis mamaria, a propósito de un caso.

Natalia Carolina Rincón Manzano, Cynthia García Enériz, Natividad Peña Rodriguez, Patricia Viloria Alonso, Alin Stroe, Gonzalo Fernández Matía, Natalia García González, Marta Román Navarro, Lourdes Zenaida Escober Ochoa, Mario Borrego Palomares

Hospital Universitario de Burgos
Radiodiagnóstico

Objetivos

1. Revisar las principales características radiológicas de las sarcoidosis mamaria.
2. Conocer su epidemiología, etiología, diagnóstico y tratamiento.

Material y Métodos

Realizar una revisión de la sarcoidosis mamaria tras la búsqueda bibliográfica y mediante la exposición de un caso clínico de esta entidad visto en nuestro hospital.

Resultados

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa sistémica de etiologia desconocida. Puede afectar cualquier órgano o sistema y su principal localización es a nivel torácico. La afectación mamaria es rara, se presenta en menos del 1% de los casos, y plantea un diagnóstico diferencial con

neoplasia maligna. Suele afectar a mujeres en la 3ª-4ª década de la vida y se presenta como una masa palpable, de consistencia dura que hace sospechar inicialmente de cáncer. Su diagnóstico se basa en hallazgos clínicos y radiológicos mediante el uso de mamografía, ecografía y resonancia magnética y confimando la presencia histológica de granulomas no caseificantes en las biopsias.

Conclusiones

La Sarcoidosis Mamaria Es Una Entidad Muy Rara, Presenta Características Radiológicas Variadas E Inespecíficas Que Pueden Imitar Patología Maligna. El Estudio Histológico Es Fundamental Para Su Diagnóstico Definitivo.

RES0197 Más allá del trauma: hematoma mamario de origen no traumático

María Tellols Dos[1], Manolo Montes Avila[1], Carmen Roque Sola[2], Julián Huertas Aracil[2], Lucía Campos Muñoz[2], Marina Marín Espín[2]

[1]Hospital General Universitario Elche Radiodiagnóstico

[2]

Objetivos

Revisar, a propósito de un caso, las características radiológicas del hematoma mamario espontáneo.

Material y Métodos

Mujer de 70 años que acude a la consulta por notarse una mama más endurecida que la contralateral. No presenta dolor. Acude a urgencias hace unos días por este mismo motivo y se le pautan antibióticos, sin mejoría clínica. No recuerda antecedente traumático.

Como antecedentes personales destacan fibrilación auricular permanente en tratamiento con eliquis y neoplasia de mama derecha triple negativo tratada en 2015 y dada de alta en 2022.

En la exploración física destaca una asimetría mamaria con secuelas tras intervención quirúrgica y radioterapia. Cicatriz en cuadrante inferoexterno periférico retraída. Tumoración de unos 6-7 cm en cuadrantes superiores y retroareolar levemente eritematosa, sin piel de naranja. Tinte amarillento en cuadrantes inferiores que orientan hacia el posible diagnóstico de hematoma.

Se realizan exploraciones radiológicas complementarias (mamografía, ecografía y resonancia magnética mamaria bilateral) que confirman diagnóstico de hematoma mamario espontáneo.

Resultados

El hematoma mamario no traumático es una entidad infrecuente, con escasa prevalencia reportada, que puede simular procesos malignos tanto clínica como radiológicamente.

Se presenta como una lesión palpable, dolorosa, a menudo asociada a equimosis cutánea, sin antecedente de traumatismo, cirugía ni procedimientos intervencionistas recientes.

En mamografía, puede visualizarse como una opacidad densa, mal definida o con márgenes parcialmente espiculados, lo que puede elevar la sospecha de malignidad. En ecografía, se caracteriza por una colección heterogénea, con contenido líquido-ecogénico, márgenes irregulares y ocasionalmente se aprecia la presencia de niveles líquido-líquido o tabiques internos. La resonancia magnética puede mostrar una lesión de intensidad variable en T1 y T2, con anillo periférico en fases precoces y progresiva reabsorción del contenido hemático en estudios seriados.

Dada su potencial mimetismo con neoplasias, es fundamental una correlación clínico-radiológica exhaustiva, considerar la evolución temporal de la imagen y, en casos dudosos, realizar biopsia percutánea para descartar patología subyacente. El conocimiento de su curso benigno autolimitado permite un abordaje conservador en la mayoría de los casos.

Conclusiones

Se presenta el caso de una paciente con hematoma mamario espontáneo sin antecedente traumático. La integración de los hallazgos radiológicos. los antecdentes personales de la pacientes, la estabilidad evolutiva y la ausencia de signos asociados de malignidad permitieron establecer el diagnóstico definitivo, evitando procedimientos invasivos innecesarios y guiando hacia un seguimiento conservador.

RES0201 Amiloidosis mamaria: presentación de un caso clínico poco frecuente

Jorge Loro Pérez, Magel Fernández Alfonso, Ana Tejera Hernández, Ángel Sánchez Álvarez, Edward Joseph Anderson, Isabel Gutiérrez Giner, Carlos Manuel García Martin
Chuimi Cgd/unidad Mama

Objetivos

Describir un caso clínico de amiloidosis mamaria, una entidad excepcionalmente rara, con el objetivo de contribuir al conocimiento sobre su diagnóstico, manejo y su posible asociación con formas sistémicas de la enfermedad.

Material y Métodos

Se presenta el caso de una paciente mujer de 58 años. Como antecedentes no presenta alergias medicamentosas conocidas, fumadora, dermatitis atópica, hipertensión arterial, hipotiroidismo, necrosis grasa MD 2018, mastitis izquierda previa tratada en AP. Quirúrgicos: Prótesis hombro derecho por capsulitis y lesión manguito rotadores (2024), hernia inguinal derecha 2008. La paciente es remitida desde el programa de diagnóstico precoz por microcalcificaciones agrupadas en

20mm sobre un área de aumento de densidad en región profunda de CSE-UCE de la mama izquierda de nueva aparición. La paciente no refiere otra sintomatología. En el servicio de Radiología se evidencian dichos hallazgos en mamografía pero no se visualizan en Ecografía por lo que precisa biopsia por estereotaxia. Le realizan BAV por estereotaxia y le colocan marcador. El estudio histológico reveló agregados de colágeno con positividad para Rojo congo, amiloide P y Transtirretina, así como restricción de cadenas Kappa. Se observan calcificaciones distróficas en relación a vasos. Hallazgos sugestivos de amiloidosis mamaria. Ante estos hallazgos se valora en Comité de Mama y se decide completar biopsia quirúrgica guiada por semilla scout. Se interviene el día 17/06, pendiente de resultados. Valorada por el servicio de Medicina Interna en estudio para descartar amiloidosis sistémica.

Resultados

La biopsia mamaria confirmó el diagnóstico de amiloidosis mamaria, sin evidencia hasta el momento de afectación sistémica. No se ha identificado una neoplasia subyacente. La paciente está a la espera de cirugía para extirpación completa de la lesión y de los resultados de la valoración por Medicina Interna, que permitirá descartar o confirmar la presencia de amiloidosis sistémica, lo cual tendría importantes implicaciones pronósticas y terapéuticas.

Conclusiones

La amiloidosis en la mama representa una condición poco habitual que puede presentar características clínicas y radiológicas similares a las de un tumor maligno. Para establecer el diagnóstico, es fundamental mantener un alto nivel de sospecha clínica y confirmar mediante estudio histológico. Debido a su posible asociación con formas sistémicas, se recomienda realizar una evaluación completa del paciente. Este caso subraya la relevancia de un abordaje multidisciplinario y la importancia de tener en cuenta diagnósticos raros cuando se enfrentan hallazgos inusuales en enfermedades mamarias.

RES0205 Mastitis granulomatosa: hallazgos radiológicos y abordaje diagnóstico, a propósito de una serie de casos

Cynthia García Enériz[1], Natalia Carolina Rincón Manzano[1], Natividad Peña Rodríguez[2], Patricia Viloria Alonso[2], Alin Stroe[2], Gonzalo Fernández Matía[2], Marta Román Navarro[2], Natalia García González[2], Lourdes Zenaida Escober Ochoa[2], Carmen Castillo González[2]

[1] Hospital Universitario de Burgos Servicio de Radiodiagnóstico
[2]

Objetivos

Describir los hallazgos radiológicos de la mastitis granulomatosa y conocer su proceso diagnóstico.

Material y Métodos

Se ha realizado una revisión bibliográfica de esta entidad a propósito de una serie de cuatro casos clínicos diagnosticados en nuestro hospital que ilustran nuestro trabajo y a partir de los cuales se explican los principales hallazgos radiológicos encontrados.

Resultados

La mastitis granulomatosa es una entidad inflamatoria crónica muy poco frecuente que se caracteriza por una respuesta granulomatosa localizada en el tejido mamario. Puede presentarse de forma idiopática o ser secundaria a un proceso infeccioso o autoinmune. Las formas de presentación más frecuentes son masa palpable dolorosa, mastalgia y alteraciones inflamatorias cutáneas. Los hallazgos radiológicos son variables, inespecíficos, y superponibles a otras patologías inflamatorias malignas, como el carcinoma inflamatorio. En mamografía puede pasar desapercibida, verse en forma de asimetría, distorsión o densidad focal mientras que mediante ecografía suele mostrarse en forma de lesiones hipoecoicas mal definidas con extensiones tubulares o colecciones confluentes. El diagnóstico definitivo debe realizarse mediante biopsia con estudio histológico que demuestre la presencia de inflamación granulomatosa.

Conclusiones

La mastitis granulomatosa es una patología inflamatoria benigna de difícil diagnóstico, con hallazgos radiológicos inespecíficos y superponibles a otras patologías, por lo que resulta de especial importancia para el radiólogo el conocimiento de sus formas de presentación por imagen más frecuentes, con el objetivo de contribuir a una orientación diagnóstica más acertada y con ello a un manejo terapéutico adecuado.

RES0209 Hiperplasia estromal pseudoangiomatosa de la mama: revisión a propósito de una serie de casos

Cynthia García Enériz[1], Natalia Carolina Rincón Manzano[1], Patricia Viloria Alonso[2], Natividad Peña Rodríguez[2], Alin Stroe[2], Gonzalo Fernández Matía[2], Natalia García González[2], Marta Román Navarro[2], Lourdes Zenaida Escober Ochoa[2], Marta Ballesteros Ruiz[2]

[1]Hospital Universitario de Burgos Servicio de Radiodiagnóstico
[2]

Objetivos

Conocer las características clínicas y principales hallazgos radiológicos de la hiperplasia estromal pseudoangiomatosa de la mama y revisar su proceso diagnóstico.

Material y Métodos

Se ha realizado una revisión de esta entidad en la bibliografía a propósito de una serie de cinco casos clínicos diagnosticados en nuestro hospital que ejemplifican nuestro trabajo y a

partir de los cuales se explican los principales hallazgos radiológicos encontrados.

Resultados

La hiperplasia estromal pseudoangiomatosa de la mama es una entidad benigna de etiología desconocida y de difícil diagnóstico ya que puede simular, tanto clínicamente (rápido crecimiento) como radiológicamente, lesiones malignas como el angiosarcoma y el tumor phyllodes. Aunque no hay hallazgos radiológicos específicos que nos permitan realizar un diagnóstico de certeza, en la mamografía suele mostrarse como una lesión nodular circunscrita o distorsión arquitectural y en el estudio ecográfico como una lesión nodular sólida de bordes polilobulados bien definidos, heterogénea y principalmente hipoecogénica, con sombra acústica posterior. En ocasiones, el estudio histológico de la biopsia puede ser compatible con fibroadenoma en un primer momento, descubriéndose el diagnóstico definitivo a partir de la pieza quirúrgica.

Conclusiones

La hiperplasia estromal pseudoangiomatosa de la mama es una lesión proliferativa benigna poco frecuente que por los hallazgos en imagen puede simular patología maligna. Resulta un reto diagnóstico para el radiólogo, siendo en muchas ocasiones el estudio histológico de la pieza quirúrgica el que nos da el diagnóstico definitivo certero. No obstante, es de importancia para el radiólogo conocer las formas de presentación más frecuentes para realizar un correcto diagnóstico de sospecha inicial.

RES0211 Fascitis nodular mamaria: ¿benigna o maligna? Un caso clínico que simula cáncer

Zandra Mileny Soto Pino[1], Laura García Calvo[1], Marta Sanz Cid[2], Susana Cortes Pérez[2], Fernando Duran Botia[3], Manuel García Urbón[4], Marta Domínguez Sainz de Baranda[5]

[1]Hospital recoletas campo grande Unidad de mama
[2]
[3]Anatomía Patológica
[4]Radiodiagnóstico
[5]Unidad de mama

Objetivos

Describir un caso de fascitis nodular de localización mamaria que simuló clínica y radiológicamente un carcinoma, con el fin de destacar la importancia del diagnóstico diferencial ante lesiones sospechosas

Material y Métodos

Mujer de 42 años que consulta por autopalpación de nódulo en el cuadrante inferointerno (cii) de la mama izquierda, de consistencia dura y asociado a retracción cutánea.

Exploración física: nódulo duro, no doloroso, con retracción de la piel en cii.

Ecografía mamaria: lesión lobulada, ecomixta, con halo ecogénico, de 8 mm; sospechosa. birads 4

Mamografía: Densidad asimétrica irregular con engrosamiento y retracción cutánea. Clasificación BI-RADS 4C.

Resonancia Magnética Mamaria: Captación Nodular Irregular, Heterogénea, Mal Delimitada, De 13 Mm. Clasificación Bi-rads 5

Biopsia con aguja gruesa (BAG): Proliferación fusocelular sin claros rasgos de malignidad histológica. tras un amplio panel inmunohistoquímico, se observa reactividad exclusiva para Actina. Este hallazgo, en conjunto con la morfología observada, podrían sugerir (no confirmar) una lesión de estirpe miofibroblástica de tipo fascitis nodular.

Resultados

Se realizó tumorectomía ecoguiada de la lesión en CII de mama izquierda. El análisis anatomopatológico de la pieza quirúrgica confirmó el diagnóstico de fascitis nodular.

Conclusiones

- La fascitis nodular mamaria es una entidad benigna infrecuente que puede simular un carcinoma en imagen y clínica.
- Su diagnóstico requiere confirmación histológica tras biopsia o exéresis, que puede incluir técnicas complementarias como inmunohistoquímica.
- No presenta signos radiológicos específicos; suele clasificarse como bi-rads 4 o 5.
- Es importante incluirla en el diagnóstico diferencial del cáncer de mama, especialmente en lesiones superficiales de crecimiento rápido en mujeres jóvenes.

RES0224 Lesiones B3 de mama: un riesgo de malignidad incierto que el radiólogo debe conocer.

Katherine Fernanda Daqui Peñafiel[1], Pilar Fernández Yñiguez[1], Cristina Cristos Álvaro[2], Guadalupe Hernández Núñez-polo[2]

[1]Hospital Universitario De Torrejón Radiodiagnóstico
[2]

Objetivos

Conocer los tipos de lesiones de mama con potencial maligno y describir los principales hallazgos radiológicos de las mismas.

Revisar el tratamiento y seguimiento de estas lesiones B3 de mama.

Material y Métodos

Se realizará una revisión bibliográfica sobre los tipos de lesiones de mama con potencial maligno, así como su diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Luego se contrastará esta revisión con los datos de nuestro hospital.

Resultados

Las lesiones B3 de la mama, son un grupo de lesiones con un riesgo de malignidad incierto, que actualmente son de particular interés, debido al aumento de su incidencia secundaria a la mejora en el cribado poblacional.

Las lesiones B3 presentan un riesgo de malignidad que puede variar entre un 5% y un 10% que, a pesar de ser consideradas probablemente benignos, requieren un manejo específico y un seguimiento individualizado.

El riesgo de malignidad es mayor en las lesiones b3b, que presentan atipia epitelial, en comparación con las lesiones B3a.

El diagnóstico se basa en criterios clínicos y radiológicos, aunque en la mayoría de los casos es necesaria la biopsia para establecer un diagnóstico definitivo. No existe un consenso internacional sobre el manejo de las lesiones B3, por lo que es indispensable un equipo multidisciplinar para realizar un abordaje individualizado basado en las características de cada paciente y tipo de lesión.

Conclusiones

Es importante que los radiólogos estén familiarizado con las características radiológicas típicas de las lesiones de mama con potencial maligno. El seguimiento radiológico y la biopsia pueden ser necesarios para evaluar el riesgo de malignidad y determinar el manejo más adecuado.

RES0293 Mastitis granulomatosa: una gran simuladora en patología mamaria

Diego María Pich Barroso[1], María Magdalena Nae Frangulea[1], Ana María Arnal Burró[2], Ana Moreno Reviriego[2], Eva María Martín Medrano[2], Isabel García Serna[2], Maria Jesús Macías Alonso[2], Sara Baeza Ordax[2], Ignacio González Blanco[2], Mónica Horstmann Sendagorta[3]

[1]Hospital Universitario Rio Hortega Obstetricia y Ginecología
[2]
[3]Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivos

Presentar un caso de mastitis granulomatosa en una mujer joven con episodios recurrentes de mastitis y diagnóstico inicial de esteatonecrosis, subrayando la importancia del diagnóstico diferencial con patología maligna.

Material y Métodos

Se describe un caso clínico observado en la práctica asistencial de nuestro centro. Se realizó además una revisión bibliográfica en bases de datos médicas (UpToDate, Cochrane, PubMed) y literatura impresa.

Resultados

Mujer de 38 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta por dolor y aumento de volumen en la mama derecha. Refiere cuatro episodios previos de mastitis en el último año, con respuesta parcial al tratamiento antibiótico. Las ecografías mamarias mostraron una masa indurada en el cuadrante superoexterno. Se realizaron múltiples punciones con aguja fina (PAF), con diagnóstico de esteatonecrosis. Ante la persistencia de los síntomas se efectuó biopsia con aguja gruesa, que evidenció granulomas no caseificantes y células inflamatorias, confirmando el diagnóstico de mastitis granulomatosa. La paciente fue tratada con corticoides orales, con mejoría clínica significativa y reducción del tamaño de la lesión.

Conclusiones

La mastitis granulomatosa es una entidad benigna poco frecuente que puede imitar clínicamente y radiológicamente al cáncer de mama. Este caso destaca la importancia de considerar esta patología en el diagnóstico diferencial de lesiones mamarias persistentes, especialmente en mujeres jóvenes. Un enfoque diagnóstico riguroso, que incluya imagenología adecuada y biopsia, es esencial para evitar errores diagnósticos y proporcionar un tratamiento oportuno y eficaz.

RES0295 Leiomioma en complejo areola pezón: una causa inusual de inversión areolar

Sofía Fenoll Gil, Nayleth Stefania Leal Perez, Maria del Henar Gonzalez de Diego, Helia Altea Reyes Iborra, Teodora Morales Caminiti, Natalia Scheder-Bieschin Lopez, Laura González Ibáñez, Patricia Lopez Arribas, Maria Elena Martinez Gomez, Aldina Couso Gonzalez

Objetivos

El leiomioma del pezón es una neoplasia benigna extremadamente rara originada en el músculo liso del complejo areola-pezón (CAP). En la literatura se han descrito menos de 100 casos. Suele manifestarse como una masa única, unilateral, de crecimiento lento y generalmente asintomática, afectando a adultos de ambos sexos. Su diagnóstico puede ser complicado, ya que clínicamente puede simular otras lesiones como adenomas, papilomas intraductales o enfermedad de Paget.

Por lo tanto, su confirmación diagnóstica requiere biopsia e inmunohistoquímica. Aunque en general se trata de una entidad benigna, en algunos casos, se han descrito asociaciones discretas con cáncer de mama, siendo necesaria una escisión quirúrgica completa, la cual se considera curativa. Por el alto riesgo de recidivas, la cirugía precisa de bordes libres. Generalmente es de aparición esporádica, si bien en contexto de lesiones

múltiples o historia familiar, se debe descartar la mutación en el gen fumarato hidratasa que se asocia al síndrome de Reed. Su herencia es autosómico dominante y consiste en leiomiomas múltiples y más riesgo de cáncer papilar renal.

Material y Métodos

Se ha revisado un caso de una paciente que fue derivada de un centro extraclínico. Se ha recogido consentimiento firmado de la paciente para la publicación del caso y documentos gráficos.

Resultados

Paciente de 57 años, con seguimiento según plan de la mujer integral normal, sin antecedentes familiares ni personales reseñables, acude a consulta de unidad de la mama derivada de centro extraclínico tras tumorectomía de nódulo en CAP derecho con diagnóstico anatomopatológico de leiomioma. La única sintomatología que había presentado la paciente era molestia local. A la exploración se palpaba zona indurada de 1cm en CAP derecha a las 7 horas, con inversión de pezón. El resto de exploración ginecológica sin hallazgos. Los cristales fueron revisados por el servicio de anatomía patológica de nuestro centro, confirmando el diagnóstico histológico. Asimismo, fue derivada a consulta de Genética. Se realiza tumorectomía con extirpación de pezón derecho en cono, con fruncido central extirpando pezón y manteniendo areola, confirmando bordes libres en diferido. El resultado postoperatorio fue favorable. No preciso de tatuaje posterior al haber conservado areola.

Conclusiones

El leiomioma del pezón es un tumor benigno infrecuente pero relevante en el diagnóstico diferencial de lesiones persistentes del complejo areola-pezón. En nuestro caso, un diagnóstico precoz y tratamiento quirúrgico exitoso lograron la resolución completa de la lesión, con un adecuado resultado estético y una excelente evolución postoperatoria.

RES0320 Mastitis granulomatosa eosinofílica. A propósito de un caso.

Ainara Martínez Pérez[1], Alba Arjona Garcia[2], Laura Martínez de Bujo Garanzábal[1], Isabel Pérez Fernandez[1], Jone Gondra Zarain[1], Marta Rivera Gonzalez[1], Amaia Hernando Simón[1], Uxune Cantalejo Barrutieta[1]

[1]

[2]Hospital Universitario de Álava txagorritxu unidad patología mamaria

Objetivos

Caso clínico de mastitis granulomatosa eosinofílica de la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Universitario Álava (HUA), enero de 2025.

Material y Métodos

La mastitis granulomatosa eosinofílica es una entidad de muy baja prevalencia, subclasificada dentro de las enfermedades benignas inflamatorias de la mama.

Su importancia diagnóstica reside en el hecho de que puede presentarse clínica y radiológicamente como una neoplasia maligna de mama.

El diagnóstico de certeza se obtendrá con una biopsia de la lesión y los hallazgos histopatológicos típicos. Se recomienda también un estudio microbiológico, pues se ha demostrado su relación con la colonización por determinadas especies de cornyebacterium.

Con frecuencia se trata de una afección inflamatoria autolimitada que se resuelve lentamente; si bien el tratamiento puede estar justificado para el control de la infección o los síntomas. La escisión quirúrgica de las lesiones causadas por la mastitis granulomatosa conllevan una cicatrización lenta de la herida por lo que no se recomienda.

Resultados

Mujer de 36 años, de origen asiático. derivada a la unidad de patología mamaria por absceso mamario unilateral, refractario a tratamiento antibiótico y drenaje quirúrgico en dos ocasiones.

Se realiza mamografía que informa de lesión sospechosa en mama izquierda de categoría diagnóstica BIRADS 4C.

- BAG ecoguiada: Cambios histológicos compatibles con mastitis granulomatosa neutrofílica.

- Cultivo Microbiológico: Colonización por cornyebacterium kroppenstedtii, sensible a clindamicina.

Se Recomendó Pauta antibiótica con clindamicina. la paciente refirió mejoría espontánea. control clínico posterior normal, persistencia de alteraciones cutáneas e induración subyacente.

Conclusiones

- La mastitis granulomatosa eosinofílica es una entidad de baja prevalencia pero buen pronóstico.
- Su diagnóstico de certeza se basa en la realización de una BAG ecoguiada y un estudio microbiológico para establecer su relación con la colonización por Cornyebacterium.
- Generalmente no precisa tratamiento y resuelve de forma autolimitada.
- En caso de colonización puede ser efectivo el tratamiento con pautas de Clindamicina o Linezolid según antibiograma.
- La escisión quirúrgica de las lesiones causadas por la mastitis granulomatosa conllevan una cicatrización lenta de la herida por lo que no se recomienda.

RES0329 Lesiones mamarias aparentemente malignas, ¿son realmente malignas?

Pilar Fernández Yñiguez[1], Katherine Fernanda Daqui Peñafiel[1], Guadalupe Hernández Nuñez-Polo[2], Cristina Cristos Álvaro[2], Lázaro García Sáez[1], Kristina Yakovleva Lupu[1]

[1]Hospital Universitario Torrejón de Ardoz Residente radiodiagnóstico
[2]Hospital Universitario Torrejón de Ardoz Radiodiagnóstico

Objetivos

- Describir signos radiológicos que nos orientan hacia una lesión benigna vs maligna.
- Describir las lesiones benignas más frecuentes que pueden simular lesiones malignas.
- Analizar cuándo será necesario hacer una PAAF o BAV de dichas lesiones para asegurar un adecuado diagnóstico precoz.

Material y Métodos

Realizamos una revisión sistemática de la literatura sobre los distintos hallazgos en ecografía, mamografía y resonancia magnética que nos guían más frecuentemente hacia lesiones malignas.

Analizamos también imágenes de algunos de los casos en los últimos dos años (2024-2025) en nuestro hospital sobre lesiones que parecían malignas pero que finalmente en los resultados anatomopatológicos resultaron ser benignas.

Resultados

La mayoría de las lesiones mamarias suelen ser benignas, aunque actualmente ha aumentado la incidencia de cáncer de mama tanto en España como a nivel mundial.

Asimismo, hay lesiones benignas que por sus características radiológicas simulan ser un carcinoma de mama, por lo que es importante conocer cuáles son dichas lesiones y sus características en las distintas pruebas de imagen de las que disponemos en el servicio de radiología mamaria para así poder realizar un adecuado diagnóstico diferencial evitando tratamientos innecesarios.

Algunas de estas lesiones benignas que pueden tener características similares a las del carcinoma pueden ser: necrosis grasa, mastopatía fibroquística, mastopatía diabética, cicatriz radial, cicatriz quirúrquica, fibroadenoma, adenosis esclerosante y absceso.

Conclusiones

Conocer los hallazgos radiológicos que pueden hacernos dudar entre lesiones mamarias benignas y malignas puede ayudarnos a la hora de realizar un adecuado diagnóstico en estas pacientes para poder así hacer un tratamiento lo más precoz posible.

RES0334 Fascitis nodular en la mama masculina: un imitador benigno de malignidad que desafía el diagnóstico

Maria Magdalena Nae Frangulea[1], Diego María Pich Barroso[1], Ana Moreno Reviriego[2], Ana María Arnal Burró[2], Eva María Martín Medrano[2], Maria Jesús Macías Alonso[2], Isabel García Serna[2], Sara Baeza Ordax[2], Ignacio González Blanco[2], Mónica Horstmann Sendagorta[3]

[1]Hospital Universitario Rio Hortega Obstetricia y Ginecología
[2]
[3]Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivos

Se describe un caso infrecuente de fascitis nodular localizada en tejido mamario masculino, con el propósito de destacar su relevancia en el diagnóstico diferencial de masas mamarias potencialmente malignas y subrayar la importancia de un abordaje clínico interdisciplinario para su adecuada caracterización y tratamiento.

Material y Métodos

Se presenta el análisis de un caso clínico detectado en la práctica asistencial habitual de nuestro centro. La evaluación fue complementada con una revisión bibliográfica exhaustiva en bases de datos electrónicas (UpToDate, Cochrane Library, PubMed) y literatura impresa especializada.

Resultados

Varón de 45 años, sin antecedentes personales patológicos de interés, consultó por la aparición progresiva de una tumoración palpable en la mama derecha de aproximadamente 2 cm de diámetro, con dos meses de evolución. El paciente negó antecedentes de traumatismo torácico, intervenciones quirúrgicas previas o sintomatología sistémica asociada.

La exploración clínica se complementó con estudios de imagen (mamografía y ecografía), que revelaron una formación hipoecoica de contornos irregulares localizada en la unión de los cuadrantes superoexternos de la glándula mamaria derecha. Se realizó citología mediante punción aspirativa con aguja fina (PAAF), observándose proliferación fibroblástica, presencia de células gigantes multinucleadas y un componente inflamatorio inespecífico, hallazgos compatibles con fascitis nodular. Ante la naturaleza incierta de la lesión, se indicó la resección quirúrgica. La pieza quirúrgica fue evaluada histológicamente, confirmándose el diagnóstico de fascitis nodular sin signos de transformación maligna.

El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, y se estableció un seguimiento clínico ambulatorio.

Conclusiones

La fascitis nodular mamaria en el varón representa una entidad benigna infrecuente

que puede simular neoplasias malignas en estudios por imagen, lo que puede inducir a errores diagnósticos si no se considera dentro del espectro diferencial. La correlación clínico-radiológica-patológica, respaldada por un enfoque multidisciplinario que integre especialistas en ginecología, radiología y anatomía patológica, resulta fundamental para evitar tratamientos innecesarios. La exéresis quirúrgica constituye el tratamiento de elección y suele ser curativa, aunque se recomienda vigilancia clínica posterior para descartar recurrencias.

RES0395 Neurofibroma mamario: un invitado inesperado en la imagen mamaria.

Mónica Pérez González[1], Francisco Luis Romero Cique[1], Dominica Dulnik Bucka[1], Raquel Martín Hernández[2], Sonia Rebeca Vallejo Rivera[3], Jaime Gutiérrez Olascoaga[4], Pablo Martínez Núñez[5]

[1]Hospital Universitario HM Puerta del Sur Radiodiagnóstico
[2]Hospital Universitario HM Puerta del Sur Anatomía Patológica
[3]Hospital Universitario de Guadalajara Radiodiagnóstico
[4]Centro de Radiología de la Mama Radiodiagnóstico
[5]Hospital Sanitas la Zarzuela Cirugía Plástica

Objetivos

Presentar un caso poco frecuente de neurofibroma mamario en una mujer adulta, describiendo sus características radiológicas, su diagnóstico diferencial y el papel clave de la imagen en la orientación diagnóstica.

Material y Métodos

Paciente de 66 años sin antecedentes oncológicos ni diagnóstico previo de neurofibromatosis, que consulta por nódulo palpable en cuadrante inferoexterno de mama izquierda. Se realizó mamografía bilateral y ecografía mamaria y el estudio fue valorado por radiólogos especializados en imagen mamaria.

Resultados

La mamografía mostró un nódulo isodenso de contornos parcialmente oscurecidos por la superposición del tejido fibroglandular, densidad intermedia y sin microcalcificaciones asociadas. En la ecografía el nódulo era hipoecoico, con márgenes lobulados y sin vascularización Doppler color en su interior y estaba localizado en el tejido celular subcutáneo. Se realizó biopsia con aguja gruesa obteniendo el diagnóstico anatomopatológico de proliferación estromal hipercelular de bajo grado, recomendándose una extirpación completa de la lesión para su correcta tipificación histológica. Dado su tamaño (9 mm), su localización y la experiencia por parte de los radiólogos con esta técnica en nuestro centro se decidió realizar BAV (Biopsia Asistida por Vacío) extirpativa ecoguiada con aguja de 7G obteniéndose 20 cilindros y comprobando ecográficamente la ausencia de la lesión tras el procedimiento. El

resultado anatomopatológico definitivo de la lesión fue de neurofibroma benigno. A la paciente se le recomendó un control ecográfico de dicha mama en 6 meses y se evitó la exéresis quirúrgica.

Conclusiones

El neurofibroma mamario es una entidad extremadamente rara, especialmente en pacientes sin neurofibromatosis tipo 1. Su diagnóstico por imagen es desafiante debido a la superposición con otras lesiones benignas y malignas de la mama. La ecografía y la RM son pruebas útiles para caracterizar la lesión y orientar el diagnóstico previo a la biopsia. El conocimiento de estos hallazgos radiológicos permite al radiólogo sospechar esta entidad y contribuir activamente a un diagnóstico adecuado y manejo quirúrgico planificado. Muchas veces estas lesiones no tienen características ecográficas especificas que orienten hacia esa sospecha y el diagnóstico es anatomopatológico como en este caso, en el cual no se realizó RM por su baja sospecha. Esta entidad pone en valor la importancia de considerar diagnósticos menos frecuentes ante hallazgos atípicos en imagen mamaria.

RES0400 Hiperplasia Estromal Pseudoangiomatosa: presentación clínica, imagen y claves para el manejo diagnóstico

Sonia Rebeca Vallejo Rivera[1], Lucía Gil Abadía[1], Lucía Bonilla López[2]

[1]Hospital Universitario De Guadalajara Radiodiagnóstico

[2]

Objetivos

- Describir las características clínicas, radiológicas e histológicas de la hiperplasia estromal pseudoangiomatosa a partir de una serie de casos.
- Analizar los criterios actuales para decidir entre manejo quirúrgico o seguimiento conservador en pacientes con diagnóstico histológico de pash.
- Revisar la literatura y aplicar recomendaciones actualizadas sobre el tratamiento individualizado de la pash en base a tamaño tumoral, sintomatología y correlación imagen-histología.

Material y Métodos

Se presenta una serie de casos evaluados entre 2022–2024 en el entorno hospitalario, con diagnóstico confirmado mediante biopsia con aguja gruesa guiada por imagen. Se revisan las características radiológicas, hallazgos histopatológicos e indicaciones quirúrgicas basadas en la literatura reciente.

Caso 1: Mujer de 24 años, masa palpable de 10 cm en mama izquierda. Evaluada con mamografía, ecografía y resonancia magnética. La lesión se presentó como masa ovalada, de bordes circunscritos, patrón de realce progresivo tipo I en RM, sin restricción

en DWI. La histopatología reveló hiperplasia estromal pseudoangiomatosa. Dada la sintomatología y el volumen, se plantea escisión quirúrgica tras valoración multidisciplinar.

Caso 2: Mujer de 43 años, hallazgo de nódulo lobulado de 15 mm en mamografía y ecografía. En la biopsia con aguja gruesa guiada por ecografía confirmó PASH. Se decide manejo conservador con seguimiento clínico-radiológico. Sin síntomas ni progresión en controles sucesivos.

Resultados

La hiperplasia estromal pseudoangiomatosa se presenta en mujeres premenopáusicas como una masa palpable o un hallazgo incidental. Las imágenes suelen mostrar masas bien delimitadas, hipoecoicas en ecografía y con captación progresiva en RM. En mamografía, pueden ser isodensas y sin calcificaciones. La histología revela un patrón estromal con espacios pseudovasculares anastomosados, sin revestimiento endotelial, y positividad para CD34, PR y vimentina.

En los casos revisados, una paciente joven con masa de 10 cm recibió valoración quirúrgica por tamaño y síntomas. La segunda, con un nódulo de 15 mm, fue incluida en protocolo de seguimiento. La decisión terapéutica se basó en el tamaño, sintomatología, crecimiento y concordancia imagen-histología. No se reportaron recurrencias ni transformación maligna.

Conclusiones

La hiperplasia estromal pseudoangiomatosa es una entidad benigna que puede simular tumores fibroepiteliales o lesiones vasculares, dificultando el diagnóstico imagenológico. La biopsia percutánea es fundamental para confirmar el diagnóstico. El tratamiento debe individualizarse: la cirugía se reserva para masas grandes, sintomáticas o en crecimiento; el seguimiento es seguro en casos de tamaño pequeño, estables y con buena correlación imagen-patología. La evaluación multidisciplinar resulta esencial para evitar intervenciones innecesarias y ofrecer un manejo ajustado a cada paciente.

RES0402 El gran imitador: tumor de células granulares simulando carcinoma de mama.

Mónica Pérez González[1], Francisco Luis Romero Cique[1], Dominica Dulnik Bucka[2], Raquel Martín Hernández[3], Sonia Rebeca Vallejo Rivera[4], Jaime Gutiérrez Olascoaga[5], Pablo Martínez Núñez[6]

[1]Hospital Universitario HM Puerta del Sur Radiodiagnóstico
[2]
[3]Anatomía Patológica
[4]Hospital Universitario de Guadalajara.
[5]Centro de Radiología de la Mama Radiología
[6]Hospital Sanitas la Zarzuela Cirugía Plástica

Objetivos

Presentar un caso de tumor de células granulares de la mama (TCG), una entidad benigna poco frecuente, pero con alto potencial para mimetizar cáncer en la imagen. Se analiza el papel esencial de la Radiología en su detección, sospecha diagnóstica y orientación clínica, destacando la importancia del juicio radiológico frente a lesiones engañosas.

Material y Métodos

Mujer de 61 años, sin antecedentes personales de interés y asintomática que acude a su revisión anual. En la mamografía de Cribado y ecografía de mama se observó un nódulo irregular altamente sospechoso de malignidad. Se realizó resonancia magnética (RM) con gadolinio y dada la alta sospecha de malignidad por imagen, se realizó BAG (Biopsia con Aguja Gruesa) ecoguiada. El caso fue discutido en comité multidisciplinar.

Resultados

La mamografía mostró una lesión espiculada, de contornos irregulares, sin microcalcificaciones asociadas. La ecografía reveló un nódulo hipoecoico irregular de 10 mm. La RM confirmó el realce precoz heterogéneo con persistencia en fases tardías, hallazgos típicos de lesión sospechosa (BI-RADS 5). Sin embargo, la histología mostró un tumor de células granulares benigno, con positividad para S100 y CD68. Se realizó tumorectomía con márgenes libres, sin necesidad de tratamiento complementario. La paciente permanece asintomática y sin recidiva a los seis meses de seguimiento.

Conclusiones

El TCG es un "gran imitador" radiológico del carcinoma mamario. Su aspecto espiculado, ecogenicidad heterogénea y realce anómalo en RM suelen activar alarmas diagnósticas. Sin embargo, detrás de esta apariencia agresiva se oculta una neoplasia benigna de comportamiento indolente. La Radiología es clave no solo para detectar, sino también para plantear un diagnóstico diferencial informado, guiar biopsias y evitar tratamientos oncológicos innecesarios. Reconocer esta entidad infrecuente y conocer sus características en las distintas modalidades de imagen permite al radiólogo adoptar una actitud crítica y reflexiva frente a hallazgos altamente sospechosos pero poco habituales. Además refuerza el valor de la correlación clínico-radio-patológica y de la discusión multidisciplinar que resulta esencial para una toma de decisiones ajustada y segura. Este caso subraya la importancia de una mirada radiológica experta en mama, no solo como herramienta diagnóstica sino como elemento central en la estrategia terapéutica y en la protección frente al sobretratamiento.

RES0408 Fibroadenoma juvenil: revisión y serie de casos en población pediátrica

Marta García Cervigón Cámara[1], Pedro Borrego Jiménez[2], Marta Escribano Pérez[3], Sara Inmaculada Sirvent Cerdá[4], Olga Suárez

Traba[2], Elena García Esparza[3], María Isabel Rozas Gómez[3], María Teresa Cañas Maciá[3], Paula Quintana Valcarcel[1], Óscar Rueda Elías[1]

[1]Hospital Universitario Príncipe de Asturias Radiodiagnóstico
[2]Hospital Universitario Niño Jesús Radiodiagnóstico
[3]Hospital Universitario Niño Jesús Radiodiagnóstico
[4]Hospital Universitario Niños Jesús Radiodiagnóstico

Objetivos

Describir las características clínicas, ecográficas y de resonancia magnética (RM) del fibroadenoma juvenil en población pediátrica a partir de una serie de casos de nuestro centro y una revisión bibliográfica de la literatura científica.

Material y Métodos

Se realizó un análisis retrospectivo de 5 pacientes diagnosticadas de fibroadenoma juvenil entre 2015 y 2019 en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. La edad media fue de 14 años (rango: 12-17 años). Tres pacientes eran postmenárquicas y dos con menarquia desconocida.

Todas fueron evaluadas mediante ecografía y, una de ellas con sospecha de fibroadenoma gigante, mediante RM. Se analizaron variables clínicas (edad, menarquia, síntomas, tamaño tumoral), radiológicas (morfología, ecogenicidad, vascularización, características en RM si la había) y anatomopatológicas (si se trataba de un fibroadenoma o de otro tipo de lesión). Además, se realizó una revisión bibliográfica en PubMed centrada en fibroadenoma juvenil y sus variantes.

Resultados

La Manifestación Clínica Predominante Fue La De Una Masa Palpable O Asimetría Mamaria De Crecimiento Rápido, Indolora En La Mayoría De Los Casos.
En ecografía, todas las lesiones fueron ovaladas, hipoecoicas, de márgenes bien definidos y con vascularización interna. Dos casos mostraron patrón homogéneo y tres heterogéneo. El tamaño osciló entre 11 mm y 110 mm (fibroadenoma gigante con RM).

La RM evidenció una lesión isointensa en T1, hiperintensa en T2, que desplazaba al tejido fibroglandular mamario y que provocaba deformación de la musculatura pectoral adyacente sin signos de infiltración; hallazgos típicos de fibroadenoma gigante.

Se realizaron biopsias en los casos de mayor tamaño confirmándose el diagnóstico histológico y al menos una paciente fue sometida a exéresis quirúrgica.

La revisión bibliográfica destaca que el fibroadenoma juvenil representa aproximadamente el 7-8% de todos los fibroadenomas, siendo más frecuente entre los 10 y 20 años, con predilección por el periodo postmenárquico. Las formas gigantes (>5 cm o >500 g) requieren especial atención

por el diagnóstico diferencial con el tumor filodes. La transformación a tumor filodes, aunque infrecuente, está descrita.

Conclusiones

El fibroadenoma juvenil es la lesión mamaria benigna más frecuente en adolescentes. La ecografía es la técnica inicial de elección, mientras que la RM resulta útil en casos de gran tamaño o dudas diagnósticas. La correlación clínico-radiológica, junto con la confirmación histológica en casos seleccionados, permite un manejo adecuado y evita procedimientos innecesarios.

RES0424 Enfermedad de Mondor: a propósito de un caso

Paula Ortiz Salinas[1], Adrián Estefanía Diaz[2], Goizane Riola Escalante[3], Rocio García Manuz[4], Alejandra Estévez Alonso[4], Francisco Otero de Torre[4], Jaione Olaizola Canseco[4], Ane Larena Jadraque[4], Patricia Cobos Baena[5], Izaskun Artola Irazabal[4]

[1]hospital Universitario Cruces Residente
[2]hospital Universitario Cruces Ud. Patología Mamaria
[3]Residente
[4]
[5]Ud. Patología Mamaria

Objetivos

Describir un caso de enfermedad de Mondor en una mujer de 39 años, explorando incidencia, factores de riesgo, presentación clínica, diagnóstico y tratamiento; además analizar su evolución en el contexto de una gestación incipiente.

Material y Métodos

Paciente de 39 años, fumadora y consumidora de tóxicos, que dos semanas tras un traumatismo con fracturas costales múltiples presentó tromboflebitis superficial bilateral de venas laterales del tórax y mamas, con cordones palpables, sugestivo de enfermedad de Mondor, que se confirmó por ecografía. Se solicitaron ecografía mamaria y TAC torácico. Se instauró tratamiento conservador con AINEs. Un mes después, se identificó un embarazo de 7 semanas (≈3 semanas tras el diagnóstico de la enfermedad deMondor); se suspendió el tratamiento para evitar complicaciones obstétricas.

Resultados

La paciente mejoró con AINEs, con desaparición del cordón y dolor en 4 semanas. Ecografía y TAC sin hallazgos de malignidad ni complicaciones trombóticas adicionales, confirmándose el diagnóstico de enfermedad de Mondor. Curso del embarazo normal hasta el momento, sin eventos adversos.

La incidencia reportada de Mondor oscila entre 0,07 % y 0,96 %, predominante en mujeres de 30–60 años. En el 50–60 % es idiopática; otros factores de riesgo son traumatismo, intervención mamaria, estados de hipercoagulabilidad y tabaquismo. El

cáncer de mama está presente en aproximadamente el 5–12 % de los casos.

Clínicamente se caracteriza por cordón palpable fibroso y doloroso, ocasionalmente con eritema o retracción cutánea. El diagnóstico es clínico y se confirma con ecografía Doppler (vena no compresible, sin flujo). Es recomendable solicitar mamografía o ecografía para descartar malignidad. El manejo es conservador: reposo y AINEs. La anticoagulación no está indicada rutinariamente. La resolución ocurre espontáneamente en 4–8 semanas.

Conclusiones

La enfermedad de Mondor es una tromboflebitis superficial poco común pero benigna y autolimitada. Su buena respuesta clínica al tratamiento conservador contrasta con la necesidad de descartar factores subyacentes —incluido cáncer— mediante pruebas de imagen. La detección incidental de embarazo introduce consideraciones en la selección y duración del tratamiento, pero no altera el pronóstico materno ni fetal. Conocer su epidemiología, factores de riesgo, presentación clínica, diagnóstico y manejo es crucial para evitar intervenciones innecesarias y proporcionar un enfoque adecuado, incluso en pacientes embarazadas.

RES0430 Cirugía de reafirmación de género en hombres trans

Maria Alonso Grela[1], Ramiro Raphael Gutierrez Ramirez[1], Sergio Blanco del Blanco[2], Lucia De Paz Ramirez[2], Silvia Nombela Fernández[2], Fernando Hernanz de la Fuente[2], Jaime Jimeno de Fraile[2], Juan Carlos Rodriguez Sanjuan[2]

[1]Hospital Universitario Marqués de Valdecilla Cirugia General y del Apararto Digestivo/ Unidad de Mama
[2]

Objetivos

Valorar la seguridad de las técnicas de mastectomía de reajuste de anatomía de tórax en hombres trans y la incidencia a corto plazo de complicaciones del tratamiento hormonal.

Material y Métodos

Análisis retrospectivo de la cirugía de reasignación de género de hombres trans (sexo asignado al nacimiento femenino, auto-identificados hombre) operados en un hospital universitario desde 2012 a marzo de 2025. Se incluyeron comorbilidades, complicaciones postoperatorias (Clavien-Dindo), otras cirugías asociadas con la transformación y la incidencia de cáncer de mama.

Resultados

Entre 2012 y marzo de 2025 se han intervenido 41 hombres trans en nuestro centro, con un seguimiento medio de 34±42 meses. La edad media fue 24 (18-54) años con índice bajo de comorbilidades (ASA 1 58,5% y ASA 2 41,5%). El índice de masa corporal medio fue 24,8±4 kg/m2. El 29,3%

de los pacientes fumaban activamente. y 4 mujeres trans (sexo asignado masculino, auto-identificados mujer). En cuanto a la técnica quirúrgica, la técnica más frecuente fue la mastectomía con injerto libre de CAP (68,3%), seguida de mastectomía preservadora de CAP a través de Round-Block (9,8%), mastectomía preservadora de CAP con pedículo superior (7,3%), mastectomía periareolar (4,8%) y otros tipos de pedículos de forma aislada. El peso medio del tejido mamario bilateral extirpado fue de 896±790 gr. La estancia media postoperatoria fue de 0,70 días (0-3). 18 pacientes se operaron en régimen de cirugía mayor ambulatoria, con un índice de ambulatorización del 43,9%. En cuanto a las complicaciones, el 22% de los pacientes presentó algún tipo de complicación postoperatoria, la mayoría leves (Clavien-D 1: 6 pacientes y Clavien-D 2:1 paciente). 2 pacientes con mastectomía requirieron reoperarse de forma urgente por hematoma (Clavien-D 3b). Ningún paciente requirió reingreso. A 15 hombres trans se realizó histerectomía y salpingooforectomía para completar el proceso de transformación. No hemos identificado claramente ningún factor independiente que asocie mayor riesgo de complicaciones postoperatorias, aunque que el tratamiento hormonal tiene una mayor tendencia no significativa. Durante el periodo de seguimiento no se ha diagnosticado de cáncer de mama a ningún hombre trans ni en las piezas de mastectomía.

Conclusiones

La mastectomía en la cirugía del tórax de reafirmación de género es una técnica segura, con baja tasa de complicaciones graves postoperatorias y sin reingresos en nuestra serie. Además, es una cirugía que se puede realizar en régimen de cirugía mayor ambulatoria con gran seguridad. No hemos observado mayor incidencia de cáncer de mama en estas personas.

RES0436 Más allá del cáncer: mastitis tuberculosa como diagnóstico diferencial en lesiones mamarias

Mar Suárez Alonso[1], Enrique Rojo Villardón[1], Cynthia Gabriela Ferreira Pontes[2], Gema Ruiz Castillo[2], María Luisa Sánchez de Molina[2], Manuel Escanciano Escanciano[2], Paula Pastor Peinado[2], Irene Osorio Silla[2]

[1]Hospital Fundación Jimenez Díaz Cirugía General y Digesivo - Sección Cuello y mama
[2]

Objetivos

La mastitis tuberculosa es una forma infrecuente de tuberculosis extrapulmonar que afecta sobre todo a mujeres en edad reproductiva (20–40 años). Representa menos del 0,1 % de las mastitis en países desarrollados y hasta un 4 % en zonas endémicas. Su diagnóstico es complejo, ya que suele simular carcinoma mamario o abscesos recurrentes. Se basa en pruebas inmunológicas (Mantoux), estudios de imagen, biopsia con identificación de granulomas caseificantes y confirmación microbiológica por cultivo o PCR. El tratamiento consiste en una pauta estándar de

fármacos antituberculosos (2HRZE/4HR), ocasionalmente complementado con cirugía. Este trabajo tiene como objetivo describir dos casos clínicos de mastitis tuberculosa en mujeres de 35 y 53 años con trastornos psiquiátricos de base, destacando su presentación clínica, diagnóstico y evolución.

Material y Métodos

Se describen dos casos clínicos, de dos pacientes femeninas: una de 35 años con antecedentes de depresión y otra de 53 años con esquizofrenia, ambas diagnosticadas de mastitis tuberculosa. Se realizaron pruebas de Mantoux, ecografía, biopsia con estudio histopatológico y tinción ZiehlNeelsen, además de cultivo y/o PCR frente a Mycobacterium tuberculosis. Se empleó tratamiento antituberculoso estándar y seguimiento clínico.

Resultados

Ambas pacientes presentaron masas mamarias dolorosas, sin evidencias de tuberculosis pulmonar activa. El test de Mantoux fue positivo en los dos casos. Las biopsias mostraron granulomas caseificantes con células gigantes de Langhans y resultaron positivas para Mycobacterium tuberculosis (métodos histoquímicos y PCR). Con tratamiento antituberculoso completo, ambas presentaron resolución clínica completa sin recurrencia al seguimiento.

Conclusiones

La mastitis tuberculosa continúa siendo una patología infradiagnosticada debido a su rareza y a su capacidad para simular clínicamente otras entidades como el carcinoma mamario o los abscesos recurrentes. Su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha, especialmente en pacientes inmunodeprimidas, o en mujeres procedentes de regiones endémicas. Aunque es más frecuente en mujeres jóvenes y en edad fértil, nuestros casos, uno de ellos en una mujer posmenopáusica, ponen de manifiesto que puede presentarse también fuera de ese rango etario.

Estos casos ponen de manifiesto la diversidad de presentaciones clínicas y radiológicas que pueden asemejarse a una neoplasia maligna o una infección piógena, lo que subraya la necesidad de confirmación histopatológica. El diagnóstico temprano y el inicio del tratamiento antituberculoso son esenciales para obtener resultados óptimos y evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias. Un enfoque multidisciplinario es fundamental para garantizar un tratamiento eficaz, como lo respaldan series de casos y revisiones recientes.

Riesgo incrementado para cáncer de mama

RES0037 Estudio sobre el seguimiento de pacientes con alto riesgo heredofamiliar de cáncer de mama

Míriam De la Puente Yagüe[1], Carlota Cantelar Rodríguez[1], Maria Jose Ciudad Fernandez[2], Irene Serrano[3], Ana Isabel Membrilla Ortiz[4], Rosa Cabras Sanchez-Ramos[4], Myriam Montes Fernández[2], Maria Eugenia Olivares Crespo[4], Pedro Perez Segura[5], Maria Herrera de la Muela[4]

[1]*Hospital Clínico San Carlos Obstetricia Y Ginecología*
[2]*Radiodiagnóstico*
[3]*Unidad De Apoyo Metodológico A La Investigación*
[4]
[5]*Oncología Médica*

Objetivos

Aproximadamente un 10% de los cánceres de mama tienen un origen hereditario, siendo la mutación en los genes BRCA1/ BRCA2 una de las principales causas. Estos tumores suelen manifestarse a edades tempranas y con fenotipos más agresivos, lo que hace imprescindible evaluar la evolución y seguimiento de estas pacientes acorde a los protocolos actuales, independientemente del centro asistencial. Los objetivos de nuestro estudio fueron:

1) Objetivos principales

Evaluar el correcto seguimiento de las pacientes de alto riesgo genético de cáncer de mama en ambos grupo de estudio, tanto en las pacientes con diagnóstico de la presencia de la mutación en el Hospital Clínico San Carlos (HCSC) y seguimiento en el mismo (grupo A) como aquellas que solo han tenido el diagnóstico en dicho hospital y el seguimiento es realizado en otros centros (grupo B).

2) Objetivos secundarios

- Describir las diferentes medidas preventivas realizadas en ambos grupos.
- Determinar el número de casos de nuevos diagnósticos de cáncer de mama en el grupo A y en el grupo B de seguimiento.
- Describir la edad de inicio del seguimiento de alto riesgo genético de cáncer de mama.
- Determinar el motivo de la realización del diagnóstico de la mutación genética.

Material y Métodos

Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo sobre una cohorte de 54 pacientes portadoras de mutaciones BRCA, atendidas entre enero de 2021 y diciembre de 2024. El criterio de inclusión en el estudio fue haber sido estudiadas en nuestro centro por presentar una mutación genética en BRCA1/2, independientemente de que el seguimiento se realice fuera del hospital. La obtención de los datos se realizó a través de

entrevista telefónica y consulta de las historias clínicas. Se analizaron variables relacionadas con la edad, tipo de seguimiento radiológico, cirugía reductora de riesgo, y la adecuación del seguimiento a las guías clínicas.

Resultados

De Las 54 Pacientes A Estudio, 50 Realizan Seguimiento Intensificado. No Existen Diferencias Estadísticamente Significativas Entre El Seguimiento Aplicado En Nuestro Hospital Y Otros Centros.

Conclusiones

El seguimiento de las pacientes de alto riesgo genético de cáncer de mama tanto en nuestro hospital como en otros centros está siendo el adecuado conforme a los protocolos establecidos. No obstante, aún está en proceso la transición completa hacia la implementación de las nuevas guías clínicas respecto al uso de la mamografía y RM en pacientes mastectomizadas.

RES0052 Incidencia de tumores triple negativo en pacientes BRCA1 y BRCA2

María Rosario Cámara Rodenas[1], María Esther Sánchez López[2], Ana Sanchez Mozo[3], Alba Sanchez Gallego[2], Victor Arellano de la Vega[4], Ignacio Martinez Peñalver Gutierrez[2]

[1]Universidad de Castilla la Mancha Cirugía General
[2]Complejo Hospitalario Universitario de Albacete Cirugía General
[3]Complejo Hospitalario Universitario de Albacete cirugía General
[4]Complejo Hospitalario de Toledo Informática

Objetivos

El cáncer de mama hereditario se presenta en torno al 10 % de los cánceres de mama. Las mutaciones genéticas más frecuentes son en los genes BRCA 1 y BRCA2.

Nuestro objetivo principal es analizar la incidencia de triple negativo en BRCA1 y BRCA2.

Como objetivo secundario valoraremos el estadio tumoral al diagnóstico de estos tumores.

Material y Métodos

Se han analizado 1.100 pacientes con cáncer de mama intervenidas quirúrgicamente entre los años 2019 y 2024 de un solo centro.

Se han valorado las pacientes con mutación BRCA1 y BRCA2. En el trabajo se han comparando tanto las extirpes tumorales como el estadio tumoral, de aquellos con los pacientes sin mutación genética y con mutación genética BRCA1 y BRCA2

Para el analisis estadístico se ha utilizado el Software: SPSS. Se han realizado pruebas Chi-cuadrado, Z-test y análisis descriptivo. Se

ha tomado como significativo aquellos valores con una p< 0.05.

Resultados

En pacientes con mutación genética BRCA1 encontramos un 50% de casos de triple negativo. Siendo la asociación entre BRCA1 y triple negativo estadísticamente significativa. No hemos hayado HER2 positivo en estos pacientes. La incidencia de afectación ganglionar al diagnóstico es parecida a los pacientes sin mutación genética.

En pacientes con mutación genética BRCA2 la incidencia de triple negativo es menor (29%), pero es superior con respecto a los pacientes sin mutación genética (10%). No hemos hallado tumores locales más evolucionados con respecto a los pacientes sin mutación genética.

Conclusiones

Existe una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de mutaciones BRCA1 y el subtipo molecular TRIPLE NEGATIVO en cáncer de mama. No siendo la misma incidencia para la mutación BRCA2.

Estos datos apoyan la importancia de integrar el perfil genético en la clasificación y tratamiento personalizado del cáncer de mama diferenciando unas mutaciones genéticas de otras.

RES0053 Incidencia De Mutaciones No Brca Y Extirpes Tumorales En Una Poblacion Española

María Esther Sánchez López[1], Víctor Arellano de la Vega[2], María Rosario Cámara Rodenas[3], Alba Sanchez Gallego[4], Ignacio Martinez Peñalver Gutierrez[1], Ana Sanchez Mozo[1]

[1]Complejo Hospitalario Universitario de Albacete Cirugía General
[2]Complejo Hospitalario Universitario de Toledo Informática
[3]Universidad de Castilla la Mancha Cirugía General
[4]Complejo Hospitalario Universitario de Albacete Cirugía General y del Aparato Digestivo

Objetivos

El cáncer de mama hereditario se presenta en torno al 10 % de los cánceres de mama. Las mutaciones genéticas más frecuentes son en los genes BRCA 1 y BRCA2 pero existen otras mutaciones que pueden llegar a tener el mismo riesgo y todavía no han adquirido relevanca al ser menos frecuentes.

Material y Métodos

Se han analizado 1.100 pacientes con cáncer de mama intervenidas quirúrgicamente entre los años 2019 y 2024 de un solo centro.
Se han valorado las distintas mutaciones genética. Se ha realizado un análisis descriptivo de cada una de ellas con la extirpe tumoral y el estadio tumoral.

Para el analisis estadístico descriptivo se ha utilizado el Software: SPSS.

Resultados

Las mutaciones genéticas observadas han sido en los genes: ATM, BARD1, BRIP1, CDHR1, CHECK2, KLINERFELTER, KRAS, MEN1, MSH6, PALB2, RAD51, RECQL4, TP53, siendo algunas de ellas de significado desconocido.

La incidencia de estas mutaciones son muy bajas para realizar estudios estadísticamente significativos. Cabe destacar el aumento de incidencia de triple negativo en ATM y HER2 en CHECK2 y MSH6.

Conclusiones

Son necesarios más estudios multicéntricos en las mutaciones genéticas con baja incidencia para valorar cómo se comportan y el riesgo real de estas pacientes de desarrollar tumores mamarios. Cada vez tenemos que apostar más por tratamientos más personalizados.

RES0282 Calidad de vida en mujeres portadoras de variantes genéticas de alto riesgo de cáncer de mama. Estudio descriptivo

Alejandro Oliva Muñoz[1], Borja García Sousa[1], Silvia Inés Delgado García[2], Hortensia Ballester Galiana[1], Manuel Fernández Alcántara[3], Nicolás Ruiz Robledillo[3], Rosario Ferrer Cascales[3]

[1]Hospital General Universitario Doctor Balmis de Alicante Obstetricia y Ginecología
[2]Hospital General Universitario Doctor Balmis de Alicante
[3]Universidad de Alicante Psicología de la Salud

Objetivos

Establecer los niveles de calidad de vida relacionada con la salud de mujeres portadoras de variantes genéticas de alto riesgo de cáncer de mama, comparando entre paciente sanas y pacientes que ya han desarrollado cáncer de mama.

Determinar qué variables influyen en la toma de decisión de someterse a cirugías reductoras de riesgo.

Material y Métodos

Estudio Observacional, Descriptivo.

Criterios de inclusión: mujeres portadoras de variantes genéticas de alto riesgo de cáncer de mama, diagnosticadas y/o tratadas en el departamento desde enero de 2023 hasta octubre de 2024.

Criterios de exclusión: menores de 18 años.

Se completó una base de datos con variables biológicas, clínicas, ambientales y hábitos de vida para cada paciente. Se cumplimentaron

tres cuestionarios de calidad de vida: *BreastQ, DASS-21* y *SF-12*.

Las variables cuantitativas, se describieron con media y desviación estándar. Para la comparación entre grupos, dado que los datos no cumplieron la normalidad, se utilizó el test de la U de Man-Whintey.

Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias y porcentajes y para su comparación se utilizó el test de Chi-cuadrado.

Resultados

El número total de participantes fue de 63, con una media de edad de 43'38 años. En el 38,1% de los casos, la variante genética fue detectada en el estudio de un cáncer de mama, mientras que el resto de mujeres permanecían sanas con respecto al cancer.

Encontramos, de forma estadísticamente significativa, puntuaciones menores en los bloques de *satisfacción con las mamas* y de *bienestar físico del pecho* del cuestionario *BREAST-Q*, así como en el componente de salud física del cuestionario *SF-12* en muejeres con cáncer de mama con respecto a las sanas.

Además, los niveles de ansiedad recogidos en el cuestionario *DASS-21* fueron significativamente mayores en mujeres con cáncer, correspondiéndose con un grado de ansiedad moderada.

En cuanto a las cirugías reductoras de riesgo, el 55'6% se sometió a mastectomía bilateral y el 60'31% a anexectomía bilateral. Estas tasas fueron significativamente mayores en pacientes que con cáncer de mama, mujeres de mayor edad, ya menopáusicas, y que habían tenido al menos un hijo.

Además, las mujeres que decidieron someterse a mastectomía bilateral presentaron, antes de la cirugía, unas puntuaciones menores en los bloques de *satisfacción con las mamas* y de *bienestar físico del pecho* del cuestionario *BREAST-Q*

Conclusiones

La calidad de vida relacionada con la salud en mujeres portadoras de variantes genéticas de alto riesgo de cáncer de mama es menor cuando el cáncer ya se ha desarrollado, encontrando en este grupo mayores tasas de cirugías reductoras de riesgo.

RES0344 Potencial maligno de lesiones B3 histológicas: experiencia en nuestro centro

Josefa Valdivieso Jara, Elena Martínez Gómez, Patricia López Arribas, Rocio Garcia Berrio, Paula Quintana Valcarcel, Cristina Diez del Corral, Begoña Ayuso Llorente, Teodora Morales Caminiti, Isabel Martínez Walters, Álvaro Zapico Goñi

Objetivos

Analizar las características clínicas, radiológicas y anatomopatológicas de las pacientes con diagnostico histológico b3 tras una biopsia mamaria, y evaluar su potencial maligno

Material y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo que incluyó a 226 pacientes (22,5%) con diagnóstico histológico B3, seleccionadas de un total de 1.006 biopsias mamarias realizadas entre enero de 2022 y diciembre de 2024 en nuestro hospital. De estas, 84 pacientes (8,3%) presentaron lesiones B3 aisladas, y 127 (12,6%) pacientes tenían diagnóstico concomitante de cáncer de mama al momento de la biopsia. Se recopilaron datos sobre antecedentes personales asi como familiares de cáncer, motivo de consulta, hallazgos radiológicos, BI-RADS, tipo de biopsia, necesidad de cirugía, presencia de upgrade y seguimiento. Los datos fueron obtenidos de registros clínicos electrónicos y analizados mediante análisis estadístico.

Resultados

Las lesiones B3 representaron el 8,3% del total de biopsias mamarias. La edad media de las pacientes fue de 56 años, con un rango de edad de 22-88 años. El motivo más frecuente de consulta fue el hallazgo radiológico en mamografía de cribado, predominando las lesiones clasificadas como BI-RADS 4. El 5,3% tenía antecedentes personales y el 34,1% antecedentes familiares de cáncer ginecológico. La técnica de biopsia más utilizada fue la biopsia con aguja gruesa (BAG) en un 52,2% de los casos, seguida por la biopsia asistida por vacío (BAV) con un 35%. En el subgrupo de pacientes con lesiones B3 aisladas, el 36% correspondió a lesiones papilares sin atipia (papilomas intraductal) y el 30% a hiperplasia ductal con atipia. El 84,5% de las pacientes fueron sometidas a cirugía, siendo la tumorectomía guiada por arpón el procedimiento más frecuente. El resto de las pacientes se realizó vigilancia activa, principalmente en casos de lesiones sin atipia (como cicatriz radial). Se observó un upgrade histológico en el 25,4% de los casos operados, siendo más frecuente en lesiones con atipia como hiperplasia ductal atípica y carcinoma lobulillar in situ. La mediana de seguimiento fue de 22 meses; durante este periodo, desarrollaron cáncer 3 pacientes (3,9%) del grupo quirúrgico, mientras que no se registraron casos de cáncer en el grupo de vigilancia activa.

Conclusiones

Las lesiones con atipia mostraron mayor riesgo de malignidad, lo que respalda la indicación quirúrgica según las guías internacionales. Las lesiones sin atipia mostraron baja progresión, apoyando un manejo conservador. La baja incidencia de cáncer durante el seguimiento resalta la importancia de individualizar el tratamiento y evitar sobretratamientos innecesarios.

RES0359 Lesiones B3: la guía definitiva

Miguel Chiva De Agustín[1], Teresa Presa Abós1, Veronica Gamero Medina[2], Irene Vicente Zapata[2], Mónica Andreu Rodriguez[2], Angeles Silva Rodriguez[2], Javier Blazquez Sanchez[2]

[1]Hospital Ramon Y Cajal Radiología [2]

Objetivos

El objetivo de este trabajo es ofrecer una guía visual y práctica sobre las lesiones mamarias clasificadas como B3, que incluya su presentación radiológica, correlación anatomopatológica, manejo multidisciplinar y recomendaciones de seguimiento.

Estas lesiones, de naturaleza intermedia entre benignidad y malignidad, suponen un reto diagnóstico y terapéutico tanto para radiólogos como para patólogos y clínicos.

Un objetivo secundario, es desarrollar un algoritmo informático, basado en IA, que nos ayude en el manejo de estas lesiones. Aportando los diferentes datos clínicos, anatomopatológicos y de imagen. El algoritmo desarrollado nos planteará el manejo adecuado en cada caso, y nos marcará el seguimiento a medio y largo plazo. De este modo conseguimos aplicar los mismos criterioss todos los pacientes

Material y Métodos

Se ha realizado una revisión actualizada de la literatura científica y guías clínicas nacionales e internacionales sobre el abordaje de las lesiones B3, incluyendo papilomas intraductales, lesiones esclerosantes, adenosis esclerosante, hiperplasia ductal atípica, lesiones lobulillares y otras entidades con potencial de transformación maligna. Se han seleccionado casos clínicos representativos del archivo de nuestro centro, con correlación imagen-histología, y se ha desarrollado un algoritmo de manejo basado en consenso multidisciplinar.

Resultados

El póster presenta un resumen esquemático y visual de las características por modalidad de imagen (mamografía, ecografía y resonancia magnética), hallazgos radiológicos típicos, indicaciones para biopsia percutánea, criterios para la necesidad de cirugía o seguimiento, y factores de riesgo asociados a progresión maligna.

Se incluyen claves para el informe radiológico, recomendaciones de manejo específicas según tipo histológico y orientación sobre el seguimiento a largo plazo en unidades de alto riesgo o cribado intensificado. Además, se destacan situaciones especiales como hallazgos incidentales en resonancia o presencia de múltiples lesiones.

Conclusiones

Las lesiones B3 requieren un abordaje individualizado que combine criterios radiológicos, histológicos y clínicos. La adecuada correlación radio-patológica y la participación en comités multidisciplinares son esenciales para evitar tanto el infratratamiento como la sobreactuación. Esta guía pretende ser una herramienta útil para mejorar la toma de decisiones en la práctica diaria del radiólogo de mama, facilitando el manejo homogéneo y actualizado de estas lesiones.

RES0372 cáncer de mama heredofamiliar

Elena García Carmona[1], Elvira Justa Toro Peña[1], María Elena Gómez García[2], Sara Rojo Novo[2], Rosa Albalat Fernández[2]

[1]Hospital Universitario Virgen Macarena Obstetricia Y Ginecología [2]

Objetivos

Exponer caso clínico: paciente de 18 años con diagnóstico de cáncer de mama. tratamiento, seguimiento y manejo posterior

Definir factores de riesgo, genes implicados, manejo y estrategias de cribado de pacientes con riesgo aumentado de cáncer de mama

Material y Métodos

Caso clínico de nuestra unidad de mama (huv macarena), paciente con cáncer de mama asociado a mutación en gen de riesgo moderado

Búsqueda bibliográfica en base de datos pubmed, enfocada en el cáncer de mama heredofamiliar, las estrategias de cribado y diagnóstico precoz en aquellas pacientes afectas.

Resultados

El cáncer de mama heredofamiliar supone hasta un 10% de los diagnósticos de cáncer de mama. Más de la mitad de estos se relacionan con genes catalogados de riesgo moderado. Entre ellos, destaca el CHEK2, cuya mutación truncante se relaciona con el cáncer de mama, mutación de la que es afecta la paciente del caso clínico que se expone.

En aquellos casos en los que está indicado realizar un estudio genético, se estudiarán, gracias a la secuenciación masiva, todos los genes implicados en esta patología.

En aquellas pacientes afectas, se realizará un seguimiento anual con pruebas de imagen. En caso de genes de riesgo intermedio, se habría establecido la edad de inicio del seguimiento los 40 años. No obstante, y teniendo como ejemplo la paciente del caso clínico, de apenas 18 años, cada vez son más los diagnósticos a edades muy tempranas. Este

hecho plantearía la posibilidad de adelantar la edad de cribado, individualizando según el riesgo de la paciente para un mayor beneficio.

Conclusiones

El cáncer de mama heredofamiliar supone hasta un 10% de los diagnósticos de esta patología

De entre los genes implicados, más de la mitad corresponden a aquellos catalogados de riesgo moderado.

Un diagnóstico precoz en pacientes afectas de algún gen relacionado con cmhf es fundamental, lo que hace necesario un seguimiento anual en estas mujeres.

El cribado suele establecerse a partir de los 40 años. Cada vez nos encontramos con mujeres diagnosticadas a edades más tempranas, lo que obliga a individualizar si conviene adelantar la edad de inicio de dicho seguimiento.

RES0409 Lesiones B3: diagnóstico, manejo y desafios

Maider Bringas Veiga[1], Ainhoa Diaz de Otalora Serna[1], Begoña Iturre Salinas[2], Diana Gorostiza Laborda[3], Leire Andres Alvarez[4]

[1]Hospital universitario de Cruces Radiología mamaria

[2]Radiología mamaria

[3]

[4]Anatomía patológica

Objetivos

- Describir los halazgos radiológicos de las principales lesiones B3 y su correlación radiopatológica
- Revisar las recomendaciones actuales de manejo y su seguimiento posterior

Material y Métodos

Se realiza una revisión retrospectiva de casos diagnosticados en nuestro hospital mediante BAG o BAV de lesiones B3.

Se describen los principales hallazgos radiológicos y el manejo de cada una de ellas según las guías de consenso actuales.

Resultados

Las lesiones b3 ocupan un porcentaje bajo de las biopsias de mama, pero generan gran dilema en cuanto a tratamiento y seguimiento.

Los hallazgos radiológicos son inespecíficos, siendo los más frecuentamente encontrados las microcalcificaciones y distorsiones.

Muchas de estas lesiones se han tratado de forma conservadora mediante escisión asistida por vacío (eav), con excelentes resultados.

Conclusiones

Las lesiones B3 son un grupo heterogéneo de lesiones con un potencial maligno incierto en la biopsia percutánea, que muestran variabilidad y pueden albergar malignidad en si mismas o en el tejido mamario adyacente.

Es importante el manejo correcto de estas lesiones porque se asocian a lesión de mayor grado en la pieza quirúrgica (infraestimación), aunque muchos casos se pueden tratar de forma conservadora mediante EAV. Y también es importante el seguimiento de las pacientes que presentan este tipo de lesiones, ya que tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama en el futuro que la población general.

Seguimiento de pacientes diagnosticadas de cáncer de mama

RES0020 Análisis de la disfunción sexual en pacientes menopáusicas con cáncer de mama

Míriam De la Puente Yagüe[1], Patricia Monllor Lazarraga[1], Jorge Ruiz Rodríguez[2], Ana Isabel Membrilla Ortiz[2], Rosa Cabras Sanchez-Ramos[2], Juana María Brenes Sánchez[2], Isabel Rodriguez-Piñero Cebrián[2], Ines Gil Prados[2], Blanca González Palomares[2], Maria Herrera de la Muela[2]

[1]Hospital Clínico San Carlos Obstetricia Y Ginecología

[2]

Objetivos

La disfunción sexual constituye una secuela prevalente pero escasamente abordada en mujeres en la etapa menopáusica supervivientes de cáncer de mama, afectando significativamente a su calidad de vida. El objetivo de este estudio fue cuantificar la prevalencia de la disfunción sexual, caracterizar sus manifestaciones clínicas y explorar su relación con los tratamientos oncológicos recibidos.

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional-descriptivo formado por 137 pacientes en seguimiento en la Unidad de Patología Mamaria de nuestro hospital terciario. La recogida de datos incluyó un cuestionario elaborado específicamente para este estudio en el que se evaluaron datos sociodemográficos junto con la sintomatología (presencia de sequedad vaginal, deseo sexual, anorgasmia y dolor durante las relaciones sexuales) y el cuestionario validado de la Función Sexual de la Mujer, FSM-2.

Resultados

La prevalencia global de la disfunción sexual fue del 81,6%, destacando la sequedad vaginal y la disminución del deseo sexual como los síntomas más frecuentes. La

quimioterapia y los inhibidores de la aromatasa se vincularon a mayor afectación de las variables medidas por el FSM-2, mientras que el tamoxifeno mostró un impacto moderado, con menor afectación en áreas como la confianza para comunicar y la satisfacción sexual. La radioterapia mamaria, en cambio, no presentó ninguna asociación significativa en nuestra muestra.

Conclusiones

El presente estudio ha evidenciado una prevalencia de disfunción sexual del 81,6 % en la muestra analizada. Refleja el importante impacto que tanto la propia enfermedad como sus tratamientos pueden ejercer sobre la salud sexual de las pacientes.

La sequedad vaginal y disminución del deseo fueron los más frecuentes. Además, aproximadamente un tercio de las participantes refirió no mantener relaciones sexuales, en línea con lo descrito en otros estudios.

El análisis de las asociaciones entre los tratamientos oncológicos y la función sexual, evaluada mediante el cuestionario FSM-2, mostró que determinadas terapias, como la quimioterapia y, especialmente, los inhibidores de la aromatasa, se asociaron a una mayor afectación. Por otra parte, el tamoxifeno y la radioterapia mamaria se relacionaron con un impacto más moderado, aunque no exento de relevancia clínica.

Estos resultados subrayan la necesidad de abordar la disfunción sexual de manera integral y multidisciplinar en el seguimiento de las mujeres supervivientes de cáncer de mama. La elevada tasa de afectación observada (99,2 %), evidencian que la sexualidad sigue siendo un aspecto frecuentemente desatendido, que debe incorporarse de forma activa en los protocolos asistenciales con el objetivo de mejorar la calidad de vida de estas pacientes.

RES0051 Evaluación de las recidivas y segundos tumores en cáncer de mama. Valoración de la percepción de la enfermedad.

Juana María Brenes Sánchez[1], Alfonso Hermoso Vela[2], Irene Serrano García[3], María Eugenia Olivares Crespo[4], Jorge Ruiz Rodríguez[4], Isabel Rodríguez Piñero Cebrián[5], Cristina Huerga López[5], Blanca González Palomares[5], José Ángel García Sáenz[6], María Herrera de la Muela[5]

[1]Unidad de Patología Mamaria. Instituto de Salud de la Mujer. Hospital Clínico San Carlos. Universidad Complutense de Madrid. Instituto de Salud de la Mujer
[2]Facultad de Medicina Universidad Complutense de Madrid.
[3]Hospital Clínico San Carlos IdISSC
[4]Hospital Clínico San Carlos Unidad de Patología Mamaria. Instituto de Salud de la Mujer
[5]
[6]Oncología Médica. Sección Mama.

Objetivos

Objetivos: evaluar recidivas locorregionales y segundos primarios en cáncer de mama, la percepción de enfermedad y calidad de vida de estas pacientes.

Material y Métodos

Material y método: Estudio observacional, descriptivo y transversal con una cohorte retrospectiva de 80 pacientes diagnosticadas de recidivas o segundos primarios.

Se analizaron las características tumorales, percepción de enfermedad y calidad de vida mediante el cuestionario "RecidivaMama" (EORTC+BIPQ)

Resultados

Resultados: la edad media fue de 66,79 (±11,44) años. el 61,3% (49 pacientes) correspondieron a segundos tumores primarios y el 38,7% (31 pacientes) a recidivas.

El 85,1% (63 pacientes) de los diagnósticos de recidiva o segundo primario se detectaron mediante seguimiento radiológico. La mediana de supervivencia libre de enfermedad (SLE) fue de 13,4 años (IC 95%: 10,9-15,7) en recidivas y de 14,5 (IC 95%: 11,0-17,4%) en segundos primarios. La enfermedad Luminal tuvo una reaparición progresiva; los Her2+ y Triple negativo, de forma temprana y brusca. La calidad de vida y salud general fue valorada por las pacientes con puntuación 5 (IQR: 4-6) y 6 (IQR:5-7) (EORT), respectivamente. La percepción del impacto de la enfermedad se valoró con 6 (IQR: 3-7) (BIPQ).

Conclusiones

El seguimiento radiológico detectó la mayoría de los casos de recidivas y segundos primarios. Las recidivas mostraron menor SLE que los segundos primarios. La percepción de enfermedad y calidad de vida fueron buenas en estas pacientes.

RES0063 Calidad de vida en muy largas supervivientes de cáncer de mama en estadios iniciales (incluyendo >20 años de seguimiento)

Juan Ignacio Arraras Urdaniz[1], Ana Manterola Burgaleta[2], Jose Juan Illarramendi Mañas[1], Susana De la Cruz Sanchez[1], Lucia Teijeira Sanchez[3], Esteban Salgado Pascual[3], Maria Jose Lecumberri Biurrun[3], Angela Fernandez de Lascoiti Urtasun[3], Nuria Lainez Milagro[3], Ruth Vera Garcia[3]

[1]Hospital Universitario de Navarra
Oncología Médica
[2]Hospital Universitario de Navarra
Oncología Radioterápica
[3]

Objetivos

Estudiar la calidad de vida de las pacientes muy largas supervivientes de cáncer de mama

en estadios iniciales de la enfermedad, las diferencias entre grupos en función de la duración del seguimiento tras la cirugía, y los determinantes de la Calidad de Vida global.

Material y Métodos

Estudio transversal en el que participaron 211 pacientes con cáncer de mama en estadio I-IIIC. Las pacientes habían sido sometidas a cirugía >10 años antes.

Las pacientes completaron los cuestionarios de la EORTC general QLQ-C30 y de mama QLQ-BR42. Las pacientes >65 también completaron el cuestionario específico de ancianos QLQ-ELD14.

Se realizaron comparaciones en las puntuaciones de Calidad de Vida entre grupos organizados en función de la edad en el momento de la evaluación (<70, 71-75 y ≥76 años) y los años transcurridos desde el inicio del tratamiento (≤15, 16-20 y >20 años) (ambos mediante el test de Kruskal-Wallis y este último ajustado por edad). También se estudiaron los determinantes demográficos, clínicos y de Calidad de Vida de la escala de Calidad de Vida global del cuestionario QLQ-C30 (mediante modelos de regresión lineal).

Resultados

Las puntuaciones de Calidad de Vida de toda la muestra fueron altas (>80/100 puntos) en la mayoría de las áreas evaluadas. Se observaron limitaciones moderadas (>30 puntos) en el cuestionario QLQ-BR42, en las áreas del funcionamiento y disfrute sexual y en la de síntomas músculo-esqueletales, y en el QLQ-ELD14 en preocupación por los demás, el mantenimiento del propósito y la rigidez articular.

El grupo ≥76 años mostró menor nivel de funcionamiento (físico, sexual, movilidad, mantenimiento del propósito), de satisfacción con la mama y apoyo familiar, y mayor fatiga y rigidez articular de los tres grupos de edad comparados.

el grupo de >20 años transcurridos desde el inicio del tratamiento, mostró, en comparación a los otros dos grupos, un nivel mayor de funcionamiento (físico, movilidad y mantenimiento del propósito) y una menor fatiga y rigidez articular.

Una Combinación De Determinantes De La Escala De Calidad De Vida General De Las Áreas Funcionamiento Físico, Movilidad, Alteración Del Sueño Y Efectos Secundarios Sistémicos Mostró R2=60,7.

Conclusiones

La Calidad de Vida en muy largas supervivientes de cáncer de mama en estadios iniciales de la enfermedad fue alta en toda la muestra y en los grupos organizados por edad y por tiempo de seguimiento. Indica que las pacientes se adaptaron bien a su situación. Los resultados son muy relevantes debido a la alta edad media de la muestra.

RES0080 Calidad de vida a largo plazo en pacientes mayores largas supervivientes de cáncer de mama en estadios iniciales

Juan Ignacio Arraras Urdaniz[1], Ana Manterola Burgaleta[2], Jose Juan Illaramendi Mañas[3], Susana De la Cruz[4], Lucia Teijeira[4], Esteban Salgado[4], Maria Jose Lecumberri[4], Berta Ibañez[5], Nuria Lainez[4], Ruth Vera Garcua[4]

[1]Hospital Universitario de Navarra
Oncología Médica
[2]Hospital Universitario de Navarra
Oncología Radioterápica
[3]Oncología Médica
[4]
[5]RICAPPS Unidad de Metodología

Objetivos

Mantener una buena Calidad de Vida en las personas mayores largas supervivientes de cáncer de mama es un reto importante en la actualidad. La identificación de las áreas afectadas en su Calidad de Vida y los factores asociados puede ayudar a mejorar la atención sanitaria que se le ofrece.

Material y Métodos

Un total de 316 pacientes mayores (>70 años) largas supervivientes de cáncer de mama, en estadio I-IIIC y sometidas a cirugía de mama >5 años antes completaron los cuestionarios de Calidad de Vida de la EORTC general - QLQ-C30, específico de mama - QLQ-BR42 y para pacientes mayores QLQ-ELD14 en dos ocasiones, con un año entre ellas. Se describieron las puntuaciones de Calidad de Vida y su evolución al año. se compararon dos grupos organizados por edad (<75 y >75 años), y se evaluó su relación con las características demográficas y clínicas mediante pruebas no paramétricas (ajustadas por tiempo desde cirugía). También se exploraron los determinantes de dos áreas de la Calidad de Vida específicas de los ancianos, limitaciones de movilidad y mantener el propósito, con modelos de regresión lineal.

Resultados

Las puntuaciones de Calidad de Vida fueron altas (>80/100 puntos) en la mayoría de las áreas evaluadas. Se dieron limitaciones moderadas (>30 puntos) en funcionamiento/ disfrute sexual, síntomas musculo-esqueletales y tres áreas específicas para los ancianos. Las diferencias de Calidad de Vida entre las dos evaluaciones fueron limitadas y triviales. El grupo de >75 años mostró una Calidad de Vida más baja que el grupo de <75 años en nueve áreas del QLQ-C30 y cuatro del QLQ-ELD14. Las pacientes más jóvenes cuando recibieron el tratamiento, que vivían en pareja y sin comorbilidad limitante mostraron una mejor Calidad de Vida. Combinaciones de menor sintomatología y mayor funcionamiento con la convivencia y variables clínicas se relacionaron con las dos escalas QLQ-ELD14.

Conclusiones

La alta Calidad de Vida en pacientes mayores largas supervivientes en estadios tempranos indicó que las pacientes se adaptaron bien a

su situación. Estos resultados se pueden considerar como relevantes debido a la alta edad de nuestras participantes. Indican áreas de mejora.

RES0091 Utilidad de una APP para información y seguimiento de pacientes con cáncer de mama

Serafín Morales Murillo[1], Eugenia González Sánchez[2], David Martinez Otin[2], Joel Salla Fortuny[2], Ruben Tejero Narbona[3]

[1]*Hospital Arnau De Vilanova De Lleida Oncologia Medica*
[2]*Irb Lleida Oncologia Medica*
[3]

Objetivos

El acceso a información fiable y actualizada es esencial para las pacientes con cáncer de mama, enfermedad caracterizada por su complejidad y múltiples opciones terapéuticas. Una correcta información mejora la comprensión del diagnóstico, las alternativas terapéuticas, los posibles efectos adversos y el pronóstico.

Material y Métodos

Se ha desarrollado una aplicación web (appmiclinica.udl.cat) dirigida a pacientes con cáncer de mama, con el objetivo de ofrecer información personalizada y actualizada. La app se divide en cuatro secciones:

1. Información general sobre el cáncer de mama.
2. Noticias de interés en medios de comunicación.
3. Avances científicos presentados en congresos o publicados en revistas especializadas.
4. Información individualizada para cada paciente según su situación clínica, accesible tras registro.

Resultados

Hasta la fecha, se han registrado 29 pacientes: 17 en ensayos clínicos, 8 con enfermedad metastásica y 4 en tratamiento neoadyuvante. La media de accesos a la app en el último año fue de 47 (rango: 13–83). Se han introducido un total de 74 entradas informativas: 6 sobre avances científicos, 22 noticias generales y 46 en el apartado personalizado para pacientes.

Conclusiones

La implementación de una app específica según la situación clínica de cada paciente puede ser una herramienta útil para ofrecer información fiable, personalizada y accesible. Además, puede facilitar el seguimiento del tratamiento, especialmente en contextos de ensayo clínico o situaciones clínicas complejas, permitiendo resolver dudas de forma sencilla y eficaz.

RES0108 Angiosarcoma radioinducido tras tratamiento por carcinoma infiltrante de mama

Noelia Pilar Dégano González[1], María Jesús Pérez Molina[1], María Esther Ramírez Medina[2], Francisco de Borja Caballero Borredá[2], Michal Lasocha[2], Víctor Martínez Irigoyen[2], María Guzmán Muñoz[3], Virginia Sánchez Millán[3], Ana De Motta Rodríguez[3], Tirso Pérez Medina[2]

[1]Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda Obstetricia y Ginecología
[2]
[3]Hospital Universitario Infanta Cristina

Objetivos

El angiosarcoma es un tipo especial de sarcoma que se relaciona fuertemente con tratamientos previos para el cáncer de mama. La mujeres con cáncer de mama a las que se les administra radioterapia como parte del tratamiento de su enfermedad tienen un riesgo relativo 9-16 veces superior de desarrolllar angiosarcoma que las pacientes con otras modalidades de tratamiento. Sin embargo, a pesar de este aumento de riesgo relativo, el riesgo absoluto permanece bajo.

Material y Métodos

Se expone el caso clínico de una mujer de 69 años diagnosticada en marzo de 2025 de un sarcoma radioinducido en la mama izquierda.

La paciente había sido tratada con tumorectomía, biopsia selectiva de ganglio centinela y radioterapia en 2019 por un carcinoma infiltrante de esa misma mama. Actualmente está en tratamiento con hormonoterapia adyuvante.

En marzo de 2025 acudió por cambios cutáneos catalogados de mastitis por su médico de atención primaria, pautando tratamiento antibiótico que realizó sin mejoría y con aumento de dolor intenso en mama y escápula. A la exploración se objetivó la mama indurada y tumefacta con piel de naranja y enrojecida en cuadrantes inferiores. Se tomó trucut, que se informó como angiosarcoma radioinducido con amplificación MYC.

Se realiza estudio de extensión con RNM mamaria, en la que se describen nódulos retroareolares izquierdos de 6,6 cm en conjunto y dudosa afectación del músculo pectoral, y PET TAC, donde identifican un ganglio milimétrico en cadena mamaria interna izquierda que no permite descartar malignidad y ganglios hiliomediastínicos bilaterales (estos últimos se biopsian mediante PAAF resultando negativa).

Resultados

La paciente es tratada en abril de 2025 con mastectomía extendida con extirpación del músculo pectoral mayor y biopsia de ganglio de cadena mamaria interna adyacente a apófisis xifoides. Se realiza cobertura mediante colgajo musculoesquelético de

dorsal ancho e injerto laminar de piel parcial tomado de muslo izquierdo. Es dada de alta al sexto día de postoperatorio tras una evolución favorable.

El informe definitivo describe pieza de mastectomía radical con angiosarcoma postrradiación mamario, con amplificación de MYC, con márgenes de resección libres de tumor y ganglio de mamaria interna sin signos de malignidad.

Conclusiones

Es importante tener en cuenta la posibilidad de desarrollo de angiosarcoma tras administración de radioterapia como parte del tratamiento de una paciente con cáncer de mama. Debemos conocer su existencia y sus manifestaciones clínicas, asi como tomar biopsias de lesiones sospechosas o con evolución tórpida con tratamientos médicos, para no demorar el tratamiento como consecuencia de un diagnóstico tardío.

RES0110 Hacia donde vamos en el abordaje del cáncer de mama. Análisis comparativo de 2 periodos de tiempo

Caridad Marín Hernández[1], Pedro Marín Rodríguez[2], Pedro J Galindo Fernandez[2], Guadalupe Ruiz Merino[3], Isabel Maria Martinez Castillo[2], Adama Cisse[2], Carmen Avalos[4], M. Carmen Servet Perez de Lema[5], Antonio Piñero Madrona[2]

[1]Hospital Universitario Virgen De La Arrixaca Cirugía General
[2]
[3]Hospital Universitario Virgen De La Arrixaca Bioestadistica
[4]Radiologia
[5]Ginecologia

Objetivos

En España, el cáncer de mama (CM) representa alrededor del 30% de todos los cánceres diagnosticados en mujeres. Se estima que en 2024 se diagnosticaron 36.395 nuevos casos, siendo el 80% de estos en mujeres postmenopausicas. En los últimos años ha existido un avance exponencial tanto en el diagnóstico como en el manejo de las pacientes pasando de las mastectomías radicales modificadas a la evaluación individual de las pacientes disminuyendo la morbilidad con una mejora de la supervivencia.

Objetivo: analizar las diferencias en dos periodos concretos, al inicio y final de dos décadas, en los aspectos diagnósticos y terapéuticos del carcinoma de mama.

Material y Métodos

Analizamos 2 grupos de pacientes, grupo 1 (G1) que incluye las mujeres intervenidas por CM entre los años 2003-2010 (n=96) y un segundo grupo (G2) que incluye las mujeres intervenidas entre 2018-2025[1] (n=163), con el fin de analizar el abordaje terapéutico en ambos grupos. Los factores analizados fueron: la edad, el número de gestaciones, lactancia, toma de ACO, hábito tabáquico, la presencia de antecedentes familiares, la

presentación de la enfermedad, el TNM (7ªV) la técnica quirúrgica con o sin reconstrucción, el grado de diferenciación, la presencia de invasión vascular, la IHQ y la necesidad o no de neoadyuvancia

Resultados

Hubo diferencias significativas en la realización de BSGC, 36% en el G1 vs 73% en el G2 (*p<0.001*). Respecto a la técnica quirúrgica, en el primer periodo la mastectomía radical se realizó en el 78% vs al 50% del G2 (*p<0.001*) indicándose en el primer periodo menos reconstrucciones 35% vs 52% del segundo periodo (*p<0.001*). Los estadíos en el G1 fueron más avanzados en el momento del diagnóstico (*p=0.003*) y aún así la QMT neoadyuvante se indició más frecuentemente [1] en el G2 (*p<0.001*).[2] No hubo diferencias en el resto de variables analizadas.

Conclusiones

El análisis de los 2 periodos muestra un cambio en los abordajes del CM siendo más conservadores e individualizados. En años anteriores se optaba por cirugía más radicales, en contraste con el segundo periodo en el que se impone "el menos es más" de forma más llamativa en el aspecto quirúrgico, siempre complementado con un tratamiento multidisciplinar abarcando todas las dimensiones del CM.

RES0159 Detección precoz de progresión metastásica única a través del programa psicocorporal Tango&mama: reporte de un caso clínico

Piedad Del Moral Ramírez[1], Luis Enrique Escudero Almazan[2], María Dolors Figueras Hernandez[3], Ariadna Roque Lloveras[4], Jose Luis Caro Cardera[5], Eugenio Canals Subirats[6], Frank Cortés Sarria[7], Diego Meza[8], Jose Manuel Marqueta[9]

[1]Hospital de Palamós cirugía general
[2]Hospital de Palamós Cirugia General
[3]Hospital de Palamós Radiologia
[4]Hospital Josep Trueta Oncologia
[5]Hospital Josep Trueta Neurocirugia
[6]Hospital Josep Trueta Radioterapia
[7]Hospital de Palamós Ginecologia
[8]Jefe de servicio de Ginecologia
[9]Ginecologia

Objetivos

- Presentar un caso clínico de progresión metastásica detectado precozmente mediante un programa novedoso de seguimiento con rehabilitación psicocorporal.

- Destacar el valor del programa tango&mama como herramienta terapéutica integral y de detección precoz en oncología.

Material y Métodos

Paciente de 57 años con carcinoma papilar sólido invasivo de mama izquierda (pT2pN0, 22 mm, G3, RH-, Her2+, Ki67 30%) Luminal

B. Fué tratada con tumorectomía, biopsia selectiva de ganglio centinela en 8/22 , quimioterapia (AC x4 ciclos + paclitaxel x12 ciclos) y radioterapia. A los 23 meses libre de enfermedad es diagnosticada de M1 vertebral única a través de programa tango&mama que había iniciado en 4/24.

Este programa psicocorporal consiste en sesiones grupales semanales de 120 minutos que combinan trabajo psicocorporal físico, mental y emocional mediante técnicas artísticas (literarias, pictóricas, teatrales, florales) y el uso terapéutico del baile de tango. Cada sesión incluye un diálogo psicoexpresivo final que permite una atención corporal semanal, sosegada y global .

Resultados

El 5/7/24 refirió dolor escapular derecho en el control oncológico. La atención del equipo permitió solicitar una ecografia de hombro preferente que fué normal y fué citada a nuevo control rutinario en septiembre.

Durante las sesiones de julio del programa, la paciente presentó dolor revelde a los analgésicos y a la lyrica e incapacidad para completarla.

El 30/7/24 la paciente no podía mantenerse en pie más de unos minutos por lo que se indicó tac urgente el 31/7/24 diagnosticándose metástasis única en D4 con ocupación medular. El 8/24 se realizó cirugía vertebral radical con biopsia compatible con M1. En octubre recibió radioterapia postoperatoria.

Gracias a la intervención precoz facilitada por el programa, se logró resección oncológica completa (R0) mejorándose el pronóstico. Se modificó el tratamiento sistémico a faslodex, ribociclib y fluvestrant. La paciente retomó el programa Tango&mama tres semanas después de la cirugía con óptima recuperación.

Conclusiones

- La medicina hospitalaria se beneficia de un enfoque integral del paciente.
- tango&mama ofrece un espacio terapéutico que favorece la detección de síntomas de alarma, mejora la adherencia al tratamiento y complementa el seguimiento clínico.
- El tango facilita la rehabilitación de la motilidad escapular y actúa como herramienta emocional a través del abrazo.
- Este programa psicocorporal es eficaz para la rehabilitación física, cognitiva y emocional, demostrando su utilidad como complemento en el abordaje oncológico integral.

RES0218 Biopsia BAV por RM mamaria: Nuestra experiencia inicial en la práctica clínica

Rihab Yousfi Jdelli[1], Pilar Lombao Gracia[2], Diego Soriano Mena[3], Madalina Scurt[3]

[1]Hospital Clínico Universitario de Valencia Radiodiagnóstico
[2]Hospital Clínico Universitario de Valencia

Radiodiagnóstico
[3]Hospital Clínico Universitario Valencia
Radiodiagnóstico

Objetivos

El objetivo de este estudio es analizar nuestra experiencia inicial con la biopsia asistida por vacío (BAV) mediante RM como prueba complementaria en el estudio de lesiones sospechosas y el beneficio que podría tener en la mejoría del diagnóstico de lesiones sospechosas por imagen.

Material y Métodos

En nuestro centro se realizaron un total de 24 BAV asistidas por RM desde enero 2024 hasta mayo 2025. Se indica el motivo por el cual se realiza la biopsia (ya sea como primera prueba por screening de alto riesgo o por estudio de extensión). Se analiza retrospectivamente la manifestación por imagen de las lesiones biopsiadas (tipo de realce y las curvas características). Finalmente se hace una correlación histopatológica de los resultados de la biopsia y la tasa de malignidad.

Resultados

La indicación principal para la realización de BAV por RM era tras el estudio de extensión y visualización de lesiones sospechosas (23/24, 95,8%) mientras que hubo una sola paciente sometida a dicha prueba por screening de alto riesgo (1/24, 4,1%). El tipo de realce más visto en la RM era tipo no masa (22/24, 91,6%) y dentro de este la distribución era: lineal (7/22, 31,8%), focal (8/22, 36,3% de los cuales 4/8, 50% eran en racimo), regional (3/22, 13,6%) y segmentario (4/22 18,1%). El realce tipo masas solo se vio en 2/24, 8,3% pacientes. Las curvas eran predominantemente tipo III (12/24, 50%), seguidas de tipo II (10/24, 41,6%) y por último tipo I (2/24, 8,3%).

El resultado histopatológico era mayoritariamente benigno B1-B2 (14/24, 58,3%) encontrando en mismo porcentaje la hiperplasia epitelial intraductal sin atipia, mastopatía fibroquistica y tejido sano (28,5%); riesgo alto B3a-B3b (3/24, 12,5%) siendo la lesión más vista el papiloma intraductal sin atipia (2/3 ,60%) y maligno B4-B5 (7/24, 29,1%) siendo el carcinoma ductal in situ (CDIS) la lesión más frecuente (6/7, 85,7%).

Conclusiones

Aunque nuestra experiencia es limitada y la cohorte de estudio escasa se ha visto que es una alternativa más en el diagnóstico de lesiones adicionales sospechosas por imagen y cada vez va en aumento. El resultado histológico muestra que hay una alta tasa de falsos positivos por lo que se ha de mejorar los criterios de inclusión y definir las lesiones altamente susceptibles para biopsiar mediante esta prueba.

RES0221 Papel de la mamografía con contraste en el seguimiento de pacientes con antecedentes de cáncer de mama: nuestra experiencia.

Katherine Fernanda Daqui Peñafiel[1], Pilar Fernández Yñiguez[1], Guadalupe Hernández Núñez-polo[2], Cristina Cristos Álvaro[2]

[1]Hospital Universitario De Torrejón Radiodiagnóstico
[2]

Objetivos

Evaluar la utilidad de la mamografía con contraste en el seguimiento y diagnóstico de recurrencias en pacientes con antecedentes de cáncer de mama.

Material y Métodos

El estudio es un análisis retrospectivo de la Mamografía con contraste realizada en 1570 pacientes con antecedentes de cáncer de mama entre 2019 y 2022 en nuestro servicio. La mamografía con contraste se realizó tras la administración de contraste yodado intravenoso y la adquisición de imágenes de alta y baja energía según el protocolo establecido previamente. Se evaluó la presencia de anomalías mamarias, su morfología, densidad y patrón de captación de contraste. Estos hallazgos se compararon con los resultados de Anatomía Patológica, considerados como prueba de referencia.

Resultados

Se realizaron 1570 mamografías con contraste. Se realizó más de una prueba en 2/3 de las pacientes. La mayoría presentó densidad mamaria tipo B-C y un realce parenquimatoso de fondo mínimo. Se realizaron 73 biopsias, obteniendo 23 resultados positivos para malignidad, 7 lesiones B3 y 43 con hallazgos benignos. Algunos de los hallazgos encontrados en la mamografía con contraste y posteriormente biopsiados no se visualizaron en la mamografía 2D.

Conclusiones

La mamografía con contraste ha demostrado ser una técnica muy útil en el seguimiento de pacientes con antecedentes de cáncer de mama, ya que permite el diagnóstico de recurrencias y tumores metacrónicos más pequeños. Al mismo tiempo, evita ecografías innecesarias y mejora la realización de las necesarias.

RES0246 Seguimiento a 10 años de pacientes con cáncer de mama inicial incluidas en el estudio SOUND

Gemma Gassó Perales[1], Alba Orive Boluda[1], Elisa Simarro Suárez[2], José Vila Vives[2], Francisco Ripoll Orts[3]

[1]Hospital Universitario y politécnico La Fe Ginecología. Unidad funcional de mama

[2]

[3]*Cirugía general. Unidad funcional de mama*

Objetivos

La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) constituye el estándar de referencia para la estadificación axilar en pacientes con cáncer de mama. El estudio SOUND (SentinelNode vs. Observation after Axillary Ultra-Sound) se diseñó con el objetivo de evaluar la no inferioridad de la omisión de la cirugía axilar en comparación con la BSGC en un grupo seleccionado de pacientes.

Material y Métodos

En 2025 se ha realizado una revisión retrospectiva de laspacientes diagnosticadas de cáncer de mama infiltrante que fueron reclutadas en nuestro centro como parte del estudio SOUND. Las pacientes, incluidas entre 2014 y 2016, presentaban tumores mamarios de tamaño inferior a 2 cm, axila ecográficamente negativa y, además, eran candidatas a cirugía conservadora de mama y radioterapia adyuvante La cohorte de estudio fue aleatorizada en una proporción 1:1 para recibir estadificación axilar mediante BSGC o para optar por un manejo no quirúrgico de la axila12.

El objetivo primario de esta revisión fue determinar la supervivencia libre de enfermedad (SLE) a los 8-10 años de seguimiento.

Resultados

Se incluyeron 20 pacientes con una media de edad al diagnóstico de 60 años (rango: 46-81 años). El 85% (n=17) mostraron tumores con receptores hormonales positivos, mientras que el 15% (n=3) correspondieron a tumores triple negativos. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las características tumorales entre los dos grupos de tratamiento. Todas las participantes fueron sometidas a cirugía conservadora y recibieron tratamiento adyuvante individualizado según las características de su tumor. Con una media de seguimiento de 8,8 años (rango: 8-10 años), se documentó una supervivencia libre de enfermedad del 100% en ambos grupos.

Conclusiones

Los hallazgos del ensayo clínico aleatorizado SOUND demuestran la no inferioridad del de manejo axilar conservador en comparación con la BSGC en pacientes seleccionadas. Nuestra revisión a diez años de la cohorte de pacientes locales refuerza esta evidencia, al no registrar recidiva local ni a distancia de la enfermedad durante el seguimiento.

RES0266 Factores clínicos asociados a supervivencia global en cáncer de mama luminal en práctica real.

Jorge García Ibáñez[1], Sara Barba Ortega[2], Rocío Abrisqueta Serrano[2], Maria Jesús González Villar[2], Eva Robisco Díaz[2], Laura Vicente Sagrado[2], Julia Jiménez Bartolomé[2], Laura Álvaro Valiente[2], Maria Consuelo Sanz

Ferrández[2]

[1]*Hospital Universitario 12 de Octubre Ginecología y Obstetricia. Unidad de Patología Mamaria.*
[2]

Objetivos

En la práctica clínica habitual, el pronóstico del cáncer de mama luminal depende de múltiples factores clínico-patológicos. Si bien las herramientas genómicas han adquirido protagonismo, los datos de vida real permiten identificar variables clásicas que aún conservan valor pronóstico. Este estudio analiza los factores clínicos asociados a la supervivencia global (SG) en una cohorte consecutiva de pacientes con subtipo luminal.

Material y Métodos

Se incluyeron 245 pacientes con cáncer de mama luminal tratadas entre 2015 y 2019 en el Hospital Universitario 12 de Octubre, con seguimiento actualizado y datos clínicos completos. Se analizaron curvas de Kaplan-Meier para SG según las siguientes variables: comorbilidad, índice ECOG, IMC, estado menopáusico, grado tumoral, Ki67, hormonoterapia, ganglios positivos, y tamaño tumoral. Se compararon mediante el log-rank test.

Resultados

La supervivencia global fue significativamente menor en pacientes con comorbilidades ($p < 0.001$), ECOG > 0 ($p < 0.001$), IMC elevado ($p = 0.016$), y grado tumoral 3 ($p = 0.032$). Asimismo, mostraron peor pronóstico las pacientes con Ki67 alto ($p = 0.001$), sin hormonoterapia ($p = 0.018$), con afectación ganglionar ($p = 0.005$) y tumores T2–T3 ($p = 0.013$). Por otro lado, variables como el estado menopáusico, la expresión de HER2, el subtipo molecular Prosigna™, y el tipo de quimioterapia recibida no mostraron asociación estadísticamente significativa con la supervivencia global.

Conclusiones

Diversos factores clínicos y patológicos mantienen una asociación significativa con la supervivencia global en pacientes con cáncer de mama luminal. Estos hallazgos refuerzan su valor en la estratificación pronóstica en la práctica real, especialmente en contextos donde no se dispone de tests genómicos. La evaluación integrada de comorbilidad, estado funcional y características tumorales sigue siendo clave en la toma de decisiones.

RES0271 Eventos clínicos en cáncer de mama luminal: ¿pueden los perfiles genómicos anticipar la evolución real de las pacientes?

Jorge García Ibáñez[1], Rocío Abrisqueta Serrano[1], Sara Barba Ortega[2], Fabiola Alonso Lamberti Zarauza[2], Sara Vázquez Ramos[2], Sara Martín Ponce[2], Santiago Baltar Cerero[2], Marta Gallego Álvarez[2], Maria Consuelo Sanz Ferrández[2]

[1]*Hospital Universitario 12 de Octubre Ginecología y Obstetricia. Unidad de Patología Mamaria.*
[2]

Objetivos

El avance de las plataformas genómicas ha transformado la forma en que se evalúa el riesgo de pacientes con cáncer de mama luminal. Más allá de la histología y los marcadores clásicos, estos perfiles ofrecen una aproximación biológica al comportamiento tumoral. El presente análisis se centra en valorar la correlación entre la estratificación genómica del riesgo y la aparición de eventos clínicos concretos, como la recaída o el fallecimiento, en un entorno asistencial real.

Material y Métodos

Se incluyeron 245 pacientes con cáncer de mama luminal diagnosticadas entre 2015 y 2019 en el Hospital Universitario 12 de Octubre, todas ellas con perfil genómico realizado mediante la plataforma Prosigna™.

Se establecieron tres grupos de riesgo según el índice de recurrencia (bajo, intermedio, alto). Se analizaron de forma agregada las tasas de recaída y fallecimiento en cada grupo. Para valorar la asociación entre el nivel de riesgo y los eventos clínicos se empleó la prueba de chi².

Resultados

Durante el seguimiento, se registraron 11 recaídas (4.5 %) y 3 fallecimientos (1.2 %). La distribución de recaídas fue similar entre los grupos: 4 casos en riesgo bajo (3.8 %), 3 en intermedio (3.9 %) y 4 en alto (6.5 %) (p = 0.69). En cambio, la mortalidad mostró una relación significativa con el perfil genómico: no hubo fallecimientos en el grupo de bajo riesgo, 1 caso en riesgo intermedio (1.3 %) y 2 casos en alto riesgo (3.2 %) (p = 0.049).

Conclusiones

A pesar del bajo número de eventos, los datos sugieren que la información genómica podría aportar valor pronóstico adicional, especialmente en la predicción de mortalidad. Aunque no se halló relación significativa con la recaída, la asociación observada con la supervivencia global respalda el uso del perfil molecular como herramienta complementaria en la evaluación del riesgo. Estudios en curso con datos longitudinales permitirán validar estos resultados mediante análisis de supervivencia más robustos.

RES0272 Impacto del patrón de recaída en la supervivencia global en cáncer de mama luminal.

Jorge García Ibáñez[1], Sara Barba Ortega[2], Rocío Abrisqueta Serrano[2], Araceli María Delgado Ojeda[2], Sara Martín Ponce[2], Laura Álvaro Valiente[2], Marta Gallego Guerrero[2], Maria Luisa Arroyo Vozmediano[2], Maria Consuelo Sanz Ferrández[2]

[1]*Hospital Universitario 12 de Octubre*

Ginecología y Obstetricia. Unidad de Patología Mamaria.
2

Objetivos

En pacientes con cáncer de mama luminal, la recurrencia sigue siendo un evento clínico clave que condiciona el pronóstico. Aunque la supervivencia global (SG) ha mejorado, el patrón de recaída (local o a distancia) puede tener implicaciones diferentes. Este estudio analiza la relación entre tipo de recaída y SG en una cohorte en práctica real.

Material y Métodos

Se incluyeron 245 pacientes con cáncer de mama luminal tratadas entre 2015 y 2019 en el Hospital Universitario 12 de Octubre. Se analizaron curvas de Kaplan-Meier para SG en función de: (1) presencia o no de recaída, (2) localización de la recaída (local vs. a distancia), y (3) tipo anatómico de recaída (ósea, visceral, otras). Las comparaciones se realizaron mediante log-rank test.

Resultados

Las pacientes que presentaron recaída tuvieron una supervivencia global significativamente menor que aquellas libres de enfermedad ($p < 0.001$). El patrón de recaída mostró un impacto pronóstico relevante: las recaídas a distancia se asociaron con una drástica reducción de la SG respecto a las recaídas locales ($p < 0.001$). Entre los tipos de recaída, las viscerales presentaron la peor supervivencia, seguidas de las óseas, mientras que las recaídas locales mostraron un comportamiento más favorable. Las diferencias se ilustran en la Figura 1, donde se evidencian los distintos patrones de evolución.

Conclusiones

La supervivencia global en cáncer de mama luminal está fuertemente condicionada no solo por la presencia de recaída, sino también por su tipo y localización. Las recurrencias a distancia, especialmente viscerales, definen un subgrupo de altísimo riesgo que podría beneficiarse de estrategias terapéuticas más intensivas o seguimiento personalizado. El análisis del patrón de recaída debe integrarse en la evaluación pronóstica tras el tratamiento prima.

RES0311 Impacto de la Omisión de Radioterapia en Pacientes con pCR Tras Quimioterapia Neoadyuvante en Cáncer de Mama Localmente Avanzado

Enrico Alberto Hernández Bascetta

Instituto Oncológico Luis Razetti Patología Mamaria

Objetivos

Evaluar la supervivencia global y libre de enfermedad en pacientes con carcinoma infiltrante de mama localmente avanzado que, pese a tener indicación médica para radioterapia adyuvante, no la recibieron por

causas no médicas, pero alcanzaron respuesta patológica completa (pCR) tras terapia sistémica primaria (TSP).

Material y Métodos

Estudio observacional, retrospectivo y comparativo con muestreo intencional no probabilístico. Se analizaron 77 pacientes con cáncer de mama localmente avanzado tratadas entre 2013 y 2017 en el Instituto de Oncología Luis Razetti, quienes recibieron TSP, cirugía y seguimiento oncológico sin radioterapia. Se excluyeron pacientes con enfermedad metastásica, tratamiento radioterapéutico previo, carcinomas in situ, multifocales o con datos clínicos incompletos. Se evaluaron variables clínicas, biológicas y terapéuticas, y se calcularon curvas de Kaplan-Meier para supervivencia global (SG) y supervivencia libre de enfermedad (SLE), así como asociaciones según inmunofenotipo y procedimiento axilar.

Resultados

La SG a 60 meses fue del 89,5 % y la SLE del 79,1 %. El inmunofenotipo con mayor SG fue el triple negativo (94,4 %), seguido de luminal A (92 %), luminal B (90,5 %) y Her2 (80,8 %). En términos de SLE, el triple negativo también lideró (87,8 %), seguido de luminal B (82,6 %), luminal A (79,4 %) y Her2 (62,5 %). El índice Ki67 promedio fue del 30 ± 25 %. La mayoría recibió quimioterapia basada en antraciclinas (83,3 %) y docetaxel (67,6 %). Sólo el 18,8 % de pacientes con Her2+ recibió trastuzumab. La cirugía más frecuente fue la mastectomía total (52,9 %). Se observó una SG superior en quienes se sometieron a biopsia del ganglio centinela frente a disección axilar (p = 0,038).

Conclusiones

Los resultados sugieren que, en pacientes con pCR tras TSP, la omisión no intencionada de radioterapia adyuvante no compromete la supervivencia en el corto a mediano plazo, incluso en escenarios de cáncer de mama localmente avanzado. Si bien no se recomienda prescindir de la radioterapia en la práctica clínica habitual, este estudio aporta evidencia relevante en contextos donde existen barreras de acceso al tratamiento.

La alta supervivencia observada se correlaciona positivamente con subtipos moleculares agresivos como el triple negativo, cuando se logra una pCR. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de estudios prospectivos multicéntricos que validen conductas adaptadas a la realidad latinoamericana y abran camino hacia una oncología más equitativa y personalizada.

RES0312 Omisión de Radioterapia en Pacientes con pCR Mamaria: ¿Una Alternativa Segura?

Enrico Alberto Hernández Bascetta

Instituto Oncológico Luis Razetti Patología Mamaria

Objetivos

Analizar la supervivencia global (SG) y libre de enfermedad (SLE) en pacientes con cáncer de mama localmente avanzado que, tras recibir terapia sistémica primaria (TSP) y alcanzar respuesta patológica completa (pCR), no recibieron radioterapia adyuvante por causas no médicas. El objetivo es determinar si esta omisión compromete los resultados oncológicos a mediano plazo y explorar la relación entre inmunofenotipo tumoral y desenlaces clínicos.

Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo y comparativo. Se incluyeron 77 pacientes con carcinoma infiltrante de mama localmente avanzado, tratadas con TSP, cirugía y seguimiento clínico oncológico, excluyendo aquellas con enfermedad metastásica, carcinomas in situ, tumores multifocales, antecedente de radioterapia o expedientes incompletos. Todas las pacientes alcanzaron pCR y tenían indicación médica formal de radioterapia, la cual no fue aplicada por razones administrativas o logísticas. Se recolectaron variables clínicas, biológicas y terapéuticas. Se calcularon curvas de Kaplan-Meier para SG y SLE a 60 meses, y se compararon desenlaces según tipo de cirugía axilar y subtipo molecular.

Resultados

La SG global fue del 89,5 % y la SLE del 79,1 % a cinco años. El inmunofenotipo triple negativo presentó la mayor SG (94,4 %) y SLE (87,8 %), seguido por los subtipos luminal A (92 % SG; 79,4 % SLE), luminal B (90,5 % SG; 82,6 % SLE) y Her2+ (80,8 % SG; 62,5 % SLE). Solo el 18,8 % de pacientes Her2+ recibió tratamiento con trastuzumab. El índice Ki67 promedio fue de 30 ± 25 %. La cirugía más frecuente fue la mastectomía total (52,9 %), y se observó una mejor SG en pacientes tratadas con biopsia de ganglio centinela frente a disección axilar radical ($p = 0,038$), lo que sugiere beneficios en la desescalada quirúrgica.

Conclusiones

En esta cohorte, la omisión no intencional de radioterapia en pacientes con pCR tras TSP no comprometió la supervivencia global ni la libre de enfermedad a mediano plazo. Estos resultados sugieren que la respuesta completa podría ser un marcador pronóstico suficiente en ciertos subtipos moleculares, particularmente en tumores triple negativos y Her2+, abriendo la posibilidad de estrategias de desescalada terapéutica individualizadas. A pesar de que la radioterapia sigue siendo un componente clave del tratamiento, estos hallazgos refuerzan la necesidad de investigación multicéntrica que evalúe su rol cuando se alcanza una pCR, especialmente en entornos donde el acceso a recursos terapéuticos es limitado.

RES0313 “Satisfacción del paciente y dolor crónico tras cirugía oncológica mamaria: impacto del protocolo ERAS y del bloqueo PECS

Isabel Rodríguez Piñero[1], Miriam De la Puente Yagüe[1], Juana Maria Brenes Sanchez[2], Ines Gil Prados[2], Jorge Ruiz Rodríguez[2], Blanca Gonzalez Palomares[2], Maria Herrera de la Muela[2]

[1]Hospital Clínico San Carlos Ginecología y Obstetricia
[2]

Objetivos

El dolor crónico postoperatorio y la satisfacción del paciente son elementos clave en la recuperación tras cirugía oncológica de la mama. La implementación de protocolos de rEnhanced Recovery After Surgery (ERAS) y el uso del bloqueo del nervio pectoral (PECS) han demostrado beneficios en el control del dolor agudo. Sin embargo, su impacto sobre el dolor crónico postoperatorio y la satisfacción del paciente no está completamente establecido.

Comparar el efecto del protocolo ERAS y de PECS sobre la aparición de dolor crónico postoperatorio y el nivel de satisfacción de las pacientes sometidas a cirugía oncológica de mama frente a aquellas pacientes que no han seguido el protocolo ERAS ni se ha realizado bloqueo PECS.

Material y Métodos

Estudio prospectivo observacional basado en una cohorte de pacientes intervenidas de cirugía mamaria oncológica en un hospital universitario. Se recogieron variables clínicas, demográficas y perioperatorias, así como las pacientes que siguieron el protocolo ERAS y las que recibieron bloqueos tipo PECS. Las variables principales fueron la presencia de dolor crónico a los 6 meses y el nivel de satisfacción reportado por las pacientes.

Resultados

Se incluyeron 72 pacientes. El cumplimiento del protocolo ERAS no se asoció a menor dolor crónico comparado con las pacientes que no seguían el protocolo ERAS, (70,2% vs 56%) sin embargo, sí que se asoció significativamente con una mayor satisfacción de las pacientes y una mayor percepción de participación en la toma de decisiones en comparación con las pacientes que no son sometidas a ERAS. (90% vs 46%) La aplicación del bloqueo PECS se asoció a menor incidencia de dolor postoperatorio a los 6 meses en comparación con la no realización del bloqueo (59,3% vs 87,5%)

Conclusiones

La implementación del protocolo ERAS y del bloqueo PECS en cirugía oncológica mamaria es segura y mejora la experiencia global del paciente. En particular, el cumplimiento del protocolo ERAS se relaciona con una mayor satisfacción y participación percibida. Aunque el efecto sobre el dolor crónico es limitado, estos hallazgos respaldan su integración sistemática en la práctica clínica.

RES0315 Aumenta el riesgo oncológico? Análisis de segundas neoplasias en 785 pacientes tratadas con hipofraccionamiento

Virginia García Reglero[1], Sara Vázquez González[1], Priscila Bernard Contreras[2], Luis Ramos García[3], Manuela Bermudez Zubiria[2], Alejandro Rodriguez Gutierrez[4], Jose David González Gómez[2], M Elena Garcia Alonso[4], Jose Enrique Baquedano Baquedano[4], Moises Mira Flores[4]

[1]H.U Arnau de Vilanova Oncologia Radioterápica
[2]Oncologia Radioterápica
[3]H.U Arnau de Vilanova Servicio de Radiofísica y Radioproteccion
[4]

Objetivos

El objetivo principal de este estudio es analizar la incidencia de segundas neoplasias en una cohorte de pacientes con cáncer de mama tratadas con radioterapia hipofraccionada moderada por cáncer de mama.

Se busca determinar si estas neoplasias están relacionadas con el tratamiento radioterápico recibido o si se corresponden con la incidencia esperada en la población general. Asimismo, se pretende identificar factores clínicos y demográficos —como la edad, comorbilidades o el hábito tabáquico— que puedan influir en el desarrollo de nuevas neoplasias, con el fin de aportar información útil para el seguimiento y la planificación a largo plazo del manejo de estas pacientes.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo de una cohorte de 785 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama y tratadas con radioterapia hipofraccionada moderada entre enero de 2016 y diciembre de 2022 en nuestro centro.El esquema de tratamiento fue de 40,05 Gy totales, administrados en fracciones de 2,67 Gy. Se recogieron variables clínicas como edad, comorbilidades (HTA, diabetes, obesidad) y hábito tabáquico. Se evaluó la aparición de segundas neoplasias durante el seguimiento y su localización.

Resultados

La edad media de las pacientes fue de 59 años (rango 22-89). El 30,95% presentaba hipertensión arterial, el 10,45% diabetes mellitus y el 7% obesidad. El 73,65% no eran fumadoras.

Durante el seguimiento (69 meses de media) se diagnosticó una segunda neoplasia en el 3,69% de las pacientes.Las localizaciones más frecuentes fueron: colorrectal (24,14%), pulmonar (17,24%) y ginecológica (15,52%).

No se encontró evidencia de asociación entre la radioterapia administrada y la aparición de estas neoplasias.

La edad mostró una mayor correlación con el desarrollo de segundas malignidades, manteniéndose las tasas dentro de los valores esperados en la población general.

Conclusiones

En nuestra cohorte, la aparición de segundas neoplasias no se relaciona con el tratamiento de radioterapia la frecuencia y distribución de estas neoplasias secundarias se mantiene dentro de lo esperado para la población general, lo que refuerza la seguridad del tratamiento utilizado.

Además, se observó que la edad desempeña un papel fundamental en el riesgo de aparición de nuevas neoplasias, independientemente del tratamiento oncológico recibido.

Estos hallazgos subrayan la importancia de un seguimiento clínico individualizado, que tenga en cuenta no solo los antecedentes terapéuticos, sino también el perfil de riesgo basal de cada paciente.

La identificación temprana de factores predisponentes podría mejorar la detección precoz y el abordaje de neoplasias secundarias, optimizando así los resultados a largo plazo en supervivientes de cáncer de mama.

RES0319 Radioterapia hipofraccionada: eficacia a largo plazo

Virginia Garcia Reglero[1], Sara Vázquez González[1], Priscila Bernard Contreras[2], Luis Ramos García[3], Jose David González Gómez[4], Manuela Bermudez Zubiría[2], Alejandro Rodriguez Gutierrez[2], M Elena Garcia Alonso[2], Jose Enrique Baquedano Baquedano[2], Moises Mira Flores[2]

[1]H.U. Arnau de Vilanova Oncología Radioterápica
[2]
[3]H.U. Arnau de Vilanova Servicio de radiofísica
[4]Oncología Radioterápica

Objetivos

El presente estudio tiene como objetivo principal evaluar las tasas de recaída locoregional y a distancia, así como la supervivencia global y específica por cáncer, en una cohorte de pacientes con cáncer de mama tratadas con radioterapia hipofraccionada moderada. Se busca analizar el comportamiento clínico a largo plazo del tratamiento y determinar los tiempos promedio hasta la aparición de recaídas para aportar evidencia sobre la eficacia y seguridad de este esquema terapéutico.

Material y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo observacional con seguimiento medio de 69,6 meses en 785 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama entre 2016 y 2022, tratadas

en nuestro centro con radioterapia hipofraccionada moderada (40,05 Gy en fracciones de 2,67 Gy). Se registraron eventos de recaída locorregional, recaída a distancia, mortalidad global y mortalidad específica por cáncer de mama. Se definió recaída locorregional como la reaparición tumoral en la mama afectada o áreas ganglionares. Las recaídas a distancia incluyeron metástasis óseas, hepáticas, pulmonares y en sistema nervioso central. Se calcularon las tasas y los tiempos medios hasta la aparición de cada evento.

Resultados

Tras un seguimiento medio de 69,6 meses, el 3,31% de las pacientes presentó recaída locorregional, con el 80,77% de estas recaídas en la mama afectada y el 19,23% en áreas ganglionares. El tiempo medio hasta la recaída locorregional fue de 31,4 meses (rango 3,1-98,1 meses). La tasa de recaída a distancia fue del 7,13%, siendo las metástasis óseas, hepáticas, pulmonares y del sistema nervioso central las más frecuentes, con un tiempo medio de aparición de 31,9 meses (rango 3,2-82,2 meses). La mortalidad global fue del 4,2%, y la mortalidad específica por cáncer de mama del 2,45%. La tasa de supervivencia libre de enfermedad alcanzó un 92,8%.

Conclusiones

Los resultados evidencian una baja tasa de recaídas locoregionales y a distancia en pacientes tratadas con radioterapia hipofraccionada moderada, con tiempos de aparición de eventos consistentes con la literatura. La elevada tasa de supervivencia libre de enfermedad y la baja mortalidad específica refuerzan la eficacia y seguridad de este esquema terapéutico en el manejo del cáncer de mama. Estos datos confirman que la radioterapia hipofraccionada es una alternativa válida y efectiva, contribuyendo a mejorar el pronóstico y calidad de vida a largo plazo. El seguimiento clínico debe mantenerse atento a la detección temprana de recaídas, especialmente en los primeros tres años tras el tratamiento, donde se concentran la mayoría de los eventos

RES0350 Prevalencia de cardiotoxicidad y disfunción diastólica en un hospital referente en carcinoma de mama.

Antonio Stacey Solis, Nicolas Colombo Vina, Laura Blanco Verdejo, Celia Rillo Mena, Patricia Oliván Sasot, Tomás Mut Dólera, Héctor Rodriguez Parra, Aurora Crespo-Jara, María del Puig Cozar Santiago, Rafael Díaz Expósito

Objetivos

Este estudio se propuso como objetivo principal determinar la prevalencia de cardiotoxicidad en pacientes con carcinoma de mama, en nuestro centro de referencia de la Comunidad Valenciana, que recibieron o estaban programados para recibir quimioterapia. Y como objetivos secundarios, establecer la prevalencia de disfunción diastólica en nuestra población, y en el grupo con cardiotoxicidad, analizar el tiempo de

latencia entre la aparición de la disfunción diastólica y sistólica como posible predictor temprano, así como su impacto en el manejo clínico.

Material y Métodos

Realizamos un análisis retrospectivo de ventriculografías isotópicas de equilibrio "in vivo" obtenidas entre enero de 2023 y febrero de 2025. Se incluyeron todos los pacientes enviados a nuestro servicio diagnosticadas con carcinoma de mama. La disfunción diastólica se definió como una tasa de llenado máximo (PFR) < 2.5 volúmenes diastólicos finales/segundo (EDC/sec) y/o un tiempo al llenado máximo (TPFR) > 180 mseg. La cardiotoxicidad se estableció como un descenso de al menos el 10% del valor basal de la fracción de eyección (FE) y un valor final inferior al 50%.

Resultados

Se analizaron un total de 847 estudios de 450 pacientes, de los cuales 139 contaron con al menos un estudio de seguimiento. Se evidenció disfunción diastólica en 369 estudios representando un 48,2% de la muestra. El diagnóstico de cardiotoxicidad se realizó en 16 pacientes, lo que representa el 11.5% de la muestra. De éstos, 15 pacientes (93.7%) presentaron disfunción diastólica de forma previa a la disfunción sistólica. El tiempo de latencia promedio entre la disfunción diastólica y sistólica fue de 156 días (rango: 24 a 568 días). Estos hallazgos sugieren que la disfunción diastólica podría ser un predictor temprano de cardiotoxicidad. Es importante destacar que el 87.5% de los pacientes (14/16) diagnosticados con cardiotoxicidad suspendieron la quimioterapia, lo que resultó en una posterior recuperación de su fracción de eyección. Los dos pacientes restantes no suspendieron la quimioterapia y lamentablemente fallecieron debido a la progresión de su patología de base.

Conclusiones

La prevalencia de cardiotoxicidad en nuestra población fue del 11.5%, lo que reitera la importancia de esta complicación en pacientes con carcinoma de mama tratados con quimioterapia. La disfunción diastólica emerge como un posible marcador precoz de cardiotoxicidad, con un tiempo de latencia variable antes de la aparición de la disfunción sistólica. Estos resultados subrayan la necesidad de incorporar la valoración diastólica en la monitorización temprana de esta población para prevenir y detectar precozmente complicaciones cardiovasculares graves.

RES0357 Valoración de las Derivaciones de Pacientes con Dolor Postoperatorio desde la Unidad de Mama a la Clínica del Dolor en 2024: Tiempo de Espera y Oportunidades de Mejora

Marta Lourdes González Fuaigües[1], Laura Arbones Cid[1], Jordi Mele Olive[2], Pilar Carrasco Ruperez[2], Monica Trillo Garcia[2], Esther Morera Morillo[2], Pilar Biela Ferreiro[2], Serafin Morales Murillo[2], Ariadna Gasol

Cudos[2]

[1]Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida Unitat Funcional de Patología Mamaria - Cirurgia General
[2]

Objetivos

El dolor crónico postquirúrgico tras cirugía de mama puede tener un impacto significativo en la recuperación y calidad de vida de las pacientes. La derivación a unidades especializadas en dolor es esencial para su manejo adecuado. Sin embargo, los tiempos de espera y la capacidad asistencial influyen directamente en la eficacia de dicha intervención.

Objetivo:
Analizar los tiempos de espera y eficiencia del proceso de derivación de pacientes operadas en la Unidad de Mama a la Clínica del Dolor durante el año 2024, identificando áreas de mejora en la coordinación y gestión asistencial.

Material y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes derivadas por dolor persistente tras cirugía mamaria. Se analizaron tres casos, documentando fecha de derivación, fecha de visita y tiempo de espera. Se calcularon promedios, rangos y se identificaron factores que podrían haber influido en la demora.

Resultados

El tiempo medio de espera entre derivación y visita fue de 21,5 días en los casos ya atendidos, aumentando a 37,3 días al incluir un caso aún pendiente de visita. Se observó una gran variabilidad entre el tiempo mínimo (11 días) y el máximo proyectado (69 días). Las posibles causas incluyeron la limitada disponibilidad de citas y la ausencia de criterios claros de priorización entre casos urgentes y diferibles.

Conclusiones

Aunque la atención en la Clínica del Dolor fue razonablemente rápida en algunos casos, se evidencian demoras excesivas que podrían comprometer el abordaje eficaz del dolor postquirúrgico. Se recomienda revisar los protocolos de derivación, establecer un sistema de priorización basado en la gravedad clínica y considerar una ampliación de recursos para garantizar una atención más ágil y equitativa. Asimismo, es fundamental implementar un seguimiento precoz postoperatorio para identificar precozmente signos de dolor persistente, especialmente en procedimientos complejos como linfadenectomías o mastectomías reconstructivas.

RES0358 Modelo de Atención a Largas Supervivientes de Cáncer de Mama

Marta Lourdes González Duaigües[1], Laura Arbones Cid[1], Jordi Mele Olive[1], Monica Trillo Garcia[2], Esther Morera Morillo[2], Pilar Carrasco Ruperez[2], Ariadna Gasol Cudos[2], Noemi Tuset Der-Abrain[2], Pilar Biela

Ferreiro[2], Carles Canosa Morales[2]

[1]Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida Unitat Funcional de Patología Mamaria - Cirurgia General
[2]

Objetivos

Introducción:
El aumento de la supervivencia al cáncer de mama ha generado un creciente grupo de pacientes consideradas largas supervivientes (LSV), que requieren una atención más allá de la curación oncológica. Estas pacientes necesitan seguimiento clínico, prevención secundaria, y abordaje de secuelas físicas y psicosociales que impactan su calidad de vida. Actualmente, los modelos tradicionales presentan fragmentación y duplicidad asistencial.

Objetivo:
Desarrollar e implementar un modelo estructurado de atención compartida entre atención primaria y hospitalaria dirigido a mujeres largas supervivientes de cáncer de mama, con el fin de garantizar un seguimiento clínico eficiente, personalizado y centrado en la paciente.

Material y Métodos

Se diseñó una estrategia asistencial basada en la creación de una guía de práctica clínica territorial, con aplicación en la región sanitaria de Lleida (~475.000 Habitantes). El modelo incluye:

- Estratificación de pacientes por riesgo.
- Rutas asistenciales y canales de comunicación bidireccional entre niveles.
- Itinerarios clínicos estandarizados.
- Formación específica para profesionales implicados.
- Herramientas educativas para pacientes.
- Inclusión de indicadores de evaluación asistencial y de satisfacción.

Resultados

Resultados esperados:

- Reducción de visitas innecesarias y pruebas duplicadas.
- Atención homogénea y equitativa en todo el territorio.
- Mejora en la detección y manejo de efectos tardíos del tratamiento.
- Mayor empoderamiento de la paciente y participación activa en su seguimiento.
- Optimización de recursos sanitarios y mejor coordinación interinstitucional.

Conclusiones

La implementación de este modelo asistencial estructurado representa una evolución en el cuidado postoncológico de las LSV, permitiendo una transición eficaz desde la atención especializada al ámbito comunitario. Este enfoque integrador favorece una atención

sostenible, continua y humanizada, susceptible de ser replicada en otras regiones del sistema nacional de salud.

RES0362 Implementación de un programa de ejercicio físico en pacientes con cáncer de mama: experiencia inicial de un grupo multidisciplinar

Beatriz Rojas García[1], María Galan Gramaje[1], Ana María Luna Barrera[2], Ana Pastor Planas[3], Raquel Bratos Lorenzo[2], Estela Vega Alonso[2], Minerva Naranjo Ramos[4], Beatriz Fuertes Suarez[3]

[1]HM Sanchinarro CIOCC (Centro Integral Oncológico Clara Campal)
[2]
3 Cardiología
4 CAFID

Objetivos

Presentar la implementación de un grupo de trabajo multidisciplinar centrado en el fomento de la actividad física en pacientes con cáncer de mama, así como describir los primeros resultados clínicos y funcionales obtenidos tras la participación en un programa estructurado de ejercicio.

Material y Métodos

Se ha desarrollado el programa Cardio ACTIVATE en el marco de una colaboración entre oncología médica, cardiología y fisioterapia, dirigido a pacientes con cáncer de mama tras la finalización de los tratamientos oncológicos. La intervención consiste en un programa de ejercicio físico supervisado, adaptado a las características individuales y comorbilidades de cada paciente, con una duración de 12 semanas. Se recogen variables demográficas, clínicas y analíticas antes y después de la intervención, incluyendo capacidad funcional (METS), parámetros metabólicos (glucosa, LDL), función cardiaca (FEVI) y peso corporal.

Resultados

Hasta la fecha, han participado 25 pacientes (edad media: 57 años), con predominio de tumores HR+ y HER2+. El 60 % de las participantes referían estilo de vida sedentario previo. Tras completar el programa, se ha observado una mejoría significativa en la capacidad funcional, con un incremento medio en METS del 20 %. Se ha registrado una tendencia a la reducción de glucosa basal y niveles de LDL, así como estabilidad de la función cardiaca (FEVI). No se han reportado eventos adversos relevantes durante el seguimiento.

Conclusiones

El programa Cardio ACTIVATE ha demostrado ser factible, seguro y bien aceptado por las pacientes con cáncer de mama, logrando una mejora en la capacidad funcional y parámetros metabólicos. La implementación de programas de ejercicio físico supervisado debería considerarse como parte del abordaje integral en pacientes con cáncer de mama.

RES0386 Redefiniendo el seguimiento de las pacientes con cáncer de mama: estrategias para una atención integral.

Laura Filardi Fernández[1], Gloria Palomares Ortiz[1], Francisco José Ramos Soler[1], Luis Carrasco González[1], Natalia Bernal Garnés[2], Antonio Calvo Córdoba[1], José Aguilar Jiménez[1], Elisa García Garre[3], Julián Alcaraz Martínez[4], Victoriano Soria Aledo[1]

[1]Hospital General Universitario Morales Meseguer Cirugía General y del Aparato Digestivo
[2]Hospital General Universitario Morales Meseguer Radiología
[3]Hospital General Universitario Morales Meseguer Oncología
[4]Hospital General Universitario Morales Meseguer Coordinador de calidad

Objetivos

El cáncer de mama (CM) representa el tumor más frecuente en mujeres. Se estima que afecta a 1 de cada 8 mujeres a lo largo de su vida. La implementación del cribado del CM ha influido en el aumento de su prevalencia. Esto se refleja en un aumento de la presión asistencial hospitalaria, mermando la asistencia a la patología aguda. El seguimiento a largo plazo requerido por estas pacientes no incluye a los médicos de Atención Primaria (AP), quedando estos sin contacto con estas pacientes durante largas temporadas.

El Objetivo Es Optimizar La Continuidad Asistencial De Las Pacientes Con Cm, Evolucionando El Seguimiento Actual Hacia Un Seguimiento Compartido Con Ap.

Material y Métodos

Análisis del proceso de seguimiento de las pacientes con CM e identificación de áreas de mejora. Mediante un equipo multidisciplinar, se han propuesto soluciones de mejora para facilitar la estandarización del seguimiento. Las pacientes con cáncer de mama lozcalizado (CML) son candidatas ideales para una atención compartida.

Resultados

Como planes de mejora, se han diseñado protocolos de seguimiento entre las distintas especialidades y niveles asistenciales. El protocolo de seguimiento por imagen habitual de pacientes intervenidas se realiza con mamografía bilateral anual. Se propone para aquellas con prótesis mamarias lo siguiente:
En prótesis prepectorales, realizar RM de mama con contraste intravenoso anual, obviando la mamografía unilateral al incluir ambas mamas. En prótesis retropectorales, mamografías unilaterales.

Previo al alta hospitalaria realizar mamografía anual unilateral. RM de mama con contraste intravenoso a los 3 o 5 años. Si el alta hospitalaria se decide a los 10 años, hacer una RM inicial el quinto y décimo año antes del alta.

El seguimiento por parte de AP incluye mamografía anual unilateral. Si la mujer fue dada de alta a los 3 o 5 años, pedirán una RM adicional a los 10 años. Tras esto, realizar una mamografía unilateral anual.

Otros puntos incluyen la mejora y automatización de los informes de oncología dirigidos a AP, optimización del circuito de derivación preferente hospitalario si hay sospecha de recaída y el desarrollo de un plan formativo para el personal de AP.

Conclusiones

Aunque este proyecto está en desarrollo, se espera que su implementación mejore la accesibilidad oncologica, permitirá una re-entrada más adecuada al circuito hospitalario si hay sospecha de recaída y potenciará la continuidad y calidad asistencial a corto, medio y largo plazo para las pacientes con CML.

RES0407 Cuando lo Externo se Vuelve Interno: El Rol del Material Exógeno en Cirugía Mamaria

José Juan Molina Najas[1], Florentina Guzmán Aroca[1], Emma Iborra Lacal[2], María Eulalia García Solano[2], Marcos Sánchez Martínez[3]

[1]Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca Radiodiagnóstico
[2]Anatomía Patológica
[3]

Objetivos

- Describir las diferentes reacciones a cuerpo extraño en la mama tras cirugías oncológicas y reconstructivas.

- Conocer las manifestaciones radiológicas asociadas a la aparición de cuerpos extraños tras la utilización de material de hemostasia, como el polímero de celulosa oxidada conocido como Surgicel®, gasas o por material de sutura reabsorbible.

- Proporcionar pautas para el diagnóstico radiológico y manejo clínico de estas reacciones a través de estudios de imagen.

Material y Métodos

Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura médica y se recopilaron datos clínicos de pacientes sometidas a cirugía mamaria. Se analizaron los casos de reacciones a cuerpo extraño, incluyendo inflamación, fibrosis y formación de granulomas. Las técnicas de imagen utilizadas para el estudio incluyeron mamografía, ecografía y resonancia magnética (RM). Se documentaron las características radiológicas específicas de cada tipo de reacción y se desarrollaron recomendaciones prácticas basadas en la experiencia clínica.

Resultados

Las reacciones a cuerpo extraño en la mama pueden presentar una gran variedad de manifestaciones clínicas y radiológicas, en función del material extraño y pueden imitar nódulos, provocar abscesos e incluso fístulas

en la piel. Con respecto a los hallazgos radiológicos, la mamografía puede mostrar nódulos de alta densidad o asimetrías focales, mientras que la ecografía puede revelar masas hipoecoicas con material hiperecogénico en su interior. La RM es crucial para diferenciar entre reacciones benignas y posibles recidivas tumorales.

La biopsia con aguja gruesa (BAG) se erige como una herramienta diagnóstica valiosa que permite la identificación de fragmentos de celulosa oxidada y la presencia de una reacción granulomatosa, lo cual ayuda a distinguir estas lesiones de recidivas tumorales o abscesos.

Conclusiones

Las reacciones a cuerpos extraños en la mama constituyen una entidad poco frecuente con la que el radiólogo de mama no suele estar familiarizado, y que pueden simular recidiva tumoral. No existe literatura publicada respecto a la aparición de lesiones pseudotumorales en la mama secundarias al empleo de material hemostático como Surgicel®, lo que subraya la necesidad de una mayor concienciación y estudio de estas complicaciones. La adecuada valoración de la historia clínica de la paciente y del protocolo quirúrgico mamario, así como una comunicación fluida entre radiólogos, cirujanos de mama y anatomopatólogos, son fundamentales para asegurar un diagnóstico preciso de estas lesiones, y así reducir la ansiedad en las pacientes.

RES0412 Discordancia fenotípica en cáncer de mama: reporte de caso clínico

Sandra Canales Martínez, Jimena Bayón Pascual, Lidia Casamayor del Nogal, Mónica Simón de la Fuente, Victoria Pascual Escudero, Susana Cortés Pérez, Paula Suárez Mansilla, Ester Rodriguez Flórez, Mónica Consuelo Horstmann Sendagorta, Sandra De Arriba Martín

Hospital Clínico Universitario de Valladolid
Obstetricia y ginecología

Objetivos

Presentar el caso clínico de una paciente con cáncer de mama en estadio temprano, que desarrolló una oligometástasis vertebral con discordancia fenotípica, y discutir su implicancia clínica y terapéutica.

Material y Métodos

Los datos clínicos se extrajeron de la historia médica de la paciente.

Resultados

Mujer de 47 años derivada por mamografía de cribado con hallazgo BIRADS 4 en mama derecha (MD), con agrupación de microcalcificaciones. Sin antecedentes quirúrgicos relevantes ni patología mamaria previa. En la exploración física se palpó un nódulo de 1.5 cm en MD, con axila negativa; MI sin nódulos ni adenopatías. La biopsia con

aguja gruesa evidenció un carcinoma ductal infiltrante triple negativo (RE <1%, RP negativo, Her2 negativo, Ki67 25%). TAC sin imágenes sugestivas de metástasis.

Se realizó cirugía conservadora con biopsia de ganglio centinela (negativo). La anatomía patológica (AP) definitiva reveló un carcinoma infiltrante moderadamente diferenciado con componente intraductal de alto grado (RE (50-60%) ,RP (< 1%), ki67 (30%)) y márgenes afectos, por lo que se realizó ampliación de márgenes con AP de carcinoma intraductal de 2mm con bordes libres.

Diagnóstico: carcinoma ductal infiltrante triple negativo con carcinoma intraductal asociado luminal b (pt1bn0). recibió tratamiento adyuvante con quimioterapia (antraciclinas y taxanos), radioterapia y hormonoterapia con tamoxifeno.

A los dos años, presentó dolor cervical por lo que se le realizó:

- Gammagrafía ósea: depósito patológico del radiotrazador de elevada captación en cuerpo vertebral de D3.

- SPECT-TC: lesión lítica sugestiva de metástasis ósea en cuerpo vertebral de D3.

Ante la sospecha diagnóstica se realizó RMN con una lesión lítica en D3 compatible con metástasis que ocasiona una pérdida de altura de 30%. TAC: Sin signos de diseminación a distancia. Biopsia ósea confirmó un carcinoma ductal infiltrante luminal B, Her2 positivo, evidenciando una discordancia fenotípica respecto al tumor primario. Se trató como oligometástasis con radioterapia estereotáctica (SBRT), quimioterapia (docetaxel y carboplatino), y doble bloqueo anti-HER2 (trastuzumab y pertuzumab), logrando respuesta completa. La paciente continuó con hormonoterapia (letrozol), suspendiéndose progresivamente la terapia dirigida. Actualmente mantiene respuesta metabólica completa.

Conclusiones

Este caso evidencia una transformación fenotípica tumoral entre tumor primario y metástasis, fenómeno documentado hasta en el 40% de los casos. El cambio de expresión de receptores hormonales y HER2 tiene importantes implicancias terapéuticas, ya que permite ajustar el tratamiento a nuevos perfiles moleculares. Este caso subraya la necesidad de biopsiar las metástasis cuando sea factible, ya que la estrategia terapéutica puede variar significativamente. La oligometástasis con respuesta completa sostenida refuerza la relevancia de un enfoque personalizado y multidisciplinario.

RES0422 Análisis de las recidivas locales en el periodo entre 2022 y 2024

Carmen Pintado Izquierdo[1], Marta Pérez de Aguado[2], Isabel Pérez Martínez[2], Cosme Velasco Muñoz[2], Alicia Ramirez Castan[2], María de la Salud Arellano Hermida[2], Marcos Meléndez Gispert[2], Jose Ignacio Sánchez Méndez[2]

[1]*Hospital Universitario La Paz Obstetricia y Ginecología*
[2]

Objetivos

La aparición de una recidiva local en una paciente con antecedente de cáncer de mama, adecuadamente tratado y en remisión completa, supone sin duda un gran impacto tanto emocional como pronóstico.

Material y Métodos

Realizamos un estudio retrospectivo observacional de las pacientes atendidas en nuestro centro entre 2022 y 2024 por presentar una primera recidiva local (en la misma mama). Se excluyeron aquellas que además eran metastásicas. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS v28.

Resultados

Se incluyeron un total de 72 pacientes con una edad media en el momento de la recidiva de 65,6 años (±13,7). Esto supone un 6,5% respecto al número de nuevos casos en el mismo periodo de tiempo, con una distribución totalmente homogénea en los distintos años (33,3%). El 78,9% (60) de los tumores originales fueron infiltrantes y el resto in situ.Entre los infiltrantes el subtipo histológico más frecuente fue el ductal infiltrante (80,0%), con moderado grado de diferenciación (50,0%), y fenotipo Luminal (73,1).Tan sólo 2 casos fueron HER2 positivos (3,8%).El tratamiento inicial fue conservador en la mayoría de las pacientes (80,3%), de los cuales en 3 casos se realizó crioablación, y en 1 sólo linfadenectomía por tratarse de un carcinoma oculto.La mediana de tiempo hasta la recidiva fue de 123,9 meses (RIC 47,9–198,8). No encontramos diferencias entre in situ e infiltrantes (p=0,25), pero sí en cuanto al fenotipo tumoral (SG 2013) en donde los CMTN mostraron un significativo menor número de meses hasta la recidiva (mediana 41,0 – RIC 20,6-63,1). Tanto el carcinoma de mama original infiltrante como el in situ recidivan mayoritariamente como infiltrantes, 86,0 y 86,7% respectivamente. En conjunto, el 40,0 % (26) lo hacen en forma de un tumor más agresivo, si bien no hay diferencias en los valores de Ki67.El 38,5% (25) en tumores de similar agresividad y tan sólo el 21,5% (14) de menor agresividad.En cuanto al tratamiento quirúrgico de la recidiva, se pudo volver a realizar tratamiento conservadora en el 50% (29) de los casos en los que se había hecho en el primer tumor.El 37,9% (11) de ellos mediante crioablación.

Conclusiones

La aparición de recidivas locales tras un correcto tratamiento del cáncer de mama supone un evento no deseado que es preciso tener monitorizado para poder reflexionar sobre sus posibles causas y actuar en consecuencia con el objetivo de minimizarlo. Suceden de forma significativamente más precoz según sea la agresividad del tumor original,y la mayoría lo hacen en forma de lesión igual o más agresiva.

Tratamiento del cáncer de mama en estadios iniciales

RES0009 427 razones para cambiar la localización quirúrgica de lesiones mamarias no palpables.

Julieta Puente Monserrat[1], Marcos Adrianzén Vargas[1], Vicente López Flor[2], Ernesto Muñoz Sornosa[2], Mariela Flores Fuentes[3], Diego Soriano Mena[3], Octavio Burgués Gasión[4], Liria Terrádez Mas[4], Begoña Bermejo de Las Heras[5], Elvira Buch Villa[1]

[1]Hospital Clínico Universitario de Valencia. Cirugía General y del Aparato Digestivo
[2]Hospital Clínico Universitario de Valencia Cirugía General y del Aparato Digestivo
[3]Hospital Clínico Universitario de Valencia Radiología
[4]Hospital Clínico Universitario de Valencia Anatomía patológica
[5]Hospital Clínico Universitario de Valencia. Oncología médica

Objetivos

Evaluar la eficacia, seguridad y rendimiento clínico del sistema de localización prequirúrgica SCOUT® en lesiones mamarias no palpables, analizando su impacto en márgenes quirúrgicos, tasa de detección intraoperatoria, desactivaciones del dispositivo y necesidad de reintervención.

Material y Métodos

Estudio de cohorte retrospectivo realizado entre enero de 2023 y mayo de 2024 en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron 427 pacientes sometidas a cirugía mamaria conservadora tras localización con semilla SCOUT® de lesiones no palpables, tanto en la mama como en la axila, instauradas en el momento de la biopsia diagnóstica. Se recogieron variables clínicas (edad, tipo de lesión, localización, uso de neoadyuvancia), técnicas (detección del SCOUT®, desactivaciones, artefactos en RMN), y resultados quirúrgicos (márgenes afectos, reintervención). Las variables cualitativas se analizaron mediante frecuencias y porcentajes, y las cuantitativas mediante media y desviación estándar. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS versión 26.

Resultados

La cohorte estuvo compuesta por 427 pacientes, con edad media de 58 años (DE 12,7). El 88,5% presentaron patología maligna y el 11,5% lesiones benignas. En el 100% de las localizaciones axilares se detectó correctamente la semilla intraoperatoriamente. En mama, la tasa de detección fue del 98,09% (411/419), con una tasa de no detección del 1,91%. Se registraron cinco casos de desactivación del SCOUT® (1,17%), que fueron resueltos con éxito mediante palpación directa o ecografía, salvo en dos casos que requirieron marcaje alternativo. En cuatro pacientes (1,59%) se observaron artefactos en la RMN tras la

colocación del SCOUT®, que no interfirieron en el diagnóstico ni en la valoración del área quirúrgica. Un total de 31 pacientes (8,3%) presentaron márgenes afectos, y se reintervino a 22 (5,9%). Esta tasa representa una mejora frente al 12% registrado en la misma institución en años previos. De las pacientes con patología maligna, el 14,5% recibió tratamiento neoadyuvante y el SCOUT® se mantuvo funcional para la cirugía posterior.

Conclusiones

El sistema SCOUT® ha demostrado ser una herramienta segura y eficaz para la localización de lesiones mamarias no palpables. Su alta tasa de detección, bajo riesgo de desactivación y compatibilidad con técnicas de imagen como la RMN lo posicionan como una alternativa superior a los métodos tradicionales. La reducción en márgenes positivos y reintervenciones respalda su utilidad clínica en cirugía conservadora de mama. En nuestra experiencia, a pesar de su coste, los beneficios quirúrgicos y logísticos justifican su implementación en centros en los que se realiza cirugía mamaria.

RES0017 Necesidad de valoración del ganglio centinela en los carcinomas ductales in situ de mama: Un estudio retrospectivo en pacientes con diagnóstico prequirúrgico de carcinoma ductal in situ**.**

Sonia Martínez Alcaide[1], Carlos Macián Arnau[2], Pedro Juan González Noguera[2], María José Enguix Soriano[2]

[1]Hospital de La Ribera Cirugía General y del Aparato Digestivo
[2]Hospital de La Ribera Cirugía General

Objetivos

1. Determinar factores clínicos, radiológicos y patológicos asociados con la afectación del ganglio centinela en cdis.
2. Analizar las recidivas y supervivencia de las pacientes incluidas en nuestra muestra.
3. Evaluar la relevancia de realizar la bsgc en el tratamiento de cdis.

Material y Métodos

Se trata de un análisis retrospectivo observacional de pacientes consecutivas diagnosticadas en nuestro hospital de CDIS mediante biopsia, a las que se realizó BSGC, entre enero del año 2000 y junio del 2014. El seguimiento posterior se realizó hasta junio de 2024. La técnica inicial de análisis del ganglio centinela fue con cortes por congelación y, a partir de 2009, mediante el método OSNA.

Resultados

- Se incluyeron 148 tumores con diagnóstico inicial de carcinoma ductal in situ (CDIS).

La afectación del ganglio centinela fue observada en el 14,9% de los casos con diagnóstico de CDIS en la biopsia inicial. En el 1,4% se identificaron macrometástasis,

pero no se observó afectación adicional de ganglios en la linfadenectomía axilar.

El diámetro tumoral tiene una asociación significativa con GC+ (p=0.0079, test exacto de Fisher). Todos los tumores con ganglio centinela positivo (GC+) presentaban un tamaño igual o superior a 11 mm.

Se observó una mayor proporción de invasión linfovascular (ILV) en los tumores con GC+.

Los Tumores Con Gc+ Presentaron Una Menor Proporción De Tumores Grado 1, Y Una Mayor Proporción De Tumores De Grado 2 Y 3.

De los 148 casos incluidos en el estudio, 2 pacientes presentaron un tumor contralateral y 2 fallecieron por otras causas. la supervivencia global fue del 98,6%, con una mortalidad global del 2,4% y una mortalidad específica por cáncer de mama del 0%. durante el seguimiento, un 2,4% de las pacientes desarrollaron un tumor contralateral. no se reportaron recidivas locorregionales en la misma mama ni en la axila, ni metástasis a distancia en ninguna paciente.

Conclusiones

Aunque el carcinoma ductal in situ (CDIS) sigue siendo una condición con un riesgo bajo de metástasis ganglionar, algunos tumores, especialmente los de mayor tamaño, muestran una mayor probabilidad de afectar el ganglio centinela. Los resultados de este estudio indican que, en tumores de mayor tamaño o alto grado, la BSGC puede estar indicada para detectar posibles metástasis ganglionares. Es fundamental personalizar el enfoque clínico, teniendo en cuenta factores como el tamaño del tumor, la invasión linfovascular y el grado histológico. Asimismo, los avances en biología molecular podrían seleccionar los pacientes que deberían someterse a la BSGC y evitando procedimientos innecesarios.

RES0064 Comparativa entre técnicas de localización de tumor no palpable en cirugía mamaria: ¿Existe una técnica superior?

Rony David Brenner Anidjar[1], Ana Berbel Murcia[1], Sara Rojo Novo[2], Rosa Albalat Fernandez[2], Cristina Paola Fernandez Zamora[2], Juan Novo-Fernandez[2]

[1]Hospital Universitario Virgen Macarena Unidad de Cirugía de Mama
[2]

Objetivos

Revisar y comparar los diferentes métodos disponibles acerca de la localización intraoperatoria de tumor no palpable de mama, así como las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos.

Material y Métodos

Revisión sistemática y bibliográfica de todos los métodos disponibles, incluyendo base de

datos embase, pubmed, scopus, cochrane y uptodate.

Resultados

El gold standard con el que se comparan todos los métodos sigue siendo el arpón metálico (metal wire), dada la experiencia acumulada, con una precisión moderada-alta, siendo sencilla y barata, pero con riesgo de desplazamiento de la aguja, necesidad de coordinación radiológica-quirúrgica, incomodidad para la paciente y riesgo de migración. Tasa de aclaramiento de márgenes (TAM) 54-90%.

La cirugía ecoguiada es muy útil para tumores ecovisibles, con una localización en tiempo real, si bien requiere un equipo avanzado y presenta una curva de aprendizaje. Tam 76-94.3% El ROLL/SNOLL (radio-ocult lesion localization asociado o no a ganglio centinela) presenta la ventaja de no colocar arpón metálico, pero pueden ocurrir errores de migración o dispersión del marcador, así como demorar el inicio de cirugía. TAM 66,7-87%

El uso de tecnología radar / infrarrojo (Saviscout) permite colocación con margen de tiempo, y evita la emisión de radiación, pero puede no producir señal en lesiones profundas y sufrir de inactivación por lesión térmica, además de tener un alto coste. TAM 88.9%

La semilla radioactiva de iodo125 también puede colocarse con margen de tiempo, y no es termosensible, pero presenta irradiación y un coste elevado. Tam 74-96%.

La semilla ferromagnética (Magseed) presenta ventajas similares a la radioactiva, salvo por no emitir radiación, pero con el inconveniente de precisar materal específico quirúrgico sin metal, además de presentar interferencias en RM. TAM: por determinar

Conclusiones

Con los datos disponibles a día de hoy no se puede definir una técnica como la mejor. La elección de qué técnica utilizar deberá basarse en disponibilidad del centro, experiencia y preferencia del cirujano, así como análisis de costes, si bien cada vez hay más evidencia a favor de las técnicas basadas en semilla radioactiva y tecnología radar, apoyándose de la ecografía intraoperatoria de forma accesoria. Cada centro debería realizar un estudio retrospectivo sobre sus propios datos para elegir aquel método con el que presente mejores resultados.

RES0104 Comparación entre volumenes del Boost con Radioterapia Externa y Radioterapia Intraoperatoria

Iván García Zamora[1], Miguel Prats de Puig[2], Benjamin Guix[3], Maria Ulla Miravet[4], Jesus Enrique Mar Silva[5], Jose Ignacio Tello Luque[6], David Gutierrez Roca[7], Alessio Rocchi[8], Antonio Muñoz Garcia[9], Manel Algara Lopez[10]

[1]Fundación IMOR -Atrys Health. Oncología Radioterápica
[2]Unidad de Senología Avanzada-Barcelona CIRUGIA DE MAMA

[3]Fundación IMOR-Atrys Health Oncologia Radioterapica
[4]Unidad de Senología Avanzada-Barcelona Cirugía De Mama
[5]Unidad de Senología Avanzada-Barcelona Cirugía de Mama
[6]Fundación IMOR-Atrys Health. Fisica Medica Y Proteccion Radiologica
[7]Fundación IMOR-Atrys Health Dosimetría Clínica
[8]Fundación IMOR-Atrys Health Dosimetría Clínica
[9]Hospital Universitario Sagrado Corazón-Quirón Salud -Barcelona Medicina Nuclear
[10]Fundación IMOR-Atrys Health/ Hospital del Mar -Barcelona Oncología Radioterapica

Objetivos

La administración de una dosis adicional de Radioterapia (Boost) sobre lecho tumoral mejora el control local, se puede realizar mediante Radioterapia Externa (RTE), Braquiterapia o Radioterapia Intraoperatoria (RIO).

La planificación diferida de la RTE genera imprecisiones que obligan a aumentar el volumen irradiado de tejido sano. El objetivo del presente estudio es demostrar que el volumen irradiado con RIO es inferior al de la RTE.

Material y Métodos

Se incluyeron de forma prospectiva 85 pacientes que habían recibido RIO mediante una unidad Intrabeam y que eran candidatas a irradiación total de la mama.

El volumen del boost con RTE se basó en el TAC de simulación y la AP de la tumorectomía. Se definió el lecho de tumorectomía con un margen de 15mm teniendo en cuenta el margen microscópico mínimo y se añadieron 5mm para definir el volumen de cálculo, finamente, se calculó el volumen que recibe el 95% de la dosis (V95%).

El volumen de irradiación con RIO (V10mm) se valoró como el anillo de 1cm alrededor del aplicador esférico aplicado al lecho quirúrgico. Para su cálculo se restó del volumen de una esfera con el radio del aplicador más 1cm menos el volumen del aplicador.

Se realizó análisis estadístico descriptivo de variables continuas y categóricas, comprobando el ajuste de la normalidad de las variables continuas V95% y V10mm mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, la relación en ambas variables se analizó con las correlaciones de Spearman y Kendall y la comparación de medianas con la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas.

Resultados

La media, desviación estándar y mediana del V95% fueron de 159,8cc; 69,97 cc y de 149,8cc y del V10mm fueron de 71,45cc; 21,04 cc y de 64.66cc respectivamente.

La diferencia entre las medianas y medias de ambos volúmenes fue de 88,33cc y 76,24cc respectivamente.

Se demostró una correlación positiva entre ambas variables mediante la prueba de Spearman y Kendall ($p<0,001$), la diferencia entre las medianas de ambos volúmenes alcanzó la diferencia estadística significativa con la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas. ($p<0,001$)

Conclusiones

Se observó una correlación significativa entre el volumen irradiado con el boost de RIO y el de RTE. la diferencia entre ambos volúmenes fue estadísticamente significativa, siendo el volumen con RTE más del doble que el de RIO.

Estos hallazgos demuestran que los volúmenes irradiados con ambas técnicas están relacionados, siendo sensiblemente inferior cuando se usa RIO.

RES0105 Infradiagnóstico del carcinoma ductal in situ en nuestro medio. ¿Es segura la vigilancia activa?

Alba Orive Boluda[1], José Vila Vives[1], Gemma Gassó Perales[1], Francisco Ripoll Orts[2]
[1]Hospital Universitari i Politècnic La Fe
Servicio de Ginecología y Obstetricia.
Unidad de Patología Mamaria.
[2]Hospital Universitari i Politècnic La Fe
Unidad de Patología Mamaria.

Objetivos

Determinar la tasa de reclasificación de CDIS de bajo riesgo en pacientes que cumplen criterios de elegibilidad propuestos en los ensayos de vigilancia activa en nuestro medio.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo realizado en el Instituto Europeo de Oncología de Milán que incluye pacientes mayores de 45 años con un área de microcalcificaciones menor a 2cm identificada en una mamografía de cribado y diagnosticados de CDIS de bajo o medio grado mediante biopsia, entre 2009 y 2019. Todos los casos fueron clasificados como elegibles según los criterios de inclusión de los estudios COMET, LORIS, LORD y LORETTA.

Resultados

Se ha incluido un total de 351 pacientes con una edad media de 55 años (45 - 82 años) y CDIS grado 1-2 diagnosticado mediante biopsia. El 23,6% de las pacientes incluidas fueron reclasificadas. Un total de 64 pacientes (18,2 %) presentaron componente invasor y 19 pacientes (5,4 %) fueron reclasificados como CDIS de alto grado.

Destaca una tasa del 7,9 % de tumores mayores a pT1c y un 2,3 % con afectación ganglionar en el momento de la cirugía.

Conclusiones

Una proporción significativa de las pacientes inicialmente clasificadas como CDIS de bajo riesgo, presentan carcinoma invasor asociado y/o afectación axilar, implicando un riesgo elevado de progresión si no se ofrece el tratamiento apropiado.

A pesar de la morbilidad derivada a la terapéutica actual establecida para el CDIS, no consideramos justificada la vigilancia activa de pacientes diagnosticadas de CDIS de bajo riesgo en nuestro medio.

RES0114 Incorporación de la Ecografía Intraoperatoria: una herramienta con mucho potencial

Rony David Brenner Anidjar[1], Ana Berbel Murcia[2]

[1]Hospital Universitario Virgen Macarena | Hospital Vithas Sevilla Unidad de Cirugía de Mama
[2]Hospital Universitario Virgen Macarena Unidad de Cirugía de Mama

Objetivos

-Reconocer la ecografía intraoperatoria como recurso complementario en cirugía de mama de tumor no palpable

-Describir los requisitos técnicos para un uso seguro de la técnica

-Exponer la curva de aprendizaje en nuestro centro para conseguir actuar como "cirujano ecografista", así como la importancia de -apoyarse inicialmente en el servicio de Radiodiagnóstico, y analizar nuestros datos.

Material y Métodos

- Revisión de literatura disponible acerca de la ecografía intraoperatoria como técnica complementaria a semilla radioactiva o arpón metálic (wire)

- Descripción de las ventajas de la técnica

- Análisis de base de datos de nuestro centro en la que se incorpora la ecografía intraoperatoria de forma complementaria

Resultados

UTILIDAD: La ecografía intraoperatoria permite visualizar en tiempo real la ubicación del tumor, especialmente en tumores pequeños. Sirve como guía en la resección (facilita la delimitación de márgenes del tumor, lo que reduce el riesgo de recidiva local), con miminización de resección de tejido sano circundante (mayor precisión), logrando reducir el tiempo quirúrgico

REQUISITOS: Precisa que la lesión sea visible por ecografía o que se haya colocado un marcador eco-visible en su interior previamente. Además, se necesita entrenamiento en uso de ecografía (curva de aprendizaje), y obviamente disponer de un ecógrafo en quirófano (cada vez más accesible dado el cada vez mayor número de bloqueos anestésicos)

APRENDIZAJE: Harlow et.al. describe posibilidad de cirugía sin radiólogo asistente a partir del procedimiento 20 en lesiones no palpables; en lesiones palpables Krekel et.al. a partir de los 2-8 casos logran volúmenes óptimos de resección

NUESTRO CENTRO: La ecografía intraoperatoria como método complementario al uso de arpón metálico logra una disminución en cantidad de tejido resecado de >25% (en volumen, p = 0,001), con una menor tasa de reintervenciones por margen próximo o afecto (p=0,03) y una mayor sensación de confort por el cirujano. Estos datos son especialmente notorios a partir de la 4ª-5ª cirugía realizda

Conclusiones

El uso de ecografía intraoperatoria de forma complementaria al arpón metálico logra una otpimización en cuanto a volumen de tejido extirpado, márgenes, tiempo quirúrgico y confort del cirujano.

La curva de aprendizaje es rápida y segura, con autonomía a partir de la 4ª-5ª intervención.

Los requisitos básicos para poder aplicarse incluyen que se disponga de un ecógrafo en quirófano y que la lesión sea visible por ecografia o se haya marcado con marcador eco-visible, además de la participación de personal con experiencia (radiólogo u otro cirujano-ecografista) durante los primeros 4-5 procedimientos.

RES0133 Carcinoma de mama luminal A en pacientes premenopáusicas. Analisis de nuestra población

Maria García Irastorza[1], Julio Moreno Domingo[1], Saioa Ajuriagogeaskoa Andrada[2], Lorena Muñoz Arberas[2], M. Jose Fernandez Mellado[2], Alain Urones Goikoetxea[2], Ane Andikoetxea Suarez[2], Marta Mazón Ruiz[2]

[1]Hospital Universitario basurto Ginecologia y Obstetricia
[2]

Objetivos

Objetivo Primario: describir características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas en pacientes premenopáusicas con cm luminal A

Objetivo secundario: Identificar si existen diferencias en el manejo clínico y terapéutico de las pacientes de 45 años o menores frente a las mujeres de 46 años o mayores con carcinoma de mama luminal A tanto con afectación ganglionar como sin ella.

Material y Métodos

Estudio descriptivo, observacional con reclutamiento retrospectivo de corte transversal realizado en pacientes premenopáusicas diagnosticadas de cáncer de mama subtipo luminal A con independencia de afectación ganglionar, entre el 1-1-2016 hasta el 31-12- 2024.

Se analizan 131 mujeres (rango 22 - 51 años), edad media de 45.8 años (mediana de 47 años). Se ha dividido la población en 2 grupos para realizar estudio comparativo (46 mujeres de 45 años o menor de edad frente a 85 mayores de 46 años).

Resultados

Cirugía Conservadora En El 72,5%. El Gc + En Un 35,5% De Los Casos (44/124) Y La Afectación Fue Macrometastasica En El 40,9% De Los N+ (18/44).

Tratamiento QMT en 13/18 casos con afectación macrometastásica (ningún caso con ONCOTYPE DX) y no QMT en 5 casos (en 4 Oncotype-Dx). De los 21 casos con afectación micrometastásica, solo en 1 caso QMT (no se realizó ONCOTYPE DX) y en 20 casos no QMT (realizado ONCOTYPE DX en 16 casos).

En los casos con axila negativa (81 casos): QMT en 2 casos (ONCOTYPE EN AMBOS RIESGO INTERMEDIO) y No QMT en 79 casos (ONCOTYPE REALIZADO en 36 casos)

No detectamos diferencias estadistiucamente significativas en cuanto a la tasa de conservación mamaria entre ambos grupos. Se objetiva una tendencia no significativa a mayor afectación ganglionar en el grupo de mayor edad. En el grupo de pacientes jóvenes N+, se detecta una mayor tasa de afectación marcrometastasica con significación estadistica.

En pacientes N0 no hay diferencias en en la tasa de indicación de QMT, en cambio en N+ se administra más QMT en pacientes del grupo de menor edad con significación estadistica.

Se detecta más posibuilidad de tratamiento QMT en pacientes más jovenes en los que no se inica Oncotype-Dx.

Conclusiones

El grupo de mayor edad presentamás tendencia a presentar afectación ganglionar. En caso de N+, las jovenes mayor posibilidad de mavcrometástasis. En N0, la tasa de administración de QMT es baja en ambos grupos.

En N,+ la realización de oncotype disminuye la indicación de QMT adyuvante. La indicación de oncotype disminuye la tasa QMT adyuvante, sobre todo en el grupo de mayor edad.

RES0148 Radioterapia tras reconstrucción mamaria inmediata en cáncer de mama: sumando esfuerzos

Marta Gutiérrez Elizondo[1], Rosario Ching López[1], Sara Rodríguez Pavón[1], Marta Méndez[1], Obdulia Cañadas[2], Irene Navas[2]

[1]Hospital Universitario Virgen de las Nieves Oncología Radioterápica
[2]Hospital Universitario Virgen de las Nieves Cirugía Plástica y Reparadora

Objetivos

Evaluar los resultados clínicos y la satisfacción de las pacientes en pacientes tratadas con radioterapia posmastectomía (PMRT) hipofraccionada (HF) y FAST-Forward (FF) en el contexto de la reconstrucción mamaria inmediata (IBR) después del cáncer de mama (CM).

Material y Métodos

Revisión retrospectiva de todas las pacientes que se sometieron a IBR entre 01/2023 y 12/2024 y recibieron PMRT con 40,05 Gy/15 fracciones a la pared torácica (CW), con o sin radiación a los ganglios linfáticos (LN) axilares/supraclaviculares o 26 Gy en 5 fracciones a CW con o sin incluir los LN axilares. La delimitación de volúmenes objetivo y la necesidad de bolus se eligieron a discreción del médico. La toxicidad se definió como cualquier evento adverso de grado ≥3 (CTCAE) después del inicio de la PMRT. Los resultados clínicos y la satisfacción de las pacientes se evaluaró al inicio, a los 3, 6 y 12 meses de finalizar la PMRT. El grado de toxicidad y los resultados cosméticos utilizando o no la delineación del volumen protegiendo prótesis según el consenso de ESTRO ACROP así como entre los distintos esquemas de radioterapia se compararon mediante la prueba t de Student.

Resultados

Con una mediana de 51 años (30-71), el seguimiento medio de las 72 pacientes analizadas fue de 11 meses, con 120 días de media desde cirugía a inicio de radioterapia (42-292 días). 7 pacientes se sometieron a un esquema de FF y 65 recibieron PMRT HF, 27 de estas últimas con protección de prótesis. Se trataron niveles de LN I-II en 32 pacientes, III-IV en 37 y LN mamaria interna en 6, todas con HF. No se registró toxicidad grado ≥3. El resultado estético final evaluado por la médico responsable fue excelente en 14 pacientes, bueno en 52, aceptable en 2 y regular en 4, mientras que la satisfacción de las pacientes fue regular alta en las 66 restantes. No se detectaron en nuestra serie diferencias clínicamente significativas en el resultado clínico para ambos esquemas de fraccionamiento ni para el contorneo con protección de prótesis mamaria versus sin ella. Todas nuestras pacientes continúan libres de enfermedad al final de nuestro estudio.

Conclusiones

El uso de esquemas de radiiterapia HF y FF es seguro en el contexto de PMRT tras la IBR. El resultado clínico no se correlaciona necesariamente con el grado de satisfacción de nuestras pacientes, y es fundamental tener esto en cuenta, ya que deben ser el centro de nuestra práctica clínica.

RES0149 FAST-Forward en cáncer de mama locorregionalmente avanzado

Marta Méndez, Rosario Ching López, Marta Gutiérrez Elizondo, Sara Rodríguez Pavón, Mercedes Zurita Herrera Hospital Universitario Virgen De Las Nieves Oncología Radioterápica

Objetivos

Evaluar los resultados de seguridad y toxicidad de la irradiación del cáncer de mama (cm) locoregionalmente avanzado con fast forward (ff) de una semana, que continúa siendo controvertido.

Material y Métodos

Revisamos retrospectivamente a todas las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama tratadas con un esquema de FF que incluía irradiación ganglionar ipsilateral en nuestro centro entre mayo de 2017 y marzo de 2024. El objetivo principal fue la evaluación de eventos adversos agudos (EA). Además, se evaluó la aparición de toxicidad temprana o tardía a los 6 meses, según los Criterios Terminológicos Comunes para Eventos Adversos (CTCAE) v5.0.

Resultados

Se incluyeron 50 pacientes mujeres con una mediana de edad de 75 años (rango 40-90). 3 de ellas tuvieron reconstrucción mamaria inmediata (IBR) y 21 recibieron un boost integrado al lecho quirúrgico con 29 Gy/5.8 Gy. Los niveles ganglionares I-II fueron irradiados en las 50 pacientes, mientras que solo 41 incluyeron niveles III-IV y en 1 añadimos la cadena mamaria interna. Con un seguimiento medio de 18 meses (rango 1-76), 24 pacientes reportaron radiodermitis aguda G1 (48%) y G2 en 2 de ellas (4%). La gran mayoría de las pacientes no experimentaron esofagitis (92%), y solo 4 la presentaron G1 (8%). A los 3 meses, la funcionalidad completa del brazo ipsilateral estaba preservada en 39 pacientes (78%). Para las pacientes con un seguimiento más allá de los 6 meses (n=36), el 100% no reportó efectos adversos en la piel, 2 experimentaron linfedema del brazo y 14 tuvieron algún grado de fibrosis. No se reportó toxicidad G3 ni plexopatía braquial. El resultado estético final fue excelente en 27 pacientes (54%), muy bueno en 8 (16%) y bueno en 5 (10%).

Conclusiones

La radioterapia locorregional adyuvante con esquema hipofraccionado extremo ff es segura y muestra perfiles de baja toxicidad en nuestra serie, incluso después de la ibr.

RES0155 15-YEAR SURVIVAL AND LOCAL CONTROL UPDATE: EARLY-STAGE BREAST CANCER IOERT

Ana Isabel Calín Lorca[1], Marta Ines De la Cruz Rodríguez[2], Paula García-Abad Oviedo[1], Andres Camilo Moreno Moya[3], Ana Cecilia Navarrete Torres[4], Maria de Las Mercedes Muñoz Fernández[1]

[1]Hospital General Universitario Gregorio Marañón Oncología Radioterápica
[2]Hospital General Gregorio Marañón Oncología Radioterápica
[3]Intituto Catalan de Oncología Oncología Radioterápica
[4]Clínica Universitaria Navarra Madrid Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Objetivos

To evaluate the results in terms of overall survival (OS) and local control of intraoperative electron radiotherapy (IOERT) delivered by standard linear accelerators or mobile lineal accelerators (LIAC) during breast conservative surgery for early breast cancer (EBC).

Material y Métodos

172 patients were treated from 2009 to 2023. According to results of sentinel lymph nodes biopsy, 110 patients received a single dose of 2100 cGy (N0) and 62 (N+) were treated with an electron boost (1000 cGy) followed by external beam radiotherapy. We used SPSS 29 for descriptive analysis and calculate 10-year OS using Kaplan Meier estimate.

Resultados

The median age at diagnosis was 68 (42-87). Pathologic stages were I (80%) and II (19,2%). Subtype Luminal A and B were 86% and 13% respectively. Electron energies ranged from 6 MeV (58%) to 12 (8%) MeV. Most frequent applicator diameter used was 5cm (64%) and the most frequent bevel angle was 0º (62.2%). Metallic internal patient-shielding was used in 71% of procedures. Median time for wound healing was less than 15 days in 159 (92.4%) patients. There were no surgical complications in 79.65%. We observed lyponecrosis in 16 patients (9.3%). There were 4 local relapses (3 breast recurrences and 1 axillary) and 3 patients were diagnosed with distant metastasis. With a median follow-up of 84 months, we obtained a 10-year OS of 88% (non-cancer-related death).

Conclusiones

After 15 years of institutional experience, iort in early-stage breast cancer has shown low toxicity, excellent local control and promising os outcomes.

RES0164 Radioterapia tras crioablación y cirugía en cáncer de mama, tratamiento eficaz. Excelente tolerancia.

Ana Castaño Cantos[1], Marta Rodríguez Pertierra[1], Beatriz Moreno Fuentes[2], Laura Zaragoza Cocero[2], José María Oliver Goldazarena[3], José Ignacio Sánchez Méndez[4], Rosa María Morera López[5], Ana Cantos[2]

[1]Hospital Universitario La Paz Oncología Radioterápica
[2]
[3]Radiología
[4]Ginecología
[5]Oncología Radioterápica

Objetivos

Analizar las tasas de control locorregional tras tratamiento conservador con crioablación seguido de cirugía conservadora y radioterapia en cáncer de mama y efectos secundarios.

Material y Métodos

Entre abril de 2021 y junio de 2023 se incluyen 59 mujeres (edad media 63 ± 8 años) con 60 carcinomas ductales infiltrantes (CDI) unifocales de bajo riesgo, tamaño ≤2cm, a crioablación antes de la cirugía y a tratamiento con radioterapia guiada por imagen (IGRT) con técnica de arcoterapia volumétrica de intensidad modulada (VMAT). De los 60 tumores analizados, 38 eran CDI puro y 22 se trataba de carcinomas mixtos con componente de CDI + carcinoma ductal in situ (CDIS). El tratamiento radioterápico se realiza en esquema hipofraccionado con sobreimpresión en lecho tumoral según protocolo. El plan dosimétrico, asegura una cobertura adecuada del volumen de tratamiento a tratar (PTV) y una preservación adecuada de los órganos sanos próximos a PTV, lo que denominamos órganos de riesgo (OAR).

Resultados

Se analiza la respuesta de anatomía patológica tras la crioablación obteniendo respuesta patológica incompleta en un solo CDI puro, con nidos aislados de CDI de 5mm y en 4 de carcinomas mixtos, con nidos de 1 y 4 mm de CDI y aislados de CDIS. Todas las piezas de tumorectomía tuvieron márgenes quirúrgicos libres. Se analiza los eventos secundarios agudos al tratamiento con radioterapia según la escala RTOG, ninguna paciente presenta epitelitis grado 2 o superior. El 70% presenta mastodinia leve y astenia moderada en el 40%. Se ha observado seroma en el 60% de las pacientes. Con un seguimiento medio de 30 meses, ninguna paciente ha presentado toxicidad crónica a nivel cutáneo, pulmonar ni ningún evento cardiaco. El resultado estético es de las 59 mujeres incluidas en el estudio, es excelente en el 80% y bueno en el 20%. Ninguna paciente ha presentado recaída locorregional, siendo del 100% la tasa de control.

Conclusiones

Con nuestra experiencia, el tratamiento de radioterapia en cáncer de mama tras crioablación no aumenta la tasa de eventos secundarios agudos, ni crónicos y la tasa de control locoregional es excelente. Con el resultado anatomo patológico analizado, y a la espera de resultados de otros estudios, la crioablación más radioterapia podría surgir como una opción de tratamiento viable para el CDI puro ≤ 2 cm.

RES0173 Termoablación por microondas en cáncer de mama: hacia una nueva era terapéutica

Jaime Florez Vila[1], Laura Lopez Gonzalez[1], Ana Lopez Gonzalez[2], Alicia Perez Termenon[1], Maria Manuela Merino de la Vega[1], Emiliano Honrado Franco[3], Mariana Alejandra Lopez Flores[2], Marcos Vazquez Diez[2], Lara Martinez Gonzalez[4], Clara Garí Carvajal[5]

[1]Complejo Asistencial Universitario De Leon Radiologia
[2]Complejo Asistencial Universitario De Leon Oncología Medica
[3]Complejo Asistencial Universitario De Leon Anatomía Patológica
[4]Complejo Asistencial Universitario De Leon

Radiologia
[5]Complejo Asistencial Universitario De Leon
Radiologia

Objetivos

El cáncer de mama se diagnostica cada vez con mas frecuencia en mujeres de edad avanzada. Aunque la cirugía continúa siendo el tratamiento de elección para el control local, no siempre puede llevarse a cabo debido a las comorbilidades asociadas. Hasta ahora, en esas situaciones se optaba exclusivamente por la hormonoterapia; sin embargo, la aparición de técnicas de ablación percutánea has supuesto un nuevo enfoque para el tratamiento local en pacientes seleccionados.

Estas técnicas mínimamente invasivas nos permiten el control local de la enfermedad sin tener que recurrir a la cirugía. Además, se trata de una muy buena opción cuando el tumor desarrolla resistencia al tratamiento hormonal.

El objetivo de este trabajo es realizar un análisis prospectivo del tratamiento con microondas realizado en el cáncer de mama desde marzo-2024 hasta marzo-2025.

Material y Métodos

Los procedimientos se realizaron en el servicio de radiodiagnóstico, de forma ambulatoria y con anestesia local.

Todas las pacientes fueron monitorizadas entre 30 y 45 minutos después del procedimiento y, posteriormente, dadas de alta a su domicilio. Aproximadamente ocho horas tras la ablación, se realizó un seguimiento telefónico para evaluar su estado clínico.

Al mes del procedimiento se realizaron controles con mamografía y ecografía mamaria. a los seis meses, el seguimiento incluyó la realización de mamografía, ecografía y TC espectral.

Resultados

Este tipo de tratamiento para el cáncer de mama, se realizó en 20 pacientes con las características descritas.

La edad media de las mujeres fue de 82 años (61-94) siendo el tamaño medio de los tumores de 14,7 mm (8-20). Todos ellos fueron tumores Luminales con estudio axilar negativo.

Tan solo 3 pacientes se administraron un paracetamol para control del dolor tras el procedimiento.

El hallazgo más frecuente en el control al mes del tratamiento fue la necrosis grasa. En la evaluación realizada a los 6 meses, se observó captación de contraste en la zona de la lesión únicamente en una paciente, la cual tiene pendiente la repetición del procedimiento.

Conclusiones

La ablación con microondas del cáncer de mama es un tratamiento seguro y eficaz para el control local de la enfermedad con un futuro próximo prometedor.

RES0222 Radioterapia postoperatoria ultrahipofraccionada en cáncer de mama: datos de vida real.

Makarena Soledad Villalobos Monardes[1], Andrés Camilo Moreno Moya[1], Tatiana Belén Pullas Mantilla[2], Maria Antonia Llodra Bisellach[2], Marina Arangüena Peñacoba[2], Javier Gonzalez Viguera[2], Hector Perez Montero[2], Evelyn Martinez Perez[2], Maria Aranzazu Eraso Urien[2], Claudia Balcells Quintana[3]

[1]*Instituto Catalán deOncología Oncología Radioterápica*
[2]
[3]*Institut Català d'Oncologia*

Objetivos

Tras la presentación oral de los resultados del estudio FAST-Forward en ESTRO 2025, analizamos los datos de pacientes tratadas en nuestro centro con radioterapia hipofraccionada (26 Gy en 5 fracciones consecutivas), con el fin de contribuir a la comunidad científica con evidencia de vida real.

Material y Métodos

Se realizó un análisis retrospectivo de 211 pacientes con cáncer de mama no metastásico, tratadas con radioterapia postoperatoria a 26 Gy en 5 fracciones consecutivas, entre octubre de 2020 y julio de 2024. Se recopilaron datos clínicos, quirúrgicos y dosimétricos, además de información sobre toxicidad aguda y tardía, conforme a los criterios de CTCAE v5.0.

Resultados

La edad media fue 72 años (rango: 50-94). Se realizó cirugía conservadora en 210 pacientes (99.5%), con abordaje axilar omitido en 55 casos (26.1%). Una paciente (0.5%) recibió mastectomía sin reconstrucción. En cuanto a lateralidad, 88 pacientes (41.7%) fueron tratadas en la mama izquierda, 122 (57.8%) en la derecha, 1 (0.5%) en la pared torácica derecha no reconstruida y 1 (0.5%) en ambas mamas. El tipo histológico incluyó 183 carcinomas ductales infiltrantes (86.3%), 22 carcinomas lobulillares infiltrantes (10.4%) y 3 carcinomas in situ (1.4%). La mayoría expresó receptores hormonales: 127 tumores (59.9%) fueron Luminal A, 65 (30.7%) Luminal B, 8 (3.8%) Luminal B HER2+, 10 (4.7%) triple negativo y 2 (0.9%) HER2 puro. Solo 18 tumores (8.5%) fueron de alto grado histológico. 40 pacientes (18.9%) recibieron sobreeimpresión sobre el lecho tumoral, 10 de ellas (4.7%) por margen afecto. 25 pacientes (12%) recibieron tratamiento sistémico distinto a hormonoterapia. En las demás, el inicio de la radioterapia ocurrió a una media de 14 semanas tras la cirugía. La toxicidad aguda fue baja, con radiodermitis ≥ grado 2 en 11 pacientes (5.2%) y astenia grado 2 en 16 (7.5%). Con una mediana de seguimiento

de 19 meses, se reportó fibrosis ≥ grado 2 en 11 pacientes (5.2%), 3 de ellas con fibrosis previa a la radioterapia. Se observaron 2 recidivas (0.9%), ambas a distancia (1 metástasis ósea y 1 hepática). 6 pacientes (2.8%) fallecieron, todas por causas ajenas a la enfermedad.

Conclusiones

El esquema ultrahipofraccionado de 5 fracciones es seguro, factible y bien tolerado, con resultados clínicos reproducibles en nuestro entorno. Estos datos refuerzan la transición hacia esquemas más cortos, optimizando beneficios para pacientes y sistemas de salud.

RES0239 Perfil clínico-patológico de las pacientes seleccionadas para test genómico Prosigna en cáncer de mama luminal.

Rocío Abrisqueta Serrano, Jorge García Ibáñez, Sara Barba Ortega, Fabiola Alonso-Lamberti Zarauza, Maria Jesús González Villar, Araceli Maria Delgado Ojeda, Eva Robisco Díaz, Maria Luisa Arroyo Vozmediano, Laura Álvaro Valiente, Maria Consuelo Sanz Ferrández

Objetivos

Describir las características clínicas, patológicas y evolutivas de la cohorte de pacientes con cáncer de mama luminal RH+/HER2- en quienes se solicitó el test genómico Prosigna® en un centro público terciario entre 2012 y 2019, así como los factores de riesgo que motivaron su indicación.

Material y Métodos

Se trata de un estudio retrospectivo observacional. Se analizaron los datos de 243 pacientes consecutivas con carcinoma de mama luminal RH+/HER2- seleccionadas para realizar el test Prosigna entre enero de 2012 y diciembre de 2019. Se recogieron las siguientes variables clínicas (edad, estado menopáusico), tumorales (tamaño, grado, receptores hormonales, índice Ki67, estado ganglionar) y factores pronósticos que guiaron la solicitud del test. Se analizó la evolución anual en la tasa de solicitud de test genómico durante el periodo.

Resultados

La edad media fue de 58,4 ± 10,9 años; siendo el 69,5% postmenopáusicas. El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante, presente en un 76% de los casos. El tamaño tumoral medio fue de 18 mm, con predominio de estadios pT1c (50,2%) y pT2 (33,5%). El 41,7% presentaban afectación ganglionar (pN1), incluyendo un 12,6% con micrometástasis (pN1mic). En cuanto al grado histológico, el 21,3% fueron G3, el 59,4% G2 y 19,3%G1. El 98,8% fueron receptor de estrógenos positivos y el 74,9% receptores progesterona positivos. El índice Ki67 fue ≥20% en el 48,3%, con una media global de 19,7%. El análisis de factores clínico-patológicos mostró que el 96% presentaban tumores ≥10 mm, el 80,7% grado intermedio o alto y el 30,5% eran premenopáusicas. La solicitud de

Prosigna® pasó del 4,3% en 2013 al 44% en 2019, consolidando su uso como herramienta habitual de ayuda en la decisión terapéutica.

Conclusiones

La cohorte seleccionada refleja una población con factores clínico-patológicos de riesgo intermedio en quienes el beneficio de la quimioterapia no era evidente. La implementación progresiva del test Prosigna desde 2012 permitió refinar el manejo terapéutico en casos con incertidumbre pronóstica. Las características tumorales más frecuentes incluyeron tamaño ≥10 mm, grado 2 o 3 y Ki67 en torno al 20%. Estos resultados respaldan el valor del test genómico como herramienta complementaria para optimizar decisiones terapéuticas individualizadas en el cáncer de mama luminal.

RES0240 Impacto del test Prosigna en la decisión terapéutica adyuvante en cáncer de mama luminal

Rocío Abrisqueta Serrano[1], Sara Barba Ortega[2], Jorge García Ibáñez[2], Araceli Maria Delgado Ojeda[2], Maria Jesús González Villar[2], Fabiola Alonso-Lamberti Zarauza[2], Elena Marín Fernández[2], Alejandra Marqués Aldaz[2], Beatriz García Chapinal[2], Maria Consuelo Sanz Ferrández[2]

[1]Hospital 12 de octubre Ginecología y Obstetricia
[2]

Objetivos

Evaluar la influencia del resultado del test genómico Prosigna en la indicación del tratamiento sistémico adyuvante —incluyendo hormonoterapia y quimioterapia— en pacientes con cáncer de mama luminal RH+/HER2-, en el contexto de un hospital público terciario.

Material y Métodos

Se trata de un estudio retrospectivo observacional que incluyó a 243 pacientes con cáncer de mama luminal tratadas entre 2012 y 2019, en quienes se solicitó el test genómico Prosigna por dudas clínicas sobre el beneficio de la quimioterapia. Se clasificaron los resultados en tres grupos de riesgo de recaída (ROR): bajo, intermedio y alto. Se comparó la indicación terapéutica propuesta antes y después del conocimiento del resultado genómico, registrando los cambios hacia escalada o desescalada del tratamiento.

Resultados

Del total de 243 pacientes, 83 (35,2%) fueron clasificadas como alto riesgo genómico. Tras conocer el ROR, el 86,4% de ellas recibieron quimioterapia (QTP), mientras que el 13,6% mantuvieron hormonoterapia, representando los casos de desescalada. En el grupo intermedio (87 pacientes, un 36,9%), el 72,4% pasaron de una indicación inicial de quimioterapia a hormonoterapia, y el 28% requirieron escalada hacia tratamiento combinado. Finalmente, en el grupo de bajo riesgo (75 pacientes, un 32,2%), ninguna recibió quimioterapia y todas fueron tratadas exclusivamente con hormonoterapia según su

estado menopáusico (tamoxifeno o inhibidores de aromatasa). Globalmente, el test supuso un cambio en la indicación terapéutica en más del 50% de las pacientes evaluadas. Se evitó la quimioterapia en muchas mujeres sin impacto negativo esperado en los resultados oncológicos, y se intensificó el tratamiento en aquellas con riesgo elevado, optimizando el beneficio terapéutico. Este cambio fue especialmente relevante en pacientes con perfil clínico intermedio, donde la decisión era más incierta.

Conclusiones

El test genómico Prosigna tuvo un impacto clínico significativo en la toma de decisiones terapéuticas en cáncer de mama luminal, permitiendo ajustar el tratamiento a la biología tumoral individual. En pacientes con riesgo intermedio, la información genómica permitió evitar la quimioterapia en una proporción importante de casos, sin comprometer la eficacia.

Asimismo, facilitó una indicación más segura de tratamiento intensivo en pacientes de alto riesgo. Estos hallazgos respaldan la incorporación sistemática de pruebas genómicas en escenarios clínicos de incertidumbre para personalizar el tratamiento adyuvante y reducir tanto el sobretratamiento como el infratratamiento.

RES0247 Resultados de la aplicación de ACOSOG Z0011 en un centro terciario

Sara Barba Ortega[1], Jorge García Ibáñez[1], Rocio Abrisqueta Serrano[2], Eva Robisco Díaz[2], Elena Marín Fernández[2], Sara Vázquez Ramos[2], Laura Álvaro Valiente[2], Beatriz García Chapinal[2], Maria Consuelo Sanz Ferrandez[2], Sofía Aragón Sánchez[2]

[1]Hospital Universitario 12 de Octubre
Servicio de Ginecologia y obstetricia
[2]

Objetivos

Los resultados del estudio ACOSOG Z0011 supusieron un cambio radical en el manejo axilar de las pacientes con cáncer de mama.

Determinaron el impacto en los resultados de supervivencia tras omisión de linfadenectomía axilar (LA) en pacientes con metástasis axilares en la biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC). Las pacientes se aleatorizaron en dos grupos (BSGC exclusivamente o BSGC + LA. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la supervivencia global o libre de enfermedad entre ambos grupos. La publicación de este estudio tras 10 años de seguimiento demostró que la omisión de la LA en pacientes con GC positivo en condiciones determinadas reafirmó que los resultados de supervivencia no eran inferiores en las pacientes en las que se realizó únicamente BSGC, en comparación con el grupo control de BSGC+LA.

Se ha diseñado un estudio observacional retrospectivo con el objetivo de evaluar la supervivencia global y libre de enfermedad tras la aplicación del ensayo ACOSOG Z0011 en pacientes diagnosticadas y tratadas de cáncer de mama en un centro terciario.

Material y Métodos

Los criterios de inclusión son:

- Cáncer de mama primario
- Estadio T1 o T2
- Cirugía conservadora.
- Ganglio centinela positivo (≤ 2ganglios positivos analizados mediante Hematoxilina-Eosina o ≤25.000 copias de CK19 en OSNA).
- No realización de linfadenectomía axilar.

Resultados

32 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. La edad media fue de 65,38 años (DE 17,10). 25 pacientes (80,65%) eran menopáusicas al diagnóstico. 25 de los casos (80,65%) fueron carcinomas ductales, 1 caso (3,23%) fue lobulillar y 5 casos (13,13%) fueron otros subtipos infrecuentes, 19 casos (61,29%) fueron luminales A, 9 casos (29,03%) luminales B, 2 casos (6,45%) luminal-Her2 y 1 caso (3,23%) Her2. El número de ganglios centinela extirpados fue de 2,13. El estadio postquirúrgico más frecuente fue T1c. 30 pacientes (93,55%) recibieron hormonoterapia, 29 (93,55%) radioterapia y 12 (38,71%) precisaron también quimioterapia.

Con una media de seguimiento de 74 meses la sle fue de 96,9% y la sg de 93,5%.

Conclusiones

En las pacientes con ≤ 2ganglios positivos o ≤ 25.000 copias en OSNA la omisión de la LA no afecta a los resultados en términos de supervivencia y permite evitar las complicaciones y secuelas causadas por la linfadenectomía axilar. Se evitaron 31 linfadenectomías en nuestro centro tras aplicación de ACOSOG Z0011.

RES0258 Irradiación Parcial Acelerada de Mama en una única fracción de 18 Gy con Braquiterapia de Alta Tasa de Dosis.

Javier Anchuelo Latorre[1], Ana Laura Rivero Pérez[1], Maria Piedad Galdós Barroso[2], Paola Andrea Navarrete Solano[2], Cristina Rodríguez-Acosta Caballero[2], Rosa Fabregat Borras[2], Marina Gutierrez Ruiz[2], Mara García Lamela[2], Alejandra Pérez Gonzalo[2], Noelia Suarez Álvarez[2]

[1]Hospital Universitario Marqués de Valdecilla Oncología Radioterápica
[2]

Objetivos

La irradiación parcial acelerada de mama (IPAM) se ha consolidado como tratamiento estándar en pacientes mayores de 50 años con criterios de bajo riesgo de recaída. La técnica con más respaldo hasta la fecha es la

braquiterapia de alta tasa de dosis (HDR). Con el objetivo de realizar tratamientos cada vez más cortos, surge la idea de la IPAM en una única fracción. Actualmente, existe escasa evidencia y con seguimiento insuficiente.

Material y Métodos

Se analizó la toxicidad y los resultados oncológicos de pacientes tratadas con IPAM mediante braquiterapia intersticial HDR en una fracción de 18 Gy, en un hospital de tercer nivel, tras cirugía conservadora con o sin biopsia del ganglio centinela. El implante se llevó a cabo bajo anestesia locoregional, con guía ecográfica y fluoroscópica y en condiciones óptimas de asepsia y antisepsia. La planificación dosimétrica se realizó mediante tomografía computarizada utilizando el sistema de planificación Oncentra® Brachy.

Resultados

Entre septiembre de 2014 y marzo de 2021 se trataron 102 pacientes con cáncer de mama localizado. La mediana de edad fue 62 años (rango 49-81). 24 pacientes presentaban carcinoma ductal in situ (CDIS) y 78 infiltrante. El carcinoma ductal infiltrante fue el subtipo más frecuente (70,6%), seguido del carcinoma lobulillar infiltrante (5,9%). El 49% eran Luminal A, 26,5% Luminal B y 1% Luminal B Her2+, y el resto CDIS (25% g1, 25% g2 y 45,8% g3). Una paciente presentó invasión linfovascular. En los tumores infiltrantes, el 58,9% eran G1, 32% G2 y 2,5% G3. El número medio de ganglios extirpados fue 2 (rango 0-14). Dos pacientes recibieron quimioterapia adyuvante y 84 tratamiento hormonal. El volumen medio irradiado con 18 Gy fue 25,75 cc (rango 6,58-69,90). Tras una mediana de seguimiento de 73 meses (rango: 43–114 meses) no se observó toxicidad aguda de grado ≥ 3. Tres pacientes presentaron dolor en el pecho grado 2 y una paciente epidermitis grado 2. En cuanto a la toxicidad tardía, no se registraron toxicidades ≥ grado 3. Cinco pacientes presentaron dolor grado 2, una necrosis grasa grado 2 y otra fibrosis grado 2. En cuanto al resultado estético, el 87% fue bueno/muy bueno y el 5,5% regular/malo. Se produjeron cuatro recidivas locales (todas CDIS g3). La tasa de control local fue del 96,1%, control regional 100% y control a distancia 98,9%. La supervivencia global fue del 96%.

Conclusiones

La IPAM mediante braquiterapia HDR en una fracción de 18 Gy es un tratamiento eficaz y seguro a largo plazo.

RES0261 Comparación de resultados de supervivencia entre pacientes candidatas a ACOSOG y pacientes con indicación de LA en un centro terciario

Sara Barba Ortega[1], Rocío Abrisqueta Serrano[1], Jorge García Ibáñez[2], Elena Marín Fernández[2], Eva Robisco Díaz[2], Sara Vázquez Ramos[2], Marta Gallego Álvarez[2], Marta Blanco Guerrero[2], Maria Luisa Arroyo Vozmediano[2], Sofía Aragón Sánchez[2]

[1]Hospital Universitario 12 de Octubre

Servicio de Ginecologia y Obstetricia
2

Objetivos

El estudio ACOSOG Z0011 demostró que omitir la linfadenectomía axilar (LA) en pacientes con hasta dos ganglios centinela positivos, no afecta negativamente la supervivencia global (SG) ni la supervivencia libre de enfermedad (SLE) en el escenario de la cirugía primaria. Sin embargo, la indicación de LA se mantiene en pacientes con > 2 GC positivos o un número de copias de CK19 > 25.000 en OSNA.

Se diseñó un estudio retrospectivo con objetivo de comparar resultados entre pacientes tratadas con BSGC de acuerdo con los criterios ACOSOG y aquellas en las que se realizó BSGC y LA dado que no cumplían estos criterios, pero en las que se confirmó pN1 en el análisis patológico definitivo.

Material y Métodos

Pacientes con cáncer de mama infiltrante primario, estadio t1-2, con indicación de cirugía conservadora. se consideraron dos grupos:

- - G1: ≤2 ganglios positivos mediante BSGC o ≤ 25.000 copias analizadas por OSNA en las que únicamente se realizó BSGC.
- - G2: > 2 ganglios positivos o >25.000 copias en las que se realizó BSGC y LA y se confirmó estadio pN1 en el análisis patológico definitivo

Resultados

La edad media en el G1 [SA1] es 65,4 años y 57,4 años en G2. Los subtipos más frecuentes son carcinomas ductales, T1c y luminal A en ambos grupos. En el 79,17% de las pacientes en las que se realizó linfadenectomía no se obtuvo ningún ganglio positivo en el estudio de la pieza de linfadenectomía, y podrían haberse beneficiado de un tratamiento conservador.

Todas las pacientes recibieron adyuvancia, en el G1 el 96,6% de las pacientes recibieron RT y el 96,8% HT. En el G2[SA2] la RT se administró en el 100% de las pacientes y la HT en el 93,9%. Requirieron QT el 39% y 43,8% respectivamente. En el grupo control, un 22,9% presentaron complicaciones, principalmente linfedema, frente a ninguna en el grupo estudio.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia libre de enfermedad (p = 0,178) ni en la supervivencia global (p = 0,052) entre ambos grupos.

Conclusiones

- El 79,17% de las pacientes en las que se realizó linfadenectomía axilar se beneficiarían de un tratamiento conservador en la axila.

- La aplicación del modelo acosog z0011 es segura en pacientes con ≤ 2 ganglios

positivos, evitando complicaciones asociadas a la linfadenectomía.

- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en supervivencia global ni en supervivencia libre de enfermedad entre ambos grupos.

RES0267 Ultra-hipopofraccionamiento para el cáncer de mama: evaluación dosimétrica de la dosis al corazón

Beatriz Vázquez Barreiro[1], M. Luisa López Louzara[1], Aldara Candal Meléndrez[1], Xeila Bernárdez Martínez[1], Marta Vázquez Lorenzo[1], Pilar Marcos Pérez[1], Sara Montemuiño Muñiz[1], Ana M. Vilchez Simó[1], María José Lamas González[2], Victor Muñoz Garzón[1]

[1]Hospital Meixoeiro Oncologia Radioterapica
[2]Hospital Meixoeiro Ginecología y Obstetricia

Objetivos

El esquema hipofraccionado (HF) es el estándar actual en radioterapia adyuvante para cáncer de mama. Los esquemas ultra-hipofraccionados (UHF), 26 Gy en 5 fracciones, han demostrado eficacia en tumores localizados, aunque su uso no está aún generalizado. Este estudio analiza dosimétricamente la dosis media al corazón en pacientes tratadas con esquema UHF.

Material y Métodos

Se realizó un análisis retrospectivo en un único centro de pacientes tratadas con radioterapia adyuvante UHF. Se recopilaron datos clínico-patológicos y dosimétricos. La dosis media al corazón se comparó entre pacientes con irradiación de mama derecha e izquierda mediante la prueba de Mann–Whitney U, debido a la no normalidad y heterogeneidad de varianzas.

Resultados

Se incluyeron 58 pacientes, con mediana de edad 63 años (rango: 27–85). Los tamaños tumorales más frecuentes fueron pT1c (n=27, 46.6%), pTis (n=11, 19.0%), pT1b (n=9, 15.5%), pT1a (n=4, 6.9%) y pT2 (n=4, 6.9%). El grado de Nottingham fue G2 en 25 pacientes (43.1%), G1 en 24 (41.4%) y G3 en 6 (10.3%). La invasión linfovascular fue negativa en 51 pacientes (87.9%). Los tipos histológicos más frecuentes fueron carcinoma NOS (n=30, 51.7%), lobulillar (n=12, 20.7%), ductal (n=8, 13.8%) y mucinoso (n=2, 3.4%). La localización tumoral fue derecha en 40 pacientes (69.0%). Se realizó cirugía conservadora en 57 casos (98.3%) y mastectomía en uno (1.7%). El estudio axilar fue mediante BSGC en 42 pacientes (72.4%), OSNA en 3 (5.2%) y no se realizó en 13 (22.4%). Cincuenta y cuatro (93.1%) recibieron hormonoterapia; 4 (6.9%) quimioterapia neoadyuvante, 3 (5.2%) quimioterapia adyuvante y 3 (5.2%) terapias dirigidas adyuvantes. Veinte pacientes (34.5%) recibieron sobreimpresión simultánea del lecho quirúrgico hasta 30 Gy. Las técnicas fueron principalmente 3D (91.4%), field-in-field (3.4%) y VMAT (1.7%). La cobertura promedio del volumen tratado (V95% del PTV mamario) fue 96.85% (rango: 94.87–99.5%). La dosis media al corazón (MHD)

fue 1.37 Gy en irradiación izquierda (rango: 0.63–2.7 Gy) y 0.53 Gy en derecha (rango: 0.3–1.4 Gy), siendo significativamente mayor en el grupo mama izquierda (Mann–Whitney U, $p < 0.000001$). Estas dosis equivalen a una EQD2 aproximada de 0.90 Gy para irradiación izquierda y 0.33 Gy para irradiación derecha, calculadas con un α/β de 3 Gy para tejido cardíaco. No hubo diferencias significativas en la dosis media al corazón entre grupos con y sin boost (Mann–Whitney U, $p = 0.69$).

Conclusiones

La irradiación con esquema UHF ofrece buena cobertura y perfil dosimétrico cardíaco favorable. Se requiere seguimiento prolongado para evaluar toxicidad clínica a largo plazo.

RES0309 Viabilidad de una técnica de evaluación robusta en tratamientos de radioterapia de cáncer de mama con tomoterapia

José Antonio García Baltar[1], Paula Sedano Ferreras[2], Enrique Cano Iglesias[1], Maria Cristina Nuño Rodriguez[2], Francisco Javier Vicente Hernandez[3], Julia Palomo Gomez[3], Marta Miura Doblas[1]

[1] HC Marbella Radiofisica Y Proteccion Radiologica
[2] HC Marbella Oncologia Radioterapica
[3]HC Marbella Tecnicos Radioterapia Y Dosimetria

Objetivos

Siempre se han planteado dudas y controversias en los tratamientos de mama con radioterapia helicoidal y otras técnicas volumétricas de intensidad modulada como VMAT. Nuestro objetivo es comprobar la utilidad de la evaluación robusta en Tomoterapia de mama, utilizando para ello CTs que contemplen el movimiento de respiración de la mama sintetizados mediante deformación del CT de simulación original.

Material y Métodos

Disponemos de un acelerador de Tomoterapia Radixact y planificador y Raystation v2024B. Se utiliza una simulación sin restricción de movimiento, por lo que es una posición intermedia de la respiración. Se simula la respiración utilizando los movimientos que se pueden encontrar en la literatura sobre respiración en radioterapia de mama (1)(2), obteniendo CTs sintéticos con varios escenarios de respiración mediante la herramienta “Simulate organ motion” que deforma el CT original acorde a un movimiento respiratorio de la mama de 1,6 cm en cráneocaudal y anteroposterior, y 0,8 cm en lateral. Ahora es cuando se puede realizar una “evaluación robusta”, aplicando el tratamiento en los diferentes escenarios creados.

Resultados

Se puede comprobar que el máximo del PTV pasa del 107 al 111% en el escenario de

máximo movimiento en sentido anterior puro, y el mínimo de la cobertura del PTV ha caído desde un V95% del 99,5% hasta el 93% en el máximo movimiento en sentido posterior puro, y hasta el 95% en el máximo movimiento caudal puro.

Se comprueba que los movimientos en lateral es donde apenas hay diferencias apreciables. Los movimientos posteriores generan máximos pero no se pierde cobertura de forma apreciable. Son los movimientos en dirección anterior los que producen la mayor pérdida de cobertura en la zona más posterior (torácica) de la mama pero la zona anterior de la mama sigue perfectamente cubierta. Los movimientos en craneal solamente descubren los cortes afectos, pero los movimientos en caudal también implican que se descubra en la zona posterior.

Conclusiones

Parece un buen método para evaluar la planificación de mama con Tomoterapia, y puede ser también adecuada para VMAT, pudiendo seleccionar el mejor protocolo de tratamiento en mama con técnicas volumétricas. En cualquier caso, quedan mucho que investigar, así como obtener una estadística suficiente para fijar los intervalos de advertencia y acción. Como trabajos futuros evaluaremos también si influye que la posición inicial de simulación de movimiento sea en inspiración o espiración forzada. En estudios futuros se eliminarán posiciones sin sentido físico. También se evaluarán los órganos de riesgo.

RES0314 Evaluación robusta del escenario respiratorio en simulación de radioterapia de mama para obtener la planificación más robusta en tratamientos con Tomoterapia

José Antonio García Baltar[1], Paula Sedano Ferreras[2], Enrique Cano Iglesias[1], Maria Cristina Nuño Rodriguez[2], Julia Palomo Gomez[3], Francisco Javier Vicente Hernandez[3], Marta Miura Doblas[3]

[1]HC Marbella Radiofisica Y Proteccion Radiologica
[2]HC Marbella Oncologia Radioterapica
[3]HC Marbella Tecnicos Radioterapia Y Dosimetria

Objetivos

Tras realizar un estudio de evaluación robusta de una planificación de mama con Tomoterapia (3), se han comprobado los escenarios más desfavorables. Esto nos ha planteado la duda de cuál es la posición de simulación más adecuada, en cuanto a la respiración de la paciente, a la hora de obtener una planificación robusta en radioterapia helicoidal. Se utilizará para ello CTs que contemplen el movimiento de respiración de la mama, sintetizados mediante deformación del CT de simulación original.

Material y Métodos

Disponemos de un acelerador de Tomoterapia Radixact y planificadores Precision y Raystation v2024B. Se utiliza una simulación

sin restricción de movimiento, pero se generarán escenarios respiratorias suponiendo que la simulación se realiza tanto en inspiración como en espiración forzada. Se simula la respiración utilizando los desplazamientos que se pueden encontrar en la literatura sobre respiración en radioterapia de mama (1)(2), obteniendo CTs sintéticos con varios escenarios de respiración mediante la herramienta "Simulate organ motion" que deforma el CT original acorde a un movimiento respiratorio de la mama de 0,8 cm en cráneocaudal y anteroposterior (simulación exacta a la realidad), y 0,4 cm en lateral (simulación con un desplazamiento en el mismo sentido, diferente a la respiración real). Ahora es cuando se puede realizar una "evaluación robusta", aplicando el tratamiento en los diferentes escenarios creados en inspiración, espiración y en un estado intermedio.

Resultados

Se Comprueban Los Diferentes 3 Escenarios Extremos Considerando Las Posiciones Extremas De Los Tres Movimientos Independientes, Tanto En Inspiración Como En Espiración Forzada.

En caso de la espiración forzada, el máximo del PTV pasaría de un D107% del 0% al 1,5% en el escenario de máximo movimiento en sentido anterior puro, y la cobertura del PTV caería desde un V95% del 99,5% hasta el 98% en el máximo movimiento en sentido craneal puro.

En caso de la inspiración forzada, el máximo del PTV pasaría de un D107% del 0% al 3,2% y la cobertura del PTV caería desde un V95% del 99,5% hasta el 93% en el máximo movimiento en sentido posterior puro.

Conclusiones

Parece que el realizar el CT de simulación en espiración es el mejor planteamiento para conseguir una planificación robusta en radioterapia de mama con Tomoterapia. Necesitaremos estadística suficiente para confirmar estos resultados. Como trabajos futuros evaluaremos también posiciones intermedias con sentido físico para poder obtener un índice de tratamiento cuantitativo realista. También se evaluarán los órganos de riesgo.

RES0318 Radioterapia postoperatoria ultrahipofraccionada en cáncer de mama: datos de vida real.

Makarena Soledad Villalobos Monardes[1], Andrés Camilo Moreno Moya[1], Tatiana Belen Pullas Mantilla[2], Maria Antonia Llodra Bisellach[2], Javier Gonzalez Viguera[2], Marina Arangüena Peñacoba[2], Evelyn Martinez Perez[2], Hector Perez Montero[2], Maria Aranzazu Eraso Urien[2], Claudia Balcells Quintana[3]

[1]Instituto Catalán de Oncología Oncología Radioterápica

[2]

[3]Institut Català d'Oncologia

Objetivos

Tras la presentación de los resultados del estudio fast-forward en estro 2025, analizamos nuestra experiencia con radioterapia ultrahipofraccionada en cáncer de mama para aportar evidencia de vida real.

Material y Métodos

Se realizó un análisis retrospectivo de 211 pacientes con cáncer de mama no metastásico y sin indicación de irradiación ganglionar, tratadas con radioterapia postoperatoria a 26 Gy en 5 fracciones, con o sin sobreimpresión secuencial sobre el lecho de la tumorectomía, entre octubre de 2020 y julio de 2024. Se recopilaron datos clínicos, quirúrgicos, dosimétricos y de toxicidad aguda y tardía (CTCAE v5.0).

Resultados

La edad media fue 72 años (rango: 50-94). Se realizó cirugía conservadora en 210 pacientes (99.5%), con abordaje axilar omitido en 55 casos (26.1%). Hubo un caso (0.5%) de mastectomía. 88 pacientes (41.7%) recibieron tratamiento sobre la mama izquierda, 122 (57.8%) sobre la derecha, una (0.5%) sobre mama bilateral y una (0.5%) sobre pared torácica derecha no reconstruida. En cuanto al tipo histológico, 183 tumores (86.3%) fueron carcinomas ductales infiltrantes, 22 (10.4%) carcinomas lobulillares infiltrantes y 3 (1.4%) carcinomas in situ. La mayoría de los tumores expresó receptores hormonales: 127 (59.9%) Luminal A, 65 (30.7%) Luminal B, 8 (3.8%) Luminal B HER2+, 10 (4.7%) triple negativo y 2 (0.9%) HER2 puro. Solo 18 tumores (8.5%) fueron de alto grado histológico. 40 pacientes (18.9%) recibieron una sobreimpresión secuencial sobre el lecho de la tumorectomía, en 10 de ellas (4.7%) debido a margen afectado (16 Gy a 2 Gy/fr) y el resto por factores de riesgo (10 Gy a 2 Gy/fr). 25 pacientes (12%) recibieron tratamiento sistémico distinto a hormonoterapia. En las demás, el inicio de la radioterapia ocurrió a una media de 14 semanas tras la cirugía. Con una mediana de seguimiento de 19 meses, la toxicidad aguda fue baja, con radiodermitis ≥ grado 2 en 11 pacientes (5.2%) y astenia grado 2 en 16 (7.5%). Se reportó fibrosis ≥ grado 2 en 11 pacientes (5.2%), 3 de ellas con fibrosis previa a la radioterapia. Se observaron 2 recidivas (0.9%), ambas a distancia (1 metástasis ósea y 1 hepática). 6 pacientes (2.8%) fallecieron, todas por causas ajenas a la enfermedad.

Conclusiones

El esquema ultrahipofraccionado de 5 fracciones es seguro, factible y bien tolerado, con resultados reproducibles en nuestro entorno. Estos datos refuerzan la transición hacia esquemas más cortos, optimizando beneficios para las pacientes y los sistemas de salud.

RES0326 Evaluación Comparativa entre el Ensayo Genómico de 21 Genes y la Herramienta Algorítmica Predict® en la Decisión de Quimioterapia Adyuvante para Cáncer de Mama en Estadio Temprano

Enrico Alberto Hernández Bascetta

Menos Cancer Patología Mamaria

Objetivos

Comparar la utilidad clínica del ensayo genómico de 21 genes (Oncotype Dx®) y la herramienta algorítmica Predict® en la estimación del beneficio de la quimioterapia adyuvante y el pronóstico a 10 años en pacientes con cáncer de mama en estadio temprano y receptores hormonales positivos. Se buscó establecer la correlación entre ambas herramientas como soporte en la toma de decisiones terapéuticas en contextos con recursos limitados.

Material y Métodos

Estudio comparativo, observacional, tipo casos y controles, en el que se evaluaron 9 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama temprano, receptor hormonal positivo, estadios T1-T2/N0-N1, sin metástasis ni sobreexpresión de HER2, que fueron sometidas a cirugía curativa. A cada paciente se le aplicó el ensayo genómico de 21 genes y la herramienta algorítmica Predict®. Se compararon variables clínicas y moleculares mediante estadística descriptiva e inferencial. Se usó la prueba de Shapiro-Wilk para validar la distribución de datos y la prueba t de Student para comparar medias, considerando significancia estadística con $p < 0,05$.

Resultados

La media de edad fue de 59 años. El 77,8% eran posmenopáusicas. El beneficio medio de la quimioterapia fue de 5,2% según Oncotype Dx® y de 2,4% con Predict®. No se evidenció correlación significativa entre ambos métodos para predecir el beneficio de quimioterapia ($r = 0,32$; $p = 0,406$). Sin embargo, se encontró una correlación significativa entre la predicción de supervivencia a 10 años de Predict® y la probabilidad de recaída a distancia de Oncotype Dx® ($r = 0,70$; $p = 0,037$), lo cual sugiere una posible equivalencia pronóstica, pero no predictiva.

Conclusiones

Predict® puede ser útil como herramienta pronóstica en contextos con recursos limitados, pero no puede sustituir el valor predictivo del ensayo genómico Oncotype Dx® en la evaluación del beneficio de la quimioterapia adyuvante. Su uso exclusivo podría llevar a decisiones terapéuticas inadecuadas. Es necesario fomentar estudios con mayor muestra y validación externa para optimizar la toma de decisiones clínicas individualizadas basadas en riesgo.

RES0327 RIO en Cáncer de Mama: resultados oncológicos a 5 años en 476 pacientes

Olga Dobato Portoles[1], Arantxa Campos Bonel[2], Alberto Lanuza Carnicer[3], Sergio Lozares Cordero[4], Isabel Vicente Gomez[5], Virginia Rodrigo Vinue[6], Sofia Borlan Anson[7], Ernesto Hernando Almudi[7], Carmen Casamayor Franco[7], Reyes Ibañez Carreras[3]

[1]Hospital Universitario Miguel Servet Cirugía General y Ap Digestivo
[2]Hospital Universitario Miguel Servet Oncología Radioterápica
[3]Oncología Radioterápica
[4]Servicio de Radiofísica Hospitalaria
[5]Servicio de Ginecología
[6]Cirugía General y Ap Digestivo
[7]

Objetivos

El objetivo principal es evaluar la tasa de recidiva locorregional en una cohorte de pacientes con cáncer de mama temprano tratadas con cirugía conservadora y radioterapia intraoperatoria (RIO), con un seguimiento mínimo de cinco años. Los objetivos secundarios incluyen un análisis del perfil tumoral, necesidad de tratamientos adyuvantes, progresión metastásica y mortalidad atribuible.

Material y Métodos

Se trata de un análisis preliminar de un estudio multicéntrico en Aragón que incluye cerca de 1500 pacientes tratadas con RIO a lo largo de una década. Para este trabajo se ha seleccionado la cohorte del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza correspondiente al primer quinquenio (05/2015–05/2020). Se incluyen pacientes con tumores unifocales, receptores hormonales positivos, sin afectación ganglionar clínica, tratadas con cirugía conservadora u oncoplástica y RIO, sin excluír a pacientes que posteriormente en el resultado de Anatomía Patológica definitiva presentaban criterios de mal pronóstico o de tratamiento adyuvante. Se recopilaron variables clínicas, histológicas, moleculares y de seguimiento oncológico a largo plazo.

Resultados

Se incluyen 476 pacientes con una mediana de edad de 66,3 años (rango: 46,6–89,3). El 94.3% presenta un carcinoma ductal infiltrante y el 89% no muestra invasión linfovascular. El 100% son receptores hormonales positivos, con un Ki67 alto en un 54,8% (≥ 15%) y el 72,1% HER2 negativos. Por lo tanto, el perfil molecular predominante es el luminal A (56,1%), seguido del luminal B (42,9%). La cirugía fue conservadora en el 92,9% y oncoplástica en 34 pacientes. El 27,3% presentó ganglio centinela positivo, siendo la afectación ganglionar uno de los factores pronóstico más importantes. Se administró hormonoterapia al 97,5% de las pacientes, quimioterapia al 14% y radioterapia complementaria al 21%. Tras un seguimiento medio de 76,3 meses, se han documentado 16 recidivas locorregionales (3,36%), siendo la supervivencia libre

recurrencia a los cinco años del 97.69% y 20 progresiones metastásicas (4,2%). Doce pacientes han fallecido por cáncer de mama (2,5%).

Conclusiones

Este estudio representa una de las series más amplias publicadas hasta la fecha con seguimiento mínimo de cinco años, superando así una de las principales limitaciones de estudios previos. La RIO como tratamiento exclusivo en pacientes seleccionadas con cáncer de mama con diagnóstico en estadios iniciales, muestra tasas muy bajas de recidiva locorregional, progresión metastásica y mortalidad específica a cinco años. Estos resultados reafirman el valor de la radioterapia intraoperatoria como estrategia terapéutica efectiva y segura dentro de un enfoque conservador y personalizado, permitiendo limitar los tratamientos adyuvantes sin comprometer los resultados oncológicos.

RES0333 Innovación en cirugía mamaria: navegación magnética con semilla Sirius en lesiones no palpables

Sara Esteban Gordillo[1], Maite Mellado Rodríguez[2], Ignacio Poveda Lasheras[3], Pedro Armendáriz Rubio[4], Natalia Moras Pérez[3], Cristina Artieda Soto[3], Miguel Ángel Sanz de Pablo[3]

[1]Hospital Universitario de Navarra Cirugía General
[2]Hospital Universitario de Navarra Radiología
[3]
[4]Cirugía General

Objetivos

La detección creciente de tumores mamarios no palpables, favorecida por los programas de cribado poblacional, ha incrementado la necesidad de técnicas de localización quirúrgica precisas. El método tradicional con arpón presenta limitaciones, como malestar y ansiedad en la paciente, riesgo de desplazamiento y restricciones logísticas. Ante esto, han surgido nuevas estrategias, entre ellas el sistema Sirius, que utiliza una semilla ferromagnética guiada por navegación en tiempo real, similar a un GPS, permitiendo una localización más precisa y flexible.

Material y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron 33 pacientes intervenidas entre junio de 2023 y 2025 por lesiones mamarias no palpables, utilizando el sistema Sirius. Se analizaron variables demográficas, tumorales (tamaño por imagen, diagnóstico histológico, estadio), técnica quirúrgica mamaria, cirugía axilar asociada, márgenes quirúrgicos (intraoperatorios y definitivos) y complicaciones radiológicas y postoperatorias, clasificadas según la escala de Clavien-Dindo.

Resultados

La mediana de edad fue de 59 años (49–65), con una mediana de IMC de 26 kg/m² (24–

30). La mediana del tamaño tumoral preoperatorio fue de 12 mm por ecografía (10–16,5 mm) y 14 mm por resonancia magnética (10–18,5 mm). En todos los casos, la colocación de la semilla fue ecoguiada.

El 94% de las pacientes presentaban patología maligna. Treinta casos fueron carcinomas infiltrantes: 46% luminal A, 40% luminal B, 10% luminal HER2 y 3% HER2 puro. El 83% correspondían a estadios T1 (30% T1b, 70% T1c). En el 93% se realizó biopsia selectiva del ganglio centinela, con afectación ganglionar (N1) en el 20%.

Se realizó ampliación intraoperatoria de márgenes en 14 pacientes (45%), encontrándose enfermedad residual en el 28%. En cinco pacientes (16%) se detectó afectación del margen definitivo, requiriendo reescisión en el 80%, con obtención posterior de márgenes libres.

La semilla se localizó centrada en la lesión en el 60% de los casos, excéntrica en el 33% y fuera de la lesión en el 3%. La tasa de colocación y recuperación fue del 100%. Se reportó una complicación mayor (3%) tipo IIIb (hematoma postoperatorio que requirió reintervención).

Conclusiones

La semilla Sirius ha demostrado ser una alternativa eficaz y segura frente al método tradicional del arpón, con alta tasa de éxito en la localización, mayor precisión en la localización de la incisión quirúrgica, mayor flexibilidad en la planificación quirúrgica y mejor tolerancia por parte de las pacientes, lo que contribuye a una experiencia clínica favorable.

RES0339 Localización mamaria sin arpón: evaluación de la eficacia y seguridad de SCOUT en cirugía conservadora

Rocío Abrisqueta Serrano[1], Sara Barba Ortega[1], Jorge García Ibáñez[2], Fabiola Alonso-Lamberti Zarauza[2], Maria Jesús González Villar[2], Araceli María Delgado Ojeda[2], Eva Robisco Díaz[2], Sara Vázquez Ramos[2], Maria Consuelo Sanz Ferrández[2], Sofía Aragón Sánchez[2]

1 Hospital 12 de Octubre Ginecologia y Obstetrica
2

Objetivos

Evaluar la eficacia, estabilidad y perfil de seguridad del sistema de localización preoperatoria SCOUT en pacientes sometidas a cirugía conservadora de mama, analizando la tasa de migración del marcador, la localización intraoperatoria, el éxito en márgenes libres y la morbilidad postquirúrgica.

Material y Métodos

Un estudio observacional retrospectivo que incluyó a pacientes diagnosticadas de cáncer de mama intervenidas mediante tumorectomía

con guiada con SCOUT entre enero de 2024 y enero de 2025 en un hospital universitario terciario. Se recopilaron variables demográficas (edad, menopausia, IMC, antecedentes familiares), clínicas (tipo histológico, grado, estadio TNM, inmunofenotipo), radiológicas (hallazgo mamográfico, categoría BIRADS, localización por cuadrante), y quirúrgicas (volumen y diámetro mayor de la pieza resecada, márgenes, ampliaciones intraoperatorias) así como complicaciones postoperatorio y dolor postoperatorio.

Resultados

Se incluyeron a 34 paciente, con edad media de 56.4 (± 11.1), siendo el 73.5 % posmenopáusicas. La mayoría de lesiones se localizaron en el cuadrante superoexterno (41.2 %), y el 73.6 % correspondían a lesiones BIRADS 4C o 5. El tamaño tumoral medio en pruebas de imagen fue de 12.5 mm (±2.1 mm). El marcador fue posicionado con una media de 99 días antes de la intervención (DE: ±64), sin objetivarse migración del marcador en ninguno de los casos. La tasa de localización intraoperatoria del SCOUT fue del 94.1%. La media de diámetro mayor de la pieza quirúrgica fue de 13.8 mm (DE ±13.1) y el volumen medio resecado fue de 54.4 cm^3 (mediana: 44.0, RIQ: 30.6–69.4). Se lograron márgenes libres en aproximadamente un 90 %. En 13 pacientes se realizaron ampliaciones intraoperatorias de la tumorectomia, encontrándose un tercio (31%) evidencia de malignidad.

La tasa global de complicaciones fue muy baja, registrandose un caso de hematoma (2.0 %). No se produjeron infecciones de la herida quirúrgica, seromas ni dehiscencias. El dolor postoperatorio fue leve, con una EVA media de 1.9 (DE: ±1.4). No se precisaron reintervenciones. Un elevado porcentaje fue cirugía mayor ambulatoria (58.8%).

Conclusiones

El sistema SCOUT es una herramienta de localización segura, estable y eficaz. Su uso permite una planificación quirúrgica precisa, con alta tasa de márgenes libres, bajo riesgo de migración y excelente tolerancia postoperatoria. Al permitir la localización de la lesión varios días antes de la intervención, facilita una mejor organización del proceso quirúrgico, optimizando tanto el tiempo radiológico como el uso racional de los recursos del quirófano. Su carácter no radiólogo-dependiente contribuye a una mayor eficiencia en la planificación quirúrgica y a una gestión más flexible y eficaz de los tiempos hospitalarios.

RES0340 Aplicación del clip de hidrogel y de la ecografía intraoperatoria para el tratamiento quirúrgico de las lesiones mamarias malignas no palpables. Experiencia en nuestro centro.

Fabrizia Lavecchia[1], María García Gallardo[1], Janire Zarragoitia Rojo[2], Sonia Baulies[2]

[1]H. Universitario Dexeus Ginecología

[2]

Objetivos

Valorar la seguridad, la eficacia en la identificación de la lesión, la obtención de márgenes libres y la tasa de reintervención quirúrgica con la utilización de la ecografía intraoperatoria en lesiones malignas mamarias no palpables marcadas con clip hidrogel.

Material y Métodos

Se incluyeron 69 pacientes (6 de las cuales presentaban lesiones bifocales) con lesiones malignas no palpables: 56 diagnosticos de carcinoma infiltrante, 19 de carcinoma in situ, todas las pacientes tratadas mediante cirugía conservadora, tanto en contexto de cirugía primaria como tras tratamiento neoadyuvante. El clip de hidrogel fue colocado en el año 2024 por el equipo de radiología el mismo día de la biopsia percutánea con aguja gruesa o asistida por vacío: en el 70.7% de casos la aplicación fue ecoguiada y en el 29.3% fue por estereotaxia. Las pacientes fueron intervenidas en el año 2024 y 2025. Durante la cirugía, se utilizó ecografía intraoperatoria para localizar la lesión y guiar la escisión. La edad media de las pacientes fue de 64 años. El tamaño medio de las lesiones tratadas fue de 11.23 mm, la mayoría 98.7% a nivel mamario y solamente un caso en axila.

Resultados

Resultados preliminares: La identificación de la lesión fue posible en la mayoría de los casos mediante la guía ecográfica. La exéresis de la lesión fue posible en el 100% de los casos y se tuvieron que reintervenir unicamente 3 pacientes por márgenes afectos y/o próximos, suponiendo una tasa de reintervención quirúrgica del 4%. En 5 casos se observó desintegración del clip de hidrogel en el tejido mamario o su expulsión de la pieza quirúrgica, posiblemente relacionada con el efecto del calor por electrocoagulación o la presión del instrumental quirúrgico, lo que dificultó su visualización ecográficay haciendo imposible su recuperación. No obstante, esta circunstancia no se asoció con un aumento de tumorectomías en blanco ni de segundas cirugías.

Conclusiones

La combinación del clip de hidrogel con ecografía intraoperatoria representa una técnica efectiva y segura para el marcaje prequirúrgico y la resección precisa de lesiones mamarias malignas no palpables de pequeño tamaño. La baja tasa de " no localización " en el acto quirúrgico, la seguridad en la extirpación del tumor y la baja probabilidad de reintervención apoyan su uso como estrategia preferente en cirugía conservadora de mama, incluso en presencia de dificultades técnicas puntuales.

RES0341 ¿Influye la imagen radiológica en los resultados quirúrgicos de las tumorectomías guiadas por SCOUT?

Rocío Abrisqueta Serrano[1], Sara Barba Ortega[1], Jorge García Ibáñez[2], Araceli María Delgado Ojeda[2], Maria Jesús González Villar[2], Fabiola Alonso-Lamberti Zarauza[2], Elena Marín Fernández[2], Alejandra Marqués

Aldaz[2], Sofía Aragón Sánchez[2], Maria Consuelo Sanz Ferrández[2]

[1]Hospital 12 de Octubre Ginecologia y Obstetricia
[2]

Objetivos

Estudiar la relación entre el tipo de hallazgo radiológico y la clasificación BIRADS con los resultados quirúrgicos en pacientes con cáncer de mama intervenidas mediante cirugía conservadora guiada por SCOUT. Se evalúa si estas variables tienen un impacto en el volumen de la resección, la afectación de los márgenes quirúrgicos, la necesidad de ampliación intraoperatoria y la aparición de complicaciones postoperatorias.

Material y Métodos

Se trata de un estudio retrospectivo observacional. Se incluyeron 34 pacientes con cáncer de mama sometidas a una tumorectomía guiada con SCOUT entre enero de 2024 y enero de 2025 en un hospital universitario de tercer nivel. Se categorizaron los hallazgos radiológicos como nódulo, distorsión arquitectural o asimetría focal. Se clasificaron según BIRADS, se registró la localización por cuadrante y lateralidad, y se analizaron tamaño tumoral, volumen resecado, márgenes histológicos, ampliaciones intraoperatorias, complicaciones y EVA postoperatorio. Se realizaron análisis comparativos entre grupos.

Resultados

El 90.9 % de los casos presentaron un nódulo como hallazgo principal, mientras que el 6.1 % fueron distorsiones arquitecturales y el 3 % asimetrías focales. La mayoría de los tumores (73.6 %) fueron clasificados como BIRADS 4C o 5. La media del diámetro mayor de los tumores por imagen fue de 12.5 mm (DE ±2.1). El volumen resecado fue similar en todos los subgrupos (media: 54.4 cm^3), sin diferencias entre los hallazgos radiológicos: nódulos (53.2 cm^3), distorsiones (57.4 cm^3), asimetrías (56.5 cm^3). Las tasas de márgenes libres fueron elevadas en todos los grupos: 90.3 % para nódulos, 100 % para distorsiones, y 100 % para asimetrías. Solo el 38.2 % de las pacientes requirió ampliación intraoperatoria. El cuadrante superoexterno fue el más frecuentemente afectado (41.2 %). No se observaron diferencias en el volumen resecado ni en los márgenes en función del cuadrante ni de la mama afectada. En cuanto a las complicaciones postoperatorias, solo se produjo un único caso de hematoma en lecho de tumorectomía. No se registró ningún caso de seroma, infección de la herida quirúrgica o dehiscencias. El dolor postoperatorio fue evaluado mediante la escala EVA en todas las pacientes, objetivandose un EVA medio de 1.9.

Conclusiones

Los resultados quirúrgicos no se vieron condicionados ni por el tipo de hallazgo radiológico ni por la categoría BIRADS. La técnica mostró una alta fiabilidad incluso en lesiones mamográficas menos definidas, permitiendo resecciones eficaces con bajo

riesgo de márgenes afectos. El dolor postoperatorio de nuestras pacientes fue bajo. Estos datos refuerzan la versatilidad y precisión de SCOUT como sistema de localización para cirugía conservadora del cáncer de mama.

RES0361 Valor pronóstico del test genómico MammaPrint en pacientes con cáncer de mama precoz: análisis retrospectivo de 72 casos

Elisa Moreno Palacios[1], Alicia Ramirez Castan[2], Marcos Meléndez Gispert[1], Laura Frias Aldeguer[1], Covadonga Martí[2], Adolfo Loayza[2], Jose Ignacio Sanchez-mendez[2]

[1]Hospital Universitario La Paz Obstetricia Y Ginecología [2]

Objetivos

A principios de los años 2000 se desarrolló *MammaPrint*, el primer test genómico con valor pronóstico en cáncer de mama. Posteriormente se introdujo *Oncotype DX*, con valor tanto pronóstico como predictivo, seguido en la década de 2010 por *EndoPredict* y *Prosigna*, con perfiles moleculares más específicos.

MammaPrint analiza la expresión de 70 genes y clasifica a las pacientes con cáncer de mama precoz en dos grupos: alto o bajo riesgo de recurrencia a distancia. Su uso está indicado en tumores luminales HER2 negativos, sin afectación ganglionar o con afectación de hasta 3 ganglios axilares. Su utilidad clínica es mayor en pacientes con alto riesgo clínico, especialmente mayores de 50 años. Su validez ha sido confirmada por estudios prospectivos como el ensayo MINDACT, que demostró su capacidad para identificar pacientes que podrían evitar la quimioterapia adyuvante.

Material y Métodos

Se realizó un análisis retrospectivo de 72 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama precoz entre 2002 y 2017, a quienes se les realizó MammaPrint. La edad media fue de 54,5 años (rango 34–70). Según el subtipo molecular: 40 pacientes presentaron tumores luminal A, 31 pacientes luminal B y una paciente luminal B-HER2 (con resultado de alto riesgo, sin recurrencia durante el seguimiento).

Se identificaron 24 perfiles de alto riesgo según MammaPrint, de los cuales todas las pacientes, salvo una, recibieron quimioterapia adyuvante.

Resultados

Durante el seguimiento se identificaron 12 recurrencias: tres en pacientes con catalogadas por MammaPrint de alto riesgo (todas recibieron quimioterapia) y nueve de bajo riesgo.

Entre estas últimas, dos pacientes eran menores de 50 años (37 y 44 años), con tumores luminal A y micrometástasis en el

ganglio centinela; presentando una recidiva local y otra metástasis a distancia.

De las 12 pacientes con recaidas, 5 han fallecido por enfermedad, 2 se encuentran en remisión completa y 5 permanecen en tratamiento activo.

Conclusiones

Nuestros datos confirman el valor pronóstico del test MammaPrint en la estratificación del riesgo en cáncer de mama precoz. No obstante, observamos recurrencias en pacientes menores de 50 años con bajo riesgo genómico, lo que coincide con las recomendaciones de la ASCO, que limitan su uso en este subgrupo por falta de evidencia concluyente. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de una valoración individualizada que integre los factores clínicos, genómicos y anatomopatológicos para una adecuada toma de decisiones terapéuticas.

RES0373 Radioterapia intraoperatoria en cáncer de mama: perfil clínico y ahorro económico en un centro de referencia

Marta Sánchez Pérez[1], Yazmina Bautista Mártir[1], Cristina Rodríguez Martínez[1], Alejandro Martínez Vidal[1], Ana Laborda Segovia[1], M.arantzazu Romero Borque[2], Enrique López Jiménez[2], Enrique Cárdenas Cánovas[2], Isabel De la Fuente Muñoz[2], Antonio Piñero Madrona[3]

[1]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca Oncologia Radioterápica

[2]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca Oncología Radioterápica

[3]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca Unidad de Cirugía de la Mama (Cirugia General)

Objetivos

Describir las características demográficas y clínicas de las pacientes tratadas con radioterapia intraoperatoria (RIO) en nuestro centro y su impacto económico.

Material y Métodos

Se desarrolló un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas. Se incluyeron 93 pacientes tratadas con cirugía conservadora de mama y RIO desde 2020 hasta junio de 2025. Se recogieron datos demográficos y clínicos que se describieron mediante índices estadísticos descriptivos; el test de Kolmogorov – Smirnof para se utilizó para verificar la normalidad de las variables cuantitativas. Los datos se analizaron empleando el programa SPSS en su versión 26.0.

Resultados

La edad media fue de 63,85 años, con un rango de 49 a 80 años. el 93% de las pacientes eran postmenopáusicas; dos presentaban antecedentes de cáncer de mama.

Los tumores se distribuyeron equitativamente entre ambas mamas. El cuadrante superoexterno fue el más afectado (39,8%). La mayoría fueron ct1 (96,8%) y cn0; solo tres casos fueron ct2 (3,2%).

Las pacientes recibieron rio prescribiéndose dosis única De 20 gy en superficie, utilizando aplicadores esféricos de diferente diámetro.

El grado histológico más frecuente fue el I (59,1%), seguido del II (35,5%). Se observó invasión linfovascular en el 8,6%, perineural en el 1,1% y márgenes afectados en el 11,8%. La media de distancia al margen fue 3 mm. El ganglio centinela fue positivo en el 21,5% de los casos.

El 73.1% de los tumores correspondieron al subtipo luminal A (73,1%), seguido de luminal B (18,3%). Se detectaron dos casos HER2 positivo (2,2%), uno luminal HER2 y otro HER2 puro. No se identificaron casos triples negativo.

El 36,6% de las pacientes recibió radioterapia externa adyuvante (40,05 Gy en 15 Fracciones). Además, el 12,9% recibió quimioterapia y el 95,7% tratamiento hormonal.

En referencia a la toxicidad postoperatoria, se documentaron cinco casos de seroma; dos pacientes precisaron reintervención por complicaciones en la herida quirúrgica y se describió un caso de absceso intramamario. No hubo ninguna recaída durante el seguimiento.

El coste estimado de una paciente con cáncer de mama tratada con cirugía y radioterapia externa es de 7.300 euros basado en estudio TARGIT-A y otros estudios SEOR y NICE (UK). Sin embargo, una paciente tratada con cirugía y RIO el coste estimado es 3.500 euros.

Conclusiones

El uso de la RIO sustituyó a la RTE adyuvante en el 63,4% de los casos, siendo está una buena estrategia terapéutica, más cómoda con resultados satisfactorios y un ahorro estimado de 4.000 euros por paciente.

RES0375 Evaluación Dosimétrica de la Dosis Equivalente Hepática en Radioterapia ultrahipofraccionada para Cáncer de Mama Derecha: Hacia la Definición de Nuevos Parámetros de Seguridad

Virginia Garcia Reglero[1], Sara Vázquez González[1], Luis Ramos Garcia[2], Priscila Bernard Contreras[3], Jose David González Gómez[4], Manuela Bermudez Zubiria[4], Alejandro Rodriguez Gutierrez[4], Jose Enrique Baquedano Baquedano[3], M Elena García Alonso[3], Moises Mira Flores[3]

[1]H.U. Arnau de Vilanova Oncología Radioterápica
[2]Servicio de Radiofisica
[3]
[4]H.U Arnau de Vilanova

Objetivos

En la radioterapia adyuvante para cáncer de mama derecha, el hígado y el pulmón derecho son órganos en riesgo que pueden recibir dosis incidentales. Aunque la toxicidad hepática clínicamente evidente es infrecuente, estudios recientes han demostrado correlaciones entre los parámetros dosimétricos hepáticos y alteraciones subclínicas en pruebas de función hepática. Se ha descrito además una correlación significativa entre la dosis hepática y el volumen pulmonar irradiado, lo que refleja la influencia de la anatomía individual y la técnica de planificación. La literatura sugiere que una dosis media hepática (D_{mean}) mayor a 2.08 Gy se asocia con elevaciones en ALT, AST y GGT, aunque sin toxicidad clínica relevante en la mayoría de los casos.

Evaluar la dosis hepática y el volumen pulmonar derecho irradiado en pacientes tratadas con ultrahipofraccionamiento para cáncer de mama derecha, y analizar su interrelación a la luz de la evidencia publicada.

Material y Métodos

Se estudiaron 555 pacientes tratadas con un esquema de 26 Gy en 5 fracciones.

Se analizaron la dosis media hepática y el volumen pulmonar derecho irradiado. Se ajustaron los límites de dosis mediante el modelo lineal-cuadrático ($\alpha/\beta = 2.5$), estableciendo un umbral de seguridad de 1.22 Gy para la D_{mean} hepática.

Resultados

La D_{mean} hepática media fue de 0.67Gy ($CI_{95\%}$: 0.62Gy – 0.73Gy), claramente por debajo del umbral de seguridad. Sin embargo, un 14.4% ($IC_{95\%}$: 11.5% - 17.3%) recibieron una dosis hepática superior al umbral de seguridad, tratándose de casos puntuales que podrían beneficiarse de una mejora en técnica de planificación.

El V_{Lung} presentó una media de 1488cm³ ($CI_{95\%}$: 1462cm³ – 1514cm³), con un rango de 805 cm³ – 3076cm³. Se observó una correlación inversa significativa entre V_{Lung} y D_{mean} hepática ($r_{Spearman} = –0.46$; $p < 0.001$), consistente con publicaciones que describen que un mayor volumen pulmonar se asocia con menor dosis hepática incidental.

Conclusiones

El tratamiento con ultrahipofraccionamiento se asocia con una exposición hepática baja, dentro de márgenes seguros. La correlación inversa entre volumen pulmonar y D_{mean} hepática destaca la importancia de la planificación individualizada y la posible utilidad de técnicas como DIBH en pacientes seleccionadas para reducir aún más la toxicidad hepática subclínica y preservar la calidad de vida en supervivientes a largo plazo.

RES0383 Implementación del sistema SAVI Scout® para la exéresis de lesiones no palpables de mama; comparación con métodos tradicionales

Mireia Martínez González[1], Maria Llueca Romera[1], Judit Aixalà Sala[2], Maria Gómez Romero[2], Anna Cesari Tarrech[2], Yudy Marleny Lopez Barrera[3], Maria Veronica Orellana Velez[3], Juana Galera Ortega[2], Inmaculada Alonso Vargas[2], Mirian De la Flor López[2]

[1]Hospital Universitari Joan XXIII
Ginecología y Obstetrícia
[2]
[3]Radiología

Objetivos

Los métodos clásicos de localización y guía de la cirugía conservadora de los tumores no palpables de mama son: arpón, ROLL y más recientemente la ecografía intraoperatoria (EIO) en casos seleccionados.

La introducción de semillas de distintas variedades ha mejorado la eficiencia de la cirugía y satisfacción de pacientes y profesionales.

En el presente estudio retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas, valoramos la experiencia quirúrgica con la incorporación de la semilla Savi Scout®.

Material y Métodos

Entre enero 2023 y diciembre del 2024 se intervinieron en la Unidad de Patología Mamaria 215 pacientes. Se incluyeron en el estudio las pacientes con lesiones no palpables tratadas mediante cirugía conservadora independientemente del tipo de estadificación axilar (n=85). Se excluyeron las pacientes tratadas con neoadyuvancia, los tumores multifocales/multicéntricos, el carcinoma intraductal y las candidatas a cirugía oncoplástica de nivel 2.

Resultados

La Edad De Las Pacientes Fue De 64.3±12.6 Años (rango, 40-91). Los Métodos De Localización Empleados Fueron: Arpón (n=5); Roll (n=42); Ecografía (n=18); Savi-scout (n=20).

En grupo Scout el diámetro mayor tumoral fue 11.8±4.3 mm y en resto de métodos 21.1±8.5mm ($p<0.0001$). El volumen tumoral extirpado en Scout fue 215.9 ±104.0 mm^3; y con resto de métodos 324.3 ±242.6mm^3 ($p=0.006$).

Se logró la extirpación exitosa de la lesión con todas las técnicas excepto en 1 caso localizado con arpón; la paciente se tuvo que reintervenir. Se realizó ampliación intraoperatoria en 50 casos sin diferencias significativas entre Scout y resto de métodos. Hubo 2 reintervenciones por márgenes inadecuados: 1 ROLL y 1 EIO.

Conclusiones

El empleo de SAVI Scout® se ha priorizado en tumores no palpables de tamaño menor, sobretodo inferior a un centímetro. La localización de las lesiones ha sido exitosa en el 100% de los casos y no hubo reintervenciones por márgenes inadecuados.

RES0390 Recidiva locorregional en pacientes con cáncer de mama TARGIT A tratadas con RIO exclusiva

Olga Dobato Portoles[1], Arantxa Campos Bonel[2], Alberto Lanuza Carnicer[3], Sergio Lozares Cordero[4], Isabel Vicente Gomez[5], June Izagirre Santana[6], Laura Lamata de la Orden[7], Ernesto Hernando Almudi[7], Carmen Casamayor Franco[7], Reyes Ibañez Carreras[3]

[1]Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza Cirugía General y Ap Digestivo
[2]Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza Oncología Radioterápica
[3]Oncología Radioterápica
[4]Radiofísica Hospitalaria
[5]Ginecología
[6]Cirugía General y Ap Digestivo
[7]

Objetivos

Evaluar la tasa de recidiva locorregional en una cohorte seleccionada de pacientes con cáncer de mama temprano tratadas con cirugía conservadora con biopsia selectiva del ganglio centinela y radioterapia intraoperatoria (RIO), que cumplen criterios TARGIT A estrictos.

Material y Métodos

Se realizó un análisis retrospectivo de una cohorte de 476 pacientes intervenidas entre mayo de 2015 y mayo de 2020 en el Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. Se identificaron aquellas pacientes que cumplían criterios clínico-patológicos alineados con los criterios TARGIT A: edad igual o superior a 46 años, tumor ≤30 mm según anatomía patológica, unifocal o bifocal (<30cm en su conjunto), carcinoma ductal infiltrante o variantes de buen pronóstico, ausencia de invasión linfovascular, márgenes libres (incluyendo tras ampliación), ganglio centinela negativo (sin micrometástasis, macrometástasis ni células tumorales aisladas) y sin indicación de radioterapia externa adyuvante tras la cirugía conservadora. Se excluyeron pacientes con datos incompletos para evaluar alguno de los criterios. La variable principal fue la recidiva locorregional, definida como reaparición tumoral en la mama ipsilateral o en ganglios regionales.

Resultados

Del total de la cohorte, 279 pacientes (58,6%) cumplieron con los criterios TARGIT A estrictos. Tras un seguimiento mínimo de cinco años, se documentaron 11 recidivas locorregionales, lo que representa una tasa del 3,94%. La mediana de tiempo hasta la recidiva fue de 1664 días (4,6 años), con una media de 1558 días. En tres de las once

pacientes con recidiva locorregional se identificó además progresión metastásica. Todas las pacientes con recidiva habían recibido hormonoterapia adyuvante; dos de ellas también quimioterapia, por presentar características de mayor riesgo.

Aunque la tasa observada es ligeramente superior a la descrita en estudios prospectivos multicéntricos (1–3%), se encuentra dentro de márgenes aceptables de seguridad oncológica. La diferencia podría atribuirse a la inclusión de casos bifocales, la naturaleza retrospectiva del análisis y factores clínicos individuales no captados en los criterios estandarizados.

Conclusiones

La irradiación parcial de la mama con radioterapia intraoperatoria en pacientes con cáncer de mama temprano que cumplen criterios TARGIT A estrictos constituye una estrategia eficaz y segura, con baja tasa de recidiva locorregional a largo plazo. Estos resultados apoyan su implementación en la práctica clínica habitual, siempre que la indicación se establezca dentro de un comité multidisciplinario.

RES0391 Factores clínico-patológicos asociados a recidiva locorregional en pacientes con cáncer de mama tratadas con RIO según criterios TARGIT A

Olga Dobato Portoles[1], Arantxa Campos Bonel[2], Alberto Lanuza Carnicer[3], Sergio Lozares Cordero[4], Isabel Vicente Gomez[5], Daniel Aparicio Lopez[6], Lourdes Lahuerta Lorente[7], Ernesto Hernando Almudi[7], Carmen Casamayor Franco[7], Reyes Ibañez Carreras[3]

[1]Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza Cirugía General y Ap Digestivo
[2]Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza Oncología Radioterápica
[3]Oncología Radioterápica
[4]Radiofísica Hospitalaria
[5]Ginecología
[6]Cirugía General y Ap Digestivo
[7]

Objetivos

Identificar factores clínico-patológicos asociados a recidiva locorregional en pacientes con cáncer de mama tratadas con cirugia conservadora, biopsia selectiva del ganglio centinela y radioterapia intraoperatoria (RIO), seleccionadas según criterios TARGIT A.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo sobre una base de datos institucional de pacientes con cáncer de mama tratadas con cirugía conservadora más RIO entre 2015 y 2020. Se identificaron aquellas pacientes que cumplían criterios clínico-patológicos alineados con los establecidos en el estudio TARGIT A.

Se analizaron 279 pacientes con un seguimiento mínimo de 5 años (media: 7,4 años). Se evaluó la asociación entre recidiva locorregional y edad, tamaño tumoral, grado histológico de Nottingham y porcentaje de Ki67. En el caso de Ki67, se utilizó un punto

de corte del 25%. Se aplicó el test de chi-cuadrado, con $p<0,05$ como umbral de significación.

Resultados

Durante el periodo de seguimiento, se identificaron 11 recidivas locorregionales (3,9%). El análisis de Ki67 con punto de corte en el 25% reveló una asociación estadísticamente significativa con la recidiva: las pacientes con Ki67 ≥25% presentaron una tasa de recidiva del 9,7%, frente al 2,6% en aquellas con Ki67 <25% (p=0,04).

El grado histológico no mostró relación significativa con la recidiva (p=0,932), al igual que el tamaño tumoral, donde las pacientes con tumores >2 cm presentaron una tasa del 7,1%, frente al 3,5% en tumores ≤2 cm (p=0,678). Tampoco se observaron diferencias significativas en función de la edad, aunque las pacientes menores de 50 años mostraron una tasa de recidiva del 9,1%, frente a 4,3% entre 50–70 años y 3,6% en mayores de 70 (p=0,696).

Conclusiones

En esta cohorte de pacientes tratadas con RIO bajo criterios TARGIT A, el Ki67 ≥25% se asoció de forma estadísticamente significativa a una mayor tasa de recidiva locorregional, lo que lo posiciona como un posible marcador pronóstico relevante incluso en pacientes seleccionadas de bajo riesgo. Este hallazgo refuerza la evidencia clínica previa que vincula altos niveles de proliferación tumoral con mayor agresividad y riesgo de recurrencia. Además, respalda el uso clínico de Ki67 como criterio de estratificación pronóstica y podría orientar decisiones terapéuticas futuras, especialmente en la selección de pacientes candidatas a tratamiento con radioterapia intraoperatoria. Se recomienda continuar investigando su valor predictivo en series más amplias y estudios prospectivos que permitan confirmar y refinar estas observaciones en la práctica clínica.

RES0393 Intervención multimodal durante la quimioterapia neoadyuvante en pacientes con cáncer de mama como estrategia para mejorar la respuesta al tratamiento: ensayo diana (prehabilitación multimodal: dieta, psicoterapia de control de ansiedad, actividad física).

Helena Castillo[1], Graciela Martinez-Palli[2], Raquel Sebio-Garcia[3], Marina Siso[4], Miguel Garriz[5], Blanca Gonzalez[6], Esther Sanfeliu[6], Berta Diaz-Feijoo[7], Eduard Mension[7]

[1]Hospital Clínic de Barcelona ICGON
[2]Hospital Clínic de Barcelona Anestesiología y reanimación / Área Quirúrgica
[3]Rehabilitación / ICEMEQ
[4]Endocrinología y Nutrición /ICMDM
[5]SERVEI DE PSIQUIATRIA I PSICOLOGIA
[6]Servicio de Anatomía Patológica / Centro de Diagnóstico Biomédico (CDB)
[7]ICGON

Objetivos

El cáncer de mama (CM) es la neoplasia más común y la principal causa de muerte por cáncer en la mujer mundialmente. La quimioterapia neoadyuvante (QTNA) desempeña un papel crucial en el tratamiento del CM, con ventajas demostradas respecto al régimen adyuvante, especialmente su valor pronóstico. En los últimos años, se han desarrollado líneas de investigación centradas en el papel en el CM de medidas de estilo de vida, como ejercicio físico, dieta y el apoyo psicológico, conocidas colectivamente como prehabilitación. Aunque la prehabilitación ha mostrado beneficios en varios campos médicos, la evidencia en el CM sigue siendo escasa. Presentamos un ensayo clínico aleatorizado y controlado cuyo objetivo es evaluar el impacto de un programa de prehabilitación multimodal en la respuesta patológica tumoral a la QTNA en pacientes con CM no metastático.

Material y Métodos

Se incluirán un total de 214 mujeres, aleatorizadas en dos grupos: control (manejo habitual) e intervención (prehabilitación). el grupo intervención participará en un programa estructurado de ejercicio físico, soporte psicológico y asesoramiento nutricional durante la quimioterapia neoadyuvante (4-6 meses). se evaluará la patología tumoral, incluyendo un análisis de microambiente, antes y después del tratamiento. también se recogerán datos sobre la tolerancia a la quimioterapia neoadyuvante, calidad de vida y estado físico y psicológico mediante pruebas y cuestionarios validados.

La variable principal será la respuesta patológica tumoral evaluada mediante el residual cancer burden index (rcb). las variables secundarias incluirán cambios en el microambiente tumoral, tolerancia a la quimioterapia neoadyuvante, calidad de vida y variables de recuperación física y psicológica.

Resultados

Se espera que el programa de prehabilitación multimodal mejore las tasas de respuesta patológica tumoral a la QTNA al modificar el microambiente tumoral; además de una mayor tolerancia al tratamiento, una mejor calidad de vida y una recuperación postoperatoria más favorable.

Conclusiones

Este estudio aportará evidencia clave sobre el papel de la prehabilitación multimodal como una potencial herramienta no invasiva para optimizar, no solo los resultados oncológicos de las pacientes con CM, sino también su salud física y mental global.

RES0433 Determinación del subgrupo de pacientes con cáncer de mama precoz en los que, en nuestro centro, es seguro omitir la realización de la biopsia del ganglio centinela.

María de la Salud Arellano Hermida[1], Laura Frías Aldeguer[1], Csoem Velasco Muñoz[2], Carmen Pintado Izquierdo[3], Elisa Moreno

Palacios[3], Covadonga Martí Álvarez[3], Adolfo Loayza Galindo[3], José Ignacio Sánchez Méndez[3]

[1]Hospital Universitario La Paz Patología Mamaria
[2]Hospital Universitario La Paz
[3]

Objetivos

Las conclusiones de los estudios SOUND e INSEMA han sido rápidamente incorporadas a las principales guías de tratamiento del cáncer de mama precoz, si bien, en los propios trabajos se invita a la prudencia y a que cada centro valore su aplicabilidad en función de las características tanto de su población como de sus profesionales. El objetivo de este trabajo es seleccionar el subgrupo de pacientes cN0 atendidas en nuestra unidad en las que la probabilidad de que el ganglio centinela sea positivo para macrometástasis sea inferior al 5%.

Material y Métodos

Realizamos un estudio observacional, retrospectivo de pacientes cT1 cN0 M0 diagnosticadas entre 2019 y 2024, con el fin de poder definir aquellas características cuya presencia se relaciona de forma significativa con la probabilidad de que el ganglio centinela sea positivo para macrometástasis, para así poder excluirlas del subgrupo en el que es seguro omitir la biopsia del ganglio centinela.

Resultados

Tras un análisis multivariante Incluimos 113 pacientes con las siguientes características: mayores de 60 años, tratadas con cirugía conservadora, sin neoadyuvancia, por un cáncer de mama infiltrante, único, fenotipo luminal, G1-G2, Ki67 < 31%. Es ellas la probabilidad de que el ganglio centinela sea positivo para macrometástasis fue del 4,4% (5).

Conclusiones

Para poder evitar la biopsia del ganglio centinela en pacientes con cáncer de mama precoz es aconsejable que cada Unidad de Mama analice las características de su población en la que resulta seguro obviar este procedimiento.

Tratamiento sistémico primario en el cáncer de mama

RES0083 Concordancia interobservador en la evaluación del tamaño tumoral mediante mamografía con contraste y resonancia magnética en cáncer de mama tras neoadyuvancia

Florentina Guzmán Aroca[1], Ana Belén Martínez Segura[2], Ana Azahara García Ortega[1], Juan Francisco Martínez Martínez[1], Josefa Pérez-Templado Ladrón de Guevara[1],

Dolores Hernández Gómez[1], Antonio Piñero Madrona[3]

[1]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca Radiología
[2]Hospital General Universitario Santa Lucía Radiología
[3]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca Cirugía de mama

Objetivos

Evaluar la concordancia interobservador en la medición del tamaño tumoral mediante mamografía con contraste (CEM) y resonancia magnética (RM) después de terapia sistémica primaria (TSP) en cáncer de mama.

Material y Métodos

Estudio prospectivo realizado sobre imágenes obtenidas de 80 pacientes tratadas con TSP por carcinoma invasivo mamario, valoradas por radiólogos con diferente grado de experiencia utilizando CEM y RM. Se calculó la concordancia interobservador mediante coeficientes de correlación intraclase (ICC).

Resultados

La concordancia interobservador fue excelente para ambas técnicas (ICC>0,90), destacando una mayor consistencia en las mediciones realizadas con CEM respecto a RM. La variabilidad entre observadores fue menor con la CEM.

Conclusiones

La medición del tamaño tumoral mediante CEM presenta una excelente reproducibilidad interobservador, superando ligeramente a la RM. Estos resultados apoyan el uso extendido y confiable de la CEM en la práctica clínica habitual para la evaluación precisa del tumor residual tras neoadyuvancia.

RES0234 Comparación de la respuesta radiológica y patológica en pacientes con cáncer de mama tratados con quimioterapia neoadyuvante. Nuestros resultados.

Begoña Ayuso Llorente[1], Patricia López Arribas[1], Elena Martinez Gomez[2], Teodora Morales Caminiti[2], Josefa Ignacia Valdivieso Jara[2], Ines Abad Martinez[2], Belen Ortiz Cruz[2], Isabel Martinez Walters[2], Aldina Couso Gonzalez[2], Rocio García Berrio[2]

[1]Hospital Universitario Principe de Asturias ginecologia
[2]

Objetivos

Evaluar la correlación entre la respuesta radiológica mediante resonancia magnética y la respuesta patológica sobre la pieza quirúrgica en pacientes con cáncer de mama que han recibido quimioterapia neoadyuvante en nuestro centro.

Material y Métodos

Estudio descriptivo realizado en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama localmente avanzado en 2024 que recibieron neoadyuvancia en nuestro hospital. Se incluyeron aquellas pacientes que contaban con estudios de RM antes y después del tratamiento, y que posteriormente fueron intervenidas. Se analizaron los hallazgos radiológicos y anatomopatológicos. La respuesta radiológica se evaluó clasificando los casos en respuesta completa, parcial, enfermedad estable o progresión. La respuesta patológica se definió como completa (pCR) si no se identificaba tumor residual invasivo en la pieza quirúrgica.

Resultados

De alrededor de 300 casos nuevos de cáncer de mama en nuestro centro únicamente obtuvimos datos de 100, de las cuales fueron incluidas en el estudio 41.

El total de respuestas radiológicas completas fueron 18, lo que supone un 44%.

En cuanto a respuestas patológicas completas se observaron en 15 pacientes sobre un total de 32, ya que varias de las pacientes que habían terminado la neoadyuvancia, estaban pendientes de cirugía.De todas las pacientes en las que se obtuvo una respuesta radiológica completa, se evidenció ausencia de tumor residual en la pieza en el 60%, lo que supone un 27% sobre el total de pacientes que recibieron neoadyuvancia.

Entre las 15 pacientes sin evidencia de tumor residual, en 10 de ellas se constató previamente una respuesta radiológica completa, lo que supone un 71% de global de respuestas patológicas.

Conclusiones

La resonancia magnética demuestra una concordancia significativa con la respuesta patológica en pacientes con cáncer de mama tratadas con quimioterapia neoadyuvante, lo que refuerza su utilidad como herramienta de evaluación prequirúrgica. Aunque permite anticipar en muchos casos la ausencia de tumor residual, no reemplaza el análisis anatomopatológico, que sigue siendo el método de referencia para confirmar la respuesta completa tras el tratamiento.

RES0237 Coste-Utilidad del Test Prosigna en Mujeres con Cáncer de Mama Luminal HR+/HER2−: Modelo de Markov desde el Sistema Sanitario Español

Rocío Abrisqueta Serrano, Sara Barba Ortega, Jorge García Ibáñez, Maria Jesús González Villar, Araceli Maria Delgado Ojeda, Fabiola Alonso-Lamberti Zarauza, Eva Robisco Díaz, Maria Luisa Arroyo Vozmediano, Beatriz García Chapinal, Maria Consuelo Sanz Ferrández

Objetivos

Evaluar el coste-utilidad de tres estrategias terapéuticas adyuvantes en el cáncer de mama

precoz Hr+/her2−, incluyendo la utilización del test genómico prosigna, mediante un modelo de markov.

Material y Métodos

Se construyó un modelo de Markov con horizonte temporal de 10 y 15 años. Se compararon tres estrategias: (A) Prosigna bajo riesgo→ reciben hormonoterapia; (B) Tratamiento guiado por factores clínico-patológicos convencionales; y (C) Prosigna alto riesgo → reciben quimioterapia y hormonoterapia. La cohorte consistió en 244 pacientes (edad media 58 años, 69,5% posmenopáusicas). Se evaluaron AVACs (Años de Vida Ajustados por Calidad), costes directos y se calcularon ICERs (razón de coste-efectividad incremental). Se incluyeron análisis de sensibilidad univariante y probabilístico.

Resultados

A los 10 años, el Escenario A mantuvo el mayor porcentaje de pacientes libres de enfermedad (≥85%), con una incidencia baja de metástasis (~2%) y una mortalidad global reducida (~11–12%), en consonancia con su excelente pronóstico. El Escenario B mostró resultados intermedios: un 83% de las pacientes permanecían sin enfermedad, 3% habían desarrollado metástasis y un 0,5% presentaban recurrencia local en ese punto, con una mortalidad total de 13%. El Escenario C presentó la mayor proporción de progresión metastásica (~4,7%) y la mayor mortalidad (~15%), a pesar del tratamiento intensivo. A los 15 años, las diferencias entre grupos se mantuvieron, con aumentos proporcionales en las recurrencias y muertes. En términos de AVACs acumulados, el Escenario A obtuvo los mejores resultados (8,0 a 10 años; 11,5 a 15 años), seguido por B (7,9 y 11,3) y C (7,8 y 11,1), reflejando una mayor calidad y duración de vida en pacientes correctamente identificados como de bajo riesgo. El escenario A resultó la estrategia más coste-efectiva con un ICER <9.000 €/ AVAC frente a C, y fue dominante frente a B. El uso de Prosigna permitió evitar quimioterapia innecesaria en un número significativo de pacientes con bajo riesgo. El análisis probabilístico confirmó una alta probabilidad de coste-efectividad del escenario A (≥80% con umbral de 25.000 €/ AVAC). El análisis univariante (tornado), las variables que más influenciaron el ICER fueron el coste del Prosigna, la eficacia asumida de la QT en prevención de recaídas, y las utilidades en metastasis.

Conclusiones

La utilización del test Prosigna para guiar el tratamiento adyuvante en cáncer de mama HR+/HER2− es una estrategia eficiente que mejora la calidad de vida al reducir el uso de quimioterapia sin comprometer la eficacia clínica.

Desde la perspectiva del sistema sanitario español, resulta una opción coste-efectiva y recomendable.

RES0241 Factores clínico-patológicos asociados al cambio terapéutico tras test genómico Prosigna en cáncer de mama luminal

Rocío Abrisqueta Serrano[1], Jorge García Ibáñez[2], Sara Barba Ortega[2], Maria Jesús González Villar[2], Fabiola Alonso-Lamberti Zarauza[2], Araceli Maria Delgado Ojeda[2], Laura Vicente Sagrado[2], Eva Robisco Diaz[2], Sara Vázquez Ramos[2], Maria Consuelo Sanz Ferrández[2]

[1]Hospital 12 de octubre Ginecología y Obstetricia
[2]

Objetivos

Identificar las variables clínico-patológicas que se asocian con una mayor probabilidad de modificar la decisión terapéutica adyuvante, tras la realización del test genómico Prosigna en pacientes con cáncer de mama luminal RH+/HER2-.

Material y Métodos

Se trata de un estudio retrospectivo observacional con 243 pacientes con cáncer de mama luminal RH+/HER2- tratadas entre 2012 y 2019, en quienes se realizó el test Prosigna. Se analizaron las variables tumorales y clínicas disponibles al diagnóstico: tamaño tumoral, grado histológico, índice Ki67, afectación ganglionar, estado hormonal, entre otras. Se estudió la asociación entre estas variables y la probabilidad de cambio de estrategia terapéutica tras conocer el ROR (bajo/ intermedio/alto), mediante análisis univariante y regresión logística multivariante.

Resultados

El tamaño tumoral mostró asociación significativa con la probabilidad de ROR alto (p = 0,0227), especialmente en tumores pT1c y pT2. La afectación ganglionar (pN1) también se asoció significativamente a ROR alto y, por tanto, a mayor probabilidad de indicar quimioterapia (OR = 0,120; p < 0,0001). Las pacientes con micrometástasis (pN1mic) se comportaron mayoritariamente como riesgo intermedio o alto. La variable grado tumoral bajo e índice de proliferación Ki67 ≤ 20 % se asociaron de forma significativa con la probabilidad del cambio de QHT a HT tras el test (p < 0,001). En la regresión logística, tanto el grado tumoral alto (G3) como un índice Ki67 > 20% se relacionaron significativamente con cambio de hormonoterapia a quimioterapia. Esta asociación se mantuvo tras analizar la variable Ki67 como continua: a mayor índice Ki67 mayor probabilidad de cambio de HT a QHT Ki 67> 20% vs Ki 67 <20%(OR= 1.045, IC95%= (1.003;1.089), p= 0.0356), De igual forma de manera significativa cuando comparábamos el G1 vs G3 obtuvimos una OR= 0.094, p 0.0006 para G3. Por el contrario, el grado intermedio (G2) no mostró asociación significativa frente a G3 (p = 0,155), ni tampoco la categoría de tamaño tumoral pT2 frente a pT1 (p = 0,365). Además, se observó que pacientes con grado bajo (G1) y Ki67 ≤ 20% tuvieron una mayor

probabilidad de desescalada a hormonoterapia exclusiva ($p < 0,001$).

Conclusiones

Determinadas variables clínicas como el tamaño tumoral, el grado alto, la afectación ganglionar y un índice Ki67 elevado se asociaron de forma significativa a resultados genómicos de alto riesgo y, en consecuencia, a cambios en la decisión terapéutica. Estos hallazgos permiten mejorar la selección de pacientes candidatas a test genómico, optimizando el uso de esta herramienta en la práctica clínica.

RES0242 Utilidad del test genómico Prosigna en la desescalada terapéutica en mujeres premenopáusicas con cáncer de mama luminal

Rocío Abrisqueta Serrano[1], Sara Barba Ortega[1], Jorge García Ibáñez[2], Araceli Maria Delgado Ojeda[2], Fabiola Alonso-Lamberti Zarauza[2], Maria Jesús González Villar[2], Sara Martín Ponce[2], Julia Jiménez Bartolomé[2], Santiago Baltar Cerero[2], Maria Consuelo Sanz Ferrández[2]

[1]Hospital 12 de octubre Ginecología y Obstetricia
[2]

Objetivos

Evaluar el impacto del test genómico Prosigna en la reducción del uso de quimioterapia adyuvante en mujeres premenopáusicas con cáncer de mama luminal RH+/HER2-, en el contexto de una cohorte con perfil clínico de riesgo intermedio.

Material y Métodos

Se trata de un estudio retrospectivo observacional. Se selecionaron 243 pacientes con cáncer de mama luminal intervenidas entre 2012 y 2019, en quienes se solicitó el test Prosigna por incertidumbre en la indicación de quimioterapia. Se analizaron de forma específica las pacientes premenopáusicas (n = 74; 30,5%), comparando el tratamiento inicialmente previsto con la recomendación final tras conocer el resultado del índice de riesgo de recaída (ROR). Se valoró la distribución de ROR y la proporción de cambios hacia desescalada terapéutica (de QT a HT).

Resultados

Del total de 74 pacientes premenopáusicas, 29 (39,2%) fueron clasificadas como ROR bajo, lo que permitió indicar hormonoterapia de forma exclusiva, a pesar de que muchas presentaban características que habitualmente habrían justificado quimioterapia (tamaño tumoral ≥10 mm, Ki67 ≥14%, grado intermedio o alto). En estos casos, el test permitió evitar la quimioterapia sin comprometer el abordaje terapéutico, basándose en el bajo riesgo biológico identificado. En el grupo con ROR intermedio (28 pacientes; 37,8%), se observó una tasa de desescalada del 71,4%, pasando de una indicación inicial de quimioterapia a

hormonoterapia. Solo 8 pacientes (28,6%) del grupo intermedio recibieron quimioterapia tras el test, debido al ROR más cercano al umbral superior. Finalmente, 17 pacientes (23,0%) fueron clasificadas como ROR alto, y recibieron quimioterapia adyuvante según recomendación. Globalmente, el test genómico evitó la quimioterapia en más de la mitad (56,8%) de las pacientes premenopáusicas evaluadas, muchas de las cuales habrían sido tratadas con quimioterapia por criterios clínico-patológicos clásicos.

Conclusiones

El test Prosigna permitió una desescalada terapéutica significativa en mujeres premenopáusicas, un subgrupo habitualmente sobre tratado ante la duda clínica. Su uso optimiza la indicación de quimioterapia basada en el riesgo biológico real, reduciendo exposiciones innecesarias sin comprometer la seguridad oncológica. Estos datos respaldan la utilidad del test como herramienta clave para personalizar el tratamiento también en mujeres jóvenes.

RES0369 ¿Se relaciona el perfil Her2-low con la respuesta de los cánceres de mama ductales triples negativos a la neoadyuvancia?

Pedro Marín-Rodríguez[1], Cristina Chaykivska[1], Guadalupe Ruiz-Merino[2], Carmen María Servet Pérez de Lema[3], Caridad Marín Hernández[4], Pilar Sánchez Henarejos[5], Mª Dolores Jiménez Lucas[5], Pedro J Galindo Fernández[4], Jose Luis Alonso Romero[5], Antonio Piñero Madrona[6]

[1]Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Arrixaca" Cirugía General
[2]Fundación para la Formacion e Investigacion Sanitaria Estadística
[3]Ginecologia
[4]
[5]Oncología Médica
[6]Cirugía General

Objetivos

La medicina de precisión en el cáncer de mama ha permitido difundir la terapia sistémica primaria y un aumento relevante de la respuesta a los tumores en determinados inmunofenotipos, especialmente el Her2neu y el triple negativo. No obstante debe continuarse perfilando las características que aumenten su efectividad, sobre todo a la hora de establecer los criterios que los definen. La expresión de Her2 sin amplificación (Her2low) predice la respuesta al tratamiento con trastuzumab-deruxtecan, pero está por definir si es un factor pronóstico o predictivo para otros tratamientos. El objetivo principal de este trabajo es establecer si existen diferencias en la tasa de respuesta patológica completa (pCR) a la neoadyuvancia en tumores triples negativos que sean o no Her2low, y determinar si se relaciona o no con el uso de inmunoterapia (IT).

Material y Métodos

Estudio retrospectivo de 104 casos de cáncer ductal invasor de mama triples negativos que se someten a neoadyuvancia con o sin

inmunoterapia entre 2014 y 2025. Se incluyen casos triples negativos distinguiendo los puros (Her2neu 0, de los Her2neu-low (+ o ++ sin amplificación con técnicas de hibridación). Se comparan las tasas de pCR, definidas como G5 de Miller y Payne, sin enfermedad ganglionar residual, en ambos grupos, tanto en la serie general como dependiendo de si la neoadyuvancia incluía IT o no. Se realizo un análisis de tablas de contingencia mediante el test de la chi cuadrado en los dos casos.

Resultados

La tasa de pCR en la serie fue del (43,3%). En los casos con Her-low2 asociado ésta fue del 45,3%, y en el Her2 0 del 41,2% (p=0,697). En los casos en los que se asoció IT como tratamiento sistemático primario, presentaron una pCR mayor que cuando no se utilizó, del 50,0% en los casos con Her2-low y los Her2 0 del 60,0%, aunque sin diferencias significativas entre ellos (p=0,701)

Conclusiones

La expresión Her2-low en el contexto de la terapia sistémica de los tumores triples negativos, no se relaciona con la pCR encontrada, independientemente del uso de IT o no, hecho que no apoya que sea un factor predictivo de respuesta más allá del tratamiento con trastuzumab-deruxtecan.

Unidades de mama

RES0015 Más allá del diagnóstico de cáncer de mama: el valor humano de la gestión de casos

Carmen Nicole Tischendorf[1], Laura López González[2], Maria Desamparados Esteban Peris[2], Naiara Linares Martinez[3], Diana Maria Castaño Palacio[4]

[1]Hospital Blue Sanitas Valdebebas Radiodiagnóstico
[2]
[3]Hospital Universitario Sanitas La Moraleja Radiodiagnóstico
[4]Hospital Universitario Sanitas La Moraleja

Objetivos

Describir el papel clave y las responsabilidades del gestor de casos en el recorrido de atención de pacientes oncológicos, especialmente dentro de una unidad de patología mamaria en un hospital privado.

Material y Métodos

Exponer cómo interviene un gestor de casos desde la primera sospecha radiológica de malignidad, brindando orientación y apoyo emocional, desde la coordinación de pruebas diagnósticas urgentes, las consultas rápidas con especialistas, el seguimiento de los resultados de las pruebas, pasando por la

organización de la planificación quirúrgica, hasta el seguimiento postoperatorio.

A lo largo del proceso, mantiene una comunicación estrecha con la paciente y el equipo multidisciplinario para garantizar la continuidad de la atención y mejorar la experiencia de la paciente.

Resultados

La incorporación de un gestor de casos en la atención oncológica conduce a mejoras significativas en el apoyo y la coordinación del paciente:

- Mejor acceso: los pacientes reciben atención médica y servicios sociales desde el primer momento, lo que optimiza la continuidad asistencial y mejora significativamente su calidad de vida.
- Comunicación efectiva: el gestor de casos actúa como facilitador de una comunicación bidireccional y clara dentro del equipo multidisciplinario, garantizando que los pacientes permanezcan informados y alineados con su plan terapéutico en todo momento.
- Comunicación efectiva: el gestor de casos facilita una comunicación clara entre el equipo multidisciplinario, manteniendo informados a los pacientes.
- Seguimiento oportuno: los resultados de biopsias se procesan rápidamente y las citas de seguimiento se programan con prontitud.
- Apoyo emocional: el gestor de casos ofrece tranquilidad a los pacientes y sus familias, reduciendo la ansiedad durante momentos críticos.
- Continuidad de la atención: los resultados de las pruebas se documentan sistemáticamente, asegurando información completa para el tratamiento en curso.
- Monitoreo postquirúrgico: ñas llamadas de seguimiento después de la cirugía ayudan a evaluar el bienestar emocional y la recuperación.

Conclusiones

El papel del gestor de casos en la atención oncológica es fundamental para mejorar los resultados y la experiencia del paciente.

Al facilitar el acceso a los servicios de salud, coordinar la comunicación entre los equipos multidisciplinarios y brindar apoyo emocional, los gestores de casos mejoran significativamente la calidad de la atención para los pacientes oncológicos.

En general, integrar la gestión de casos en la atención oncológica conduce a un proceso más eficiente, beneficiando a los pacientes y sus familias durante un momento difícil y garantizando la continuidad de la atención en el mismo Hospital.

RES0024 Mamografía con realce de contraste espectral: ¿en qué casos puede sernos útil a los radiólogos de mama?

José Ignacio Barragán Tabarés[1], Antonio Ginés Santiago[1], Carmen Martínez Lara[2], Ana Pastor Valbuena[2], Rocío Condori Bustillos[2]

[1]Hospital Universitario Río Hortega Radiología

[2]

Objetivos

- Explicar en qué consiste la mamografía con realce de contraste espectral (cesm), ya que se trata de una técnica de diagnóstico por imagen poco extendida y conocida.

- Definir las posibles indicaciones potenciales de la mamografía con contraste, basándonos en los hallazgos radiológicos de diferentes casos obtenidos a lo largo de nuestra experiencia con esta técnica.

Material y Métodos

La interpretación del estudio se basa en el realce del parénquima mamario y el realce de las lesiones que captan el yodo.

En lo que respecta a la mamografía con contraste se han desarrollado dos técnicas diferentes de estudio: la mamografía temporal con contraste (TCEM) y la mamografía espectral o energía dual con contraste (CESM).

En un exámen CESM tras la inyección de contraste yodado por vía intravenosa (dosis de 1,5 ml/kg, mediante un inyector a una velocidad de 2 ml/s), se procede a realizar las proyecciones habituales en mamografía. La diferencia fundamental con respecto a un estudio estándar de mamografía es que en CESM el sistema va a realizar dos exposiciones por cada compresión, una de baja y otra de alta energía. A partir de estas dos exposiciones, el sistema ofrece dos imágenes:

-Baja energía: con un aspecto equivalente a una mamografía convencional.

-Recombinada: imagen generada a partir de la exposición de baja y de alta energía.

El equipo utilizado es un mamógrafo GE Senographe Pristina.

Resultados

Principales aplicaciones clínicas:

- Diagnóstico de lesiones palpables.
- Diagnóstico de lesiones de baja sospecha de malignidad.
- Puede ser muy útil para detectar lesiones multicéntricas, multifocales y contralaterales y ayudar en la ecografía de las lesiones múltiples, para decidir cuáles de ellas requieren biopsia.

- Valoración de la respuesta al tratamiento quimioterápico neoadyuvante y seguimiento posquirúrgico

- Pacientes no aptas para estudio por RM.

Las principales limitaciones que presenta la mamografía con realce de contraste espectral son: tumores poco vascularizados, tumores profundos o axilares, microcalcificaciones malignas en las que no exista masa subyacente, siliconomas, ganglios y adenopatías, y los patrones de captación difíciles de interpretar por el momento del ciclo hormonal y el patrón mamario de la paciente.

Conclusiones

-CESM aporta al mismo tiempo un estudio mamográfico rutinario y la imagen contrastada que detecta la angiogénesis.

-Técnica rápida, fácil de realizar, reproducible y sencilla de interpretar.

-Permite diagnosticar afectación multifocal, multicéntrica y bilateral, y monitorizar la respuesta al tratamiento quimioterápico neoadyuvante.

-Es interesante como prueba complementaria a la mamografía y ecografía en todas las pacientes.

RES0047 Consulta mama de alta resolución. Un nuevo circuito para mejorar los tiempos y la calidad asistencial.

Sergio González Estrada[1], Christian Nuño Iglesias[1], Altea Arango Bravo[2], Mª Desirée Díaz González[1], Beatriz Pérez-Corrales García[2], Sandra Antuña Villa[2], Carlos Mateos Palacios[2], Carlota Serrano Portilla[2], Mªcarmen Peláez Buján[2], Jose Carlos Fernández Fernández[2]

[1]Hospital Universitario de Cabueñes Cirugía General

[2]

Objetivos

Determinar la eficacia de la consulta de alta resolución (CAR) en comparación con el circuito convencional (CC) en la reducción de tiempos diagnósticos y de tratamiento, así como en la mejora de los resultados clínicos, en pacientes con sospecha de cáncer de mama. También, se busca valorar el grado de satisfacción percibido.

Material y Métodos

Estudio analítico, observacional de cohortes, con una cohorte que representa el CC (50 pacientes) y otra la CAR (63 pacientes). Tamaño muestral (N) = 113. Potencia estadística del 80%. Se incluyeron mujeres >18 años con alta sospecha de cáncer.

Variables principales: tiempo desde sospecha en Atención Primaria (AP) hasta biopsia (BAG) y tiempo desde sospecha en AP hasta primer tratamiento. Secundarias: cirugía conservadora o mastectomía, estadío, ganglios/metástasis al diagnóstico etc.

Se realizaron los cálculos estadísticos y gráficas con SPSS.

Para las variables principales referidas a tiempo (cuantitativas y paramétricas), se aplicó una t de student. para las secundarias (cualitativas y paramétricas), se empleó X ^{2}

Por otro lado, se utilizó el Net Promoter Score (NPS), indicador que mide la satisfacción y lealtad hacia un servicio o institución. El resultado puede variar entre -100 y +100, siendo un valor positivo señal de buena satisfacción y fidelización. Se realizó una encuesta en papel a un número similar a N durante 2024.

Resultados

No se observó significación estadística para la reducción de tiempo desde AP hasta BAG (p = 0,211) pero sí en el grupo desde AP hasta primer tratamiento siendo p (<0,001) con un intervalo de confianza al 95% (-22,3976 / -6.9224)

En el análisis de variables secundarias se mostraron estadísticamente significativos: la cirugía conservadora p = 0,006, la mastectomía p (< 0,001), y la presencia de metástasis al diagnóstico p (< 0,001) todos a favor de CAR. La presencia de ganglios positivos al diagnóstico o la necesidad de vaciamiento axilar o no mostraron significación. No hubo diferencias entre estadío tumoral o tipo histológico, lo que indica que ambos grupos son comparables.

El nps obtuvo un valor de +87, que implica alta satisfacción y fidelidad.

Conclusiones

El nuevo circuito CAR parece reducir los tiempos hasta diagnóstico y primer tratamiento, este último de forma estadísticamente significativa en la muestra. Las encuestas reflejan un alto nivel de satisfacción percibida por las pacientes. En conjunto, estas mejoras contribuyen a una mayor calidad asistencial, disminuyen la ansiedad asociada a una patología tan prevalente en nuestra población y fortalecen la comunicación con AP.

RES0076 Lesiones BI-RADS®4A en nuestro centro. Análisis del valor predictivo positivo.

Carla Martínez García[1], Julia Pérez Cutillas[2], Marifé Lorente Fernández[1], Rocío Belda Márquez[2], Lara Jaques Pérez[2]

[1]Hospital Universitario San Juan De Alicante Radiodiagnóstico
[2]

Objetivos

Calcular el valor predictivo positivo de las biopsias de lesiones categoría BI-RADS® 4A guiadas por ecografía y tomosíntesis en nuestro centro para posteriormente compararlos con los propuestos en la 5ta edición del ACR BI-RADS®.

Material y Métodos

Se revisaron de manera retrospectiva todas las biopsias guiadas por ecografía y tomosíntesis desde enero 2024-abril 2025 y se seleccionaron aquellas lesiones categorizadas BI-RADS® 4A. Posteriormente se obtuvo una base de datos con la fecha de la biopsia, el SIP de las pacientes, la lesión visible en las pruebas de imágen y el resultado anatomopatológico de cada biopsia.

Resultados

Se incluyeron en el estudio un total de 232 biopsias categoría BI-RADS® 4A. El método por el que se realizaron las biopsias fue en 181 casos por ecografía y en 51 casos por tomosíntesis. Los resultados anatomopatológicos se clasificaron en 3 categorías: positivos para malignidad, lesiones de alto riesgo histológico y negativos para malignidad. En los resultados predominaron las lesiones benignas (197 negativas para malignidad y 19 lesiones histológicas de alto riesgo). El VPP total para cáncer fue de 6.9%.

Conclusiones

Los resultados obtenidos cumplen los objetivos recomendados por el Colegio Americano de Radiología en la 5ta edición del ACR BI-RADS®.

RES0081 Optimización del Comité de Tumores de Mama mediante Herramientas Digitales y Metodología Lean: Reducción de Retrasos y Mejora en la Gestión del Tiempo

Florentina Guzmán Aroca[1], Pilar Sánchez Henarejos[2], Enrique Cárdenas Cánovas[3], Antonio Piñero Madrona[4], Patricia Palacio Gaviria[4], Ana Patricia Navarro Egea[4], Luis Alberto Polo García[5]

[1]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca Radiología
[2]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca Oncología Médica
[3]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca Oncología Radioterápica
[4]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca Cirugía de Mama
[5]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca Anatomía Patológica

Objetivos

Optimizar el funcionamiento del CT de cáncer de mama mediante la implementación de soluciones digitales y metodología Lean, para mejorar el uso de recursos disponibles y promover una atención basada en valor.

Material y Métodos

Se creó un equipo multidisciplinario con profesionales sanitarios y una coordinadora de transformación digital. Aplicando metodología Lean, se identificaron cuatro áreas prioritarias de mejora. Para cada área, se

implementaron soluciones digitales (checklist digitalizada, automatización del acta del comité) y optimización del circuito asistencial. Se definieron indicadores específicos para medir el impacto de dichas intervenciones.

Resultados

Se observó que un 18% de los casos discutidos se repetían por falta de pruebas diagnósticas completas. La implementación de una checklist digitalizada permitió ahorrar tiempo al evitar discusiones redundantes, incrementando en promedio 11 minutos efectivos disponibles por comité para abordar casos adicionales o más complejos. La automatización del acta redujo significativamente la carga burocrática y aceleró la gestión administrativa. Además, inicialmente solo el 5% de las pacientes recibía resultados del estudio de extensión en la primera visita a oncología, por lo que se optimizó el circuito asistencial, logrando una reducción estimada de 15 días en el tiempo de espera para obtener diagnósticos en estas pacientes. Finalmente, se inició la estandarización de rutas asistenciales para mejorar coordinación y eficiencia.

Conclusiones

La aplicación de herramientas digitales y metodología Lean en el CT de cáncer de mama permitió un uso más eficiente del tiempo, disminuyó la carga administrativa y aceleró significativamente el proceso diagnóstico. Estas mejoras impulsan una atención más eficiente, centrada en el paciente y orientada al valor.

RES0134 Eficiencia Lean para optimizar la ruta asistencial del cáncer de mama

Francisco Ripoll Orts[1], Ana Santaballa Bertrán[1], Guillermina Montoliu Fornas[2], Remedios Navarro Fores[1], Maria Torregrosa Gramatge[3], Alba Orive Boluda[2], Victoria López Sanchez[4], Encarnación Pérez Martínez[5]

[1]Hospital Universitari i Politècnic La Fe Unidad Funcional de Mama
[2]
[3]Centro Atención Primaria Unidad Funcional de Mama
[4]Instituto de Investigación Sanitaria La Fe Unidad Mixta de Investigación en TICs aplicadas a la reingeniería en procesos socio-sanitarios
[5]Instituto de Investigaciones Sanitarias La Fe Unidad Mixta de Investigación en TICs aplicadas a la reingeniería en procesos socio-sanitarios

Objetivos

Aplicación del método Lean como método de mejora en la calidad asistencial y en la eficacia de la misma con especial interés en el seguimiento de las largas supervivientes.

Material y Métodos

Se ha procedido al análisis y evaluación del proceso de atención de las pacientes con

cáncer de mama desde su acceso a la Unidad bien desde atención primaria, radiología o urgencias, durante el proceso diagnóstico, tratamiento y seguimiento, mediante la aplicación del método Lean, con especial interés en las largas supervivientes. Para ello se hace un mapeo del flujo de valor, mediante la identificación de procesos con y sin valor añadido, estandarización de procesos, mejora en la coordinación entre servicios, comités de tumores más eficientes… se proponen soluciones sostenibles y de alto impacto. Por último se han establecido unos indicadores que permiten una evaluación continua de los resultados para la mejora continua de la vía clínica.

Resultados

La aplicación del método Lean en la vía clínica del cáncer de mama ha permitido detectar 30 áreas de mejora de las que priorizamos 7 de ellas, a saber: proceso de derivación desde atención primaria a especializada y radiología, optimización del comité de tumores de cáncer de mama, optimización de procesos de farmacia, estandarización del proceso de control y seguimiento del paciente y de las altas a Atención Primaria, comunicación y coordinación entre atención primaria-U.Mama. Además la creación de un cuadro de mandos nos permite evaluar el impacto de las soluciones tomadas.

Conclusiones

1. La metodología lean nos ha permitido un análisis en profundidad del proceso detectando áreas de mejora del mismo.

2. Para la optimización del proceso es fundamental el análisis y trabajo de forma multidisciplinar.

3. Muchas áreas de mejora estaban relacionadas con la falta de continuidad de las pacientes con cáncer de mama desde el diagnóstico a su seguimiento a largo plazo.

4. Es de suma importancia la definición de indicadores para poder evaluar la mejora del proceso.

5. El método lean mejora la eficiencia, la coordinación del equipo, y la experiencia del paciente en la vía clínica del cáncer de mama.

6. Su aplicación requiere compromiso organizacional y mejora continua.

RES0146 Plataforma web para la formación en descripción BI-RADS de ecografías mamarias

Mikel Carrilero Mardones[1], Ana Delgado Laguna[2], Dominica Dulnik Bucka[2], Manuela Parras Jurado[2], Jorge Pérez Martín[1], Francisco Javier Díez Vegas[1]

[1]UNED Departamento de Inteligencia Artificial
[2]HM Hospitales Departamento de Radiología

Objetivos

Formar a radiólogos noveles en la descripción de ecografías mamarias mediante el sistema BI-RADS con el fin de aumentar la concordancia intra- e inter-observador.

Material y Métodos

Se ha desarrollado una herramienta web que incluye: (1) una colección de ecografías mamarias anotadas por radiólogos expertos; (2) un modelo de inteligencia artificial capaz de detectar y describir tumores; y (3) una interfaz gráfica que permite al usuario comparar sus descripciones con las del modelo de IA, las de otros expertos y sus propias descripciones previas. Estas comparaciones se muestran mediante datos estadísticos y gráficos. La interacción continuada con esta plataforma permitirá al usuario mejorar sus habilidades diagnósticas, aprendiendo tanto de otros profesionales como de su propia evolución.

Resultados

La aplicación permite al usuario:

- Describir tumores mamarios utilizando la quinta edición del sistema BI-RADS.
- Comparar una descripción concreta con las de otros expertos y con el modelo de IA.
- Solicitar la personalización del modelo de IA tras realizar un número determinado de descripciones.
- Evaluar su concordancia intra- e inter-observador mediante el coeficiente kappa de Cohen.
- Visualizar cómo los descriptores BI-RADS influyen en la clasificación de malignidad a través de gráficos y análisis estadísticos.

Conclusiones

Esta plataforma ofrece un entorno de entrenamiento eficaz, accesible a través de Internet, que permite mejorar la precisión diagnóstica mediante el uso de inteligencia artificial y aprendizaje interactivo. Como próximos pasos, se plantea ampliar la base de datos con imágenes subidas por los usuarios o con imágenes anonimizadas obtenidas de hospitales, mejorar el modelo de IA con nuevos datos, colaborar con más expertos para validar el sistema y añadir funcionalidades didácticas interactivas. Esta herramienta se perfila como un recurso valioso y en continuo proceso de evolución para la formación en ecografía mamaria.

RES0168 Troms (Trainee Reported Outcome Measures): Una Nueva Herramienta En La Formación En Patología Mamaria

Marta Jiménez Gómez[1], Marta Gimeno López[2], Annabel Martínez Solá[3], Leyre Lorente Poch[4], Alejandro Bravo Salvá[5], Nuria Argudo Aguirre[2], María del Mar Vernet Tomás[5]

[1]Hospital del Mar, Barcelona Unidad de Patología Mamaria
[2]Hospital del Mar, Barcelona Cirugía General y del Aparato Digestivo
[3]Hospital del Mar, Barcelona Unidad de Patología Mamaria
[4]Hospital del Mar, Barcelona Cirugía General y del Aparato Digestivo
[5]Hospital del Mar, Barcelona Cirugía General y del Aparato Digestivo

Objetivos

Presentamos los resultados preliminares de la validación de una herramienta digital instantánea que evalúa la formación quirúrgica de los residentes a través de la estandarización de pasos de cada procedimiento y la valoración del docente, así como la satisfacción del residente de la docencia recibida a través de los TROMS (Trainee Reported Outcome Measures).

Material y Métodos

Se creó una aplicación web basada en REDCAP, en la cual se registraron los diferentes pasos realizados por residente y supervisados por el docente. Se elaboró un cuestionario de evaluación tanto al tutor como al residente. Analizamos los procedimientos realizados de forma prospectiva desde julio 2024 a marzo de 2025, en los que un residente ha participado en algún paso como primer cirujano.

Resultados

27 procedimientos se han registrado, participando 8 residentes y 3 adjuntas como formadoras. La distribución por patologías engloba 3 procedimientos de patología mamaria y que se distribuyen en: 19 tumorectomías, 6 ganglios centinela y 2 mastectomías. En el análisis del porcentaje de pasos realizados, hubo una disparidad promedio de un 0%, correspondiendo a una concordancia exacta entre adjuntos y residentes. En un 25.9% coincidían las percepciones de realización del procedimiento. En el 33.3% de los procedimientos el R percibe que hace más pasos de los que percibe el adjunto y, por lo contrario, en el 40.8% el R percibe que hace menos pasos. En cuanto a las evaluaciones, la percepción de los residentes se ajusta en su promedio casi exactamente a la que tienen los adjuntos formadores (dispersión promedio = 0.81), pero se observan dispersiones comprendidas entre el rango (-5, +3) a nivel de cada pregunta y de (-11, +10) a nivel de promedio del cuestionario. Coinciden en la percepción del conocimiento de manera exacta en un 34.8% de las preguntas. El residente se sobrestima en un 40.7% y se infraestima en un 55.5%. La correlación global se puede determinar cómo casi exacta.

Conclusiones

La percepción del residente en cuanto a los pasos realizados coincide exactamente con la del tutor. El residente de manera más frecuente se infraestima en su conocimiento, habiendo una baja coincidencia exacta en la percepción del conocimiento por parte del formador y el residente. TROMS es una herramienta de fácil aplicación, con gran potencial para conocer por procedimiento, residente, formador la percepción específica de cara diseñar currículums formativos personalizados.

RES0191 comparación transcriptómica espacial entre el componente tumoral e infiltrante en cáncer de mama de alto riesgo

Javier Salvatierra Mayo[1], Celia Vived Maza[2]

[1]*Citogen/universidad San Jorge Laboratorio De Citogenética*
[2]*Citogen/ Universidad San Jorge Laboratorio De Citogenética*

Objetivos

Analizar el perfil transcriptómico de tejido tumoral de cáncer de mama ER+/HER2+ con un pronóstico clínico de alto riesgo de recidiva previamente evaluado mediante el test EndoPredict.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la expresión génica mediante transcriptómica espacial utilizando el panel cta de la plataforma geomx dsp, con el fin de identificar genes y vías moleculares relevantes.

2. Diferenciar espacialmente la expresión génica entre el compartimento tumoral y el compartimento inmunológico infiltrante, para evaluar sus respectivas contribuciones al perfil molecular asociado al riesgo de recidiva.

3. Comparar los resultados obtenidos por transcriptómica espacial con los datos proporcionados por el test endopredict en la misma muestra, para evaluar su precisión y complementariedad.

Material y Métodos

En este trabajo, se utilizó transcriptómica espacial mediante la plataforma GeoMx DSP para analizar las diferencias en la expresión génica entre el compartimento tumoral ($PANCK^+$) y el compartimento inmunológico infiltrante ($CD45^+$) en una muestra de cáncer de mama ER+/HER2- con alto riesgo clínico, previamente clasificada mediante el test EndoPredict.

Resultados

Se identificaron 1812 genes expresados, con una expresión diferencial significativa entre los compartimentos. En el entorno tumoral se sobreexpresaron genes como CD24, GATA3 y MUC1, asociados a características epiteliales y potencial invasivo. En el compartimento inmune destacaron CD74, HLA-DRA y HLA-DRB, implicados en la respuesta inmunitaria. Estos hallazgos indicaron que la expresión de genes con relevancia pronóstica puede variar significativamente según su localización celular, lo que representa una limitación de pruebas como EndoPredict, que no consideran la organización espacial del tejido.

Conclusiones

Este estudio demuestra que la transcriptómica espacial proporciona una visión más detallada y contextualizada de la expresión génica en

cáncer de mama ER+/HER2- con alto riesgo, permitiendo diferenciar entre señales tumorales e inmunitarias.

La identificación de patrones moleculares específicos en compartimentos celulares concretos refuerza la importancia del contexto espacial para interpretar correctamente los perfiles de expresión y su valor pronóstico respecto al test de Endopredict.

En particular, se observó una sobreexpresión en células tumorales de genes relacionados con la diferenciación epitelial y potencial invasivo, como CD24, GATA3 y MUC1, mientras que en el compartimento inmune se detectó una mayor expresión de genes involucrados en la presentación antigénica, como CD74, HLA-DRA y HLA-DRB.

Este perfil diferencial sugiere un microambiente complejo donde coexisten mecanismos de activación inmune local y estrategias de evasión por parte de las células tumorales, contribuyendo así a la progresión metastásica.

Sin embargo, se necesita validar estos resultados en estudios más amplios y con mayor diversidad de subtipos y niveles de riesgo.

En futuras investigaciones, será relevante integrar datos transcriptómicos y proteómicos espaciales, incorporar pacientes con bajo riesgo de recurrencia y estudiar la influencia del microambiente en la respuesta terapéutica.

Todo ello consolidaría el papel de la transcriptómica espacial como herramienta clave en la medicina personalizada del cáncer.

RES0202 Implementación del programa “Mi calidad de vida”: cinco años de Medicina Basada en Valor en cáncer de mama en la Unidad de Mama

Patricia Cobos Baena[1], Iratxe Vázquez Lerma[1], Izaskun Artola Irazabal[2], Tamara Santiago García[1], Andere Frias Capanaga[3], Natalia Fuente Fernandez[4], Ainhoa Diaz de Otalora[5], Leire Andres Alvarez[6], Eduardo Vicario Elorduy[7], Laura Molina Montoro[8]

[1]*Hospital Universitario Cruces Ginecologia y Obstetricia*
[2]*Hospital Universitario Cruces*
[3]*Oncología Radioterapia*
[4]*Oncologia Medica*
[5]*Radiodiagnostico*
[6]*Anatomia patologica*
[7]*Cirugía Plastica*
[8]*Psiconocologia*

Objetivos

La incorporación de la Medicina Basada en Valor (MBV) en el abordaje del cáncer de mama ha supuesto una transformación profunda del modelo asistencial, situando a la paciente en el centro del proceso y priorizando los resultados que realmente importan desde su perspectiva. El programa “Mi calidad de vida”, iniciado en Osakidetza en abril de 2019, se basa en los estándares ICHOM e integra la recogida sistemática de

resultados clínicos (CROMs) y resultados reportados por las pacientes (PROMs), con el objetivo de mejorar tanto la calidad asistencial como la experiencia de las pacientes.

Material y Métodos

El programa incluyó a mujeres mayores de 18 años con carcinoma invasivo o CDIS en estadios I-III, excluyendo a mayores de 80 años, pacientes con trastornos psiquiátricos o cognitivos graves. Para su implementación, se utilizaron metodologías de Team Building y Design Thinking que permitieron cohesionar al equipo multidisciplinar e incorporar la voz de las pacientes a través de mapas de empatía y customer journey maps. Se desarrollaron formularios estructurados en la historia clínica electrónica (OSABIDE) para la recogida de las variables clínicas relevantes (CROMs) y se habilitaron herramientas digitales (Carpeta de Salud, apps móviles) para la recogida de PROMs (EQ-5D, EORTC QLQ-C30, BR23, LMC21, FACT-ES, BREAST-Q).

Resultados

Durante el periodo 2019-2024 se incluyeron 1132 pacientes. La recogida sistemática de PROMs y CROMs permitió identificar áreas de mejora relacionadas con la imagen corporal, salud emocional, comunicación y educación sanitaria. Se rediseñaron circuitos asistenciales y se mejoró el material informativo dirigido a las pacientes.

Tras un descenso inicial en la inclusión y adherencia al programa (del 81% al 16%), se implementaron medidas correctoras: unificación del mensaje de los profesionales involucrados, refuerzo del liderazgo clínico y del rol de la enfermera gestora, automatización de recordatorios y mejora de la accesibilidad digital para las pacientes. Además, se desarrollaron cuadros de mando visuales para el retorno de dicha información a las pacientes, favoreciendo la toma de decisiones compartidas y la integración de su experiencia en la práctica clínica.

Conclusiones

La implementación de la MBV en cáncer de mama supone un cambio de paradigma que requiere transformación organizativa, cultural y digital. Su mayor valor reside en el impacto real que genera en la vida de las pacientes y en la capacidad del sistema para escuchar, medir y actuar en consecuencia.

RES0227 Revisión del funcionamiento del Comité de Tumores de mama de un Hospital General de segundo nivel (2003-2025): realidad actual y perspectiva futura.

María del Mar Muñoz Sánchez[1], Soraya Simón Alonso[2], Verónica Sotelo Peña[2], Francisco Martín Ordóñez[3], M José Cantero Ayllón[4], Ana Castro García[5], Esther Blanco[6], Mónica Muñoz Martín[7], Marta Ortega Millán[8], Elena Vaquero[9]

[1]Hospital Virgen de la Luz Sección de Oncología Médica
[2]Hospital Virgen de la Luz Sección de

Oncología Médica
[3]Hospital Virgen de la Luz Servicio de Medicina Nuclear
[4]Hospital Virgen de la Luz Sección de Cirugía General
[5]Hospital Virgen de la Luz Servicio de Cirugía General
[6]Hospital Virgen de la Luz Servicio de Radiodiagnóstico
[7]Hospital Virgen de la Luz Servicio de Anatomía Patológica
[8]Hospital Virgen de la Luz Sección de Radiodiagnóstico
[9]Hospital Virgen de la Luz Servicio de Rehabilitación

Objetivos

- Revisar el funcionamiento del comité de tumores de mama (ctm) de nuestro centro, un hospital general de 2º Nivel, tras más de 20 años desde su creación (2003-2025)

- Elaborar medidas de mejora para su implementación futura

Material y Métodos

- Inspección de procedimientos normalizados de trabajo (PNT)

- Comprobación de los protocolos asistenciales

- Revisión de las actas de las reuniones semanales (período 2003-2025)

- Valoración de las sesiones formativas y científicas llevados a cabo por el Comité

- Evaluación de toda la documentación referente a nuestro Centro del Informe de Auditoría de los Comités de Tumores del SESCAM realizado por la Gerencia de Coordinación e Inspección a nivel regional en todos los hospitales de la Comunidad Autónoma (2021)

Resultados

Tras examinar los documentos anteriormente mencionados y haber realizado una exploración exhaustiva de los datos referentes al CTM de nuestro centro de la Auditoría del SESCAM sobre los Comités de Tumores, efectuada en diciembre del 2021, señalamos:

Aspectos positivos:

- Existe un pnt actualizado.
- La periodicidad de las reuniones y el horario están bien establecidos.
- Las decisiones son consensuadas y adecuadas respecto a las guías clínicas actualizadas esmo, seom, nccn.
- Se pudo mantener la actividad durante la pandemia covid la composición del ctm refleja todos los aspectos multidisciplinares: radiodiagnóstico, medicina nuclear, cirugía general, ginecología, anatomía patológica, rehabilitación, oncología radioterápica y oncología médica.
- Hay sesiones anuales formativas sobre actualización en manejo diagnóstico y terapéutico.
- Se informa sobre el ctm tanto en el hospital, como en atención primaria
- Se da docencia periódica desde el ctm a la sociedad en prensa y colaborando con las asociaciones de pacientes y facilitando el funcionamiento de la escuela de pacientes
- Tras la revisión del informe de la auditoría, nuestro ctm se incluyó dentro de la comisión de tumores general de la gerencia, para dotarlo de estructura legal formalizada

- Asimismo, el trabajo semanal del ctm y la decisión del ctm queda accesible para at primaria y at especializada dentro de la historia clínica electrónica de la paciente.

Aspectos negativos:

- Carecemos de especialista en Farmacia hospitalaria
- No hay enfermera gestora de casos ni personal administrativo adscrito
- Se ha perdido la figura de la psicooncóloga de la AECC
- No existen indicadores de calidad del funcionamiento.
- No existe registro de tumores informatizado

Conclusiones

En nuestro CTM, se necesitan mejoras de recursos administrativos y de personal para perfeccionar el foro multidisciplinar de evaluación, discusión y organización. Se deben implementar indicadores de calidad del funcionamiento.

RES0251 Optimización del cribado mamario hospitalario de riesgo intermedio y alto.

Judith Martínez González[1], Andrés Lopez Casañas[2], Jose Miguel Blanc Molina[2], Sara Santos Magadán[2], Margarita Cueto Callejón[3], Amalia Moreno Torres[4], Carmen Carreira Gómez[1]

[1]*Hospital Universitario de Fuenlabrada*

Diagnóstico por Imagen

[2]

[3]*Ginecología*

[4]*Anatomía Patológia*

Objetivos

Objetivo principal: adecuar el cribado hospitalario de riesgo intermedio y alto a las recomendaciones más actuales, evitando la variabilidad, tras una correcta clasificación de las mujeres/pacientes de nuestro área.

Objetivo secundario: Promover el cribado poblacional en aquellos grupos de riesgo bajo.

Material y Métodos

Tras un análisis de la demanda y la revisión de los carcinomas tratados en el 2023 y se confirmó que:

- El 65% de los tumores diagnosticados en el hospital procedían del cribado poblacional, que interesaba potenciar.

- No se podía determinar con exactitud cuantas mamografías correspondían al cribado hospitalario ni que subgrupos de pacientes se estaba siguiendo.

Por ello se plantearon 2 actuaciones:

- Desarrollo de un protocolo en la UPM en mujeres de riesgo intermedio y alto para consensuar manejo y seguimiento.

- Desarrollo de una petición especifica que agrupara a las mujeres según su indicación.

Se llevó a cabo una derivación progresiva y razonada de las mujeres desde la consulta de ginecología al cribado poblacional (por inclusión directa desde la consulta o a través de la propia paciente (hojas informativas).

Un análisis de adecuación de las peticiones al protocolo (previo a la cita) mediante un proceso de verificación y priorización.

Se estableció un subgrupo de mujeres del cribado poblacional con riesgo intermedio familiar para un cribado combinado con mamografía anual por parte del hospital, para desarrollar un estudio posterior.

Resultados

Aumento de la frecuentación cribado poblacional en el área de 8.007 a 11.076 mujeres (incremento 37 %).

Disminución y control de las demoras hospitalarias con disminución significativa del porcentaje de pacientes citadas a menos de 60 días en revisiones.

Tener identificados claramente subgrupos de pacientes con riesgo intermedio para la inclusión progresiva de cribados individualizados con técnicas de imagen funcionales.

Conclusiones

La realización de varias modificaciones simultáneas recientes en la UPM del hospital (actualización de un protocolo para el cribado de cáncer de mama en mujeres/pacientes con riesgo intermedio y alto de cáncer de mama, revisión de las indicaciones del riesgo intermedio hospitalario, creación de un "cribado combinado" hospital-cribado poblacional…) ha permitido una reordenación y optimización del cribado hospitalario con control de la demora, y un incremento significativo de la frecuentación al cribado poblacional.

RES0356 Análisis de la Actividad Quirúrgica de la Unidad Funcional de Patología Mamaria durante el Año 2024: Evaluación Integral del Volumen y la Tendencia Quirúrgica

Marta Lourdes González Fuaigües[1], Laura Arbones Cid[1], Jordi Mele Olive[2], Monica Trillo Garcia[2], Esther Morera Morillo[2], Pilar Carrasco Ruperez[2], Pilar Biela Ferreiro[2], Serafin Morales Murillo[2], Ariadna Gasol Cudos[2], Carles Canosa Morales[2]

[1]Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida Unitat Funcional de Patología Mamaria - Cirurgia General
[2]

Objetivos

Introducción:
La cirugía mamaria representa una parte

fundamental del tratamiento multidisciplinar del cáncer de mama. Analizar de forma periódica la actividad quirúrgica permite identificar patrones asistenciales, evaluar la eficiencia de los recursos y orientar mejoras en la planificación sanitaria y la atención al paciente.

Objetivo:
Presentar los datos consolidados de la actividad quirúrgica de la Unidad Funcional de Patología Mamaria del HUAV correspondientes al año 2024, valorando la distribución de intervenciones, la tendencia hacia técnicas conservadoras y reconstructivas, y el volumen total de procedimientos.

Material y Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de las intervenciones quirúrgicas realizadas entre enero y diciembre de 2024. Se categorizaron los procedimientos en trece grupos, incluyendo tumorectomías, mastectomías, ganglio centinela, cirugía benigna, reconstrucción inmediata y diferida, entre otros. Se calcularon promedios mensuales y distribución por tipo de cirugía.

Resultados

Se realizaron un total de 892 procedimientos quirúrgicos. Las tumorectomías (n=186) y el estudio del ganglio centinela (n=245) fueron las técnicas más frecuentes, reflejando una apuesta clara por el tratamiento conservador. Las mastectomías con reconstrucción alcanzaron las 40 intervenciones, mientras que se realizaron 29 reconstrucciones diferidas. La cirugía benigna y ambulatoria representó una parte importante del volumen (n=120). Se utilizaron 60 prótesis en total y se realizaron 13 mastopexias contralaterales.

Conclusiones

La actividad quirúrgica en 2024 muestra un enfoque asistencial centrado en la conservación mamaria, la reconstrucción inmediata y la calidad de vida de las pacientes. Los datos respaldan la evolución hacia una cirugía oncológica más personalizada, menos invasiva y más alineada con los principios de la oncoplastia moderna. Estos resultados serán útiles para planificar recursos, formar equipos multidisciplinarios y mejorar los protocolos asistenciales en cáncer de mama.

RES0406 Optimización Del Proceso Asistencial Del Cáncer De Mama Mediante Metodología Lean

Encarnacion González Flores[1], Inmaculada Mendoza[2], Veónica Conde Herrero[1], Isabel Pérez Herrezuelo[3], Rosario Ching Lopez[4], Isabel Ruiz Avila[5], Rocío Sánchez Sánchez[6], Lucía Castillo Portellano[1]

[1]Hospital Universitario Virgen de las Nieves Oncología Médica
[2]Hospital Universitario Virgen de las Nieves Radiodiagnóstico
[3]Hospital Universitario Virgen de las Nieves Ginecología

[4]*Hospital Universitario Virgen de las Nieves Oncología Radioterapica*
[5]*Hospital Universitario Virgen de las Nieves Anatomía Patológica*
[6]*Hospital Universitario Virgen de las Nieves Medicina Nuclear*

Objetivos

Justificación: El cáncer de mama (CM) representa la neoplasia más frecuente en mujeres, requiriendo un abordaje multidisciplinar para el correcto diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la paciente. La complejidad del proceso genera variabilidad en los tiempos asistenciales y potenciales demoras que impactan en la calidad asistencial. Los comités multidisciplinares (CMD) de mama constituyen el núcleo fundamental para la toma de decisiones terapéuticas, optimizando los resultados oncológicos. La estandarización de protocolos y la reducción de variabilidad en las pruebas son elementos clave para mejorar la eficiencia del proceso.

Objetivos: Realizar un análisis, optimización y estandarización del proceso asistencial mediante la gestión por procesos del circuito de la paciente con CM, reducir los tiempos entre sospecha, diagnóstico y tratamiento, optimizar el funcionamiento del CMD mediante la implementación de protocolos estructurados y mejorar la calidad asistencial a través de la eliminación de actividades que no aportan valor al proceso.

Material y Métodos

Metodología: Se aplicó la metodología Lean Management para el análisis integral del proceso asistencial. Se realizó el mapeo del flujo de valor (Value Stream Map) del proceso, identificando los puntos críticos. Se establecieron indicadores de medición estandarizados y se diseñaron propuestas de mejora para optimizar la eficiencia del CMD

Resultados

Actualmente se han estandarizado y estructurado protocolos específicos de estadificación locorregional y a distancia y de gánglio centinela . Además, se ha trabajado en la continuidad asistencial entre anatomía patológica y ginecología previo al CMD . Los protocolos trabajados están mejorando significativamente indicadores de calidad asistencial como: el acto único diagnóstico (mamografía, ecografía y biopsia) que aumentó del 20% al 42% entre abril y mayo; el porcentaje de pacientes con tiempo de acto diagnóstico superior a 30 días disminuyó del 73% al 37%; las pacientes con *second look* diagnóstico tras RM disminuyeron del 21% al 10%; y los tiempos entre biopsia y consulta mama se optimizaron, reduciéndose el porcentaje de pacientes con espera superior a 30 días.

Conclusiones

La metodología Lean Management demostró efectividad en la optimización del proceso asistencial del CM, reduciendo significativamente los tiempos diagnósticos y

mejorando la calidad asistencial. La estandarización de protocolos de estadificación y la implementación de informes estructurados contribuyeron a la reducción de variabilidad en el proceso. Los resultados obtenidos constituyen un modelo replicable en otros centros, orientado hacia la mejora continua y la excelencia en la atención oncológica multidisciplinar. El trabajo continua para seguir optimizando todo el proceso asistencial.

RES0432 Implementación de ejercicio físico personalizado en pacientes con cáncer de mama.

Marina Pilar Quesada Rincón[1], Blanca Gonzalez Palomares[2], Míriam De la Puente Yagüe[3], María Rosa Cabras Sánchez-Ramos[4], Ana Isabel Membrilla Ortiz[4], Isabel Rodriguez-Piñero Cebrián[5], Inés Gil Prados[5], Ana Myriam Lavín Pérez[6], Ana Belen Rivas Paterna[7], María Herrera de la Muela[8]

[1]Hospital Clínico San Carlos Medico interno residente 2º año - Servicio de Obstetricia y Ginecología
[2]Hospital Clínico San Carlos FEA de Obstetricia y Ginecología Unidad de Patología Mamaria. Instituto de Salud de la Mujer.
[3]FEA de Obstetricia y Ginecología Unidad de Patología Mamaria. Instituto de Salud de la Mujer.
[4]Enfermera Unidad Patología Mamaria Ginecología – Instituto De Salud De La Mujer
[5]FEA de Obstetricia y Ginecología Unidad de Patología Mamaria - Instituto de Salud de la Mujer
[6]Universidad Rey Juan Carlos Centro de Investigación en Ciencias del Deporte
[7]Hospital Clínico San Carlos Unidad de Investigación Clínica y Ensayos Clínicos
[8]Hospital Clínico San Carlos Jefe de Sección. Unidad de Patología Mamaria. Instituto de Salud de la Mujer.

Objetivos

Mejorar la calidad de vida y los resultados oncológicos de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en la Unidad de Patología Mamaria de un hospital terciario.

Material y Métodos

La Universidad Rey Juan Carlos (URJC), GO fit LAB y la Unidad de Patología Mamaria de un hospital terciario han unido esfuerzos para integrar un programa de ejercicio físico supervisado, personalizado y gratuito en pacientes con diagnóstico primario de cáncer de mama. El programa de ejercicio será llevado a cabo en el Centro Deportivo Go Fit Vallehermoso durante dos años.

Así mismo, se llevará a cabo una supervisión en paralelo en la Unidad de Patología Mamaria del hospital para valorar el impacto clínico, psicológico y de la calidad de vida de dicha intervención.

Resultados

Resultados esperados:
- Mejora de parámetros fisiológicos tales como fuerza, capacidad cardiorrespiratoria, composición corporal.

-Aumento de la calidad de vida física, mental y psicosocial de pacientes y familiares.

-Validación de un nuevo modelo asistencial integrable en otras unidades de mama en españa.

Conclusiones

Este proyecto pionero redefine el tratamiento oncológico al situar el ejercicio físico en el centro de la atención a pacientes con cáncer de mama. Su enfoque interdisciplinar, sustentado en evidencias científicas, busca no solo mejorar indicadores clínicos, sino también humanizar la experiencia del tratamiento, con potencial replicabilidad en toda la red nacional.

Miscelánea

RES0013 https://www.congresodelamama.org/comunicaciones/

Natalia Camejo[1], Cecilia Castillo[1], Dahiana Amarillo[2], Guillermo Caraballo[2], Florencia Fernandez[2], Maria Pia Franco[2], Mauro Gazzola[2], Valeska Piñeiro[2], Serena Rodriguez[2], Gabriel Krygier[2]

[1]Hospital de Clínicas Servicio de Oncología Clínica
[2]

Objetivos

El cáncer de mama (CM) ocupa el primer lugar en incidencia y mortalidad en mujeres uruguayas. Los hábitos saludables (HS): mantener un peso adecuado, practicar actividad física (AF), consumir frutas y verduras (FYV), evitar el tabaquismo y limitar el consumo de alcohol, están asociados a una mejor calidad de vida y menor riesgo de recaída. Sin embargo, existe poca información sobre la prevalencia de HS en pacientes uruguayas con CM. Nuestro objetivo fue analizar la prevalencia de HS en pacientes en control por CM, definidos como: consumo de frutas y verduras al menos cinco veces al día, mantener un índice de masa corporal (IMC) por debajo de 30 kg/m², realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física, no fumar y limitar el consumo de alcohol.

Material y Métodos

Estudio observacional, descriptivo y multicéntrico en pacientes con CM en estadios I-III de centros públicos y privados de Uruguay. La adherencia a HS se evaluó mediante un cuestionario diseñado siguiendo las directrices de la Sociedad Americana del Cáncer, indagando sobre: hábitos alimentarios, actividad física, y consumo de alcohol y tabaco. Las pacientes fueron clasificadas en baja (0-2), moderada (3) y alta adherencia (4-5).

Se analizaron asociaciones con variables específicas como centro asistencial privado vs. público, edad, estadio y tiempo desde el diagnóstico. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Hospital de Clínicas, cumpliendo con la normativa nacional

Resultados

Se incluyeron 209 paciente, 80.8% (169 pacientes) mostró adherencia a 3 o más HS. Se observó una mayor adherencia en centros privados (89.6%, 69 pacientes) vs. públicos (75.7%; 100 pacientes p=0.014). El tabaquismo fue reportado por el 11,1% de las pacientes (23 pacientes), mientras que el 67,5% (141 pacientes) reportó no consumir alcohol y un 31,6% (66) declaró un consumo social (≤1 bebida diaria). Los HS menos prevalentes fueron el consumo adecuado de FYV (31.6%, 66 pacientes) y la práctica de AF (55.5%,116 pacientes). No se encontraron diferencias significativas en la adherencia según la edad, estadio o tiempo desde el diagnóstico.

Conclusiones

Aunque la adherencia a HS fue alta, existen áreas críticas de mejora, como la promoción de la AF y el consumo de FYV, particularmente en el sector público. Estos resultados subrayan la necesidad de estrategias específicas para fomentar HS en pacientes con CM, contribuyendo a mejorar su calidad de vida y resultados a largo plazo.

RES0014 Influencia de diferentes modalidades de tratamiento en la función sexual de supervivientes de cáncer de mama uruguayas: Un estudio observacional prospectivo

Natalia Camejo[1], Cecilia Castillo[2], Rosina Servetto[1], Gianina Muñoz[2], Joaquin Manzanares[2], Dahiana Amarillo[2], Maria Guerrina[2], Guadalupe Herrera[2], Carolina Dörner[2], Gabriel Krygier[2]

1 Hospital De Clínicas Servicio De Oncología Médica 2

Objetivos

El cáncer de mama es una de las principales causas de morbilidad en el mundo. A medida que mejoran las tasas de supervivencia, aumentan también las secuelas a largo plazo de los tratamientos oncológicos. Entre ellas, las alteraciones en la función sexual representan un aspecto relevante que afecta la calidad de vida.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de disfunción sexual medida por el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI ≤ 26.55) y su asociación con las modalidades de tratamiento en sobrevivientes de cáncer de mama (CM). Las modalidades de tratamiento incluidas son: tipo de cirugía (conservadora (CC) vs. mastectomía total), quimioterapia (QT) (sí vs. no), hormonoterapia (HT) (tamoxifeno vs. inhibidores de aromatasa), uso de agonistas LHRH (sí vs. no) y tratamiento radiante (RT) (sí vs. no).

Material y Métodos

Estudio observacional prospectivo que incluyó a pacientes diagnosticadas con CM precoz (EI-III) que hubiesen completado el tratamiento con cirugía, QT y RT al menos 12 meses antes de la inclusión. Las pacientes completaron un cuestionario FSFI. Los datos se analizaron utilizando modelos logísticos binarios simples y múltiples.

Resultados

Se incluyeron 247 pacientes, 60.3% eran sexualmente activas y solo estas fueron incluidas en el análisis. El 58.3% presentó disfunción sexual (FSFI ≤ 26.55). El análisis multivariado reveló que las pacientes sometidas a mastectomía total y aquellas que recibieron agonistas LHRH presentaron un mayor riesgo de disfunción sexual ($p<0.005$). En el análisis crudo, las pacientes tratadas con QT y tamoxifeno tuvieron menos chances de desarrollar disfunción sexual, pero estas diferencias no se mantuvieron en el análisis ajustado.

Conclusiones

Las pacientes con mastectomía total y aquellas que utilizan agonistas LHRH tienen un mayor riesgo de disfunción sexual. Estos hallazgos pueden guiar a los clínicos en el asesoramiento y la planificación del tratamiento para pacientes sexualmente activas con CM, mejorando así su calidad de vida.

RES0018 La relevancia de la hospitalización a domicilio en el seguimiento postquirúrgico de la cirugía oncológica mamaria

Sara López Cerrillos[1], Julia Lugon[1], Yorveliz Jiménez[2], Mª Ángeles Vasco[2], Leire Losa[2], Maria Gijón[2], Oriol Cases[2], Carmen Buqueras[2]

[1] Consorci Sanitari Integral Cirurgia General
[2]

Objetivos

Evaluar la tasa de complicaciones postquirúrgicas, incluyendo seroma, hematoma, infección y dehiscencia de herida quirúrgica, en pacientes ingresadas en hado tras cirugía de mama.

Material y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo en nuestro centro de 182 pacientes ingresadas en HADO tras cirugía de mama en los años 2023 y 2024.

Se incluyeron las pacientes intervenidas tanto de cirugía oncológica como reconstructiva inmediata y/o diferida. Los criterios de ingreso en HADO incluyen pacientes que dispongan de un cuidador principal, así como domicilio con teléfono y/o móvil, condiciones higiénicas adecuadas y que se encuentre dentro del área de influencia del hospital.

Se analizan variables que engloban edad, total de días de ingreso en HADO, tipo de cirugía realizada, si eran portadoras de drenaje, complicaciones postquirúrgicas, reconsultas a urgencias y/o necesidad de reingreso hospitalario.

Resultados

La muestra del estudio es de 182 pacientes, siendo el promedio de edad 58 años (rango entre 25 y 91 años). El promedio del total de días de ingreso en HADO fue de 8.36 días (rango entre 1 y 38 días).

En cuanto al tipo de cirugía oncológica realizada, al 35.6% de las pacientes se les realizó vaciamiento axilar (independientemente de si precisaron o no cirugía conservadora o radical), al 33.9% mastectomía, al 31.3% tumorectomía y al 7.6% recambio de prótesis. Del total de pacientes, el 42.4% se sometieron a cirugía reconstructiva de la mama y entre estas, el 48% correspondía a PR, el 32% a cirugía reconstructiva autóloga y el 20% a cirugía con implantes. El 98.3% del total de pacientes fueron hospitalizadas en HADO con drenaje (axilar o mamario).

En cuanto al análisis de variables postquirúrgicas, se observó que el 12.7% de las pacientes reconsultó a urgencias y el 2.5% requirió reingreso hospitalario. Del total de pacientes, el 22.8% presentó alguna complicación postoperatoria, siendo el 62% seroma, el 24% hematoma, el 14% infección de herida quirúrgica y el 5% dehiscencia de la herida quirúrgica.

Conclusiones

La mayoría de las pacientes ingresaron para control de los drenajes (98.3%), tanto mamario como axilar. Un porcentaje pequeño (15%) reconsultó a urgencias y/o reingresó. La complicación más habitual fue el seroma (62%) y la menos frecuente, la dehiscencia de herida quirúrgica (5%).

La modalidad HADO tras Cirugía oncológica de mama es una alternativa asistencial consolidada en nuestro centro hospitalario, que mejora el confort de las pacientes y disminuye la tasa de ingresos hospitalarios y costes económicos, permitiendo una correcta evaluación de potenciales complicaciones postquirúrgicas.

RES0038 Influencia de la terapia endocrina en la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama y menopausia (Escala Cervantes SF16)

Míriam De la Puente Yagüe[1], Alejandra Jiménez García[1], Maria Rosa Cabras Sanchez-Ramos[2], Irene Serrano[3], Ana Isabel Membrilla Ortiz[2], Ines Gil Prados[2], Isabel Rodriguez Piñero Cebrian[2], Jorge Ruiz Rodriguez[2], Juana Maria Brenes Sánchez[2], Maria Herrera de la Muela[2]

[1]Hospital Clínico San Carlos Obstetricia Y Ginecología

[2]

[3]*Unidad De Apoyo Metodológico A La Investigación*

Objetivos

La mayoría de las pacientes con cáncer de mama presentan receptores hormonales positivos, por lo que reciben tratamiento con terapia endocrina. A pesar de su eficacia, conlleva una serie de efectos secundarios que afectan a la calidad de vida. Por tanto, el objetivo es estudiar la influencia de la terapia endocrina en la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama y menopausia, comparando aquellas que han recibido terapia endocrina y las que no, y según las características del tratamiento.

Material y Métodos

Se ha realizado un estudio observacional transversal con una muestra de 114 pacientes reclutadas en la Unidad de Patología Mamaria de nuestro hospital terciario. Se recogieron variables clínicas y demográficas, sobre el tratamiento, y se evaluó la calidad de vida mediante la Escala Cervantes-SF16.

Resultados

El estudio no mostró una diferencia estadísticamente significativa en la calidad de vida de las pacientes según recibieron o no terapia hormonal, aunque sí ciertas tendencias hacia mayor afectación de los dominios menopausia-salud y psíquico.

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de terapia endocrina y los síntomas climatéricos, en concreto en las pacientes que reciben SERM, en relación con la irritabilidad con una p=0.016. La presencia de este síntoma demuestra peor calidad de vida, con mayor puntuación en la Escala Cervantes (51,75) con p=<0.001.

Conclusiones

1. La terapia endocrina no muestra tener un impacto estadísticamente significativo en la calidad de vida global de las pacientes, aunque se muestran ciertas tendencias como mayor afectación en los dominios menopausia-salud y psíquico.
2. El tipo de terapia endocrina influye en la calidad de vida, las pacientes tratadas con inhibidores de la aromatasa tienen mejores puntuaciones en calidad de vida percibida por la paciente que las tratadas con moduladores selectivos de los receptores de estrógenos, principal y estadísticamente significativo en los dominios psíquico y de menopausia y salud.
3. Determinados síntomas se asocian de forma significativa con peor calidad de vida, y parecen ser más frecuentes en pacientes tratadas con serm.
4. La calidad de vida relacionada con la duración de la terapia endocrina no parece seguir una relación lineal, observándose una mejoría en tratamientos más prolongados.

5. Destaca la importancia de no valorar únicamente resultados estadísticos, sino también su impacto en la calidad de vida percibida de las pacientes para un enfoque individualizado del tratamiento.

RES0041 Regresión histológica espontánea en linfoma primario de mama: una entidad rara.

Tania García Valverde[1], Florencia Natalia Bencardino[2], Verónica Gumbau Puchol[2], María José García Coret[3], Carlos Castañer Puga[3], Andrés García-Vilanova Comas[3], Marta Tortajada Zaragozá[3], Fernando Alfonso García[4], Enrique Artigues Sánchez de Rojas[4], Paula Tenhaeff Lackschewtiz[5]

[1]Hospital General Universitario de Valencia Radiología
[2]Consorcio Hospital General Universitario de Valencia Cirugía General y del Aparato Digestivo
[3]Hospital General Universitario de Valencia Cirugía General y del Aparato Digestivo
[4]Hospital General Universitario de Valencia Cirugía General y del Aparato Digestivo
[5]Hospital General Universitario de Valencia Anatomía Patológica

Objetivos

El linfoma primario de mama es un subtipo raro de linfoma no Hodgkin que se origina en la mama sin afectar otras localizaciones inicialmente. Representa menos del 0,5% de las neoplasias mamarias. Estos casos clínicos destacan la importancia del diagnóstico diferencial en masas mamarias y el fenómeno infrecuente de regresión histológica espontánea.

Material y Métodos

CASO 1: Mujer de 40 años que detecta un nódulo en la mama izquierda. La ecografía muestra un nódulo en LICS BIRADS 4A. La BAG revela un proceso linfoproliferativo B, indicando exéresis. El estudio de extensión no muestra otras patologías. La tumorectomía confirma linfoma B difuso de células grandes (LBDCG). La paciente rechaza quimioterapia y recibe tratamiento paliativo.

Resultados

CASO 2: Mujer de 77 años con mastopatía fibroquística en control desde 1999. En 2024, se detecta un nódulo izquierdo BIRADS 5. La BAG diagnostica LBDCG, y se programa tumorectomía ampliada. El análisis postquirúrgico no muestra malignidad epitelial ni linfoproliferativa, sugiriendo regresión espontánea. La paciente fue derivada a Hematología y permanece en remisión completa.

Conclusiones

Discusión: El linfoma primario de mama suele presentarse como un nódulo único e indoloro, similar al cáncer de mama. Aunque históricamente se realizaba mastectomía, estudios recientes demuestran que no mejora la supervivencia y puede retrasar la terapia sistémica. Actualmente, la cirugía se limita al

diagnóstico cuando las técnicas no invasivas no permiten el estudio histológico completo de la lesión. La regresión espontánea es más común en linfomas indolentes y MALT, aunque también se ha descrito en LBDCG. Este fenómeno se atribuye a la activación del sistema inmunológico, con factores como linfocitos T y citocinas antitumorales que contribuyen a la eliminación de células tumorales. No existen guías clínicas específicas que apoyen la observación sin tratamiento después de una regresión espontánea en el caso de LBDCG, por lo que a pesar de la aparente regresión, el tratamiento quimioterápico está indicado en la mayoría de los casos, ya que el riesgo de recaída del LBDCG es alto.

RES0062 ¿Puede el uso de Glubran® combinado con drenajes reducir la formación del seroma tras cirugía mamaria?

Guillermo Lillo Albert, Vicente López Flor, Ernesto Muñoz Sornosa, Marcos Adrianzén Vargas, Elvira Buch Villa Hospital Clínico Universitario De Valencia Cirugía General Y Del Aparato Digestivo

Objetivos

El seroma es una complicación frecuente tras la cirugía de mama que impacta en la recuperación, incrementa el riesgo de infección y genera visitas médicas adicionales. Este estudio tiene como objetivo evaluar la eficacia y seguridad del uso de sellantes tisulares (Glubran®) junto con drenaje tipo Redón en pacientes sometidas a cirugía mamaria, analizando la incidencia de complicaciones, especialmente seroma, infecciones y hematomas, comparado con un grupo control con uso exclusivo de drenaje.

Material y Métodos

Grupo 1 (n=33), tratado con Glubran® más drenaje Redón; y Grupo 2 (n=43), grupo con solo drenaje aspitativo. Se analizó la edad, desarrollo de seromas, volumen del seroma (ml), complicaciones postoperatorias (infección, hematoma) y complicaciones intraoperatorias, como la necesidad de transfusión. Se emplearon pruebas estadísticas como la prueba t de Student, el análisis chi-cuadrado y la regresión lineal para evaluar las diferencias entre los grupos y las asociaciones entre variables.

Resultados

No se encontraron diferencias significativas en la edad media de ambos grupos (Grupo 1: 64,61 años vs Grupo 2: 63,81 años (p=0,814)). La tasa de desarrollo de seroma fue del 66,7% en el Grupo 1 y del 74,4% en el Grupo 2, no evidenciando diferencias significativas (p=0,250). No se observaron diferencias significativas entre grupos en cuanto al volumen medio extraído (Grupo 1: 447,89 ml; Grupo 2: 650,80 ml; p=0,538), las tasas de infección (15,15% vs. 16,28%; p=1,000), el desarrollo de hematoma (24,24% vs. 18,60%; p=0,595), o las complicaciones intraoperatorias, en ninguno de los grupos. Se observó una correlación positiva fuerte entre el área quirúrgica y el volumen extraído en el

grupo Glubran® (r=0,832), mientras que en el grupo control esta correlación fue negativa (r=-1,000). No se encontró correlación significativa entre el volumen extraído y el desarrollo de seroma, ni asociación entre tipo de cirugía y seroma.

Conclusiones

El uso de sellantes tisulares (Glubran®) combinado con drenaje Redón, no mostró diferencias significativas en la prevención de seromas ni en la incidencia de complicaciones postoperatorias tras mastectomía simple o radical modificada, comparado con el manejo tradicional con drenajes. Tampoco existió asociación significativa entre el volumen de extracción y el desarrollo de seromas. Aunque existe una fuerte correlación entre el área quirúrgica y el volumen extraído, la aplicación de Glubran® no parece modificar significativamente estos resultados.

RES0072 Valoración metabólica intraoperatoria del margen quirúrgico: un nuevo reto en la cirugía oncológica

Jorge Sabater Sancho[1], Elvira Buch Villa[2], John Orozco Cortés[3], Ernesto Muñoz Sornosa[2], Patricia Camps Rubio[4], Vicente López Flor[5], Líria Térradez Mas[6], Octavio Burgués Gaisón[6], Marcos Adrianzen Vargas[5], Rafael Díaz Expósito[4]

[1]Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón Medicina Nuclear
[2]Hospital Clínico Universitario de Valencia Cirugía General
[3]Hospital Universitario Dr. Peset Medicina Nuclear
[4]Medicina Nuclear
[5]Cirugía General
[6]Anatomía Patológica

Objetivos

Evaluar la viabilidad y precisión diagnóstica del PET-TC ex vivo sobre la pieza quirúrgica en cirugía de cáncer de mama, como herramienta para la valoración intraoperatoria de márgenes, analizando su concordancia con el análisis anatomopatológico convencional.

Material y Métodos

Se incluyeron ocho pacientes con diagnóstico histológico de carcinoma de mama, intervenidas mediante cirugía conservadora (6/8) o mastectomía (2/8). Se administró ^{18}F-FDG a una dosis de 0,8 MBq/kg de forma preoperatoria. Tras la resección, las piezas fueron escaneadas ex vivo mediante PET-TC en condiciones estandarizadas, sin interferir en el flujo quirúrgico ni en el procesamiento anatomopatológico, realizado de forma diferida y enmascarada. Se valoraron seis márgenes por pieza (n = 48). Se recogieron variables clínicas, quirúrgicas, histológicas y moleculares. La captación focal de FDG se consideró criterio de sospecha de margen afecto. Se estimaron sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) y concordancia global frente al gold standard histopatológico.

Resultados

La edad media fue de 65 años (rango: 52–79). Tres pacientes (3/8) recibieron quimioterapia neoadyuvante y cinco (5/8) fueron sometidas a biopsia selectiva de ganglio centinela. La mayoría de lesiones se localizaron en la mama derecha (7/8), principalmente en cuadrantes superoexterno y superointerno. Se identificaron seis carcinomas ductales infiltrantes, un carcinoma lobulillar infiltrante y un caso de carcinoma ductal in situ. Los perfiles moleculares fueron: Luminal A (3/8), Luminal B (2/8), Her2+ (1/8), triple negativo (1/8) y un caso sin lesión residual tras tratamiento neoadyuvante. Se observó necrosis tumoral en 3/8 pacientes y lesiones multifocales en 2/8.

Se evaluaron 48 márgenes. La concordancia global entre PET-TC y anatomía patológica fue del 93,8 %. La sensibilidad fue del 83,3 %, especificidad 95,2 %, VPP 71,4 % y VPN 97,6 %.

Conclusiones

El PET-TC ex vivo es una técnica prometedora para la valoración de márgenes en cáncer de mama. Su alta capacidad para descartar afectación, junto con su integración sencilla en el flujo quirúrgico, refuerza su potencial para reducir posibles reintervenciones.

RES0085 Primera campaña diagnóstico y detección cáncer de mama en Tiris Zemmur (Mauritania)

Mercedes García Carriazo[1], Maria José Bengoechea Fajardo[2], Francisco Luis Romero Cique[3], Francisca Eugenia García Lobato[4], Cristina Camps Girón[5], Manuel Arjona Molina[1], Laura García Hernández[6], M Carmen González Castellano[7], Ana María Rodríguez Arana[8], Ignacio Calatayud Gómez[9]

[1]Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla Radiodiagnóstico
[2]Institut de Diagnostic per l'Imatge (IDI) Radiodiagnóstico
[3]HM Puerta del Sur. Móstoles (Madrid) Radiodiagnóstico
[4]Hospital Universitario de Álava- Txagorritxu (jubilada) Radiodiagnóstico
[5]Hospital General Mateu Orfila. Menorca Radiodiagnóstico
[6]Radiodiagnóstico
[7]Hospital Universitario Puerto Real (Cádiz) Radiodiagnóstico
[8] Campus Vall d'Hebron Radiodiagnóstico
[9]Clínica Dr. Calatayud Coordinación. Presidente HumanCoop

Objetivos

- Mejorar la cobertura sanitaria y el acceso a la salud de las mujeres de Tiris Zemmur (Mauritania), mediante la realización de una campaña piloto de diagnóstico y detección de cáncer de mama en una región de difícil acceso y con escasos recursos.
- Formación del personal sanitario local en mamografía, ecografía y técnicas intervencionistas básicas.

- Concienciar a la población de la importancia del diagnóstico precoz del cáncer de mama

Material y Métodos

La campaña es llevada a cabo por tres radiólogos y una TSID (Técnico Superior Imagen Diagnóstica) expertos en radiología de mama que pertenecen al equipo de voluntarios de la ONG HumanCoop.

En las ciudades de Bir Mogrein y Zouerat se practicaron estudios de imagen mamaria a 131 pacientes entre los 17 y 70 años de edad. En la primera localidad se realizaron ecografías y despistaje clínico, y en la segunda ecografías, mamografías y procedimientos intervencionistas.

Resultados

Se realizaron un total de 146 exploraciones incluyendo:

- 69 mamografías (pacientes mayores de 40 años), 12 de las cuales requirieron ecografía complementaria
- 74 ecografías de mama
- 3 procedimientos intervencionistas: un drenaje de una colección y dos biopsias con aguja gruesa (BIRADS 4A). Las muestras se entregaron para su análisis histológico en el Centro Nacional de Oncología (CNO) de Nouakchott
- Las lesiones BIRADS 3 han sido citadas para la próxima campaña de mama que se realizará en el primer trimestre del 2026
- No se diagnosticaron lesiones BIRADS 4B/ C o 5.
- Se realizó formación a un total de 6 sanitarios locales.
- Con posterioridad a la campaña de mama y tras la firma de un convenio de colaboración, con el CNO (Centro Nacional de ONcologia), HumanCopp ha realizado una Comisión Piloto Oncológica Multidisciplinar, con el fin de evaluar las necesidades del centro y sentar las bases para futuras sinergias/ colaboraciones.

Conclusiones

Con el apoyo de SEDIM Cooperación y de las autoridades locales, HumanCoop desarrolla un proyecto que pretende acercar el diagnóstico y tratamiento de una patología extremadamente frecuente entre las mujeres del norte de Mauritania.

La alta incidencia, la alarmante afectación de mujeres cada vez más jóvenes y los retrasos diagnósticos acuciados por la escasez de recursos contribuyen a la alta mortalidad por cáncer de mama en la zona.

El proyecto desarrollado por el equipo de humancoop, contribuye a garantizar el acceso universal a la salud de las mujeres mauritanas.

RES0095 Prevención de la pérdida de Semillas de I-125 en cirugía radioguiada de mama: Análisis de Incidencias y estrategias de mejora

Sergi Vidal Sicart[1], Xavier Cases Moreno[2], Jordi Ribera-Perianes[3], Jessica Cordón del Pozo[4], Teresa Lidón Pagès[5], Marta Vega Alvarez[4], Dominika Maria Gasior[5], Isaac Cebrecos Llerena[6], Eduard Mensión Coll[6], Blanca González[7]

[1]Hospital Clínic Barcelona-IDIBAPS Medicina Nuclear
[2]Hospital Clínic Barcelona Medicina Nuclear
[3]Hospital Clínic Barcelona
[4]
[5]Radiología
[6]Hospital Clínic Barcelona-IDIBAPS Ginecologia
[7]Anatomía Patológica

Objetivos

Determinar las acciones preventivas que minimizan el riesgo de pérdida de semillas de i-125 en el circuito de cirugía radioguiada de mama, optimizando así la seguridad del procedimiento.

Material y Métodos

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo entre 2018 y 2024 sobre las incidencias relacionadas con la pérdida de semillas de I-125 en cirugías de localización radioguiada de lesiones no palpables de mama (RSL) y disección axilar dirigida (TAD). Se calculó la tasa de pérdida en el procedimiento quirúrgico y circuito de recuperación posterior, identificando las principales causas y medidas correctivas adoptadas

Resultados

En el periodo de estudio se registraron 8 incidencias, de las cuales 7 fueron pérdidas temporales (0,76%) y 1 pérdida completa (0,11%) en un total de 917 cirugías. Cinco casos se originaron durante el procedimiento quirúrgico, identificándose como factores de riesgo el uso de pinzas dentadas (2), la fijación parcial en la lesión o ganglio (2), y la succión accidental por el aspirador quirúrgico (1). En el circuito de recuperación, se registraron 2 incidencias relacionadas con la adherencia de la semilla a la hoja de corte en la laminación de la pieza resecada y el desprendimiento accidental desde la pieza al papel absorbente del campo de disección durante su manipulación. Un último caso ocurrió cuando, tras completar el circuito de recuperación, el vial de muestra llegó vacío al servicio de Medicina Nuclear sin haberse podido establecer la causa de ello. Como acciones de mejora, en el quirófano se implementó el uso de pinzas no dentadas, una vigilancia visual rigurosa en la fase final de resección y la colocación de una gasa en la boca del aspirador quirúrgico para evitar la succión accidental. En el circuito de recuperación, se estableció un control visual continuo durante todo el proceso y la monitorización con sonda a la entrada y salida de cada fase del circuito (quirófano, ecografía, anatomía patológica y servicio de MN).

Conclusiones

Los resultados del estudio reflejan un alto grado de seguridad y eficacia en la técnica quirúrgica, pero destacan la importancia de realizar un análisis de las incidencias y posterior mejora continua del procedimiento, para reducir el riesgo potencial de pérdida de las semillas de I-125. La implementación de acciones correctivas y estrategias de vigilancia refuerzan la efectividad del proceso, permitiendo mejorar la precisión y seguridad en cada fase de la intervención.

RES0098 Desarrollo De Un Protoco Diagnóstico Terapéutico Para El Dolor Postquirúrgico Por Patologia Mamaria

Iciar Pascual Miguel[1], Maria del Mar Monerris[2], Cristian Ríos Gozalvez[3], Lídia Blay Aulina[4], Miguel Ángel Luna Tomás[3], Diana Sagrera Rectoret[5], Laura Gomez[6], Bárbara Núñez[7], Laura Martín Arce[8], Aida Lacambra Marco[8]

[1]Hospital Universitari Germans Trias i Pujol Cirugia General y Digestiva. Unidad de Patología Mamaria
[2]Hospital Universitari Germans Trias i Pujol Unidad del Dolor
[3]Ginecología y Obstetricia. Unidad de Patología Mamaria
[4]Cirugia General y Digestiva. Unidad de Patología Mamaria
[5]
[6]Unidad del Dolor
[7]Servicio de Rehabilitación
[8]Unidad de Patología Mamaria

Objetivos

El dolor crónico es frecuente tras el tratamiento quirúrgico por patología mamaria (25-60%) por múltiples factores. Cabe destacar dos que son modificables: la presencia del dolor en el perioperatorio y postoperatorio inmediato.

Nuestra población diana tiende a minimizar el dolor por miedo a los fármacos, desconocimiento del riesgo de cronificación del dolor o dolores intercurrentes que generan la sensación de resiliencia frente al dolor.

Por todo esto nos planteamos un protocolo diagnóstico terapéutico para el manejo del dolor postquirúrgico por patología mama.

Material y Métodos

Se incluyen todas las personas que reciben tratamiento quirúrgico por patología mamaria.

Se aplica el protocolo diseñado con cirugía/ ginecología, unidad del dolor y rehabilitación que consiste en:

1.-Identificacion del dolor y sus características

Anamnesis dirigida respecto a la intensidad del dolor (escala visual EVA), las características del dolor (cuestionario de dolor neuropático DN4) y su afectación por la movilización (escala de Andersen) en cada contacto postoperatorio con la paciente.

2.-Tratamiento del dolor

2.1.-Dolor nociceptivo: tratamiento combinado analgésico + antiinflamatorio. Se suma un derivado mórfico con EVA >3

2.2.-Dolor neuropático (puntuación en escala DN4 >= 4)

-En pacientes con piel integra que no requieran radioterapia: parches de capsaicina al 8% (QutenzaR) mediante un circuito rápido con Unidad del Dolor, donde se aplica el producto durante una hora.

-En pacientes no tributarios de parches de capsaicina: pauta ascendente de gabapentina

3.-Monitorizacion de resultados

Con reevaluación del paciente y ajustes del tratamiento

Resultados

La aplicación del nuevo protocolo permite:

- identificar intensidad de dolor en pacientes que lo minimizaban

-agilizar el acceso a Unidad de Dolor para aplicación de tratamiento dirigido

-disminuir las dosis de tratamiento necesario

Conclusiones

La aplicación de protocolos permite agilizar el tratamiento del dolor, evitar su cronicidad y mejorar la calidad de vida de las pacientes

RES0102 Enfermedad de Paget pigmentada de la mama: reporte de un caso clínico y revisión de la literatura

Vicente López Flor[1], Ernesto Muñoz Sornosa[1], Marcos Adrianzen[2], Elvira Buch Villa[2], Guillermo Lillo Albert[2], Francisco Castillejos Ibañez[2], Ana Martinez Aspas[3], Marina Riera Cardona[4], Octavio Burgues[5], Diego Soriano[6]

[1]Hospital Clinico Universitario de Valencia Unidad de Mama. Servicio de Cirugia General y del Aparato Digestivo
[2]
[3]Servicion de Ginecologia y Obstetricia
[4]Unidad de Mama. Servicio de Cirugia General y del Aparato Digestivo
[5]Servicio de Anatomia Patologica
[6]Servicio de Radiodiagnóstico

Objetivos

La Enfermedad de Paget pigmentada de la mama (pmpd) es una variante infrecuente de la enfermedad de paget mamaria. su presentación simula melanoma clínico, dermatoscópica e histológicamente.

Introducción: La enfermedad de Paget de la mama representa entre el 1 y 3% de los carcinomas mamarios y se asocia habitualmente a carcinoma ductal subyacente in situ o invasivo [2, 4]. La variante pigmentada (PMPD) es extremadamente rara y [1, 3, 5, 6]. El diagnóstico preciso requiere un enfoque integral que combine clínica,

dermatoscopia, histopatología e inmunohistoquímica.

Material y Métodos

Presentación del caso clínico mujer de 50 años, durante la exploración en consultas externas se objetivó una lesión pigmentada en el complejo areola-pezón izquierdo con apariencia melanocítica.

La dermatoscopia mostró una mancha pigmentada de bordes lobulados.

El análisis histopatológico de la pieza quirúrgica evidenció una proliferación intraepidérmica de células epitelioides atípicas con patrón pagetoide y pigmento melánico abundante, inmunopositivas para CK7 y HER2. Se observaron melanocitos no atípicos positivos para SOX10. En el tejido subyacente se identificó carcinoma ductal in situ asociado a ectasia galactofórica. Los bordes quirúrgicos fueron negativos.

Resultados

En la PMPD el pigmento puede corresponder a melaninización intracelular de las células de Paget, fagocitosis de melanina, o colonización por melanocitos dendríticos no atípicos [6, 7].

Dermatoscópicamente, puede mostrar red pigmentaria atípica, glóbulos, zonas blanco-rosadas o azul-grisáceas, simulando un melanoma [1, 5].

Las células de Paget suelen ser positivas para CK7, EMA, HER2 y GATA3, y negativas para S100, HMB-45 y Melan-A [2, 3, 4]. La presencia concomitante de melanocitos positivos para SOX10 o S100 sin atipia celular orienta hacia PMPD en lugar de melanoma [2, 6].

Conclusiones

La enfermedad de Paget pigmentada es una entidad infrecuente pero relevante en el diagnóstico diferencial de lesiones pigmentadas del pezón. La combinación de hallazgos clínicos, dermatoscópicos, histopatológicos e inmunohistoquímicos es esencial para evitar diagnósticos erróneos y guiar un manejo terapéutico adecuado.

RES0109 Biopsia asistida por vacío guiada por mamografía con contraste (BAV-CEM): nuestra experiencia clínica y aplicaciones prácticas.

Sonia Lon Colvée[1], Alejandro Vera González[1], Myriam Montes Fernández[1], Beatriz Lannegrand Menendez[2], Maria Jose Ciudad Fernández[3], Carlota Garcia Barón[3], Laura Escudero González[3], Juana María Brenes Sánchez[4], Miriam De la Puente Yagüe[5], Nancy Sánchez Rubio[3]

[1]Hospital Clínico San Carlos Radiodiagnóstico
[2]Radiodiagnóstico
[3]
[4]Ginecología
[5]Hospital Clínico San Carlos Ginecología

Objetivos

Compartir la experiencia de nuestro centro en la implementación de la biopsia asistida por vacío guiada por mamografía con contraste (BAV-CEM), describiendo la técnica y analizando los diferentes escenarios clínicos en los que puede ser una herramienta útil en el diagnóstico de lesiones mamarias.

Material y Métodos

En este trabajo describimos la técnica y presentamos una revisión de diferentes casos realizados, destacando distintas indicaciones clínicas, el protocolo de adquisición y el procedimiento intervencionista. Se incluyeron lesiones con realce sospechoso en CEM sin correlato en mamografía de baja energía ni en ecografía tras reevaluación dirigida. Todas las biopsias se realizaron con aguja de vacío estereotáctica tras administración de contraste yodado intravenoso y adquisición de imágenes en doble energía.

Resultados

La técnica de BAV-CEM resultó de gran utilidad en diferentes situaciones clínicas:

Lesiones visibles en técnicas funcionales, sin correlato ecográfico ni en mamografía convencional.

Lesiones biopsiadas previamente con resultado benigno no claramente concordante como método para realizar biopsia dirigida al área de realce más sospechosa.

Marcaje de realces no masa únicamente visualizados en técnicas funcionales para una cirugía más precisa en el caso de ser necesario.

En nuestra experiencia, la técnica ha demostrado ser segura, reproducible y bien tolerada por las pacientes, permitiendo un abordaje diagnóstico preciso en casos complejos.

Conclusiones

La BAV-CEM es una técnica segura, eficaz y accesible que permite el diagnóstico percutáneo de lesiones sospechosas visibles únicamente mediante técnicas funcionales. Su implementación amplía las posibilidades diagnósticas en entornos con recursos limitados y mejora el abordaje de lesiones ocultas en estudios convencionales.

RES0122 Bloqueo del plano del erector espinal (ESPB) torácico single shot en la cirugía mamaria con reconstrucción.

Damià Perelló Llabrés[1], Alba Tejedor Bosqued[1], Luis Francisco Martín Anoro[2], Raúl Latorre Tomey[2], Álvaro Fustero Bes[2], Yaiza Martínez Lahoz[2], Daniel Aparicio López[2], Marta Allué Cabañuz[2], Luca Ponchietti[2]

1 Hospital Universitario San Jorge, Huesca

Objetivos

Evaluar la efectividad del bloqueo del plano del músculo erector (ESPB) guiado por ecografía y monitorización nociceptiva intraoperatoria (qNOX) en el control del dolor en una paciente sometida a mastectomía izquierda con reconstrucción inmediata.

Material y Métodos

Se presenta el caso de una paciente de 64 años (ASA II), con antecedentes de cáncer de mama y ovario, sometida a mastectomía izquierda con reconstrucción retropectoral con expansor. No presentaba alergias, no fumadora y con peso dentro de la normalidad. Previo a la inducción anestésica se realizó un ESPB torácico izquierdo a nivel T6-T7 con 30 mL de levobupivacaína al 0,25%, bajo técnica ecoguiada y condiciones asépticas.

Durante el procedimiento se utilizó anestesia total intravenosa (TIVA) con fentanilo (150 mcg en inducción) y remifentanilo en perfusión continua (0,05–0,07 mcg/kg/min). Como analgesia complementaria se administraron dexametasona (4 mg), paracetamol (1g), metamizol (2 g) y ondansetrón (4 mg). Se monitorizó el índice qNOX, que se mantuvo entre 40 y 60 durante la intervención.

Resultados

En la Unidad de Reanimación Postanestésica (URPA), la paciente refirió un dolor mínimo (EVN 1/10) durante la primera hora, sin náuseas ni efectos secundarios relacionados con opioides.

A la hora presentó un episodio de dolor irruptivo (EVN 5/10), que fue controlado con un bolo de cloruro mórfico (2 mg). Se instauró una bomba de perfusión continua (1,5 mg/h) y analgesia complementaria intravenosa. A las 24 horas del postoperatorio, el dolor fue leve (EVN 1-2), se retiró la bomba de morfina y la paciente continuó con analgesia intravenosa. Fue dada de alta al quinto día, con buen estado general y analgesia oral pautada.

Conclusiones

El ESPB torácico resultó ser una técnica eficaz y segura como parte de un enfoque analgésico multimodal para cirugía mamaria mayor. El uso de la monitorización qNOX permitió un adecuado control intraoperatorio del dolor. No obstante, el bloqueo requirió apoyo con opioides intravenosos postoperatorios, lo que sugiere que para maximizar su efectividad es recomendable asociar opioides de vida media más larga o técnicas adicionales de analgesia multimodal. Este caso apoya el uso del ESPB y la monitorización nociceptiva como herramientas útiles en anestesia regional moderna.

RES0135 Análisis de toxicidad y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama tratadas con mastectomía y radioterapia

Andere Frías Capanaga[1], Amanda Flaquer García[1], Libe Del Castillo Marce[1], Iratxe Raton Zulueta[2], Veronica Cañón Garcia[2], Itziar Trueba Garayo[2], Ana Hompanera Miguelez[2], Maria Rosa Hernandez Pardo[2], Jon Cacicedo Fernandez de Bobadilla[2], Elsira Boveda Carro[2]

[1]Hospital Universitario De Cruces-Barakaldo Oncologia Radioterápica
[2]

Objetivos

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en mujeres y una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. El aumento de su incidencia conlleva una mayor exposición de las pacientes a tratamientos como la cirugía, radioterapia y quimioterapia, los cuales pueden generar toxicidades que afectan de forma significativa su calidad de vida. Ante esta situación, se hace imprescindible su evaluación sistemática para implementar estrategias de soporte adecuadas.

El objetivo ha sido describir las características clínicas y la evolución de la calidad de vida en pacientes tratadas con mastectomía y radioterapia, participantes en el programa del International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM), con el fin de identificar necesidades percibidas y facilitar la toma de decisiones asistenciales basada en valor.

Material y Métodos

Se incluyeron 61 pacientes con cáncer de mama tratadas con mastectomía y radioterapia. La calidad de vida se evaluó mediante cuestionarios validados: EORTC QLQ-C30, QLQ-BR23, QLQ-LMC21 y dos ítems del FACT-ES, en cuatro momentos: basal (antes del tratamiento), y a los 3, 6 y 12 meses. Se analizaron las escalas funcionales y sintomáticas, aplicando pruebas estadísticas para detectar cambios significativos ($p<0,05$).

Resultados

Los resultados mostraron un empeoramiento progresivo respecto al estado basal en la función física, el rol en actividades cotidianas y el impacto económico. También se observó deterioro en la imagen corporal, la función y el disfrute sexual. Sin embargo, la perspectiva de futuro mejoró al año. En cuanto a los síntomas, aumentaron el dolor, la fatiga, la neuropatía periférica y las artralgias. La satisfacción con la mama no mostró cambios relevantes a lo largo del seguimiento. La afectación por caída del cabello no fue estadísticamente significativa, probablemente por el tamaño muestral reducido.

Conclusiones

Las pacientes tratadas con mastectomía y radioterapia experimentan una disminución relevante de su calidad de vida en múltiples dimensiones, tanto funcionales como

sintomáticas. Estos resultados subrayan la importancia de integrar intervenciones de soporte durante y después del tratamiento para mitigar los efectos adversos y optimizar el bienestar de las pacientes. La recogida sistemática de PROMs permite adecuar los recursos y reforzar una atención más centrada en las necesidades reales de las pacientes.

RES0136 Evaluación prospectiva de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama mediante PROMs

Andere Frías Capanaga[1], Amanda Flaquer García[1], Libe Del Castillo Marce[2], Iratxe Raton Zulueta[2], Veronica Cañón Garcia[2], Itziar Trueba Garayo[2], Ana Hompanera Miguelez[2], Maria Rosa Hernandez Pardo[2], Jon Cacicedo Fernandez de Bobadilla[2], Elsira Boveda Carro[2]

[1]Hospital Universitario De Cruces-Barakaldo Oncologia Radioterápica
[2]

Objetivos

Los Patient Reported Outcomes (PROMs) permiten conocer la experiencia subjetiva de las pacientes durante el tratamiento oncológico. Su uso sistemático aporta información valiosa para orientar una atención más centrada en la persona. En este estudio se analiza la evolución de la calidad de vida en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama a lo largo del primer año tras el diagnóstico. El objetivo fue describir los cambios en la calidad de vida autopercibida de pacientes con cáncer de mama tratadas con intención curativa, desde el diagnóstico hasta los 12 meses posteriores, utilizando cuestionarios estandarizados de la EORTC.

Material y Métodos

Estudio prospectivo aprobado por el CEIC de Euskadi, desarrollado según los estándares de VOICE e ICHOM. Se incluyeron 257 pacientes de la OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces con diagnóstico de carcinoma de mama, tratadas con cirugía conservadora (con o sin linfadenectomía) y radioterapia postoperatoria.

Las pacientes fueron evaluadas en cuatro momentos: basal (previo al inicio del tratamiento) y a los 3, 6 y 12 meses, mediante los cuestionarios EORTC QLQ-C30 y QLQ-BR23. Las variables clínicas se extrajeron de formularios médicos, y los PROMs fueron recogidos por la enfermera de enlace de forma voluntaria. Se realizó un análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión, así como frecuencias relativas y absolutas.

Resultados

Las puntuaciones en las escalas funcionales del QLQ-C30 mostraron un empeoramiento generalizado de la calidad de vida a los 3 y 6 meses tras el inicio del tratamiento, especialmente en funcionamiento físico y fatiga. Al año, se observó una recuperación parcial, con mejoras significativas en la

función emocional y el rol social, aunque sin alcanzar los niveles basales.

El cuestionario QLQ-BR23 reveló un deterioro progresivo de la percepción de imagen corporal durante los 12 meses. Algunos síntomas físicos persistieron tras finalizar el tratamiento, como la neuropatía periférica, el dolor en el brazo afectado y la pérdida de cabello.

Conclusiones

El uso de PROMs permite identificar el impacto real y sostenido del tratamiento oncológico en la calidad de vida. Esta información resulta esencial para ajustar el seguimiento clínico, personalizar el consejo a las pacientes y orientar decisiones basadas en valor.

RES0147 El papel de la imagen radiológica en las complicaciones asociadas a implantes mamarios

Pilar Fernández Yñiguez[1], Katherine Fernanda Daqui Peñafiel[2], Cristina Cristos Álvaro[3], Guadalupe Hernández Núñez-Polo[4], Lázaro García Sáez[5], Kristina Yakovleva Lupu[5]

[1]Hospital Universitario de Torrejón de Ardoz Residente de radiodiagnóstico
[2]Hospital Universitario de Torrejón de Ardoz Residente radiodiagnóstico
[3]Hospital Universtario Torrejón de Ardoz Radiodiagnóstico
[4]Hospital Universitario Torrejón de Ardoz Radiodiagnóstico
[5]Hospital Universitario Torrejón de Ardoz Residente radiodiagnóstico

Objetivos

- Diferenciar los hallazgos radiológicos normales vs patológicos en implantes mamarios.
- Revisar las complicaciones más frecuentes en pacientes con prótesis mamarias.
- Describir los hallazgos radiológicos de dichas complicaciones en las distintas técnicas de estudio (ecografía, mamografía y rm).

Material y Métodos

Realizamos una revisión sistemática de la literatura para estudiar las complicaciones precoces y tardías más frecuentes que pueden presentar las pacientes con implantes mamarios y las características por imagen de cada una de ellas.

Resultados

Cada vez es más frecuente que nos encontremos con implantes mamarios en estudios rutinarios de cribado poblacional, ya que cada vez son más las personas que deciden colocarse prótesis mamarias debido al aumento de la incidencia del cáncer de mama.

Clínicamente podemos encontrarnos con pacientes que consultan con síntomas o

simplemente que se detecten dichas complicaciones como hallazgo incidental.

Entre las complicaciones tardías más comunes nos encontramos con la contractura capsular y la rotura del implante.

La RM es la prueba de elección para el estudio de prótesis mamarias, aunque la mamografía y la ecografía son pruebas empleadas en el cribado poblacional por lo que también es importante conocer cómo se comportan en estas pruebas las complicaciones en implantes mamarios.

Existen algunos casos en los que habrá que realizar aspiración con aguja fina (PAAF) para asegurarnos de que no estamos ante un proceso maligno, como es el caso del seroma tardío en el cual habría que descartar el linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes mamarios. A veces también será necesario realizar el drenaje del seroma por medio de técnicas de imagen.

Conclusiones

Es importante destacar el papel de las pruebas radiológicas en el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones post-implantes mamarios, ya que sin necesidad de hacer técnicas muy invasivas se podrá poner nombre a dichas complicaciones y actuar en consecuencia.

RES0158 Herramienta para la Toma de decisiones en el Cancer de mama

María Luisa Sánchez de Molina Rámperez[1], Olatz López Fernández[2], Barbara Horrillos[3], Michelle Brenner Anidjar[4], Manuel Escanciano Escanciano[4], Irene Osorio Silla[4], Paula Pastor Peinado[4], Hector Guadalajara Labajo[4]

[1]Fundación Jiménez Díaz Cirugia General y del Aparato Digestivo
[2]UNED Psicologia clinica
[3]CES Cisneros Psicologia CLinica
[4]Fundacion Jimenez Diaz Cirugia General y del Aparato Digestivo

Objetivos

Estudio piloto del uso de la herramienta de ayuda para la toma de decisiones (HATD) para ayudar en el proceso de la toma de decisiones compartidas (TDC) en la práctica clínica con pacientes con cáncer de mama (CM)

Material y Métodos

Con apoyo de una beca Fis, y la unidad de innovación clínica del hospital se realizó la Hatd en cm.

Se seleccionaron 10 preguntas, en base a entrevistas a pacientes con diagnóstico de CM en 2022, de PROMS ya recogidos en nuestro hospital, y a la ICHOM en CM. Se crearon dos escenarios clínicos, tumor

pequeño: que permita cirugía conservadora y tumor grande: que precise mastectomía. Dentro de cada escenario clínico podrá optar por tres tratamientos: sin cirugía, poco agresivo(solo cirugia) o muy agresivo (cirugia con adyuvancia). Pueden ordenar los 10 items propuestos en función de sus preocupaciones o necesidades, que asocia un porcentaje con la probabilidad de que ocurra en función del tratamiento. Obtienen un certificado con el tipo de tratamiento que más se adapte a su decisión, no vinculante, que consensua con el cirujano en la siguiente consulta.

Un equipo de 2 psicólogas, un filólogo y una analista de procesos, revisaron el lenguaje para eliminar tecnicismos y convirtiéndolo en coloquial para las pacientes diana cualquiera que fuera su condición social y etaria. Además, dispone de ayudas (explicación breve) en cada ítem y escenario clínico.

Nuestro hospital tiene la historia clínica digitalizada en comunicación con una aplicacion de la que dispone el paciente donde tiene acceso a sus informes, citas o información personalizada a su proceso, desde la cual tienen acceso a dicha HATD.

Tras la 1ª consulta de CM, se activa en el programa la HATD de CM. Tras el diagnostico de CM las psicólogas clínicas y una estudiante de medicina en el desarrollo de su TFG, pasaron la aplicación y encuesta satisfacción a los médicos y pacientes.

Resultados

Se pasó el cuestionario a 10 pacientes con CM tras la primera consulta 2 de ellas tras la segunda. Todas participaron en el uso de la HATD, 7 la usaron de nuevo en su domicilio. Describieron la aplicación de fácil acceso y entendimiento, mejorando la compresión de sus opciones de tratamiento y complicaciones. Agradecieron el apoyo en el primer uso. Insistieron en la necesidad del contacto con el profesional para resolver dudas y tomar la decisión consensuada.

Conclusiones

La Hatd en el cm, puede ayudar a personalizar el tratamiento de nuestras pacientes, mejorar la comunicación y satisfacción, sin suponer una sobrecarga al sistema sanitario.

RES0161 Impacto de las biopsias líquidas en el cáncer de mama

Maitane Zubikarai Iturralde, Marta Urbistondo, Olatz Lizartza Ormaetxea, Pilar Sáez Galán, Marta Fernández Calleja, Miren Huarte Martinez, Inge Etxabe Azkue

Hospital Universitario Donostia Ginecología Y Obstetricia

Objetivos

El cáncer de mama es una de las causas principales de mortalidad en mujeres a nivel

mundial. Las biopsias líquidas consisten en pruebas no invasivas que analizan biomarcadores (ADN tumoral libre, células tumorales circulantes, microARNs y exosomas) de fluidos biológicos (principalmente sangre) para detectar información genómica y molecular del tumor, como alternativa prometedora a las biopsias tradicionales de tejidos sólidos. Esta revisión analiza el impacto de las biopsias líquidas en el diagnóstico, pronóstico y seguimiento del cáncer de mama.

Material y Métodos

Esta revisión bibliográfica se ha realizado mediante la búsqueda de artículos en bases de datos especializados: Pubmed, Embase, The Cochrane Library y SciELO (Scientific Electonic Library Online). Se aplicaron criterios de exclusión e inclusión y se realizó una lectura crítica para la selección final de los artículos.

Resultados

El metaanálisis de Chen et al. demostró que la sensibilidad para la detección temprana era comparable a la de la biopsia tradicional. En un ensayo clínico publicado por Sengupta et al. en JAMA Oncology, se evidenció que los cambios en la concentración de ctDNA correlacionaban con la respuesta clínica al tratamiento en pacientes con cáncer de mama metastásico. Marra et al. revisó la precisión de las biopsias líquidas para predecir recidivas en pacientes con cáncer de mama, mostrando que la detección precoz de biomarcadores en sangre podía identificar recidivas meses antes que las imágenes tradicionales. Los perfiles moleculares permiten la selección de terapias dirigidas basadas en las mutaciones genéticas específicas del tumor para ayudar en la personalización del tratamiento. Los resultados de ensayos clínicos como el de Gao et al. han demostrado que la terapia dirigida basada en los biomarcadores detectados por biopsias líquidas puede mejorar la supervivencia libre de progresión en las pacientes con cáncer de mama metastásico.

Conclusiones

Las biopsias líquidas representan una herramienta prometedora en el diagnóstico, seguimiento y personalización del tratamiento en el cáncer de mama. A pesar de los avances, aún existen retos en cuanto a la estandarización de estas técnicas y su integración en la práctica clínica rutinaria. Los ensayos clínicos y metaanálisis recientes demuestran que las biopsias líquidas pueden complementar, e incluso reemplazar, las biopsias tradicionales, con el beneficio adicional de ser menos invasivas y capaces de ofrecer información dinámica sobre la evolución del cáncer.

RES0163 Mejora la experiencia del paciente con cáncer de mama en el tratamiento radioterápico

Ana Castaño Cantos[1], Marta Rodríguez Pertierra[1], Laura Zaragoza Cocero[1], Beatriz Moreno Fuentes[2], Marta Rodríguez Roldán[2], Alonso La Rosa de Los Ríos[2], Rosa María Morera López[2]

[1]*Hospital Universitario La Paz Oncología Radioterápica*
[2]

Objetivos

Conocer, analizar y mejorar la experiencia del paciente con cáncer de mama en el proceso radioterápico (rt). Utilizar herramientas contrastadas para conocer y analizar la experiencia del paciente.

Material y Métodos

Se conforma un equipo de trabajo permanente y multiestamentario conformado por facultativos, enfermería y técnicos especialistas en radioterapia (TERT). En noviembre 2022, se realizó un grupo focal con participación de pacientes oncológicos con cáncer de mama tratados con RT. Se estableció un guion basado en el paso del paciente por el Servicio (Journey Map) y en los ítems tratados en los procesos consultivos anteriores. Durante 2023 se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a pacientes oncológicos en el proceso del tratamiento radioterápico, con participación significativa de pacientes con cáncer de mama; es la patología mayoritaria atendida en nuestro Servicio. En la misma fecha, se realizó observación directa de profesionales, a partir de las distintas interacciones del paciente con el servicio centrándose en aspectos relacionados con habitabilidad, intimidad, accesibilidad y trato con el entorno y los profesionales. Todas las aportaciones se han analizado por el Grupo de Trabajo, conformando un mapa de experiencia del paciente.

Resultados

Tras el intenso y enriquecedor debate y el posterior análisis de las distintas aportaciones obtenidas con las diferentes herramientas se han ratificado aspectos y situaciones que ya se habían evidenciado y recogido en las consultas de satisfacción anteriores en aspectos relacionados con la habitabilidad y la intimidad. Se han detectado necesidades como la disminución de los tiempos de inicio de tratamiento, evitar que los aceleradores realicen el mantenimiento en días laborables, mejorar la información en caso de avería del acelerador y la gestión de las consultas telefónicas. Para mejorar estos aspectos se ha humanizado y mejorado la habitabilidad de la sala de espera y zonas de tratamiento con elementos decorativos. Se ha puesto en marcha acciones de mejora para gestionar la información con los pacientes vía telefónica y en relación a su tratamiento, además de la elaboración de vídeos informativos y Jornadas de puertas abiertas describiendo todo el viaje del paciente en Oncología Radioterápica.

Conclusiones

El análisis de la experiencia del paciente mediante la utilización de distintas herramientas cuanti/cualitativas requiere la participación activa de los pacientes, realizar acciones de mejora innovadoras y cambiar nuestra práctica clínica habitual, para ello es necesaria la implicación del conjunto del personal sanitario.

RES0165 Mamografía con contraste: Innovación en el diagnóstico y seguimiento de patología mamaria

Jon Andicoberry López[1], Diana Gorostiza Laborda[2], Maider Bringas Veiga[3], Begoña Iturre Salinas[1], Mª Ainhoa Díaz de Otalora Serna[3], Lúa Irene Santamaría Boado[3], Aurea Landa Martínez[3]

[1]Hospital Universitario de Cruces Radiodiagnóstico
[2]Radiodiagnóstico
[3]

Objetivos

- Evaluar la implementación de la mamografía con contraste como método avanzado en el diagnóstico y seguimiento oncológico mamario.
- Describir la metodología utilizada en nuestro hospital y los requisitos para su incorporación en otros centros de diagnóstico.
- Realizar una revision iconógrafica de los casos en nuestro hospital donde su empleo ha sido decisivo en el manejo.

Material y Métodos

La mamografía con contraste es una técnica innovadora, facil, rápida y accesible que emplea la energía dual para obtener la información tanto de la mamografía convencional como de la angiogénesis tumoral. Presenta una sensibilidad y especificidad mayor a la de la mamografía convencional.

Se realizó una revisión iconográfica en las que mostramos el valor añadido de esta prueba en el seguimiento de pacientes con mama densa y antecedentes de cáncer de mama, en pacientes de alto riesgo en lugar de la mamografía convencional y en alta sospecha de cáncer de mama.

Resultados

La mamografía con contraste se ha implementado en nuestro centro como técnica diaria para el seguimiento de pacientes oncológicas con mama densa y pacientes de alto riesgo con bajo número de complicaciones, gran aceptación por las pacientes y poca complejidad en la interpretación de la técnica.

Conclusiones

La mamografía con contraste ha demostrado ser una técnica prometedora para el seguimiento de cánceres de mama con alta sensibilidad.

Su incorporación en hospitales requiere equipamiento específico y formación especializada, pero aporta un valor significativo en la toma de decisiones clínicas.

RES0167 Anestesia locorregional y sedación en cirugía mamaria: implementación y evaluación de un nuevo protocolo asistencial

Maria Martin Ramos[1], Marta Jiménez Gómez[2], Annabel Martínez Solá[3], Mar Vernet Tomás[3], Nuria Argudo Aguirre[3], Adrian Fernandez Castineira[4]

[1]Hospital del Mar, Barcelona Cirugía General y del Aparato Digestivo
[2]Hospital del Mar, Barcelona Unidad de Patología Mamaria
[3]Hospital del Mar, Barcelona Unidad de Patología Mamaria
[4]Hospital del Mar, Barcelona Anestesiología y Reanimación

Objetivos

Ante el creciente volumen de pacientes con patología mamaria y la presión asistencial en los bloques quirúrgicos, se hace cada vez más necesaria la optimización de recursos sin comprometer la seguridad ni la calidad asistencial. En este contexto, en nuestro hospital hemos desarrollado un circuito quirúrgico que sustituye la anestesia general por técnicas de anestesia locorregional o local asociadas a sedación. Esta estrategia, diseñada en estrecha colaboración con el Servicio de Anestesiología, busca mejorar la experiencia perioperatoria de la paciente, agilizar procedimientos y facilitar un entorno quirúrgico eficiente.

Material y Métodos

Se trata de un estudio prospectivo, analítico y unicéntrico iniciado en febrero de 2025. Se incluyeron todas las pacientes candidatas a tumorectomía (por patología benigna o maligna) que aceptaron la realización de la intervención bajo anestesia local o locorregional combinada con sedación, sin restricción de edad. Se analizaron variables relacionadas con la tolerancia al procedimiento, dolor postoperatorio, estancia hospitalaria, y satisfacción tanto de las pacientes como del equipo quirúrgico.

Resultados

El 100% de las pacientes a quienes se ofreció la inclusión en el circuito aceptaron participar. La edad media fue de 59 años. Ninguna intervención requirió anestesia general. El 80% de las pacientes fueron incluidas en el circuito de Cirugía Mayor Ambulatoria; las restantes fueron excluidas por criterios no médicos. El tiempo medio desde la llegada a quirófano hasta el inicio de la intervención fue de 45 minutos, debido a la necesidad de realizar la técnica anestésica en la propia sala de operaciones por ausencia de antequirófano. Todas las pacientes contactadas en el postoperatorio refirieron ausencia de dolor y ninguna requirió atención en urgencias por complicaciones relacionadas con el control analgésico. A los 30 días de la intervención, todas las pacientes manifestaron un alto grado de satisfacción y estarían dispuestas a repetir bajo las mismas condiciones. Desde el punto de vista quirúrgico, los profesionales de la Unidad de Mama valoran positivamente la

experiencia, sin detectar dificultades técnicas añadidas ni incremento en la tasa de complicaciones.

Conclusiones

La implantación de este circuito anestésico-quirúrgico basado en técnicas locorregionales con sedación representa una alternativa segura, eficaz y bien tolerada en cirugía conservadora de mama. Permite optimizar el uso de recursos, disminuir la estancia hospitalaria y mejorar la experiencia global de la paciente, manteniendo los estándares de calidad quirúrgica. La valoración positiva por parte tanto de las pacientes como del equipo médico refuerza la viabilidad y sostenibilidad del modelo en centros con alta carga asistencial en patología mamaria.

RES0178 Impacto De Un Chatbot Informativo En Reconstrucción Mamaria Postmastectomía

Cinzia Grassi Garcia[1], Angela Garcia Ruano[1], Irene Fernandez Gonzalez[2], Raul Sanchez Pastor[2], Javier Gonzalez Parreño[2], Juan Torres[2], Javier Alfaro Abadía[2]

[1]Hospital Puerta del Mar Cirugía Plástica, Estética y Reparadora
[2]

Objetivos

Evaluar el impacto del uso de un chatbot informativo, desarrollado específicamente por la Unidad de Cirugía Plástica del Hospital Puerta del Mar, en la satisfacción de las pacientes con la información recibida sobre su reconstrucción mamaria tras mastectomía, así como su potencial para reducir el estrés prequirúrgico.

Material y Métodos

Ensayo clínico aleatorizado realizado en pacientes candidatas a reconstrucción mamaria post-mastectomía. Se establecieron dos grupos:

1. Grupo control: que recibió exclusivamente la información proporcionada por el médico tratante.

2. Grupo de intervención: que además tuvo acceso a un asistente virtual diseñado para ofrecer información sobre la cirugía y resolver dudas frecuentes.

Se evaluaron la satisfacción con la información recibida y el nivel de estrés prequirúrgico el día del ingreso hospitalario previo a la intervención.

Se analizaron los resultados preliminares comparando ambos grupos en términos de satisfacción informativa y estrés preoperatorio, así como la valoración del chatbot por parte de las pacientes del grupo intervención.

Resultados

Se incluyeron 50 pacientes, distribuidas equitativamente entre el grupo control y el grupo intervención.

Las pacientes que utilizaron el chatbot informativo reportaron un mayor grado de satisfacción con la información recibida sobre el procedimiento (p = 0,05).

Asimismo, el nivel de estrés prequirúrgico, evaluado mediante una escala validada, fue significativamente menor en el grupo intervención (p = 0,05).

Conclusiones

Los resultados preliminares sugieren que la implementación de un asistente virtual como herramienta informativa complementaria mejora la comprensión de las pacientes sobre su cirugía y reduce su estrés prequirúrgico.

Su incorporación en la práctica clínica podría optimizar la comunicación médico-paciente y favorecer una experiencia quirúrgica más positiva.

RES0187 Inteligencia artificial en mamografía: precisión en la detección de hallazgos diferentes al hallazgo masa

Estefanía Brosig García, René Alejandro Garibay Vera, Verónica Anahí Gutiérrez Hurtado, Yazmín Aseret Ramírez Galván

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Radiología E Imagen

Objetivos

Analizar la precisión diagnóstica de un sistema de inteligencia artificial en la detección de lesiones sospechosas diferentes al hallazgo de masa.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo y observacional en el que se evaluaron 57 mamografías de mujeres entre 33 y 80 años, realizadas entre diciembre de 2023 y febrero de 2025, con hallazgos reportados de lesiones sospechosas diferentes al hallazgo de masa identificadas por mamografía y/o ultrasonido y con reporte histopatológico. Las mamografías fueron analizadas de forma retrospectiva utilizando el software Lunit INSIGHT MMG. El sistema identificó regiones sospechosas de anormalidad y asignó un puntaje de probabilidad de malignidad a cada hallazgo. Los resultados obtenidos por Lunit fueron comparados con los informes radiológicos originales emitidos por radiólogos expertos, considerando como estándar de oro el reporte histopatológico de hallazgos diferentes a masa en cada caso.

Resultados

De las 57 pacientes evaluadas, Lunit detectó 43 (75.44%) lesiones diferentes al hallazgo masa, mientras que en 14 (24.56%) casos no logró identificar el hallazgo. De los 43 casos detectados por el sistema, 30 (69.77%) correspondieron a lesiones benignas, con un puntaje de anormalidad del 10 al 97 y 13 (30.23%) correspondieron a lesiones

malignas, con un puntaje de anormalidad del 54 al 99. La sensibilidad para la detección de lesiones malignas diferentes al hallazgo masa fue del 93% (IC 95% 0.79-1.06), con una especificidad del 30% (0.17-0.44), un valor predictivo positivo del 30% (IC 95% 0.17-0.44) y un valor predictivo negativo del 93% (IC 95% 0.79-1.06). En cuanto a las 14 (24.56%) lesiones no detectadas por Lunit, 13 (92.86%) fueron benignas, mientras solo 1 (7.14%) tuvo diagnóstico de malignidad. 11 (78.57%) correspondían a microcalcificaciones y 3 (21.43%) a distorsión de la arquitectura.

Conclusiones

El sistema de inteligencia artificial Lunit INSIGHT MMG a pesar de tener una alta sensibilidad, cuenta con una baja especificidad para la detección de cáncer en hallazgos diferentes al tipo masa, con limitación particular para la detección de microcalcificaciones y distorsiones de la arquitectura. A pesar de sus fortalezas, la inteligencia artificial puede no ser completamente confiable en la identificación de lesiones diferentes al hallazgo masa, por lo que debe ser empleada como herramienta diagnóstica complementaria. Es necesaria una mayor optimización de los algoritmos de inteligencia artificial para mejorar su desempeño en el espectro más complejo de lesiones diferentes al hallazgo masa.

RES0189 Revision de casos de linfoma primario de mama en nuestro centro.

Guadalupe Ugena Díaz[1], Irene Cedrun Sitges[1], Lara Nuñez Moreno[2], Ester Lopez Rodriguez[2]

[1] Hospital Universitario De Getafe Radiodiagnostico

[2]

Objetivos

El linfoma primario de mama (LPM) es una entidad infrecuente que representa menos del 1% de las neoplasias malignas mamarias y menos del 2% de los linfomas no Hodgkin extraganglionares. Su baja prevalencia y sus características clínicas y radiologicas inespecíficas dificultan el diagnóstico diferencial con el carcinoma mamario.

El objetivo de este trabajo es revisar los casos de LPM diagnosticados en nuestro centro, con énfasis en los hallazgos radiológicos mediante mamografía, ecografía y resonancia magnética.

Material y Métodos

Se realizó una revisión retrospectiva de los casos confirmados histológicamente de LPM diagnosticados en los últimos 4 años en nuestro centro. Se incluyeron pacientes con estudios completos de imagen (mamografía, ecografía y RM). Se analizaron edad, subtipo histológico, hallazgos radiologicos y evolución clínica.

Resultados

Se identificaron 4 casos de LPM, con una mediana de edad de 65 años. Todos correspondieron a linfomas no Hodgkin, siendo el subtipo más común el linfoma difuso de células B grandes. En mamografía, las lesiones se presentaron como masas irregulares, de densidad intermedia, sin calcificaciones ni márgenes espiculados. En ecografía, se observaron masas hipoecoicas, heterogéneas y vascularizadas. La RM mostró masas con realce homogéneo o discretamente heterogéneo y un patrón cinético tipo II o washout. En las secuencias de difusión, se evidenciaron valores bajos de ADC, reflejo de la alta celularidad.

Conclusiones

El linfoma primario de mama es un tumor poco frecuente que presenta un espectro radiológico variable, sin unas características clínicas ni radiológicas específicas, la mayoría de veces es categorizado como BIRADS 5,y su diagnóstico es más bien una sorpresa. Algunas de las características pueden orientar el diagnóstico: realce homogéneo en RM, bajos valores de ADC y ausencia de signos típicos (por ejemplo, microcalcificaciones) Estos hallazgos deben alertar al radiólogo para incluir el linfoma en el diagnóstico diferencial, especialmente en pacientes con antecedentes hematológicos o hallazgos inusuales.

La confirmación diagnóstica es siempre mediante biopsia dirigida y estudio inmunohistoquímico. Su tratamiento es similar al de otros linfomas, no requiriendo cirugía.

RES0192 Angiosarcoma de mama radioinducido: a propósito de un caso

María Elena Gómez García[1], Elvira Justa Toro Peña[2], Elena García Carmona[2], Miriam Extremera Lendínez[2], Rosa Albalat Fernández[3], Sara Rojo Novo[3]

[1]Hospital Universitario Virgen Macarena Obstetricia y Ginecología
[2]
[3]Unidad de Mama

Objetivos

- Revisar el manejo terapéutico del angiosarcoma de mama radioinducido.
- Resaltar la necesidad de un seguimiento oncológico prolongado y adecuado en pacientes con cáncer de mama vigilando la aparición de lesiones cutáneas posteriores a la irradiación.

Material y Métodos

Se ha efectuado una revisión bibliográfica buscando en una de las bases de datos con mayor impacto como es Pubmed. Se realizó la siguiente estrategia de búsqueda en Pubmed: “Radiotherapy-induced angiosarcoma” and Breast.

Resultados

El material empleado para llevar a cabo la presente comunicación ha sido un total de 3 artículos obtenidos a través de la búsqueda bibliográfica en la base de datos de PubMed.

Además, se expone el caso clínico de una paciente de 80 años que desarrolló un angiosarcoma de mama radioinducido cinco años después de recibir radioterapia adyuvante por un carcinoma de mama. Tras el diagnóstico de angiosarcoma, la paciente fue sometida a mastectomía. Posteriormente, presentó una recidiva cutánea precoz e inició tratamiento con quimioterapia.

Conclusiones

Los angiosarcomas de mama inducidos por radioterapia son tumores malignos que presentan un mal pronóstico debido a su capacidad para metastatizar a distancia y a su comportamiento localmente agresivo.

Actualmente, la detección precoz y la cirugía radical representan las únicas estrategias con potencial curativo.

Es probable que, en un futuro próximo, observemos un aumento de la incidencia de angiosarcomas de mama radioinducidos debido al incremento del tratamiento conservador del cáncer de mama asociado a radioterapia.

RES0193 Marcador único (BiomarC Restore) en tumorectomías oncológicas: expectativas y resultados

Alba García Cascales, Virginia Pellicer Sánchez, Cristina Davó Pérez, Maria José Cases Baldó, Lorena Rodriguez Cazalla, Arantxa Cabrera Vilanova, Francisco Menárguez Pina, Miguel Ángel Morcillo Ródenas

Hospital Vega Baja (Orihuela) Departamento De Salud De Orihuela

Objetivos

La finalidad del estudio es conocer el comportamiento quirúrgico del marcador biomarc restore, su seguridad, utilidad y comportamiento radiológico.

Material y Métodos

Estudio observacional prospectivo, incluyendo pacientes con cirugía conservadora desde septiembre hasta diciembre 2024, con o sin tratamiento neoadyuvante. la selección se realizó intraoperatoriamente.

Se analizaron las características clínicas de las pacientes, tamaño y características anatomopatológicas del tumor; complicaciones relacionadas con la herida a corto y medio plazo. Se realizó estudio ecográfico al mes. Para analizar los datos se utilizó el programa SPSS.

Resultados

Se incluyeron 14 pacientes, 100% mujeres, con una mediana de edad de 59,5 años (49 a 79 años). El 35,71% de los casos fueron carcinomas de mama derecha; y el 64,29%

izquierdas. El marcador se utilizó más en cuadrantes inferiores (3 CIE, 2 CII, 3 LICI, 1 LICExt) frente a los superiores (2 CSE, 2 CSI y 1 LICS). La colocación fue técnicamente fácil y sencilla.

Cuatro pacientes recibieron tratamiento neoadyuvante, 2 con respuesta completa. Entre estas, el tamaño medio tumoral por resonancia previo al tratamiento fue 21,5x24,2mm, mientras que tras el tratamiento fue 11,7x5,25mm. Entre quienes no recibieron neoadyuvancia, el tamaño medio por resonancia fue de 19,4x15,2mm.

El tamaño medio tumoral en la pieza de AP fue 15,4mm (diámetro mayor), mientras que el de las piezas de tumorectomía fue 55x31,4x21,5mm. Ninguna paciente presentó bordes afectos en AP. El tipo histológico más frecuente fue carcinoma ductal infiltrante. (Tabla 1).

Respecto a las complicaciones inmediatas (primeros 7-10días), dos pacientes presentaron hematoma (1 mamario; 1 axilar), precisando drenaje. Se registró un caso de seroma a la exploración, no sintomático, que no precisó tratamiento, y un caso de infección de la herida axilar tratada con antibioterapia.

En la evaluación ecográfica al mes se objetivó seroma en 7 pacientes (50%) y hematoma que precisó drenaje en 1 paciente (7,14%). En todos los casos se localizó el biomarcador en el lecho quirúrgico.

Se retrasó el inicio de radioterapia en 2 pacientes, por complicaciones no relacionadas con Biomarc Restore (1 hematoma axilar; 1 infección herida axilar).

Conclusiones

La tasa de complicaciones, especialmente, seroma, aunque asintomáticas, fue ecográficamente superior a la esperada. No obstante, no supusieron un retraso en el inicio de la radioterapia. Según nuestros resultados, el biomarcador BiomarC Restore parece seguro y similar a otros marcadores. La escasa muestra, novedad del producto y escasez de estudios publicados sobre este tema para comparar hace necesario más estudios.

RES0195 Hallazgos radiológicos de la mama por tomografía computarizada y su correlación con pruebas específicas.

Natalia Carolina Rincón Manzano, Cynthia García Enériz, Natividad Peña Rodríguez, Patricia Viloria Alonso, Alin Stroe, Gonzalo Fernández Matía, Natalia García González, Marta Román Navarro, Lourdes Zenaida Escober Ochoa, Alicia Villasante Caballo

Hospital Universitario de Burgos
Radiodiagnóstico

Objetivos

1. Revisar la anatomía mamaria, su drenaje linfático y principales características en tomografía computarizada (TC).

2. Describir los hallazgos mamarios en TC, incidentales y por otros motivos y su correlación con mamografía, ecografía y resonancia magnética.

3. Conocer los cambios postquirúrgicos, técnicas de reconstrucción mamaria y complicaciones de la mama vistas por TC.

Material y Métodos

Reconocer los hallazgos incidentales de la mama en TC mediante casos clínicos de nuestro hospital y su correlación con pruebas específicas.

Resultados

Las técnicas de imagen utilizadas para la identificación y caracterización de la patología mamaria son la mamografía, la ecografía mamaria y la resonancia magnética. La tomografía computarizada (TC) no es considerado el método primario para evaluar lesiones mamarias, sin embargo todo el tejido mamario se incluye en casi todos los TC torácicos por otro motivo, por lo que resulta fundamental para los radiólogos poder conocer y detectar las diferentes lesiones mamarias, hallazgos incidentales y cambios en la mama post-tratamiento quirúrgico o reconstructivo para así poder dar un diagnóstico inicial y correlacionar luego con la técnica adecuada y definir un diagnóstico definitivo.

Conclusiones

Aunque la tomografía computarizada no constituye el método de elección para el estudio de la mama, en muchas ocasiones es la primera prueba donde se detectan hallazgos incidentales que permiten realizar un diagnóstico definitivo posterior en la unidad de mama.

RES0199 Mastitis granulomatosa idiopática: un reto diagnóstico a propósito de un caso.

Rocío Belda Márquez[1], Lara Jaques Perez[1], Carla Martínez Garcia[2], Julia Pérez Cutillas[2], Marife Lorente Fernandez[2]

[1]Hospital Universitario San Juan De Alicante Radiodiagnóstico

[2]

Objetivos

Describir los hallazgos radiológicos de la mastitis granulomatosa idiopática (MGI) sirviéndonos de un caso y de la revisión bibliográfica, enfatizando la necesidad de incluir dicha patología en el diagnóstico diferencial las patologías inflamatorias mamarias.

Material y Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica de la MGI, sirviéndonos de un caso de una paciente de 35 años que consulta tras diagnóstico de carcinoma multifocal

multicéntrico sin biopsia, en pruebas de imagen de un centro privado, para una segunda opinión en nuestro centro. Realizamos mamografía con tomosíntesis y ecografía mamaria y axilar bilateral, identificando lesiones quísticas y algunas complejas junto con adenopatías axilares patológicas. Ante este último hallazgo, completamos con resonancia magnética con contraste y secuencias dinámicas.

Se identifican lesiones predominantemente quísticas, con captación en anillo, restricción en la difusión y curvas inespecíficas II, categorizando los hallazgos como BIRADS 4. Además, se confirma la presencia de adenopatías patológicas axilares ipsilaterales. Para confirmar la sospecha de patología inflamatoria, decidimos biopsiar la adenopatía axilar y las lesiones mamarias más representativas. Finalmente se confirmó el diagnóstico de Mastitis granulomatosa.

Resultados

Mamografía: parénquima mamario heterogéneamente denso (tipo C) sin lesiones sugestivas de malignidad.
Ecografía: Lesiones quísticas con contenido ecogénico y engrosamiento parietal en cuadrantes externos de la mama izquierda. Adenopatías axilares patológicas.

RM: áreas de realce no masa en cuadrantes externos y superointerno de la mama izquierda, con captación anular y restricción en la difusión. Adenopatías axilares y retropectorales.

BAG: confirmación histopatológica de mastitis granulomatosa idiopática.

Tras tratamiento antibiótico con doxiciclina, se confirma resolución clínica y radiológica de las lesiones mamarias y adenopatías.

Conclusiones

La Mastitis Granulomatosa Idiopática es una entidad inflamatoria benigna poco frecuente, que puede simular clínica y radiológicamente al cáncer inflamatorio de mama, especialmente en mujeres jóvenes con mamas densas.

Este caso ilustra la complejidad diagnóstica de la Mastitis, y la necesidad de incluirla en el diagnóstico diferencial de lesiones mamarias inflamatorias, siendo la correlación entre los hallazgos clínicos, radiológicos y patológicos esencial para evitar diagnósticos erróneos y tratamientos innecesarios.

RES0204 Mastitis granulomatosa: reto diagnóstico y terapéutico

Ana Belen Menendez Corteguera[1], Sabela Verea Varela[1], Gema Martinez Izquierdo[2], Pamela Ibero Casadiego[2], Pablo Fernández Muñiz[2], Maria Alvarez Blanco[2], Begoña Alonso Martinez[2], Maria Ana Llaneza Folgueras[2]

[1]HUCA Cirugía General
[2]

Objetivos

La mastitis granulomatosa es una patología inflamatoria crónica de la mama que se caracteriza por la formación de granulomas no caseificantes en el tejido mamario. Afecta a mujeres en edad fértil con una media de edad de 35 años. Se trata de un reto diagnostico, siendo una entidad benigna poco frecuente, de etiológia no definida, pero de gran relevancia clínica debido a su similitud con procesos neoplásicos como el cáncer inflamatorio de mama. a pesar de que no es una patologia infecciosa, muchos casos están asociados con especies de *Corynebacterium*. Se prioriza el tratamiento médico, ya que la cirugía asocia alto riesgo de recurrencia y malos resultados estéticos.

Material y Métodos

Presentamos el caso de una mujer de 36 años, sin antecedentes médicos de interés, que consulto por una masa dolorosa en la mama izquierda asociada a eritema, calor y rubor. En la ecografía se observó un nódulo compatible con absceso por lo que se realizó drenaje y se pauto antibióterapia ajustada a antibiógrama (crecimiento en cultivo de absceso de bacterias *Prevotella* y *S Epidermidis*). Posteriormente, cursó cpon fistulización y afectación bilateral. La biopsia con aguja gruesa (BAG) reveló un resultado anatomopatológico de mastitis granulomatosa lobular. Se instauró tratamiento antibiótico y corticoides, pero ante la persistencia de los síntomas, se remitió a la paciente a Reumatología para tratamiento inmunosupresor con metrotexato asociado a corticoides.

Resultados

Tras siete meses de tratamiento con Metrotexato, sin resolución del proceso y aparicion de abscesos recurrentes en ambas mamas, se valoró conjuntamente con Reumatologia y se decidió el cambio a anti-TNF.

Conclusiones

La mastitis granulomatosa es una entidad compleja que requiere de un alto índice de sospecha dada su similitud con procesos infecciosos y neoplásicos. Su diagnóstico es histologico y se debe descartar patologia maligna subyacente.

El tratamiento médico no siempre es eficaz, de ahí que existan distintas alternativas terapéuticas incluyendo el Metrotexato y los anti-TNF. No podemos olvidar que su mayor incidencia es en mujeres en edad fértil, por lo que no siempre podemos emplear todos los fármacos disponibles.

La alternativa quirúgica la planteamos como opción en pacientes refractarias a tratamiento médico.

RES0208 Lo infrecuente también existe: carcinoma neuroendocrino mamario.

María García Victoria[1], Eva María Aragoneses Tiburcio[1], Edita Burgos López[2], Iluminada Burguillos López[2], María Dolores Pérez Caparrós[2], Laura María Cabezas Rivas[2],

Clara Calabria Santiago[2], María de la Fe Matamoros Sánchez-Moreno[2]

[1]Hospital de Mérida Servicio de Ginecología
[2]

Objetivos

Realizar una revisión actualizada de la literatura sobre el carcinoma neuroendocrino de la mama, complementada con la presentación y análisis de un caso clínico.

Material y Métodos

Se presenta el caso clínico de una paciente de 69 años sin antecedentes de interés con un nódulo palpable en la mama derecha. La mamografía mostró una lesión multifocal con adenopatías axilares. La biopsia con aguja gruesa confirmó un carcinoma infiltrante con diferenciación neuroendocrina grado 2, con perfil inmunohistoquímico positivo para CK19, E-cadherina, RE positivos (>90%), RP positivos (<5%), Ki-67 15-20%, sinaptofisina y cromogranina.HER2 negativo. El estudio de extensión descartó localización extramamaria, confirmando el diagnóstico de tumor neuroendocrino primario de mama. La paciente inició terapia neoadyuvante por compromiso ganglionar y multifocalidad. Posteriormente, se realizó tratamiento quirúrgico que confirmó el diagnóstico en la pieza definitiva.

Resultados

El carcinoma neuroendocrino (CNE) primario de mama es una neoplasia infrecuente que representa menos del 1% de los carcinomas mamarios. Su diagnóstico plantea un desafío debido a la necesidad de distinguirlo de metástasis neuroendocrinas provenientes de otros órganos, principalmente el tracto gastrointestinal y el aparato broncopulmonar. Este tumor afecta mayoritariamente a mujeres de edad avanzada, entre la sexta y séptima década de la vida, mientras que las metástasis suelen presentarse en pacientes más jóvenes.

Las técnicas de imagen convencionales, como la mamografía y ecografía, no aportan hallazgos específicos para diferenciar el CNE primario de otros carcinomas mamarios. Para descartar un origen metastásico, es fundamental la realización de TC toracoabdominopélvica y gammagrafía funcional con análogos de somatostatina. La aparición del síndrome carcinoide —caracterizado por rubor facial, diarrea y broncoespasmo— es sumamente infrecuente en la localización mamaria. Habitualmente, la afectación axilar al diagnóstico es rara. Debido a la baja incidencia del CNE mamario, no existen guías clínicas específicas, y su manejo se basa en protocolos para carcinoma ductal infiltrante. El pronóstico suele ser más favorable, con una evolución indolente y mejor supervivencia que otros subtipos histológicos, aunque esto sigue siendo objeto de debate.

Conclusiones

La literatura disponible sobre el carcinoma neuroendocrino de mama es limitada y mayormente basada en casos clínicos, muchos reportados en España, lo que subraya la necesidad de estudios más amplios y

sistemáticos que permitan una mejor comprensión y unificación de criterios para esta entidad.

RES0213 Pseudoaneurisma de mama tras BAG: una rara complicación.

Laura Escudero González[1], María José Ciudad Fernández[1], Myriam Montes Fernández[2], Nancy Sánchez Rubio[2], Beatriz Lanegrannd Menéndez[2], Carlota García Barón[2]

[1]Hospital Clínico San Carlos
Radiodiagnóstico
[2]

Objetivos

Revisar, a propósito del caso de una paciente diagnosticada de cáncer de mama en nuestro centro, una rara complicación de los procedimietos percutáneos como es el pseudoaneurisma.

Conocer los síntomas y signos de sospecha y las características en imagen de una entidad infrecuente en la práctica clíinca para facilitar el diagnóstico precoz y un manejo adecuado.

Material y Métodos

Se revisarán etiología, fisiopatología, factores predisponentes e incidencia, así como los principales signos y síntomas de sospecha clínica y los hallazgos característicos en las modalidades de imagen.

Se realizará una revisión de la literatura publicada hasta la fecha y se ilustrará con las imágenes del caso de las que disponemos en el archivo de imágenes de nuestro centro.

Resultados

El pseudoaneurisma mamario supone una potencial complicación tras una BAG. Es una entidad extremadamente rara, con tan sólo 20 artículos publicados en PubMed hasta la fecha. El pseudoaeurisma puede surgir de diversas causas, siendo las iatrogénicas las más comunes (como en el caso que presetamos), aunque también se han documentado casos espontáneos asociados a factores de riesgo específicos. El reconocimiento temprano del pseudoaneurisma de mama es crucial, y su diagnóstico se basa en una combinación de la presentación clínica y hallazgos característicos en las modalidades de imagen. El manejo de los pseudoaneurismas de mama varía desde la observación conservadora (apareciendo trombosis espotánea en alguos casos, como ocurrió con nuestra paciente) hasta intervenciones más invasivas, adaptándose a las características individuales de cada caso.

Conclusiones

La causa más frecuente de pseudoaneurismas de mama es la punción inadvertida de un vaso sanguíneo durante procedimientos

intervencionistas mamarios. no obstante, se trata de una complicación muy infrecuente.

Dada su excepcionalidad, el conocimiento de la entidad y la vigilancia clínica de los síntomas y signos de alarma (especialmente e pacientes anticoaguladas) resultan fundamentales para el diagnóstico precoz y un manejo adecuado.

RES0226 Medicina de precisión desde la primera consulta médica: score pronóstico combinado basado en biomarcadores hemáticos (PIV y PLR) e inmunohistoquímicos para estratificación de riesgo en cáncer de mama. Validación multicéntrica en América Latina.

Robert Malpartida Palomino[1], Jesús Miguel Malpartida Palomino[2], Joseph Matos Malpartida[3], Jorge Luis Arroyo Acevedo[4], Silvia Leiva Moreno[5]

[1]Ejército del Perú / IAFAS Auditoría Médica / Jefe del Departamento de Gestión de Siniestros
[2]Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja, Lima - Perú Jefe del Departamento de Oftalmología
[3]Hospital Emergencia Ate-Vitarte, Lima, Perú Estudiante de Medicina
[4]Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú Laboratorio de Farmacología, Facultad de Medicina.
[5]Policía Nacional Del Perú / Dirección de Investigación Criminal Sección de Laboratorio Criminalístico / Área de Química y Toxicología Forense

Objetivos

1. Desarrollar un score combinado accesible y reproducible, basado en biomarcadores inflamatorios derivados del hemograma (PIV y PLR) e inmunohistoquímica (subtipos moleculares), que permita estratificar el riesgo pronóstico desde la primera consulta médica en pacientes con cáncer de mama.

2. Validar su utilidad clínica como herramienta orientadora para la toma de decisiones terapéuticas en entornos de recursos limitados en América Latina.

Material y Métodos

Diseño: Estudio Retrospectivo Multicéntrico (2010–2020) Realizado En Cuatro Hospitales Públicos De Lima, Perú.

Población: 883 Pacientes Con Cáncer De Mama, Confirmados Histológicamente, Con Hemograma Basal Y Perfiles Inmunohistoquímicos Completos (her2, Ki-67, Re, Rp).

Parámetros evaluados:
1.Hemograma:
- PIV = (neutrófilos × plaquetas × monocitos) / linfocitos
- PLR = plaquetas / linfocitos
- Hemoglobina basal

2.Variables clínicas-patológicas:
- Estadio clínico
- Grado histológico nuclear
- Subtipo molecular por

inmunohistoquímica:

- Luminal A
- Luminal B HER2–
- Luminal B HER2+
- HER2+ puro
- Triple negativo

Se construyó un score pronóstico compuesto por seis variables: PIV, PLR, hemoglobina basal, estadio clínico, grado histológico y subtipo molecular (luminal A, luminal B HER2–/+, HER2+ puro, triple negativo).

Cada variable fue puntuada como 0 (favorable), 1 (intermedio) o 2 (desfavorable), generando un score total entre 0 y 12. Los pacientes fueron estratificados en bajo (0–4), intermedio (5–8) y alto riesgo (9–12).

Clasificación del score pronóstico combinado:
• Bajo riesgo: 0–4
• Riesgo intermedio: 5–8
• Alto riesgo: 9–12

Análisis estadístico:
• Curvas de Kaplan–Meier para SG a 5 años
• Regresión de Cox multivariada
• Validación interna por bootstrap
• Análisis ROC para poder discriminativo del modelo

Resultados

• Bajo riesgo: 290 pacientes (32.8%) – SG 5 años: 83%
• Intermedio: 394 pacientes (44.6%) – SG 5 años: 61%
• Alto riesgo: 199 pacientes (22.5%) – SG 5 años: 34%
(p log-rank < 0.001)

Variables independientes de mal pronóstico (HR):
• PIV ≥400 → HR: 5.08 (IC 95%: 1.52–16.92)
• PLR ≥200 → HR: 2.33 (IC 95%: 1.22–4.44)
• Triple negativo → HR: 4.70 (IC 95%: 2.01–10.87)
• HER2+ sin RE/RP → HR: 3.42 (IC 95%: 1.56–7.52)

Conclusiones

El score combinado propuesto (hematológico + inmunohistoquímico) permite una estratificación precisa del riesgo pronóstico desde la primera consulta, sin necesidad de estudios genéticos ni imágenes avanzadas.

Esta herramienta es útil para priorizar tratamientos, orientar decisiones clínicas tempranas y garantizar una medicina de precisión accesible en sistemas de salud limitados en tecnología y recursos.

RES0228 Ecografía intraoperatoria en patología mamaria: ¿herramienta del pasado o clave del futuro?

Zandra Mileny Soto Pino[1], Laura García Calvo[1], Marta Sanz Cid[2], Marta Domínguez Sainz de Baranda[2], Susana Cortes Pérez[2], Eva Martín Medrano[2], Isabelle Sharmiashvili de Nieto[3], Manuel García Urbón[4], José Antonio Asenjo[5]

[1]*Hospital recoletas campo grande Unidad de mama*
[2]
[3]*Unidad de mama*
[4]*Radiodiagnóstico*
[5]*Anatomía patológica*

Objetivos

Explorar si la ecografía intraoperatoria (EIO) mejora los resultados quirúrgicos, reduciendo la necesidad de reescisión por márgenes afectos, en comparación con el arpón y otras técnicas de marcaje en lesiones no palpables de mama.

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó a todas las pacientes intervenidas en nuestra Unidad de Mama entre enero de 2021 y diciembre de 2024 por patología mamaria benigna o maligna, mediante cirugía conservadora de lesiones no palpables.

Se seleccionaron únicamente los casos con lesiones visibles por ecografía. Se analizó la tasa de reescisión por márgenes afectos y se compararon los resultados con datos publicados en la literatura sobre otras técnicas de marcaje.

Se excluyeron aquellas lesiones no visibles por ecografía

Resultados

Se incluyeron un total de 437 pacientes, de las cuales 194 con patología maligna.

Obtuvimos un total de márgenes afectos de 10 pacientes que precisaron ampliación de márgenes lo que representó el 5,15%. En los estudios revisados, nuestro porcentaje fue similar a lo que reporta la literatura para la ecografía intraoperatoria (<10 %), y mucho menor que para otras técnicas de marcaje como el arpón (15-25%) o semillas (8-15%).

Conclusiones

La ecografía intraoperatoria ofrece precisión equivalente o superior a otras técnicas de marcaje.

Es una opción factible entre cirujanos formados en ecografía mamaria, segura y con un menor porcentaje de márgenes afectos.

La elección de la técnica ideal depende de la disponibilidad, formación del cirujano y los recursos del centro, aunque EIO destaca por su menor invasividad y eficiencia, por lo que instamos a los cirujanos senólogos a formarse e implementar esta técnica.

RES0229 Biopsia Asistida por Vacío por Resonancia Magnética, Abreviada, menos de 15 minutos

Maria Fermina Lorente Fernández[1], Julia Pérez Cutillas[1], Lara Jaques Pérez[1], Carla Martínez García[2], Rocío Belda Márquez[3]

[1]*Hospital Clínico Universitario de San Juan.*

Alicante Diagnóstico por la imagen mamaria
[2]Hospital Clínico Universitario de San Juan. Alicante Radiología de mama
[3]Hospital Clínico Universitario de San Juan. Alicante radiología de mama

Objetivos

Describir cómo realizamos la BAV X RM de una forma rápida y eficiente.

Material y Métodos

Realizamos las BAV X RM desde 2013, disponemos de una RM General Electric, 1.5 Teslas. Previamente tenemos programado la localización de la lesión. Posicionamos a la señora en la bobina de mama marcando con la auxina el cuadro donde se encuentra el hallazgo. Mientras se realiza los localizadores (SSFSE, 11 segundos) se le administra el contraste intravenoso y a los 2 minutos (desde que posicionamos a la paciente), se lanza la secuencia T1, con contraste y supresión grasa. Procedemos a medir la distancia de la lesión a piel y realizamos la BAV (6 minutos). Realizamos otra secuencia T1 con supresión grasa para confirmar que nos hemos llevado la lesión(1 minuto) y colocamos marcador metálico, finalizando el procedimiento.

Resultados

El procedimiento es rápido, directamente con contraste iv, no es necesario realizar secuencia T2 Ni T1 basal sin contraste.

La duración del procedimiento es menor de 15 minutos, una vez posicionada la paciente.

Conclusiones

La corta duración del procedimiento permite mejor tolerancia y menor movimiento de la paciente.

RES0232 Patrones de multimorbilidad y multimorbilidad compleja en largas supervivientes de cáncer de mama

David Abbad Gómez, Marina Botello Marabotto, Mercè Comas Serrano, Laia Domingo Torrell, Maria Sala Serra

Hospital Del Mar Research Institute Servei D'epidemiologia I Avaluació

Objetivos

Describir la carga de morbilidad en mujeres largas supervivientes de cáncer de mama en comparación con mujeres sin antecedentes de cáncer de mama, descrita según multimorbilidad por sistemas corporales y su nivel de complejidad, en el marco de la cohorte SURBCAN.

Material y Métodos

SURBCAN es una cohorte retrospectiva multicéntrica basada en datos de la vida real. Incluye 19.328 mujeres de cinco comunidades autónomas: 6.512 largas supervivientes de cáncer de mama (5 años o más de supervivencia tras diagnóstico) y 12.816

controles sin antecedentes de cáncer de mama, apareadas por edad y área básica de salud. Todas las participantes fueron seguidas entre 2012 y 2016. Las condiciones crónicas se agruparon en 15 sistemas corporales, definidos a partir de 60 enfermedades codificadas según los códigos CIE-10. El patrón oncológico incluía cualquier neoplasia diagnosticada posteriormente al inicio del seguimiento. La multimorbilidad compleja se definió como la presencia de tres o más enfermedades crónicas en tres o más sistemas corporales distintos. Se llevó a cabo un modelo de regresión logística multivariado del riesgo de mortalidad según el antecedente de cáncer de mama y la complejidad de la multimorbilidad.

Resultados

Las largas supervivientes presentaron una mayor prevalencia en el clúster oncológico (27,5% frente a 7,1%) y digestivo (11,6% vs. 10,3%) de forma estadísticamente significativa. En la mayoría de los sistemas no oncológicos, la prevalencia fue algo inferior en largas supervivientes, destacando los sistemas cardiovascular (45,2% vs. 49,5%), metabólico-endocrino (53,0% vs. 58,1%) y de visión (19,8% vs. 24,8%). Las medias de número de patologías por clúster fueron similares entre grupos. En cuanto a la multimorbilidad inicial, las proporciones de multimorbilidad compleja, leve y ausencia de multimorbilidad fueron similares en ambos grupos, sin diferencias estadísticamente significativas. Al final del seguimiento, la multimorbilidad compleja aumentó en ambos grupos, siendo ligeramente inferior en largas supervivientes (53,5% vs. 56,3%). En el modelo ajustado, la mortalidad fue superior en las largas supervivientes (ORa 1,69; IC95% 1,49-1,93) y en las mujeres con multimorbilidad compleja (ORa 1,48; IC95% 1,09-2,03).

Conclusiones

Las largas supervivientes de cáncer de mama presentan una carga y complejidad de morbilidad similares a las de las mujeres sin antecedentes de cáncer de mama, aunque con una mayor mortalidad, independiente del riesgo de mortalidad asociado a la multimorbilidad compleja. Estos resultados subrayan la necesidad de un seguimiento clínico continuado, integral e individualizado, que tenga en cuenta tanto el historial oncológico como la evolución de la carga de multimorbilidad a lo largo del tiempo.

RES0248 ¿Puede un sujetador dermoprotector reducir el impacto de la radiodermitis? Análisis cuantitativo en RT ultra-hipofraccionada en 5 sesiones.

Carlos Galindo González[1], Desamparados González Sanchis[2], Jose Carlos Gordo Partearroyo[2], Javier Vijande Asenjo[3], Paola Antonini Bolumburu[2], Ana Hernandez Manchancoses[4], Piedad Almendros Blanco[2], Carmen García Mora[2], Rosa Cibrián Ortiz de Anda[1]

[1]Universidad de Valencia Fisiología
[2]CHGUV Oncología Radioterápica
[3]Universidad de Valencia Instituto de Física

Corpuscular (IFIC)
[4]CHGUV

Objetivos

Determinar el impacto del uso de un sujetador dermoprotector en la progresión de la radiodermatitis aguda inducida por radioterapia, utilizando un índice cuantitativo de perfusión cutánea medido con imágenes de láser Doppler.

Material y Métodos

Se estudiaron 47 pacientes con cáncer de mama (37-75 años) tratadas con radioterapia ultra-hipofraccionada (26 Gy en 5 sesiones de 5,2 Gy). Se dividieron en dos grupos: uno usó un sujetador dermoprotector sin costuras, hecho de viscosa/quitina y plata iónica (n=21), y otro un sujetador convencional (n=26).

La radiodermitis se evaluó clínicamente mediante la escala RTOG y de forma objetiva mediante perfusión cutánea, usando la técnica no invasiva de Laser Doppler Imaging (LDI). Se escaneó la región superoexterna de la mama irradiada y se comparó con la misma región de la mama contralateral para calcular un índice de microcirculación (IMC), indicador de inflamación.

Las mediciones se realizaron antes, a mitad y al final del tratamiento, y un mes después. También se consideró la quimioterapia previa. El análisis estadístico se realizó con un modelo lineal general de medidas repetidas, ajustando las comparaciones post-hoc con Bonferroni.

Resultados

Según la escala RTOG, el 90,5 % de las pacientes que usaron el sujetador dermoprotector no presentaron lesiones cutáneas visibles al finalizar la radioterapia (Grado 0), y solo un 9,5 % desarrolló eritema leve (Grado 1). En contraste, el grupo con sujetador convencional mostró una mayor incidencia de toxicidad leve, con un 65,4 % en Grado 0 y un 34,6 % en Grado 1.

Además, el análisis del índice de microcirculación (IMC) reveló un aumento significativamente mayor en el grupo con sujetador convencional al finalizar el tratamiento ($p = 0,037$), lo que indica mayor afectación vascular. Un mes después, el grupo con sujetador dermoprotector mostró una tendencia a una recuperación microvascular más rápida ($p = 0,065$).

Conclusiones

El sujetador dermoprotector reduce significativamente la incidencia y gravedad de la radiodermitis en pacientes sometidas a radioterapia, mostrando una menor incidencia en el desarrollo de eritema en comparación con un sujetador convencional. Además, mejora la perfusión cutánea, acelera la recuperación microvascular y disminuye los efectos vasculares adversos. Estos resultados respaldan su uso como una estrategia eficaz para proteger la piel durante el tratamiento.

RES0252 Desvelando el cáncer oculto de mama.

Paloma Montserrat Pérez Martín[1], Francisco Soriano Navarro[1], María José Raya Nuñez[1], Javier Azpeitia Hernández[2], Amador Velázquez de Castro Bono[2], Sagrario García Saavedra[2], Elena Pérez Gimeno[2], Pilar Vallejo Desviat[2]

1Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla Radiodiagnóstico
2

Objetivos

El cáncer oculto de mama (COM), descrito por Halsted en 1907, se presenta como afectación axilar sin evidencia clínica ni radiológica del tumor primario en la mama.

Representa el 0,3 al 1 % de todos los cánceres mamarios.

Es un reto diagnóstico y un problema terapéutico.

Los objetivos de nuestra presentación son:

1.- Conocer las características clínicas de las pacientes con COM.

2.- Ilustrar los hallazgos radiológicos: pruebas de imagen convencional (mamografía, tomosíntesis, ecografía mamaria) e imagen avanzada (RM, PET-TC).

Material y Métodos

Se presentan dos casos recientes diagnosticados en nuestro hospital.

Resultados

El primer caso, muestra presentación atípica. Paciente de 66 años que debutó con masa en sigma. Tras resección quirúrgica, el resultado anatomopatológico (AP) e inmunohistoquímico (IHQ) era concordante con origen mamario. TC con adenopatías axilares izquierdas; se remitió para evaluación mamaria. Mamografía sin hallazgos. En ecografía mamaria y axilar, se evidenciaron adenopatías patológicas axilares izquierdas. Biopsia ecoguiada (BAG); AP e IHQ confirma adenopatías infiltradas por tumor mamario. RM mamaria, no se demostraron masas ni realces no masa patológicos en mamas. Nos encontramos ante un cáncer oculto de mama que se ha manifestado por su metástasis única en sigma.

El segundo caso, es una paciente de 87 años, a la que se realizó un PET-TC por astenia. Se evidenció adenopatía patológica retropectoral derecha y otra de menor avidez por radiotrazador supraclavicular izquierda. Mamografía sin hallazgos patológicos. Ecografía mamaria y nivel I axilar bilateral normal. En nivel II axilar derecho se confirmó la presencia de una adenopatía patológica. Se realizó BAG, confirmación AP de ganglio con infiltración tumoral de origen mamario. La adenopatía de menor tamaño y menor captación en PET-TC supraclavicular izquierda mostró tejido linfoide normal en BAG. RM mamaria, demostró captación precoz de contraste en el escaso tejido fibroglandular residual de la

mama derecha. BAV ecoguiada del tejido fibroglandular mamario derecho confirmó cáncer de mama derecha, mamográficamente oculto.

Conclusiones

La incidencia del COM no disminuye pese a la mejora en las pruebas de imagen. Su diagnóstico es un reto ya que tanto la exploración clínica como las pruebas de imagen mamaria convencional de la mama (mamografía y ecografía mamaria) suelen ser negativas en este tipo de tumores.

La resonancia magnética (RM) de la mama en el estudio de este tipo de tumores tiene una mayor sensibilidad que la mamografía.

Subrayar la importancia del PET-TC en la detección del tumor primario y en la monitorización de la respuesta.

RES0263 Coste sanitario total por paciente con cáncer de mama luminal temprano en la comunidad de Madrid

Sara Barba Ortega[1], Jorge García Ibáñez[1], Rocío Abrisqueta Serrano[2], Eva Robisco Díaz[2], Elena Marín Fernández[2], Sara Vázquez Ramos[2], Alejandra Marqués Aldaz[2], Fabiola Alonso Lamberti Zarauza[2], Maria Jesús González Villar[2], Maria Consuelo Sanz Ferrandez[2]

[1]Hospital Universitario 12 de Octubre Servicio de Ginecologia y Obstetricia
2

Objetivos

Estimar el coste sanitario total por paciente del tratamiento estándar para cáncer de mama luminal temprano en la Comunidad de Madrid, considerando tratamiento con cirugía conservadora, radioterapia adyuvante, quimioterapia, hormonoterapia con inhibidor de aromatasa y seguimiento durante 5 y 10 años.

Material y Métodos

Se recopilaron datos de costes sanitarios unitarios oficiales y de literatura científica nacional, aplicados a un caso clínico tipo de tratamiento para cáncer de mama precoz con receptores hormonales positivos. Se incluyeron los siguientes componentes:

- Cirugía conservadora (tumorectomía con biopsia selectiva de ganglio centinela): 966€ en casos de cirugía ambulatoria. En caso de que la paciente precise ingreso o linfadenectomía axilar adicional, el coste sería de aproximadamente 3.051€.
- Radioterapia externa fraccionada: el tratamiento típico son 25-30 sesiones de radioterapia (5 días/semana). Cada sesión tiene un coste aproximado de 66€, pero el coste completo, incluyendo planificación, simulación, visitas de control y dosimetría se estima en 6.000-7.000€.
- Quimioterapia (4 ciclos de adriamicina y ciclofosfamida seguidos

de 12 sesiones de paclitaxel): 2.500-3.000€.

- Hormonoterapia con inhibidores de la aromatasa (durante 5-10 años): el coste de estos fármacos es muy bajo, dado que existen genéricos. Por ejemplo el letrozol tiene un precio de referencia de 2€ por cada caja de 30 comprimidos, lo que da un coste total de 120€ a 5 años y de 240€ a 10 años.
- Seguimiento Clínico En Consultas, Pruebas De Imagen Y Analíticas (5-10 Años): 4.500-6.500€.

Resultados

El coste estimado por paciente es:

- A 5 años: aproximadamente 14.500-16.500 €, siendo la radioterapia y la quimioterapia los principales gastos.
- A 10 años: entre 16.000-18.000 €, al añadirse la extensión de la hormonoterapia y un seguimiento clínico de menor intensidad.

La prolongación de la hormonoterapia es el componente más económico, gracias a la disponibilidad de genéricos (aproximadamente 2 €/mes). La cirugía conservadora también es un coste moderado, en comparación con la radioterapia y la quimioterapia.

Conclusiones

El tratamiento estándar del cáncer de mama luminal temprano supone un coste de 15.000€ por paciente en 5 años y de 17.000-18.000€ si se extiende el seguimiento y la hormonoterapia a 10 años. La distribución del gasto muestra que mayoritariamente se concentra en las fases iniciales del tratamiento (radioterapia y quimioterapia), mientras que la hormonoterapia prolongada presenta un gasto mínimo. Estas estimaciones coinciden con los datos publicados de costes sanitarios en España y permiten dimensionar el impacto económico del manejo integral de este tipo de cáncer en el sistema público, en nuestro caso concreto, en la Comunidad de Madrid.

RES0264 Evaluación de estrategias terapéuticas adyuvantes en el cáncer de mama luminal temprano (RH+/Her2-) mediante el modelo de Markov

Sara Barba Ortega[1], Rocío Abrisqueta Serrano[1], Jorge García Ibáñez[2], Elena Marín Fernández[2], Eva Robisco Díaz[2], Sara Vázquez Ramos[2], Alejandra Marqués Aldaz[2], Araceli María Delgado Ojeda[2], Fabiola Alonso Lamberti Zarauza[2], Maria Consuelo Sanz Ferrández[2]

[1]Hospital Universitario 12 de Octubre Servicio de Ginecologia y Obstetricia
[2]

Objetivos

El objetivo principal fue comparar, desde una perspectiva clínica y económica, tres estrategias adyuvantes para el tratamiento del cáncer de mama luminal temprano en mujeres postmenopáusicas, utilizando el modelo de Markov. Se analizó cómo la estratificación del riesgo mediante la prueba genómica Prosigna

influye en los resultados de salud, calidad de vida (AVAC) y costes, respecto al manejo habitual.

Material y Métodos

Se desarrolló un modelo de Markov con ciclos anuales y horizontes temporales de 10 y 15 años, simulando la evolución de una cohorte hipotética de pacientes inicialmente libres de enfermedad tras tratamiento local. Se formularon tres estrategias:

- Escenario A: pacientes de bajo riesgo según Prosigna, tratadas con hormonoterapia (HT).
- Escenario B: manejo clínico estándar sin prueba genómica, con decisiones terapéuticas basadas en factores clínico-patológicos.
- Escenario C: pacientes de alto riesgo según Prosigna, tratadas con quimioterapia (QT) y hormonoterapia.

El modelo incluye 4 estados de enfermedad: libre de enfermedad, recurrencia local, metástasis y muerte. Se incorporaron también tasas de transición específicas para cada escenario, utilidades para calcular AVAC y costes directos sanitarios.

Resultados

A los 10 años, el escenario A mostró el mejor perfil clínico y económico, con ≥85% de pacientes libres de enfermedad, baja recurrencia (<2% metástasis), mayor AVAC (8,0) y menor coste (aprox. 14.100€).

El escenario B resultó intermedio, con sobretratamiento y subtratamiento debido a la falta de precisión en la estratificación de riesgo, generando más recurrencias (metástasis 3,2%) y un coste superior (15.000€).

El escenario C, aunque con peores resultaos absolutos, por tratarse ya de paciente de alto riesgo, logró reducir el número de metástasis (de 21% a 10%), gracias a la QT, con un AVAC de 7,8 y un coste de 17.000€.

Conclusiones

El uso del test Prosigna permite una mejor selección terapeútica, ya que evita QT en pacientes de bajo riesgo sin comprometer su supervivencia y mejorando la eficiencia en alto riesgo con QT dirigida. Esta estratificación optimiza los AVAC y reduce los costes innecesarios en comparación con el manejo clínico estándar, mostranto una clara superioridad en eficiencia y resultados sanitarios a largo plazo.

RES0270 Valor pronóstico de los biomarcadores obtenidos de la PET-FDG en la estadificación del cáncer de mama.

Fernando Mínguez Lanzarote[1], Marta Romera Caballo[1], Andrés Basanta Mota[1], Saúl Peralta Benítez[1], Juan José Rosales Castillo[1], Vicky Betech Antar[1], Begoña Olartecoechea Linaje[2], Natalia Rodríguez-Spiteri Sagredo[2], Fernando Martínez Regueira[2], Macarena Rodríguez Fraile[1]

[1]*Clínica Universidad de Navarra Medicina Nuclear*
[2]*Clínica Universidad de Navarra Cirugía General y del aparato digestivo*

Objetivos

Analizar de forma retrospectiva el valor pronóstico de los biomarcadores PET-FDG al diagnóstico, en pacientes con cáncer de mama (CM) tratadas siguiendo el 'standard-of-care' según su estadio y subtipo tumoral.

Material y Métodos

Recogida retrospectiva de variables clínicas, oncológicas e histológicas de pacientes con CM. En el PET-FDG realizado al diagnóstico se calculó el SUVmax del tumor primario y, dibujando isocontornos al 40% sobre las lesiones tumorales, el volumen tumoral total (MTV) y la glicolisis tumoral total (TLG).

El análisis estadístico se realizó en SPSS v.20, utilizando curvas de Kaplan-Meier, test log-rank, curvas ROC y regresión de Cox.

Resultados

Se estudiaron 134 pacientes (edad media 53 años [+/-12,4]), 15,7% (21) en estadio I, 40,3% (54) en estadio II, 34,3% (46) en estadio III y 9,7% (13) en estadio IV. De ellas, 49 presentaban CM subtipo Luminal B (36,3%), 42 CM-Triple Negativo (31,3%) y 43 CM-HER-2 o Luminal B+HER-2(32,1%). No se encontró distribución heterogénea de estadios entre subtipos. La mediana de seguimiento fue 64,7 meses [32-95,2].

Los valores de MTV y TLG fueron significativamente distintos según el estadio (p=0,002 y p<0,001), incrementandose de forma gradual según el estadio tumoral, sin apreciarse diferencias significativas en el SUVmax. No hubo diferencias significativas entre subtipos en el SUVmax, MTV ni TLG.

En el análisis de supervivencia las pacientes con estadio II mostraron mayor superivencia que aquellas con estadio III[p=0,02] o IV[p<0,01]), sin apreciarse diferencias según subtipo molecular. El SUVmax(p=0,066), MTV(p=0,003) y el TLG(p=0,005) presentaron valores superiores entre las pacientes que progresaron respecto a aquellas que no.

Los valores de corte óptimos del SUVmax, MTV y TLG para predecir progresión fueron 6,6(AUC=0,63), 13,4(AUC=0,73) y 72(AUC=0,76), respectivamente. Las pacientes con SUVmax>6,6 progresaron más rápido (101 meses) que aquellas con SUVmax<6,6 (125 meses; p=0,008;HR=3,69[1,31-10,36]), de la misma forma las pacientes con MTV>13,4 progresaron más rápido (100,3 meses) que aquellas con MTV<13,4 (128,3 meses;p=0,001;HR=6,56[1,89-22,72]) y aquellas con TLG>72 progresaron más rápido (97,4 meses) que aquellas con TLG<72 (127,4 meses;p<0,001;HR=6,05[1,99-18,43]).

Estas Diferencias Se Mantuvieron Próximas A La Significación Al Ajustar Por Estadio Para

El Mtv>13,4 (p=0,058;hr=4,05[0,95-17,2]) Y El Tlg>72 (p=0,062;hr=3,52[0,94-13,23]) Y Mantuvieron La Significación Estadística Para El Suvmax>6,6 (p=0,021;hr=3,39[1,2-9,58]).

Conclusiones

Los biomarcadores PET (SUVmax, MTV y TLG) obtenidos en la estadificación de pacientes con cáncer de mama son útiles para predecir la progresión y evaluar el pronóstico de estas pacientes.

Estos biomarcadores, según los resultados de nuestro trabajo, podrían ayudarnos a seleccionar subgrupos de pacientes con mayor riesgo de progresión que podrían beneficiarse de un seguimiento más estrecho o una terapia más agresiva.

RES0278 Angiosarcoma post-radiación en paciente con carcinoma de mama previo: evolución agresiva con recidiva cutánea múltiple

Diego María Pich Barroso[1], María Magdalena Nae Frangulea[1], Eva María Martín Medrano[2], Ana María Arnal Burró[2], Ana Moreno Reviriego[2], Maria Cristina Redondo Llorente[2], Maria Jesús Macías Alonso[2], Ana María Pastor Valbuena[3], Mónica Horstmann Sendagorta[4], Ignacio González Blanco[2]

[1]Hospital Universitario Rio Hortega Obstetricia y Ginecología
[2]
[3]Radiología
[4]Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivos

El angiosarcoma de mama es una neoplasia rara, agresiva y de mal pronóstico que puede aparecer de novo o como sarcoma post-radiación tras tratamiento conservador de cáncer de mama. Su diagnóstico suele ser tardío por su presentación inespecífica y su evolución rápida. Presentamos el caso de una paciente con angiosarcoma mamario secundario a radioterapia, con evolución clínica desfavorable.

Material y Métodos

Se recogen los datos de la historia clínica electrónica así como evidencia clínica a partir de la literatura científica.

Mujer de 76 años con antecedentes de carcinoma de mama derecha tratado con tumorectomía y ganglio centinela positivo (pT1cG2, N1mi, M0, RH +++) hace 12 años, seguida de radioterapia y 5 años de tratamiento hormonal con anastrozol. Consulta por dolor punzante y endurecimiento periareolar. Se realizaron mamografía, ecografía y biopsia con aguja gruesa (BAG), confirmando angiosarcoma. Posteriormente se practicó mastectomía y resección de recidivas cutáneas múltiples. Se realizó seguimiento clínico y anatomopatológico hasta el fallecimiento.

Resultados

Mamografía Y ecografía: aumento de densidad retroareolar, retracción del pezón, imagen hipoecogénica retroareolar de 28,5 x 33 x 35 mm.

Histología: angiosarcoma confirmado en bag. mastectomía mostró tumor de 45 x 40 x 30 mm con bordes libres, a excepción de borde anterior.

Recidiva precoz cutánea a los 2 meses. se identificaron y resecaron 7 lesiones cutáneas, 5 de ellas con infiltración neoplásica.

Un año después de la tercera intervención, la paciente ingresó por colangitis en contexto de metástasis hepáticas, falleciendo a los seis días por fallo multiorgánico.

Conclusiones

El angiosarcoma de mama post-radiación es una entidad de evolución agresiva y mal pronóstico, con alta tasa de recidiva local precoz. Su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha ante cambios clínicos atípicos en pacientes con antecedentes de cáncer de mama y radioterapia. El manejo debe ser multidisciplinar y estrechamente vigilado, aunque las opciones terapéuticas son limitadas y con escaso impacto en la supervivencia.

RES0287 informe comparativo: marcaje con arpón versus scout

Rocío García Manuz[1], Patricia Cobos Baena[1], Alejandra Estevez Alonso[2], Izaskun Artola Irazabal[2], Paula Ortiz Salinas[2], Begoña Iturre Salinas[3], Goizane Riola Escalante[2], Jaione Olaizola Canseco[2], Ane Larena Jadraque[2], Francisco Otero de Tore[2]

[1]Hospital Universitario Cruces Ginecología y obstetricia

[2]

[3]Radiodiagnóstico

Objetivos

Comparar la eficacia quirúrgica y la satisfacción de las pacientes entre el marcaje con arpón y con semilla SCOUT en lesiones mamarias no palpables.

Material y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo con 227 pacientes, de las cuales 159 fueron marcadas con arpón y 68 con SCOUT. Se recogieron datos clínicos como edad, tamaño tumoral, tipo de lesión, márgenes quirúrgicos, tasas de ampliación y reintervención, además de aspectos relacionados con la experiencia de las pacientes como estrés, incomodidad, dolor y beneficio percibido.El análisis estadístico consideró significativos los resultados con $p<0,05$.

Resultados

No se observaron diferencias significativas en edad media ni en el tamaño tumoral entre los grupos.

El nódulo fue la lesión más frecuente en ambos grupos (arpón: 45.9% vs. SCOUT: 75.4%) siendo esta diferencia significativa (p:<0.001)

El carcinoma ductal infiltrante fue el tipo histológico más prevalente (arpón: 38,2% vs. SCOUT: 60,9%), sin diferencias estadísticamente significativas (p = 0,542).

En el grupo SCOUT, el 98,5% de los dispositivos se colocaron guiados por ecografía, frente al 91% en el grupo de arpón siendo esta diferencia significativa (p:0.045).La correcta colocación del dispositivo se logró en el 96,9% de los procedimientos SCOUT y en el 98,7% de los procedimientos con arpón. Sin diferencias significativas.

El tamaño medio de la pieza quirúrgica fue significativamente menor en el grupo SCOUT (59,5 mm) frente al de arpón (65,4 mm; p=0,037).

La tasa de ampliación intraoperatoria fue menor en el grupo SCOUT (39,3%) respecto al de arpón (59,9%; p=0,008).

Los márgenes quirúrgicos negativos fueron más frecuentes con SCOUT (96,4%) que con arpón (92,4%), aunque sin significación estadística.

La necesidad de reintervención fue menor en el grupo SCOUT (0%) frente al de arpón (5,1%), sin alcanzar significación estadística.

La satisfacción de las pacientes fue superior con SCOUT. El marcaje con arpón se asoció con un estrés adicional y una incomodidad significativamente mayores en comparación con SCOUT (p=0.003 y p=0.008, respectivamente).

No se observaron diferencias significativas en la percepción del dolor (p=0.721). Además, el marcaje con SCOUT se realizó con mayor antelación a la cirugía (p<0.001), en comparación con el arpón, lo cual permite una mayor flexibilidad a la hora de realizar la programación quirúrgica.

Conclusiones

En conclusión, el sistema SCOUT presenta varias ventajas frente al arpón: permite resecciones de menor volumen, reduce las tasas de ampliación quirúrgica y reintervención,y mejora la experiencia global de las pacientes. Estos resultados apoyan la incorporación de tecnologías innovadoras como SCOUT en el manejo integral del cáncer de mama no palpable.

RES0290 Coexistencia de carcinoma de mama y carcinoma de endometrio seroso: a propósito de un caso clínico

Maria Magdalena Nae Frangulea[1], Diego María Pich Barroso[1], Maria Jesús Macías Alonso[2], Ana Moreno Reviriego[2], Ana María Arnal Burró[2], Eva María Martín Medrano[2], Isabel García Serna[2], Sara Baeza Ordax[2], Ignacio González Blanco[2], Mónica Horstmann Sendagorta[3]

[1]Hospital Universitario Rio Hortega Obstetricia y Ginecología
[2]
[3]Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivos

Los tumores sincrónicos ginecológicos, aunque infrecuentes, deben considerarse durante el estudio de extensión en pacientes oncológicas. Se describe el caso clínico de carcinoma de mama asociado a un carcinoma de endometrio seroso diagnosticado de forma simultánea.

Material y Métodos

Presentación de un caso clínico atendido en nuestro centro, complementado con revisión bibliográfica en bases de datos médicas relevantes.

Resultados

Mujer de 58 años, con discapacidad intelectual, diagnosticada de carcinoma mamario invasivo derecho tras hallazgo de masa palpable de 8 cm. Durante el estudio de extensión se identificó una masa intrauterina heterogénea de 10cm, confirmándose posteriormente un carcinoma de endometrio seroso de alto grado. La paciente fue presentada en el Comité de Tumores de nuestro centro, donde se priorizó la cirugía de endometrio y, tras ello, se planificó tratamiento integral de la Mama en Oncología.

Conclusiones

Este caso pone de manifiesto la relevancia de realizar una evaluación completa en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, ya que pueden coexistir otros tumores ginecológicos, como el carcinoma de endometrio, cuya frecuencia se sitúa entre el 2 y el 10%. Identificar estas neoplasias en fases tempranas permite establecer un plan terapéutico más eficaz y mejorar los resultados clínicos. Por ello, se recomienda que los especialistas en Ginecología mantengan una actitud vigilante y consideren estudios adicionales, sobre todo en pacientes mayores, para detectar posibles tumores sincrónicos y así optimizar su tratamiento.

RES0291 Linfoma marginal: hallazgo incidental en ganglio intramamario

Elisa Ángela Diego Alonso[1], Ginamar El Haddad[1], Macarena Vargas Cascon[2], Miguel Angel Benito Persona[2], María Isabel Alarcón

González[2]

[1] *Hospital Virgen del Puerto Cirugía General y del AP. Digestivo*
[2]

Objetivos

Los linfomas primarios de mama son entidades poco frecuentes que representan menos del 0,5% de los tumores mamarios y cerca del 2% de los linfomas extranodales. Su diagnóstico puede ser un reto, ya que su presentación clínica y las pruebas complementarias pueden simular lesiones benignas o carcinomas mamarios.

Presentamos el caso de una paciente con un nódulo mamario de evolución prolongada y diagnóstico inicial benigno, que finalmente fue diagnosticado como linfoma marginal tras la exéresis quirúrgica.

Material y Métodos

Se presenta el caso de una mujer de 63 años en seguimiento por nódulo mamario de 2 cm palpable y móvil, superficial, localizado en intercuadrantes internos en periferia de mama izquierda. Se realizaron dos biopsias con aguja gruesa (BAG) separadas por un intervalo de un año, ambas con diagnóstico de hiperplasia linfoide reactiva. Ante la persistencia del nódulo con molestias ocasionales y distorsión estética para la paciente, se indicó la exéresis quirúrgica del mismo.

Resultados

Se realizó biopsia excisional de nódulo, con aspecto macroscópico compatible con ganglio intramamario. El estudio diferido de la pieza quirúrgica evidenció una proliferación linfoide densa, con patrón nodular y citología linfoide monomorfa. La inmunohistoquímica fue positiva para CD20, Bcl2 y negativa para CD10, CD5 y Cyclina D1, siendo diagnóstica de linfoma B de zona marginal extranodal (MALT). La paciente fue derivada a hematología para estadificación inicial con TC y valoración de tratamiento.

Conclusiones

El diagnóstico de los linfomas mamarios es complejo por su escasa frecuencia y la presentación como lesiones benignas o carcinomas.

La persistencia de un nódulo mamario sin cambios en el tiempo, con biopsias compatibles con tejido linfoide, debe hacer considerar otras patologías, incluyendo linfomas, en el diagnóstico diferencial.

El reconocimiento precoz de estas entidades, aunque infrecuentes, es esencial para una correcta orientación terapéutica y seguimiento multidisciplinar.

RES0296 Análisis de la actitud reconstrutiva tras mastectomía en nuestro centro (Hospital Universitario Araba) durante el año 2024

Ainara Martínez Pérez, Laura Díaz De Alda Fernández, Laura Martinez De Bujo Ganzabal, Nagore Zeberio Ganzarain, Silvia Palomino Gonzalez, Ana Biain Ciganda, Alba Arjona Garcia Unidad De Patologia Mamaria

Objetivos

Analizar los datos de la reconstrucción mamaria heteróloga (retropectoral y prepectoral) tras mastectomía y motivos de exclusión para estas técnicas en nuestro centro en el año 2024.

Material y Métodos

Se plantea un análisis de los datos de nuestro centro durante el año 2024, longitudinal, descriptivo y retrospectivo. Se realiza una revisión de datos y recogida de variables de las historias clínicas de las pacientes intervenidas de mastectomía para poder determinar el tipo de actitud reconstructiva adoptada, y en caso de que no la hubiera, la razón de no realizar dicha reconstrucción.

Resultados

Aunque actualmente la reconstrucción mamaria forma parte del tratamiento integral del cáncer de mama, no todas las pacientes participan en este proceso. No obstante, en nuestro centro el 47% de las pacientes sometidas a una mastectomía han completado el tratamiento con un proceso reconstructivo.

Conclusiones

Resulta imprescindible conocer, entender y analizar los datos de cada centro en cuanto la actitud reconstructiva tras mastectomía con el fin de comprender hasta qué grado podrían estar implicadas las diferentes variables y así poder ofrecer una atención integral para el cáncer de mama a nuestras pacientes.

RES0297 Phyllodes en nuestro centro: evolución y recidiva

Eva María Aragoneses Tiburcio[1], Alba Orive Boluda[2], Francisco Ripoll Orts[3]

[1]Hospital de Merida Ginecologia y obstetricia
[2]Hospital Universitario y Politecnico de la Fe Unidad de Mama
[3]Hospital universitario y politecnico de la Fe Unidad de Mama

Objetivos

Analizar la evolución clínica de los tumores phyllodes diagnosticados en nuestro centro, el hospital universitario y politécnico de la fe, incluyendo los datos de supervivencia y progresión.

Además, detectar posibles factores asociados a un mal pronóstico como recidiva precoz o necesidad de reintervención quirúrgica.

Material y Métodos

Realizamos un estudio retrospectivo de los resultados anatomopatológicos compatibles con tumor phyllodes (benignos y malignos).

Se recogen los datos de 26 pacientes diagnosticadas de tumor phyllodes entre 2014 a 2024 en el hospital universitario y politécnico de la Fe.

Resultados

La edad media al diagnostico es de 53 años.

El 100% de las pacientes recibió un tratamiento quirúrgico de la lesión siendo en el 42% una mastectomía, mientras que en el 58% se decidió cirugía conservadora.

Durante el seguimiento se registraron 10 recaídas, la mayoría en los dos primeros años. Estas correspondieron mayoritariamente a tumores con histología *borderline* o maligna.

En la mayoría de las pacientes que presentaron recaídas (80%) se había llevado a cabo una cirugía conservadora. 5 pacientes presentaron metástasis durante el seguimiento, siendo la más frecuente de localización pulmonar.

Conclusiones

El tumor phyllodes es una neoplasia mamaria poco frecuente, descrita por primera vez por Müller en 1838. Suele presentarse como una masa mamaria de crecimiento rápido, habitualmente indolora en mujeres en torno a los 45 años.

En nuestra serie, la edad al diagnóstico fue algo superior a lo descrito en la literatura, con un rango entre los 14 y 76 años.

El tratamiento de elección es quirúrgico, y en el caso de tumores malignos, se recomienda realizar resecciones con márgenes amplios (>1 cm) para reducir el riesgo de recidiva. Observamos en los datos de nuestro centro que la cirugía conservadora se asoció a una mayor tasa de recidiva, requiriendo en algunos casos cirugías de rescate o procedimientos radicales posteriores.

El seguimiento recomendado suele ser más estrecho durante los dos primeros años tras la cirugía, periodo en el que se concentran la mayoría de las recaídas, como también se evidenció en nuestra cohorte.

En conclusión, el manejo del tumor phyllodes debe ser individualizado y contar con una valoración multidisciplinar para optimizar resultados y reducir complicaciones. La variabilidad en el tipo de cirugía elegida sugiere que podrían establecerse guías clínicas más claras sobre cuándo optar por mastectomía frente a cirugía conservadora.

RES0300 Más allá del tratamiento: humanizando las experiencias, expectativas y necesidades de las pacientes recientemente diagnosticadas a través de la Escuela de Pacientes de cáncer de mama

María del Mar Muñoz Sánchez[1], Arminda Rodríguez Lucas Montoya[2], Carmen Melgarejo Riquelme[3], Teresa Torrijos Laín[4], Coral Olmo Martínez[5], Veronica Sotelo Peña[1], Laura Haro Martinez[6], Mercedes Pérez Alonso[7], Soraya Simón Alonso[8], Milagros Recuenco Belmar[7]

[1]Hospital Virgen de la Luz Sección de Oncología Médica
[2]Hospital Virgen de la Luz de Cuenca Escuela de Pacientes de Cáncer de mama
[3]Hospìtal Virgen de la Luz Escuela de Pacientes de Cáncer de Mama
[4]Hospital Virgen de la Luz Escuela de Pacientes de Cáncer de Mama
[5]Hospital Virgen de la Luz Escuela de pacientes de cáncer de mama
[6]AECC Cuenca Psicología
[7]Hospital Virgen de la Luz Hospital de Día Onco-Hematológico
[8]Hospital Virgen de la Luz Sección de Oncología Médica

Objetivos

Objetivos de la Escuela de pacientes de cáncer de mama (EPCM)

- Fomentar el intercambio de conocimientos y experiencias sobre cáncer de mama.
- Empoderar a las pacientes para lograr un - mejor conocimiento de su enfermedad y afrontar las diferentes fases del proceso.
- Fomentar hábitos de vida saludables para mejorar la calidad de vida.
- Facilitar información rigurosa y de calidad.
- Beneficiar tanto a las pacientes nuevas receptoras del taller como a las pacientes expertas docentes.

Objetivos del trabajo actual:

- Revisar proceso de creación de la EPCM
- Evaluar el funcionamiento de la EPCM
- Explorar líneas de mejora futuras

Material y Métodos

Se revisaron cronológicamente los pasos para la creación de la EPCM:

1. Construcción (2017): Dirección General de Sanidad – AECC junta provincial – S. Oncología del hospital. Selección de posibles pacientes formadoras expertas (PF).
2. Despliegue (2018): realización del taller de formación a voluntarias para ser PF. Elaboración de materiales didácticos.
3. Desarrollo (2018-2025): identificación de pacientes participantes o asistentes (PA). Acompañamiento por parte de los profesionales a las PF al inicio de la actividad con cada nuevo grupo. Las PF imparten el taller en el centro.

Tras más de 5 años de su creación y 160 pacientes participantes, se realiza la evaluación del funcionamiento:

1. Entrevista semiestructurada a las 3 pacientes expertas y a las 2 OM que ayudan en la coordinación.
2. Cuestionario informal de satisfacción a las PA.

Resultados

1. Entrevista semiestructurada al equipo (PF y OM)

Aspectos positivos:

- Aprendizaje colaborativo: Se destaca el beneficio de la formación entre iguales como metodología eficaz.
- Impacto emocional: Alta satisfacción de la paciente formadora (PF), con feedback positivo que se traduce en una mejoría de la autoestima y del sentido de vida.

Debilidades detectadas:

- Limitaciones financieras: Ausencia de presupuesto específico para el proyecto.
- Presión asistencial: Elevada carga laboral de los profesionales sanitarios involucrados.
- Fidelización: Falta de incentivos para asegurar la continuidad de las pacientes formadoras.

2.Cuestionario informal a las PP

- Grado de adecuación de los objetivos planteados (9/10)
- Ambiente de trabajo (9/10)
- Preparación de las ponentes (9/10)
- Fomento de la participación (9/10)
- Calidad del trato recibido (9/10)

Inconvenientes

- Necesidad de desplazarse a la capital para realizarlo, lo que puede limitar el número de Pa
- Horario matutino

Conclusiones

Remarcar los beneficios de la relación de formación entre iguales, tanto para las PF, como para las PP siendo la satisfacción muy elevada en ambos grupos.

Como línea de mejora, habría que formar más PF que pudieran extender una red a lo largo de la provincia con grupos en sus localidades de origen o en sus zonas de salud, y evitar desplazamientos y aumentando el número de PA.

RES0304 Tratamiento del síndrome genitourinario de la menopausia con aceite de espino amarillo @oliovita en pacientes con antecedente de cáncer de mama

Andrea Peña Y Lillo Rodríguez[1], Beatriz Albi Martín[1], Rocío Sanchez García[2], Marta Gutierrez Martín[2], Raiza Gonzales Gamarra[2],

Andrea Prieto Alberca[2]

[1]*Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz Ginecología y Obstetricia*
[2]

Objetivos

Determinar la tolerancia y respuesta al tratamiento del síndrome genitourinario de la menopausia en pacientes con antecedente de cáncer de mama.

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional en 6 pacientes con antecedente de cáncer de mama y síntomas compatibles con el síndrome genitourinario de la menopausia. Se evaluaron factores clínicos como la presencia de sequedad vaginal, dispareunia, vulvodínea, disuria y prurito genital al momento del diagnóstico a los 3 meses de tratamiento y a los 6 meses.

Se observó también en este mismo periodo los cambios presentados a nivel vulvar bajo el índice de salud vaginal que incluye elasticidad, friabilidad de mucosas, presencia de flujo y presencia o no de secreción.

La pauta de tratamiento incluyó 2 comprimidos de Oliovita cada 12 horas por 2 meses y posteriormente cada 24 horas durante 4 meses más.

Resultados

Los resultados percibidos son que 5 de las 6 pacientes evaluadas presentaron mejoría marcada de la sequedad vaginal a 3 meses de tratamiento y posteriormente esta mejoría se mantuvo a los 6 meses a pesar de haber disminuído de dosis.

El síntoma que cambió con mayor frecuencia y rapidez fue el prurito genital, disminuyendo significativamente. La dispareunia mejoró de forma moderada en la mayoría de pacientes. El cambio más importante fue percibido en una paciente que presenta tratamiento activo con inhibidor de la aromatasa acompañado de zoladex.

Cabe recalcar que los cambios fueron variables en cada paciente, pero en la mayoría de los casos se definirían como una mejoría clínica percibida respecto a su estado basal.

Como dato complementario a reseñar encontramos la mejoría en la hidratación cutánea y ocular también percibida por estas pacientes.

Conclusiones

Con esta revisión hemos podido concluir que el tratamiento ha mejorado la calidad de vida de nuestras pacientes, sobretodo a nivel del prurito vulvar y con una mejoría parcial de la dispareunia.

El aceite de espino amarillo se ha investigado como un agente regenerador para el tratamiento de mujeres con síntomas de sequedad intensa y dispareunia. Gracias a su

alto contenido en ácidos grasos poliinsaturados (omega-7) mejora la retención de humedad, la sequedad y la fricción. Es bien tolerado y al ser de origen natural lo convierte en una opción viable para quienes no pueden utilizar estrógenos.

La pauta oral permite una adecuada adherencia al tratamiento y beneficia la hidratación de otras zonas como la mucosa oral, ocular y la propia piel.

RES0316 Neurofibromatosis tipo I y cáncer de mama

Sabela Verea Varela, Ana Corteguera, Ana Llaneza Folgueras, Begoña Alonso, Pablo Fernández Muñiz, María Alonso, Alba De La Puente Alonso De La Torre

HUCA Cirugía General

Objetivos

La neurofibromatosis tipo I aumenta el riesgo de cáncer de mama, especialmente en mujeres jóvenes menores de 50 años. La existencia de neurofibromas puede en piel puede dificultar la detección de lesiones durante la exploración física, de ahí la necesidad de plantear programas de detección adecuados en este grupo de riesgo.

Material y Métodos

Presentamos el caso de una paciente mujer de 66 años diagnosticada de neurofibromatosis, con múltiples neurofibromas de predominio en tórax y abdomen, menor cantidad en región dorsal y cuero cabelludo. Como antecedentes personales destacan las bronquiectasias bilaterales tras tuberculosis pulmonar desde 2008, que condicionan que la paciente necesite oxigenoterapia para la deambulación.

La mujer fue remitida a nuestras consultas desde el programa de cribado por un área en región retroarear derecha con microcalcificaciones en su interior de aproximadamente 3x2cm.

La presencia de múltiples neurofibromas en región mamaria dificulta el diagnóstico clínico en el caso de nuestra paciente, a la exploración se palpa una región indurada mal definida de 3cm. La inmunohistotquímica reveló un CDI tipo Her2 puro, por lo que recibió quimioterapia neoadyuvante.

Resultados

Una vez finalizado es esquema de tratamiento neoadyuvante, se realizó la intervención, en este caso se optó por mastectomía derecha + BSGC doble técnica, para evitar la radioterapia por los antecedentes de la paciente (tuberculosis pulmonar y necesidad de oxígeno) y facilitar el seguimiento posterior debido al elevado número de neurofibromas que presenta. Los resultados tras la intervención fueron de respuesta parcial mayor con un tamaño tumoral de 5mm

y tres ganglios centinelas negativos por método OSNA.

Conclusiones

La neurofibromatosis tiene una incidencia de 1 caso de entre cada 2500-3500 individuos. Se divide en dos tipos, I y II, la NF-I es la más frecuente, representando hasta el 95% de los casos.

Siendo una entidad poco frecuente, no debemos olvidarnos del aumento de incidencia de cáncer de mama en este grupo de pacientes, especialmente en mujeres jóvenes, y el reto diagnóstico que pueda suponer por la limitación de la exploración física. La relación entre la NF y el cáncer de mama no es conocida, hay estudios en marcha que buscan conocer mejor esta asociación. Por tanto, dedemos adecuar los programas de prevención a las pacientes con NF-1 e iniciarlos en etapas más precoces que en el resto de la población.

RES0321 Fístula quilosa tras cirugía axilar. A propósito de dos casos.

Paula Ortiz Salinas[1], Alejandra Estévez Alonso[1], Rocío García Manuz[1], Francisco Otero de Torre[1], Jaione Olaizola Canseco[1], Goizane Riola Escalante[1], Ane Larena Jadraque[1], Patricia Cobos Baena[2]

[1]H. U. Cruces Obstetricia y Ginecología
[2]H. U. Cruces Unidad de Patología Mamaria

Objetivos

Compartir la experiencia tras dos casos de fístula quilosa tras cirugía axilar por cáncer de mama. Revisión bibliográfica de la fístula quilosa tras cirugía axilar.

Material y Métodos

Caso 1: Mujer de 47 años que, tras mastectomía, linfadenectomía axilar y reconstrucción inmediata de mama izquierda por carcinoma ductal invasor T4 N1 M0, comienza el segundo día postoperatorio (DPO) con débito de líquido lechoso por ambos drenajes, y el análisis bioquímico del mismo revela unos triglicéridos de 1257 mg/dl, lo que confirma el diagnóstico de fístula quilosa.

Se inicia dieta absoluta y nutrición parenteral durante 10 días, al reiniciar dieta oral recidiva el débito lechoso, por lo que el 12º DPO se realiza escleroterapia con 3 ml de povidona iodada al 10%. Posteriormente se añade Octeotrido cada 8h durante 5 días, tras la finalización de mismo se reinicia dieta oral (27º DPO). A las 48h mínimo líquido de drenaje con análisis negativo en quilomicrones. Es dada de alta al 29º DPO. Buena evolución en los controles al alta.

Caso 2: mujer de 67 años con antecedente de carcinoma ductal in situ en mama derecha tratado con tumorectomía y radioterapia 10 años antes. Diagnóstico de angiosarcoma localmente avanzado de mama derecha y carcinoma ductal infiltrante de mama

izquierda T N0 M0. Tras quimioterapia, es intervenida en conjunto por los servicios de Cirugía torácica, Cirugía plástica y Ginecología realizándose resección y reconstrucción de pared torácica derecha, mastectomía simple izquierda y *sampling* axilar izquierdo. El tercer DPO se objetiva débito lechoso por drenaje izquierdo, confirmándose la presencia de quilomicrones y 979 mg/dl de triglicéridos en el mismo. Se inicia dieta absoluta y nutrición parenteral durante 10 días, con lo que se reduce progresivamente el débito. Al reintroducir dieta oral persiste mínimo débito, lo que permite retirada de drenaje al 15º DPO.

Resultados

La revisión bibliográfica reveló 14 casos de fistula quilosa tras linfadenectomía publicados en la literatura.

Conclusiones

La fístula quilosa es una complicación infrecuente tras la cirugía axilar, con una incidencia descrita en la literatura de 0,3-0,5%. Su diagnóstico es eminentemente clínico, aunque se puede confirmar con un análisis del líquido de drenaje que demuestre la presencia de quilomicrones y triglicéridos. El manejo debe ser conservador con dieta absoluta y nutrición parenteral o enteral con ácidos grasos de cadena media durante 10 días. En casos refractarios, se puede realizar escleroterapia, tratamiento con octreotide o incluso cirugía para localización y ligadura del punto de drenaje.

RES0322 Estudio preliminar de la eficacia de un sistema de IA para el diagnóstico de patología mamaria en mamografía con tomosíntesis

Alejandro Tejerina Bernal[1], Janeth Aquino[1], Cristina Iniesta González[1], Maria Castillo García[2], Margarita Chevalier del Rio[2], Carmen Estrada Blan[1], Mónica Caba Cuevas[1], Carolina Pérez Domínguez[1], Najim Amallal El Ouahabi[3], Adrian Belarra Rodriguez[2]

[1]Centro De Patología De La Mama-Fundación Tejerina
[2]Universidad Complutense De Madrid Departamento De Radiología, Rehabilitación y Fisioterapia
[3]Universidad Europea

Objetivos

Evaluar la capacidad del algoritmo Genius AI (Hologic) para la detección de lesiones mamarias.

Material y Métodos

El estudio retrospectivo incluye 105 pacientes con 116 hallazgos sospechosos (11 pacientes con más de un hallazgo) en mamografías con tomosíntesis (3Dimensions, Hologic) bilateral de dos proyecciones (cráneo-caudal (CC) y oblicua medio-lateral (OML)) durante los meses de febrero-junio de 2025.

Las lecturas de los cortes 6 mm-3DQuorum fueron hechas por 8 radiólogos expertos. Los hallazgos sospechosos se

analizaron histopatológicamente. Las mamografías con sus cortes tomográficos fueron posteriormente analizados por el sistema de IA que señala, clasifica y valora la malignidad (%) del hallazgo. Se recopilaron la densidad de la mama (software Quantra), tipo de hallazgo radiológico con BIRADS y resultados histopatológicos. Las variables de la IA fueron clasificación de la lesión y grado de malignidad (%). Se han comparado la capacidad de detección del sistema IA con la de los radiólogos y los BIRADS asignados con el porcentaje de malignidad dado por la IA.

Resultados

los radiólogos detectaron 116 hallazgos: 62,1% fueron microcalcificaciones (birads:5(4%);4(96%)); 18,1% distorsiones (birads:5(4%);4(96%)); 11,2% asimetrías focales (birads:4(100%)) y 8,6% nódulos (birads:5(10%);4(90%)).

La IA detectó 101 hallazgos (87%): 53 (63%) en ambas proyecciones de la misma mama, 30 (26%) solo en la proyección CC y 18 (15,5%) en la proyección OML. Los 15 hallazgos no detectados fueron 4 asimetrías con BIRADS 4 y densidad de mama tipo B; 9 micros con tamaños entre 5mm y 15mm con BIRADS 5 en un caso y 4 en el resto en mamas tipo B(2), C(5) y D(2); 2 distorsiones con BIRADS 4 localizadas en el cuadrante súpero-externo posterior de mamas con densidad tipo C.

Los resultados histopatológicos resultaron en 23 lesiones malignas (5 asimetrías, 5 distorsiones, 9 micros y 4 nódulos). Las lesiones benignas fueron 7 asimetrías, 16 distorsiones (que incluyen 7 tipos B3A y B3B), 61 micros (que incluyen 5 tipo B3B) y 6 nódulos (que incluyen 4 tipos B3A y B3B). La IA no detectó 3 lesiones malignas.

La malignidad de los hallazgos informada por la IA presenta una gran variabilidad con valores entre 0% y 95% mediana 48 (Cuatiles1 y 3; 34% y 60%). Este resultado indica una discrepancia importante con respecto al BIRADS asignado por los radiólogos que mayoritariamente es categoría 4.

Conclusiones

Este estudio preliminar muestra que la IA analizada tiene una capacidad de detección del 87% y el nivel de malignidad que proporciona presenta gran variabilidad.

RES0323 Impacto de la ansiedad en la calidad de vida de las pacientes de las pacientes con cáncer de mama tras los tratamientos oncológicos: resultados iniciales del estudio ansietils

Ramiro Raphael Gutiérrez Vásquez[1], María Alonso Grela[1], Silvia Nombela[2], Mirian Moran Sierra[2], Cantia Silvino Sánchez[3], Lucía Paz Ramírez[4], Sandra Arias Magadan[2], Amalia Colina Martín[4], Cristina Ruiz Rueda[2], Jaime Jimeno Fraile[5]

1

[2] *Enfermería. Unidad de mama*
[3] *Cirugía General. Unidad de mama*
[4] *Ginecología y Obstetricia. Unidad de mama*
[5] *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla Cirugía General. Unidad de mama*

Objetivos

Valorar resultados iniciales del impacto de la ansiedad en la calidad de vida (QoL) de las pacientes y el efecto de los tratamientos oncológicos en estos factores.

Material y Métodos

Estudio prospectivo, descriptivo y longitudinal de pacientes consecutivas diagnosticadas de carcinoma infiltrante de mama asistidas en la Unidad de mama con tratamiento quirúrgico. Cuestionarios utilizados: Para cuantificar la ansiedad hemos utilizado el test HADS, para valorar la QoL hemos incluido el QLQ-30 y el BR-23, antes y a los 12 meses de la cirugía. Inicio del reclutamiento enero 2024.

Resultados

Se reclutaron un total de 164 pacientes. Presentamos resultados iniciales de 47 pacientes que han completado el seguimiento. En el momento del diagnóstico obseramos alta incidencia de ansiedad (42%) y el gran impacto en la calidad de vida de las pacientes con más ansiedad, tanto en las dimensiones funcionales y sintomáticas ambos cuestionarios. Tras los tratamientos oncológicos, hemos observado un descenso en los niveles medios de ansiedad (HADS-A 8,8±4 vs. 7,51±3 p=0,048), más significativo en las pacientes con trastornos emocionales clínicamente significativos (>10 puntos) (13,7±2 vs 9,6±3 p=0,001). En cuanto a la QoL destaca un descenso significativo en la Función física (93,5 vs 86,6 p=0,001) y empeoramiento de la sintomatología, sobre todo en Fatiga (21,1 vs. 35,5 p=0,006), Dolor (15,5 vs. 30,1 p=0,001), Disnea (10,6 vs. 17,9p=0,07) Síntomas del brazo (7,32 vs. 21,7 p=0,001) y Síntomas de la mama (16,3 vs. 22,9 p=0,006). Por otro lado, observamos una mejora en la anorexia (21,1 vs. 12,2 p=0,014) y en las expectativas económicas (4,1 vs. 12,2 p=0,04). Tras los tratamientos observamos un descenso empeoramiento de la imagen corporal (90,6 vs. 73,7 p=0,001). En cuanto a las correlaciones destacó que las pacientes con peor mejoría asociaron menos mejora de la función emocional y las pacientes con mayor mejoría asociaron mejora de la disnea, constipación y diarrea.

Conclusiones

Estos resultados iniciales muestran una alta ansiedad en las pacientes con nuevo diagnóstico de cáncer de mama que asocian un impacto significativo en la calidad de vida. Tras los tratamientos oncológicos se observa una mejoría de la ansiedad y de la depresión sobre todo en pacientes con más alteraciones iniciales. Tras los tratamientos se produce un empeoramiento de la calidad de vida de las pacientes, sobre todo en las dimensiones sintomatológicas, probablemente por las secuelas de los tratamientos. Se prevé que en el momento de presentación en el congreso

podamos aportar resultados de mayor número de pacientes que corroboren estos resultados.

RES0324 ¿Recidiva O Nuevo Primario? Revisión De La Casuística De Nuestro Centro En Los Últimos 12 Años

Eugenia Chóliz Samaranch[1], Silvia Delgado García[1], Hortensia Ballestergaliana[1], Tina Martín Bayón[2], Ángela Ramos Montoya[2], Gloria Peiró Cabrera[3], Jose Juan Ponce Lorenzo[4], Agnès Bailach Barberà[2], María Peláez García[2]

[1]Hospital General Universitario De Alicante Dr Balmis Ginecología
[2]
[3]Anatomía Patológica
[4]Oncología Médica

Objetivos

Principal: valorar la casuística de pacientes intervenidas en nuestro centro de recidiva de cáncer de mama teniendo en cuenta sus características: subtipo inmunohistoquímico, subtipo histológico, expresión de Ki67, afectación axilar, manejo del tumor primario y presentación de la recidiva.

Secundario: comparar nuestros resultados con los descritos en la literatura, obtención de datos para futuros estudios.

Material y Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo.

Población: pacientes intervenidas en la de Unidad de Patología Mamaria de nuestro centro de recidiva de cáncer de mama entre enero 2013 y mayo de 2025. Obtenidos mediante la historia clínica digitalizada de las pacientes con diagnóstico codificado en área quirúrgica de recidiva de cáncer de mama.

Criterios de inclusión: intervención en nuestro centro de la primera recidiva tumoral, tumor primario infiltrante. Criterios de exclusión: intervención de recidiva previamente en otro centro, carcinomas in situ.

Resultados

De 85 pacientes obtenidos inicialmente han sido incluidos 70. El subtipo histológico mayoritario ha sido Luminal (71,43%), un 10% HER2+ y 15,71% triple negativo. El 81,43% han recidivado con el mismo subtipo inmunohistoquímico. En cuanto al subtipo histológico, los mayoritarios han sido CDI GII (30%) y CDI G3 (32,86%), seguido de CDI GI (18,57%) y en porcentajes menores a un 3% otros carcinomas especiales. Las recaidas mantienen porcentajes similares. En el 60% de los casos se realizó una tumorectomía vs 38,57% de mastectomías y en la axila se realizaron en un 32,86% exéresis de ganglo centinela vs 65,71% linfadenectomía axilar. Consecuentemente la recidiva locoregional fue mayoritariamente en la mama (57,14%), seguido de cicatriz de mastectomía (24,29%) y adenopatías axilares (18,57%).

El tiempo libre de enfermedad que han presentado nuestras pacientes ha sido mayor a

10 años en el 51,43% y únicamente un 15,71% han recaído en menos de 3 años.

Conclusiones

Nos encontramos dentro de la tasa de recidiva observada en otros centros que es considerada de entre un 10-15%. De igual forma el subtipo inmunohistoquímico mayoritario en las recidivas es el luminal A con un tiempo libre de enfermedad más largo. Aun así, los cambios observados en la forma de presentación de los segundos tumores de mama y el periodo de latencia observado en muchos de los casos nos hace plantear cuántos de los considerados recurrencia son en realidad un nuevo tumor primario, un tema en el que todavía no se ha llegado a un consenso claro en la literatura.

RES0330 'La gran simuladora' Morfea inducida por radiación

María Aparicio Ramírez, Beatriz Albi Martin, Andrea Peña Y Lillo Rodriguez, Raiza Gabriela Gonzales Gamarra, Andrea Prieto Alberca, Marta Gutierrez Martin

HUFJD Unidad De Mama, Servicio De Ginecologia

Objetivos

La morfea postirradiación es una complicación poco común pero conocida de la radioterapia en pacientes con cáncer de mama. Es un subtipo de esclerodermia localizada caracterizado por el depósito de colágeno y una actividad anormal de los fibroblastos mediados por citocinas proinflamatorias como consecuencia de una respuesta autoinmune local. El intervalo entre la radioterapia y la aparición de la morfea es amplio y va desde meses hasta décadas, pero generalmente se describe como una complicación tardía.

Material y Métodos

Presentamos el caso de una mujer de 84 años con diagnóstico de carcinoma invasivo de diferenciación neuroendocrina. RE 90%; RP 40%; Ki67 18% HER2- en Junio del 2023. Inicia tratamiento con Letrozol en Julio del 2023 y difiere cirugía conservadora de mama (tumorectomía central mediante técnica de Grisotti + BSGC) a Octubre del 2023. Se obtiene ganglio centinela positivo para macrometástasis pero por edad y comorbilidades de la paciente se descarta la linfadenectomía axilar y se inicia radioterapia sobre mama izquierda y niveles axilares y supraclavicular en Enero del 2024 (diferida por necrosis durante proceso de cicatrización de herida quirúrgica). En controles posteriores en Febrero del 2025 se observa engrosamiento cutáneo difuso y edema sobre lecho quirúrgico por lo que se realiza punch cutáneo con hallazgos histopatológicos compatibles con morfea inflamatoria (post-radioterapia).

Resultados

Las manifestaciones dermatológicas inducidas por la radiación son comunes, con hasta un 90% de los pacientes reportando algún tipo

de reacción cutánea local. Los efectos secundarios tempranos, que ocurren dentro de los primeros 2 meses después de la exposición, consisten en irritación local y resequedad de la piel. Los efectos secundarios tardíos, que pueden aparecer desde meses hasta años después del tratamiento, incluyen fibrosis/cambios esclerodermiformes (10%), telangiectasias cutáneas (10%), atrofia (8%), necrosis cutánea y malignidades secundarias, incluyendo angiosarcoma. Se ha informado que la incidencia de reacciones en etapas tardías alcanza hasta el 30% de los casos.

Conclusiones

Actualmente el tratamiento estándar para el cáncer de mama en estadíos tempranos es la cirugía conservadora de mama seguida de radioterapia, reduciendo de esta manera las tasas de recurrencia local. Es debido al aumento de la supervivencia de estos pacientes que han recibido radioterapia que observamos efectos secundarios a largo plazo.

La morfea postirradiación puede simular recidiva tumoral, linfedema, celulitis o angiosarcoma lo que dificulta su diagnóstico diferencial.

RES0345 Lesiones quísticas mamarias: guía práctica para su correcta caracterización y manejo.

Mª Ángeles Jiménez López, María Isabel Diez Pérez de Las Vacas, María José García Redondo, Daniel Sanchez García, Elena Diez Uriel, Francisco Olcoz Monreal, Óscar Bueno Zamora

Centro Maternidad Hospital General Universitario Gregorio Marañón Radiodiagnóstico / Unidad de la Mujer

Objetivos

Exponer una guía práctica y sencilla para la caracterización y clasificación según el Breast imaging - reporting and data system (BI-RADS) de los distintos tipos de lesiones quísticas mamarias, que simplifique y garantice su correcto manejo.

Material y Métodos

Mediante un estudio observacional descriptivo, se realizará un exhaustivo análisis semiológico de las lesiones quísticas mamarias o con componente quístico tomadas de casos de nuestro hospital.

Utilizaremos la ecografía como técnica radiológica de elección y se complementará con otras técnicas radiológicas (mamografía sintetizada con tomosíntesis, RM mama y mamografía con contraste) si precisara o en aquellos casos en los que las lesiones se diagnostican inicialmente con estas.

Según los hallazgos semiológicos se les clasificará con un BI-RADS y se realizará el manejo indicado.

Resultados

Partiendo de la ecografía como técnica radiológica principal, analizaremos la semiología de los cuatro tipos de lesiones quísticas mamarias o con componente quístico; quistes simples, quistes complicados, microquistes agrupados y masas complejas sólido quísticas.

Lo haremos a través de casos reales de nuestro hospital, en los que definiremos sus características radiológicas principales y diferenciales, así como en el resto de técnicas radiológicas cuando sea necesario o cuando se hayan encontrado como un hallazgo casual en estas.

Con todos estos datos las clasificaremos según el BI RADS que establecerá el manejo a seguir. En aquellos casos en el que el BI RADS haya sido 4 o 5 se realizará estudio histológico exponiéndose el resultado y ampliación de pruebas complementarias si precisaran.

Estableceremos un tríptico de rápida consulta donde figuren los ítems más importantes que nos servirán de guía en la caracterización de las lesiones quísticas, permitiendo diferenciar las benignas, las que requieren seguimiento, asegurándonos realizar sólo las biopsias necesarias sin que ello repercuta en el diagnóstico de cánceres ni genere más ansiedad que la imprescindible en estos pacientes.

Conclusiones

La utilización de un tríptico sencillo y eficaz en la caracterización de las lesiones quísticas mamarias nos permitirá evaluarlas meticulosamente, clasificándolas según el BI-RADS, asegurando un manejo correcto de estas, reduciendo así el seguimiento y las biopsias innecesarias, a la vez que evite que se pasen por alto cánceres.

RES0365 Patología mamaria en mujeres trans; seguimiento y cribado.

Eva Robisco Díaz[1], Elena Marín Fernández[1], Sara Barba Ortega[2], Fabiola Alonso-Lamberti Zarauza[2], Jorge García Ibáñez[2], Sara Vázquez Ramos[2], Alejandra Marqués Aldaz[2], Laura Álvaro Valiente[2], Sofía Aragón Sánchez[2], Concepción Sanz[2]

[1]Hospital Universitario 12 de Octubre Ginecología y Obstetricia
[2]

Objetivos

La población trans a nivel mundial se estima entre 8 y 25 millones, creciendo con cada año. Esto implica un incremento en tratamientos de reafirmación de género; tratamiento hormonal (TH) o quirúrgico, siendo cada vez menor la edad a la que solicitan el tratamiento. Por ello, surgen entre las mujeres trans, nuevas necesidades de salud que atender respecto al TH, patología mamaria y riesgo de cáncer.

Material y Métodos

Se ha realizado una revisión de la literatura disponible sobre el tratamiento de reafirmación en mujeres trans, riesgo de cáncer de mama, posibilidades de cribado en este grupo poblacional.

Resultados

El TH feminizante consiste en estrógenos con antiandrógenos o progesterona. El efecto se objetiva a 3-6 meses y el crecimiento continúa 2-3 años, solicitando el 60-70% una mamoplastia de aumento. La exposición continuada a estrógenos estimula los receptores estrogénicos produciendo brotes terminales, crecimiento estromal y aumento de densidad mamaria. Genera cambios histológicos y radiológicos, con lesiones benignas y malignas, similares a mujer cis.

El cáncer de mama en hombres cis es poco frecuente, con un riesgo del 0.1%. En mujeres cis, este riesgo es proporcional a cantidad y tiempo de exposición a TH. Lo esperable es que el TH exógeno en mujeres trans, al usar dosis más altas y a edades más precoces, pueda incrementar el riesgo de cáncer de mama, aumentando cuanto mayor el tiempo de exposición.

Un estudio holandés en 2260 mujeres trans, detectó una tasa de incidencia de cáncer de mama de 43 casos por 100.000 personas/año. Al comparar ratios de incidencia (RI) poblacionales, observaron un riesgo mayor respecto a hombres cis (RI 46.7, IC 95% 27.2-75.4) pero menor respecto a mujeres cis (RI 0.3, IC 95% 0.2-0.4), que puede deberse al registro erróneo del género, menor tiempo y distinto régimen de TH que mujeres cis.

A pesar del riesgo aumentado de cáncer de mama en mujeres trans, falta consenso sobre si realizar cribado y cómo. Se podría estratificar por grupos de riesgo; mujeres trans sin TH no estaría indicado dado que el riesgo es equiparable a hombres cis; mujeres trans con TH, realizaríamos mamografía anual o bienal tras más de 5 años de TH o mayores de 50 años.

Conclusiones

Podemos concluir que las mujeres trans presentan un aumento del riesgo respecto a hombres cis, aunque menor respecto a mujeres cis.

En mujeres trans sería beneficioso la implantación de un cribado mamográfico, estratificando en grupos de riesgo.

RES0366 Tratamiento de reafirmación de género en pacientes trans

Eva Robisco Díaz[1], Elena Marín Fernández[1], Sara Barba Ortega[2], Fabiola Alonso-Lamberti Zarauza[2], Rocío Abrisqueta Serrano[2], Sara Vázquez Ramos[2], Marta Gallego Álvarez[2], Alejandra Marqués Aldaz[2], Marta Blanco Guerrero[2], Concepción Sanz[2]

[1]Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos

La población trans está en ascenso; en EEUU pasó del 0.2% en 2007 al 1.8% en 2016, aumentando sus necesidades y demandas respecto a tratamientos de reafirmación y atención sanitaria especializada. Los tratamientos de reafirmación de género (TRG) son aquellos que reciben para adaptar sus cuerpos a la identidad de género sentida mediante tratamiento hormonal o quirúrgico sobre la mama y genitales. Para poder ofrecer a esta población un tratamiento individualizado, es necesario conocer las opciones terapéuticas disponibles.

Material y Métodos

Se ha realizado una revisión de la literatura disponible sobre el tratamiento de reafirmación en hombres y mujeres trans en cuanto a tratamiento hormonal (TH) y cirugía.

Resultados

El TRG en hombres trans incluye la cirugía mamaria (glandulectomía y remodelación del contorno torácico), recomendándose tras 6-12 meses de TH o experiencia de vida real (EVR). El TH; testosterona en monoterapia intramuscular o transdérmica, busca la disminución de hormonas y caracteres sexuales femeninos y desarrollo de caracteres sexuales masculinos. En casos de menstruación persistente, se añaden fármacos con mayor efecto antigonadotrófico (análogos de GnRH o progestágenos; lynestrenol o medroxiprogesterona). Los resultados son evidentes entre el primer y sexto mes, aunque el efecto máximo es años después. Es importante evitar la sobredosificación de testosterona; el exceso de testosterona mediante aromatización aumenta los niveles de estrógenos, pudiendo reaparecer la menstruación por deprivación.

La testosterona al unirse a receptores de andrógenos, coexpresados con receptores de estrógenos y progesterona; logra un efecto inhibitorio directo e indirecto, produciendo la involución de unidades lobuloalveolares y aumento del tejido conectivo.

En mujeres trans, el TH feminizante consiste en un estrógeno con un antiandrógeno (acetato de ciproterona, espironolactona, agonistas GnRH) o progesterona. Esta se creía que era parte imprescindible del TH para aumentar el tamaño mamario, pero no se encontraron diferencias significativas en el tamaño final. El efecto es a los 3-6 meses y el crecimiento continúa 2-3 años, alcanzando un estadio de Tanner II-III, manteniéndose una dosis hormonal menor de por vida salvo contraindicación médica. Las tasas de deseo de mamoplastia de aumento persisten en un 60-70%, siendo la cirugía de TRG más solicitada, logrando una intervención de igual calidad que la estética en mujeres cis, sin diferencias en complicaciones postquirúrgicas.

Conclusiones

El TRG es una parte fundamental para que la población trans adapten su cuerpo a la identidad de género sentida. Es importante ofrecerles las opciones disponibles para que tomen una decisión informada que se adapte mejor a sus expectativas.

RES0370 Ablación hipertérmica en la mama, procedimiento, indicaciones y nuestra experiencia

Virginia Oller Rubio[1], M Aránzazu Gutierrez Pantoja[1], Ana Isabel Reyes Romero[2], Ana Gloria Marco Sanz[2], Monica Cigüenza Sancho[2], Pedro Ruiz Noguero[2], Maria Paloma Ramos Lopez[2]

[1]Hospital Universitario Santa Cristina Radiodiagnóstico
[2]

Objetivos

Describir la tecnica de la termoablacion en tumores de mama y nuestra experiencia

Material y Métodos

La termoablación aplicada en el cáncer de mama es una técnica percutánea mínimamente invasiva que a través de altas temperaturas ocasiona una necrosis coagulativa y la destrucción de las células tumorales. Tiene su utilidad en lesiones malignas que cumplen criterios de tamaño y localización en pacientes con alto riesgo quirúrgico como alternativa a la cirugía convencional.

El procedimiento para el radiólogo experimentado es sencillo, pudiéndose realizar de forma ambulatoria en una sala de ecografía. Se usa una aguja-antena de microondas de calibre 16-18 G y punta activa de 18 milímetros. En función de las características del tumor se programan los parámetros de potencia (entre 20 y 30W) y de tiempo de ablación (entre 1 y 8 minutos).

Como complicación existe la posibilidad de quemadura en la piel que dificultará la recuperación. Para minimizarla a veces se necesita complementar la técnica con hidrodiseccion cutánea.

En nuestro centro hemos comenzado a usar termoablación en mama desde abril de 2024 realizando 7 pacientes con cáncer de mama en las que por alto riesgo quirúrgico donde se desestimó la cirugía.

Se ha puesto en marcha un protocolo analgésico y anestésico que hace que el procedimiento sea bien tolerado por las pacientes que permanecen unas horas en observación tras la intervención.

Se ha establecido un protocolo de seguimiento con resultados muy satisfactorios.

Resultados

En nuestro medio hemos obtenido remisión en 3 pacientes, estando el resto en seguimiento.

Con respecto a las complicaciones todas fueron menores, únicamente dos quemaduras leves en piel que se resolvieron favorablemente.

Conclusiones

Según nuestra experiencia la termoablacion en tumores de mama es una técnica segura y eficaz en pacientes con alto riesgo quirúrgico

RES0371 Biopsia guiada por mamografía con contraste: una técnica que nos saca de apuros

Mª Aránzazu Gutiérrez Pantoja[1], Ana Isabel Reyes Romero[1], Virginia Oller Rubio[2], Ana Gloria Marco Sanz[2], Mónica Cigüenza Sancho[2], Pedro Ruiz Noguero[2], Mª Paloma Ramos López[2]

[1]Hospital Universitario Santa Cristina Radiodiagnóstico
[2]

Objetivos

Describir la técnica de biopsia y valorar su utilidad diagnóstica en lesiones únicamente visibles mediante técnicas funcionales.

Material y Métodos

Existen situaciones clínicas en las que la patología mamaria sólo es valorable por una técnica diagnóstica funcional como la resonancia magnética (RM) o la mamografía con contraste (CEM) que son técnicas equivalentes en cuanto a su sensibilidad y especificidad. Se trata principalmente de realces masa o no masa que no presentan traducción en la mamografía convencional ni en la ecografía, por lo que se necesita dada su sospecha de malignidad la realización de biopsia para su correcto diagnóstico y posterior tratamiento. La biopsia guiada por CEM es una técnica útil en estas situaciones en las que tradicionalmente ha sido necesaria la realización de biopsia guiada por RM . La biopsia guiada por CEM es un método mas accesible y sencillo que la biopsia guiada por RM además mas rápido y mas cómodo para la paciente. En primer lugar deben seleccionarse correctamente a las pacientes a las que se les va a realizar el procedimiento para valorar la lesión o el realce a biopsiar. Se dispone de un tiempo aproximado de 8 minutos para su realización ya que este es el tiempo para valorar los realces en la CEM y es necesario administrar contraste intravenoso previo a la realización de la biopsia con la mama comprimida para localizar exactamente el objetivo. Una vez localizado ,el procedimiento es similar al resto de biopsias guiadas por estereotaxia con la aguja de vacío. Gracias a su implantación en los servicios de radiodiagnóstico el diagnóstico de lesiones valoradas únicamente por resonancia se ha facilitado tanto para la paciente como para el radiólogo que no

necesita realizar un procedimiento tan largo y complejo como la biopsia por RM.

Resultados

En los casos clínicos en los que se ha planteado la realización de biospia guiada por CEM, esta técnica nos ha aportado información necesaria para la toma de decisiones gracias a las muestras obtenidas y su posterior resultado anatomopatológico.

Conclusiones

La biopsia guiada por CEM es un procedimiento seguro, eficaz y logísticamente mas accesible que la biopsia guiada por RM. Representa una alternativa técnica válida en el manejo de lesiones mamarias visibles únicamente con técnicas funcionales.

RES0376 Tolerancia cutánea a la radioterapia en pacientes mayores de 70 años: estudio comparativo de hipofraccionamiento y ultrafraccionamiento mediante flujometría Doppler

Carlos Galindo González[1], Desamparados González Sanchis[2], Carmen García Mora[2], Jose Carlos Gordo Partearroyo[2], Paola Antonini Bolumburu[2], María Albert[2], Natalia Noblejas[2], Javier Vijande Asenjo[3], Emilio Soria Olivas[4], Rosa Mª Cibrián Ortiz de Anda[1]

[1]Universidad de Valencia Fisiología
[2]CHGUV Oncología Radioterápica
[3]Universidad de Valencia Instituto de Física Corpuscular-IFIC
[4]Universidad de Valencia Ingeniería Electrónica

Objetivos

Comparar la incidencia de radiodermitis en pacientes mayores de 70 años tratadas con radioterapia en regímenes de hipofraccionamiento y ultra-hipofraccionamiento, usando flujometría Doppler para medir cambios en la perfusión cutánea.

Material y Métodos

Se realizó un estudio prospectivo con 20 pacientes, con cirugía conservadora y sin quimioterapia previa. se formaron dos cohortes de 10 pacientes cada una:

Ultra-hipofraccionamiento: edad media 77,5 años; protocolo actual del servicio de 5 sesiones A 5,2 Gy/sesión hasta 26 Gy.

Hipofraccionamiento: edad media 79,2 años; últimas pacientes tratadas bajo protocolo de 15 sesiones A 2,67 Gy/sesión hasta 40 Gy.

La radiodermitis se evaluó clínicamente mediante escala RTOG y de forma objetiva mediante perfusión cutánea, usando la técnica no invasiva de Laser Doppler Imaging (LDI).

Se escaneó la región superoexterna de la mama irradiada y se comparó con la misma región de la mama contralateral para calcular un índice de microcirculación (IMC), indicador de inflamación. Las mediciones se realizaron antes, a mitad y al final del tratamiento, y un mes después.

El análisis estadístico se realizó con un modelo lineal general de medidas repetidas, ajustando las comparaciones post-hoc con Bonferroni.

Resultados

Durante el tratamiento de radioterapia, el índice de microcirculación (IMC) mostró un aumento significativamente mayor en el grupo de hipofraccionamiento (15 sesiones) frente al de ultra-hipofraccionamiento ($p = 0,004$). Tras ajustar por comparaciones múltiples (Bonferroni), las diferencias fueron significativas únicamente a mitad de tratamiento ($p = 0,023$) y al finalizar la RT ($p = 0,004$). No se hallaron diferencias en las mediciones iniciales ni un mes después de concluir la radioterapia.

En el grupo de ultra-hipofraccionamiento, aunque el IMC aumentó tanto de la línea de base a mitad de tratamiento como hasta el final de la RT, ninguno de estos incrementos alcanzó significación estadística ($p = 0,243$ y $p = 0,738$, respectivamente). En cambio, en el de hipofraccionamiento sí hubo un aumento significativo desde la línea de base hasta mitad ($p < 0,001$) y hasta el fin del tratamiento ($p < 0,001$).

Estos hallazgos se corresponden con la evaluación subjetiva según la escala RTOG:

Ultra-hipofraccionamiento: 9 pacientes sin cambios visibles; 1 con eritema leve. Hipofraccionamiento: 5 con eritema leve; 2 con eritema moderado-intenso; 3 sin síntomas.

Conclusiones

Aunque el protocolo de ultra-hipofraccionamiento administró dosis mayores por sesión, al disminuir la dosis total, no se tradujo en mayor toxicidad cutánea; al contrario, mostró un menor incremento del índice de microcirculación y menos eritema subjetivo según RTOG que el hipofraccionamiento clásico.

RES0377 Evaluación comparativa del impacto dérmico de tres protocolos de Radioterapia con Boost integrado simultáneo (SIB) mediante Laser Doppler Imaging.

Carlos Galindo González[1], Desamparados González Sanchis[2], Carmen García Mora[2], Jose Carlos Gordo Partearroyo[2], Paola Antonini Bolumburu[2], Isaac Solero[2], Javier Vijande Asenjo[3], Emilio Soria Olivas[4], Rosa Mª Cibrián Ortiz de Anda[1]

[1]Universidad de Valencia Fisiología
[2]CHGUV Oncología Radioterápica
[3]Universidad de Valencia Instituto de Física Corpuscular -IFIC

[4]*Universidad de Valencia Ingeniería Electrónica*

Objetivos

Cuantificar mediante flujometría Doppler los incrementos de la microcirculación cutánea en la piel irradiada en pacientes tratadas con tres diferentes protocolos de radioterapia externa con Boost integrado simultáneo (SIB) y correlacionar dichos cambios con el desarrollo de radiodermitis.

Material y Métodos

Se realizó un estudio prospectivo incluyendo 62 pacientes tratadas con cirugía conservadora y tres esquemas de radioterapia de mama con SIB (dosis lecho tumoral / dosis resto mama):

SIB-29 Ultra-hipofraccionado (5 sesiones) (n=18) = 29Gy/26Gy;

SIB-48 Hipofraccionado en 15 sesiones (n=24) = 48Gy/40Gy;

SIB-56 Hipofraccionado en 20 sesiones (n=20) =56Gy/45Gy.

La radiodermitis se evaluó clínicamente mediante la escala RTOG y de forma objetiva mediante perfusión cutánea, usando la técnica no invasiva de Laser Doppler Imaging (LDI). Se escaneó la región superoexterna de la mama irradiada y se comparó con la misma región contralateral para calcular un índice de microcirculación (IMC), indicador de inflamación. Las mediciones se realizaron antes, a mitad, al final del tratamiento y un mes después.

El análisis estadístico empleó un modelo lineal general de medidas repetidas con corrección post-hoc de Bonferroni. La comparación entre escala clínica e IMC se llevó a cabo con Kruskal–Wallis y, al resultar significativo, prueba de Dunn con corrección de Bonferroni, además de correlación de Spearman.

Resultados

El índice de microcirculación (IMC) mostró un aumento significativo durante la radioterapia en los tres grupos. En la valoración del final del tratamiento, SIB-56 mostró un IMC medio de 2,45 (es decir, un incremento del 245 % respecto a la mama control), frente a 1,53 (153 %) en SIB-48 y 0,63 (63 %) en SIB-29. Las diferencias entre SIB-56 y SIB-48 ($p=0,01$) y entre SIB-56 y SIB-29 ($p< 0,01$) fueron estadísticamente significativas. Estos datos coinciden con la evaluación clínica de la radiodermitis (escala RTOG): en SIB-29 predominó Grado 0 (72,2%); en SIB-48, Grado 1 (70,8%) y un 25% Grado 2; en SIB-56, el 55% presentó Grado 2.

Se halló una correlación moderada entre el IMC y el grado de toxicidad (Spearman rho = 0,554; $p < 0,01$). El test de Kruskal–Wallis reveló diferencias globales, y el post-hoc de Dunn–Bonferroni encontró significativas las comparaciones con el Grado 0; no hubo diferencias entre Grado 1 y 2.

Conclusiones

El aumento del IMC se asocia linealmente, con el incremento de la radiodermitis y con la dosis total del SIB. Además, permite diferenciar de manera objetiva incrementos subclínicos, difícilmente detectables con las escalas de toxicidad cutánea estandar.

RES0384 Ver lo invisible: lo que el residente debe saber sobre la mamografía con contraste

Carlos Javier Agredo Molina[1], Esther Izquierdo Milla[1], Marta Babarro Peleteiro, Marta[2], Juan Carlos López Coloma[2], Raquel Izquierdo Fernández[2], Rebeca Calvache Arellano[2], Marta Martínez Martínez[2], Antonio Hernández Corrales[2], Alicia Marquina García[2], Diana Karina Bastidas Yaguana[2]

[1]H. Universitario de Mostoles
Radiodiagnostico
[2]

Objetivos

1. Describir los principios técnicos y el fundamento fisiopatológico de la mamografía con contraste (CEM) en el diagnóstico de lesiones mamarias.

2. Revisar las principales indicaciones, ventajas y limitaciones de la CEM respecto a la mamografía estándar y la resonancia magnética (RM).

3. Identificar los errores diagnósticos más frecuentes (pitfalls) asociados al uso de la CEM y proporcionar a los residentes en radiología una guía práctica que favorezca su incorporación segura y efectiva en la práctica clínica.

Material y Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica sobre CEM, abarcando estudios clínicos recientes, guías internacionales y experiencias prácticas en entornos hospitalarios. Teniendo en cuenta su utilidad en el diagnóstico, estadificación preoperatoria, monitoreo terapéutico y cribado de alto riesgo. Se detalla la técnica y se incluyeron los principales pitfalls como el realce benigno (fibroadenomas, cambios hormonales), los falsos negativos en lesiones pequeñas, artefactos por movimiento, o zonas no visualizadas en el campo de vision mamografico en las que se requiere complementar con otras modalidades.

Resultados

La CEM muestra una sensibilidad del 90–95% y una especificidad del 80–90%, con rendimiento similar al de la RM y superando la mamografía digital estándar. Se ha implementado con éxito en el diagnóstico de pacientes sintomáticas, en la estadificación preoperatoria, la evaluación de la respuesta a quimioterapia neoadyuvante, y recientemente, en el cribado de mujeres con alto riesgo. Ofrece beneficios significativos como una mayor accesibilidad, menor tiempo de adquisición, buena tolerancia por las pacientes y costos más bajos en comparación con la RM. No obstante, presenta limitaciones como zonas ciegas fuera del campo de visión

mamográfico, exposición ligeramente mayor a radiación, y riesgo bajo de reacciones alérgicas al contraste.

Conclusiones

La CEM representa una herramienta diagnóstica con un equilibrio ideal entre eficacia, accesibilidad y aplicabilidad clínica. Su curva de aprendizaje es moderada y requiere conocer bien los patrones de realce normales y patológicos, así como estar atentos a posibles errores interpretativos. En comparación con la RM, la CEM no solo es más coste-efectiva, sino que también puede ser utilizada en pacientes con contraindicaciones para la RM (marcapasos, claustrofobia etc.). Es fundamental relacionar el estudio morfológico y dinámico, así como el contexto clínico. La correcta identificación de falsos positivos y negativos es clave para evitar sobrediagnósticos, intervenciones innecesarias o retrasos terapéuticos. La integración de la CEM en la práctica clínica cotidiana puede mejorar significativamente el abordaje diagnóstico del cáncer de mama y su dominio debe ser una prioridad en la formación de los residentes.

RES0387 BAV guiada por RM, estudio retrospectivo.

Julia Pérez Cutillas1, Mª Fermina Lorente Fernández1, Lara Jaques Pérez2, Carla Martínez García2, Rocío Belda Márquez2

[1]*Hospital San Juan Radiología*

[2]

Objetivos

Realizar estudio retrospectivo de las BAV guiadas por RM realizadas en nuestro centro desde enero 2023 hasta junio 2025.

Material y Métodos

Se han revisado un total de 100 BAV guiadas por RM realizadas desde enero 2023 hasta junio 2025. Se han dividido en varios grupos;

-Hallazgos en estudio de estadificación.

-Pacientes de alto riesgo.

-Pacientes en seguimiento oncológico.

-Otros.

Resultados

Del total de las pacientes, 51 correspondían a hallazgos en estudio de estadificación (51%). En 27 pacientes de este grupo (52.94%) el resultado histológico fue B2. En 18 pacientes correspondió a B5 (35.29%) y en las 6 pacientes restantes se obtuvo resultado B3 (11.76%), 5 pacientes B3a y 1 paciente B3b.

Del total de las BAV, 15 correspondían a hallazgos en el grupo de alto riesgo (15%). En 2 de ellas se obtuvo resultado histológico B5 (13.33%), en 3 de los procedimientos el resultado fue B3 (20%) y el resto fue B2 (66.66%).

En el grupo de seguimiento oncológico se realizó un total de 15 procedimientos (15%), 1 paciente obtuvo resultado B5 (6.66%), 2 de

ellas resultado B3 (13.33%) y el resto obtuvo un resultado B2 (80%).

En el grupo de otras causas se encuadró a 19 pacientes (19% del total), se obtuvo un resultado histológico B5 (5.26%), 3 resultados B3 (15.78%) y el resto fue B2 (78.94%). La principal causa clínica fue la telorragia (31.57%).

En el grupo de estadificación, los hallazgos histológicos de la BAV supuso un cambio de actitud terapéutica en el grupo B5, con ampliación de la cirugía conservadora en 15 pacientes y cambio de cirugía conservadora a mastectomía en 3 de ellas. En el grupo B3 se amplió también la cirugía en 4 de ellas.

Conclusiones

En nuestro caso la BAV guiada por RM condiciona un cambio en la actitud terapéutica en el 43.13% de las pacientes incluidas en el grupo de estadificación.

En el grupo de alto riesgo se encontró hallazgos B5 y B3 en el 33.33 %.

En el grupo de seguimiento oncológico los hallazgos B5 y B3 correspondieron al 20%.

En el grupo de otros los hallazgos B5 y B3 se correspondió con el 21.04%.

Podemos concluir que la BAV guiada por RM es un procedimiento indispensable que debe realizarse en todas las secciones de radiología de la mama que dispongan de equipo de RM, al ser un procedimiento sencillo, relativamente rápido y con elevada tolerancia por parte de las pacientes.

RES0413 Biopsia guiada por Mamografía con contraste (CEM). Cambiando el día a día, nuestra experiencia.

María Ángeles Jiménez López[1], María Isabel Diez Pérez de Las Vacas[2], Elena Diez Uriel[2], Daniel Sánchez García[2], María José Garcia Redondo[2], Francisco Olcoz Monreal[2], Óscar Bueno Zamora[2]

[1]Radiodiagnóstico / Radiología de la mujer
[2]

Objetivos

Evaluar que nos ha aportado la biopsia guiada por CEM respecto a la biopsia guiada por RM en lesiones mamarias sospechosas únicamente visibles en RM mama y/o CEM, en aquellas mujeres con contraindicación de RM, en nuestro hospital desde su implantación en diciembre de 2021 hasta hoy.

Material y Métodos

La biopsia guiada por CEM es un procedimiento estereotáxico con contraste yodado intravenoso, que mediante la adquisición de energía dual obtiene realce de las lesiones sospechosas, permitiendo localizarlas por estereotaxia.

Revisamos retrospectivamente a todas las mujeres que desde diciembre de 2021 hasta

hoy se les realizó una biopsia guiada por CEM en nuestro centro tras presentar el

mismo realce sospechoso en RM de mama y en CEM, o realces altamente sospechosos en CEM sin RM mama previa en los casos en los que existía contraindicación de la misma, todos sin correlación en mamografía ni ecografía.

Todas las biopsias se realizaron mediante un dispositivo asistido por vacío (BAV).

Se analizaron las características del procedimiento y resultados histopatológicos.

Resultados

Se valoró la efectividad y eficacia en la localización de la lesión realzada, obtención de muestras, comodidad y ansiedad del paciente, y seguridad del radiólogo (experiencia con esteroataxia frente a BAV por RM). Traduciéndose en mayor éxito de los procedimientos e importante disminución del tiempo de máquina, de radiólogo y técnicos (gestión de recursos).

Conclusiones

Dada la accesibilidad de la técnica, la reducción del tiempo por procedimiento y la gran experiencia con estereotaxia, nos plantea el reto de ampliar las indicaciones de la biopsia guiada por CEM, como BAV de lesiones altamente sospechosas (BI-RADS 4C y 5) de difícil visualización en mamografía y ecografía, disminución del tiempo de "second look" ante realces sospechosos en RM/CEM de estadificación y adelanto de biopsia, mejorando la precocidad del tratamiento y consecuentemente su pronóstico.

RES0416 Microsensor label-free for total DNA-Breast cancer based on Bioimpedance Spectroscopy.

Leticia Arias González1, César Antonio Gonzalez Díaz2

[1]Sección De Posgrado Escuela Superior De Medicina

2

Objetivos

La presente investigación se realizó con el objetivo de caracterizar la concentración total de ADN en muestras de cáncer de mama atravez del diseño de un biosensor que fue fabricado mediante un arreglo de microelectrodos de oro embebidos en una superficie de cristal, analizando los resultados mediante espectroscopia de bioimpedancia electrica (EBiS)

Material y Métodos

Se realizo extraccion de DNA de muestras de biopsia de pacientes con cáncer de mama mediante tecnica de fenol clorofomo, posteriormente la cuantificación del ADN total se llevó a cabo mediante espectrofotometría UV-Vis, utilizando la densidad óptica en el rango de 260 a 280 nm

para determinar tanto la concentración total de ADN como su relación de pureza 260/280.

Posteriormente, cada muestra fue sometida a mediciones de EBiS utilizando un espectrómetro de impedancia en el rango de frecuencias de 100 Hz a 10 MHz. Los resultados obtenidos muestran valores absolutos de reactancia (Xc) con una correlación estadísticamente significativa con la concentración de ADN a una frecuencia de 3.3 MHz ($R=0.821$, $p<0.05$), para concentraciones entre 0 y 100 ng/µl.

Resultados

La bioimpedancia de analitos biológicos en suspensión, a frecuencias superiores a 1 MHz, puede verse influida por la interacción de las moléculas de agua dipolares con los entornos estructurales. En este contexto, la concentración de ADN podría intensificar dicha interacción conforme aumenta la cantidad de estructuras de doble hélice nucleotídica, lo cual se refleja en la respuesta reactiva asociada a sus propiedades eléctricas.

Conclusiones

El uso de un microsensor de libre marcado y libre funcionalización del analito, basado en mediciones de EBiS representa una técnica potencialmente viable para estimar concentraciones de ADN asociadas al cáncer de mama. Se recomienda realizar investigaciones futuras para evaluar su posible aplicación en la detección de marcadores genéticos de esta enfermedad.

RES0435 Empleo de parches de Capsaicina para el manejo del dolor neuropático postquirúrgico y postradioterapia en pacientes con cáncer de mama

Yvana Anavy Martínez Mateo[1], Ivia Revollo Revollo[1], Maria Soledad Ramos[2], María del Coro Sánchez Bravatas[3], Angela García Aparicio[1], Carmen Prieto Calle[3]

[1]Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres Cirugía General y del Aparato Digestivo
[2]Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres Enfermera del Cirugía General y del Aparato Digestivo
[3]Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres Enfermería de Cirugía General y del Aparato Digestivo

Objetivos

El dolor neuropático persistente en pacientes con cáncer de mama tras la cirugia y/o raditerapia representa un desafío clínico que afecta de manera importante la calidad de vida de las pacientes.

La capsaicina tópica ha mostrado eficacia en diversos síndromes de dolor neuropático, pero su uso en paciente oncológicos de cáncer de mama ha sido poco estudiado.

Objetivos: Evaluar eficacia y tolerancia de la capsaicina tópica en el tratamiento del dolor neuropático localizado en pacientes con

antecedentes de cirugía y/o radioterapia por cáncer de mama.

Material y Métodos

Estudio prospectivo en paciente con diagnóstico de dolor neuropático persistente (> 3meses) posterior al tratamiento quirúrgico y o radioterápico por cáncer de mama.

Se aplicó parche de capsaicina (Qutenza®) en zonas dolorosas bajo un protocolo estandarizado.

Se evaluaron la intensidad de dolo mediante escala numérica eva, la calidad de vida y los efectos adversos.

Resultados

Se han incluido 8 pacientes con un rango de edad de 49 a 67años. La intensidad media del dolor previo al tratamiento fue de 8,25 en la escala EVA, rango entre 7 y 10. La intensidad se redujo de 3 a 5 puntos en las primeras 4 semanas y de 4 a 6 tras dos parches, precisando el tercer parche solo el 50% de las pacientes.

El 100% de las pacientes refieren mejoría del dolor, pero solo el 75% refiere una mejoría significativa.

No hubo efectos secundarios graves, pero todas ellas presentaron eritema y picos con la aplicación del parche que desapareció sin precisar tratamiento alguno salvo frio local.

Conclusiones

Los parches de capsaicina son una opción terapéutica segura y eficaz para el manejo del dolor neuropático postquirúrgico y/o postradioterápico en pacientes con cáncer de mama, con buena tolerancia y mejoría clínica.

Su inclusión en los protocolos de manejo multidisciplinar podría contribuir a mejorar la calidad de vida de estas paciente.

RES0439 Reincorporación laboral tras el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en uruguay: Desafíos y factores determinantes.

Natalia Camejo Martínez[1], Ivan Lyra[1], Cecilia Castillo[2], Diego Ferreira[3], Agustin Cabillon[2], Dahiana Amarillo[2], Guadalupe Herrera[4], Lucia Delgado[3], Gabriel Krygier[2]

[1]Hospital de Clínicas Oncología Médica
[2]
[3]Sanatorio Mautone
[4]Facultad de Medicina Unidad Académica de Medicina Preventiva y Social

Objetivos

Introducción: La sobrevida de las pacientes con cáncer de mama ha mejorado en las últimas décadas, generando nuevos desafíos relacionados con la calidad de vida a largo

plazo. Entre ellos, el retorno al trabajo se ha vuelto temas relevantes, especialmente en mujeres en edad laboral activa. Objetivo: Determinar la tasa de reincorporación laboral en mujeres con cáncer de mama al menos 24 meses después del diagnóstico y analizar factores asociados. Evaluar el impacto del diagnóstico y tratamiento en el desempeño de las tareas del hogar. Comparar la calidad de vida según situación laboral y desempeño en tareas domésticas, utilizando PROMIS Global Health v1.2.

Material y Métodos

Estudio descriptivo, longitudinal, que incluyó a 128 pacientes con cáncer de mama precoz. Se recolectaron variables clínicas, sociodemográficas y laborales, así como la percepción de salud mediante el cuestionario PROMIS Global Health v1.2. Se evaluó el estado laboral al momento del diagnóstico y al menos 24 meses después, las barreras para el retorno laboral y el cambio en la capacidad para realizar tareas domésticas luego del diagnóstico y tratamiento

Resultados

El 42% de las mujeres no tenía empleo al momento del diagnóstico. Entre las 74 pacientes que sí trabajaban, el 60,8% logró reintegrarse laboralmente. Las principales barreras reportadas fueron físicas, asociadas a la imposibilidad de realizar la misma tarea, y la falta de alternativas laborales. En el análisis bivariado, las mujeres que no lograron retornar eran de mayor edad, con menor nivel educativo, mayor proporción de trabajo manual, y presentaban mayor frecuencia de mastectomía, vaciamiento axilar, linfedema, dolor, complicaciones y limitación funcional ($p < 0,05$). Respecto a las tareas domésticas, un tercio de las mujeres expresó realizarlas con mayor esfuerzo o en menor cantidad que antes del diagnóstico. Las pacientes que no retornaron al trabajo o que requerían mayor esfuerzo para las tareas del hogar obtuvieron peores puntajes en salud física, mental, salud global y funciones habituales en el PROMIS, en comparación con aquellas que mantenían su actividad laboral o sus tareas habituales sin cambios ($p < 0,01$).

Conclusiones

Este estudio evidencia que el retorno laboral se ve condicionado por factores clínicos y sociales, siendo más complejo en mujeres con trabajos físicos y secuelas funcionales. Además, estas pacientes presentan una peor percepción de su calidad de vida. Los hallazgos refuerzan la necesidad de implementar intervenciones integrales de rehabilitación y acompañamiento que favorezcan la reinserción laboral y el bienestar global en esta población.

Comunicación Enfermería y Técnicos

Diagnóstico por imagen

RES0006 La importancia del acto único en mamografía en el Servicio de radiología en Atención Primaria

Manuel Agustín Cabezas Marrón[1], Marina Alcolea Madera[2], Susana Gómez Godó[2], Ema Andra Moraru Rusu[3], Maria Pardo Antunez[2], Daniel Eiroa[2], Neus Jaime Borras[2], Susana Hurtado Plaza[2], Irene Sanchez Redondo[1], Francisco Castillo Alvárez[2]

[1]*Institut Català de la Salut Radiologia*
[2]
[3]*IDI*

Objetivos

Hacer visible la importancia del Acto Único en la Unidad de Mama en un servicio de radiodiagnóstico en Atención Primaria y las ventajas de la realización del mismo.

El acto único en la patología mamaria (ampliación o realización de mamografía, ecografía y biopsia el mismo día) es importante de cara a reducir las visitas médicas y reprogramaciones, disminución de la ansiedad de las pacientes y los tiempos diagnósticos.

Material y Métodos

Se ha realizado una revisión retrospectiva de los actos únicos realizados desde enero hasta diciembre del 2024 en nuestro centro. Se han incluido a las pacientes con mamografía, ecografía y procedimiento intervencionista mamario (BAG, PAAF y BAV) realizados el mismo día.

Después de la realización de la mamografía y tras comparación con estudios previos, si el técnico detecta algún hallazgo, este consulta con el médico radiólogo por la posible ampliación del estudio. En estos casos, se le explica a la paciente la necesidad de ampliar el estudio con otras pruebas de imagen. Según el resultado de las pruebas complementarias y la categoría BI-RADS conjunta se realiza la biopsia.

Una vez realizada la biopsia se deriva la muestra al servicio de anatomía patológica y se cita una primera visita con la UPM (unidad de patología mamaria) del hospital de referencia (Hospital Universitario Vall d'Hebron). En un máximo de 24 horas la paciente recibe el aviso para la primera visita.

Resultados

En el año 2024 en el Servicio de Diagnóstico por la Imagen (SDPI) de Atención Primaria Pare Claret se realizaron un total de 5552 mamografías y un total de 289 biopsias (BAG) destacando:

- 151 (52,25%) Biopsias Fueron Acto Único.

- 118 De Las Biopsias Del Acto Único (78,15%) Tuvieron Resultado Positivo Para Malignidad (carcinoma).

33 (21,85%) Con Resultado Negativo (nódulos Benignos, Fad,).

Conclusiones

La implantación en Atención Primaria del Circuito de Acto Único en el año 2022 ha ofrecido una mejora de la asistencia a la paciente (programado inicialmente con mamografía), realizando el mismo día dos o más exploraciones complementarias claves para su diagnóstico (proyecciones adicionales mamográficas, ecografía de mama y axilar, BAG, PAAF, o BAV). Se agiliza así el proceso de diagnóstico mamario que posteriormente ampliará nuestro hospital de referencia (Vall d'Hebron), realizando una primera visita en la Unidad de Patología Mamaria y analítica en 24-72 horas después de asistir a nuestro centro.

RES0008 Hamartoma, Una Patología De Mama Benigna Y Poco Frecuente.

Ana María Elias Artiga1, Raymond Curran Fàbregas1, Sònia De Paz Díez1, Ema Andra Moraru2, Laura Gallardo Ibáñez2 1 Sdpi Manso Radiodiagnóstico 2

Objetivos

Se presentan dos casos de pacientes con hamartoma mamario.

Material y Métodos

Paciente de 51 años que presenta en mamografía de cribado una lesión nodular ovalada y bien delimitada, de baja densidad, en cola axilar izquierda.

Paciente de 75 años que se palpa bultoma en mama izquierda, realizándose mamografía, donde se observa una lesión pseudocapsulada a nivel de cuadrantes externos, con densidades focales en su interior.

En ambos casos se completa el estudio con ecografía que confirma el diagnóstico de hamartoma. Las pacientes no han requerido de otras pruebas complementarias para confirmar el diagnóstico. No se realiza ningún tratamiento, únicamente controles periódicos con mamografía.

Resultados

El hamartoma es una lesión benigna y poco frecuente de la mama (incidencia <1%) que aparece típicamente en mujeres mayores de 35 años.

Consiste en el desarrollo pseudotumoral de tejido mamario normal rodeado de una pseudocápsula constituida por la compresión del tejido mamario adyacente.

Suelen ser asintomáticos o presentarse como una masa palpable no dolorosa.

Pueden medir hasta 3-6cm al diagnóstico.

La imagen en mamografía es patognomónica, visualizándose como un nódulo redondeado de contornos bien delimitados, con una fina cápsula a su alrededor y de contenido con zonas de grasa y otras de densidad similiar al tejido fibroglandular nomal.

En ecografía se muestran como un nódulo de bordes bien delimitados y ecogenicidad mixta con zonas grasas hipoecoicas y otras más ecogénicas de tejido glandular.

En función de su proporción en tejido adiposo se pueden clasificar en parenquimatosos, mixtos o adiposos.

Cuando ocupan más de dos cuadrantes mamarios se consideran hamartomas gigantes.

No suelen requerir biopsia para su diagnóstico.

En algunos casos se debe realizar el diagnóstico diferencial con fibroadenoma o lipoma.

No requieren tratamiento a no ser que sean muy grandes o existan características atípicas, en tal caso se pueden extirpar quirúrgicamente.

Conclusiones

El hamartoma es una lesión benigna poco frecuente de la mama que suele hallarse de forma casual en un estudio mamográfico o puede presentarse como una masa palpable indolora y cuyos hallazgos en mamografía suelen ser patognomónicos.

No suelen necesitar estudio histológico para su diagnóstico.

Está compuesto por tejido mamario normal rodeado de una pseudocápsula constituida por la compresión del tejido mamario adyacente.

No requieren tratamiento a no ser que sean de gran tamaño o presenten caraterísticas atípicas, en cuyo caso se extirpará quirúrgicamente.

Debemos ser capaces como TSID a nivel de Atención Primaria de reconocer un hamartoma al realizar el estudio mamográfico.

RES0036 El Sonograher Experto. Valoracion De Implantes Mamarios.

Daria Czaja1, Mariana Castro Barba2 1 Dexeus Dona Dgi 2 Hospital Universitario Dexeus Dgi

Objetivos

- Demostrar el rol del sonographer experto en la valoración ecográfica de pacientes con implantes mamarios.

- Demostrar los hallazgos habituales en prótesis mamarias indemnes y reconocer su ubicación anatómica.

- Identificar los signos ecográficos de complicaciones frecuentes como rupturas, seromas, granulomas por silicona o colecciones.

Material y Métodos

Se recopilaron imágenes ecográficas de pacientes con implantes mamarios evaluadas en un centro universitario . Se incluyeron estudios de pacientes con implantes retropectorales y subglandulares, tanto indemnes como con complicaciones.

Resultados

Se evaluaron los signos ecográficos en los hallazgos habituales en implantes indemnes de localización retropectoral y sub glandular.

Se describen los hallazgos de implantes con los signos ecográficos característicos, para las complicaciones tales como rupturas intra y extracapsular, colecciones, seromas, granulomas por silicona e infiltración ganglionar por silicona.

Conclusiones

La ecografía mamaria es útil para la detección de complicaciones en los implantes.

El sonographer experto puede reconocer las características de los implantes indemnes y puede detectar los signos ecográficos de las complicaciones con alta sensibilidad y especificidad.

El rol del sonographer en un centro universitario dedicado a la realización de pruebas diagnósticas por imagen dirigidas a la mujer, optimiza el flujo de trabajo y permite la selección eventual de pacientes para evaluación adicional mediante otras técnicas.

RES0040 Angiosarcoma de mama

Ana María Elias Artiga[1], Laura Gallardo Ibáñez[2], Raymond Curran Fàbregas[3], Ema Moraru Andra[4], Sonia De Paz Díez[4]

[1]Sdpi Manso Servcio De Diagnóstico Por La Imagen
[2]Sdpi Manso Servicio De Diagnóstico Por La Imagen
[3]Servicio De Diagnóstico Por La Imagen
[4]

Objetivos

Se presenta un caso de angiosarcoma de mama.

Material y Métodos

Paciente de 31 años remitida para control de ecografía realizada 6 meses antes en un centro privado por autopalpación de un nódulo en la mama derecha, en el que se observaron nódulos retroareolares sugestivos de fibroadenomas vs papilomas, el mayor de 21mm (BIRADS-3).

En mamografía se visualiza en mama derecha una masa densa retroareolar que se corresponde ecográficamente con un nódulo hipoecoico de bordes circunscritos y márgenes lobulados de 45mm, con aumento del registro Doppler (BIRADS 4A). Ganglios axilares normales.

Se realiza bag (dos pases con aguja de 14g) sin incidencias, con resultado ap de lesión vascular atípica compatible con angiosarcoma bien diferenciado.

Se completa el estudio con RM, que confirma la presencia de una voluminosa masa centrada en región retromamaria derecha de 60x50mm compatible con diagnóstico AP de angiosarcoma (BIRADS-6), y PET-TC, que no muestra lesiones a distancia.

La paciente se somete a mastectomía simple con margen posterior comprometido, tributaria de ampliación del margen (resección de pectoral mayor).

Resultados

El angiosarcoma de mama es una enfermedad rara y agresiva que supone menos del 1% de los tumores mamarios. Puede aparecer de novo (como en nuestro caso) pero la mayoría ocurren secundariamente a tratamiento radioterápico o en pacientes con linfedema crónico. Suele presentarse como una masa palpable mal definida, frecuentemente dolorosa y con rápido crecimiento, con afectación axilar muy infrecuente. Las imágenes en mamografía y ecografía pueden malinterpretarse como enfermedad benigna (como en la primera ecografía realizada en otro centro). La RM puede detectar signos de malignidad. El diagnóstico se realiza mediante biopsia ya que la PAAF puede infradiagnosticar este tipo de tumores.

El tratamiento es quirúrgico siendo la mastectomía radical la más utilizada. La linfadenectomía es controvertida a menos que existan ganglios positivos y no se contempla la realización de ganglio centinela ya que tratándose de un sarcoma su principal vía de diseminación es la hematógena.

El tratamiento quimioterápico no está establecido. los factores pronósticos son el tamaño tumoral, el estado de los márgenes quirúrgicos, la presencia de enfermedad a distancia y el grado histológico.

Los angiosarcomas de mama suelen ser tumores de alto grado de agresividad y mal pronóstico.

Conclusiones

El angiosarcoma de mama es una entidad poco frecuente, de mal pronóstico y de difícil diagnóstico.

Las imágenes en mamografía y ecografía pueden malinterpretarse como enfermedad benigna. El diagnóstico temprano (biopsia) y el tratamiento quirúrgico agresivo (mastectomía) son las únicas opciones curativas.

RES0073 Mamografía con contraste: relación entre ingesta/ayuno previo y tolerancia de las pacientes

Elisa Santos Ruzafa[1], Angela Cerezo Cartagena[1], Maria Canales Espadas[2], Maria Raquel Alburquerque Castaño[2], Rocio Martin Cabello[2], Lucía Castro Reche[2], Inmaculada Coves López[2], Maria José Fuster Selva[2]

[1]Hospital Universatario de Torrevieja Imagen para el diagnóstico
[2]

Objetivos

Valorar si existe mayor tolerancia a la mamografía con contraste en pacientes sin ayunas en comparación a las pacientes en ayunas.

Material y Métodos

Se diseña estudio de cohorte prospectivo con 200 pacientes distribuidas en 2 grupos de forma aleatoria.

Grupo1 AYUNO: 100 pacientes que NO realizan ingesta previa a la prueba.

Grupo 2 INGESTA :100 pacientes que SI realizan ingesta previa a la prueba.

En ambos grupos se utilizó el mismo tipo de contraste no iónico, cantidad (1,3 ml/Kg), concentración (350 mg iodo/ ml) y velocidad con bomba de inyección (3 ml/ segundo).

Se realizan proyecciones estándar según protocolo CEM.

Se registran los efectos secundarios inmediatos tras la inyección de contraste: náuseas, vómitos, mareo, inestabilidad, prurito. No se registraron efectos secundarios graves.

Resultados

Análisis estadístico multivariante (programa SPSS: aplicando Chi cuadrado y t Student).

El grupo 1- ayuno se registra una incidencia de 11% de efectos secundarios inmediatos leves: mareo, nauseas, prurito, sarpullido, etc.

El grupo 2 – INGESTA mostró menor incidencia de efectos inmediatos leves (7%).

Existe Diferencia Estadísticamente Significativa (P>0,5)

Conclusiones

En nuestra muestra, el ayuno previo a la prueba con contraste iodado, se relacionó de forma significativa, con mayor incidencia de efectos secundarios leves, es decir, se relacionó con menor tolerancia a la prueba.

Esta conclusión refuerza trabajos anteriores, realizados para otros estudios de imagen con contraste, que concluyen que no es necesario que el paciente esté en ayunas para las pruebas con contraste iodado. La No ingesta además se ha relacionado con otros problemas como deshidratación en pacientes ancianos o alteración del cumplimiento de tratamientos médicos crónicos.

RES0074 Mamografía con baja dosis de contraste: valoración del impacto en la tolerancia de las pacientes

Ángela Cerezo Cartagena[1], Elisa Santos Ruzafa[1], Maria Canales Espadas[2], Maria Raquel Alburquerque Castaño[2], Rocio Martin Cabello[2], Lucía Castro Reche[2], Inmaculada Garcia Coves[2], Maria José Fuster Selva[2]

[1]Hospital Universatario de Torrevieja Imagen para el diagnóstico
[2]

Objetivos

1. Valorar la posibilidad de utilizar menor cantidad de contraste iodado: 1,0 cc/Kg (concentración 350 mg iodo/ml) que la utilizada de forma habitual (1,3 cc/Kg), en los estudios de CEM (Contrast Enhanced Mammogram).
2. Valorar si la tolerancia a la prueba es mayor con menor dosis de contraste que con la dosis habitual.

Material y Métodos

Se diseña estudio de cohorte prospectivo con 300 pacientes distribuidas en 2 grupos de forma aleatoria.

Grupo1: 200 Pacientes Dosis Habitual De Contraste 1,3 Cc/kg De Peso.

Grupo 2: 100 Pacientes Baja Dosis De Contraste 1,0 Cc/kg De Peso.

En ambos grupos se utilizó el mismo tipo de contraste no iónico, igual concentración (350 mg iodo/ ml) e idéntica velocidad administrada mediante bomba de infusión (3 ml/ segundo).

Se realizan proyecciones estándar de CEM según protocolo.

Se registran los efectos secundarios inmediatos tras la inyección de contraste: nauseas, vómitos, mareo, inestabilidad, prurito, etc. no se registraron efectos secundarios graves.

Se registra la sensibilidad de la prueba desde el punto de vista radiológico mediante doble lectura ciega de dos radiólogos de la Sección de Mama.

Resultados

Análisis estadístico multivariante (programa SPSS: aplicando Chi cuadrado y t Student).

El grupo 1 (dosis habitual de contraste) mostró mayor incidencia de efectos secundarios tras la inyección de contraste (12%) que el grupo 2 baja dosis de contraste) (7%), con resultado estadísticamente significativo (p>0,05).

No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la sensibilidad de la CEM desde el punto de vista radiológico.

Conclusiones

En nuestra muestra, el uso de menor cantidad de contraste, disminuye los efectos secundarios inmediatos, de forma estadísticamente significativa

La utilización de menor cantidad de contraste no disminuye la sensibilidad de la prueba.

Probablemente es necesario un estudio con muestra más amplia, pero si los resultados se reproducen, podría plantearse utilizar menor cantidad de contraste de forma habitual en los estudios CEM, consiguiendo ahorro de recursos y mejor tolerancia a la prueba.

RES0075 Papel de la ecografía tras biopsia aspiración vacío

Ángela Cerezo Cartagena[1], Elisa Santos Ruzafa[1], Maria Canales Espadas[2], María Raquel Alburquerque Castaño[2], Rocío Martin Cabello[2], Lucia Castro Reche[2], Inmaculada Garcia Coves[2], Maria José Fuster Selva[2]

[1]Hospital Universatario de Torrevieja Imagen para el diagnóstico
[2]

Objetivos

1. Valorar la utilidad de la realización de ecografía tras biopsia aspiración vacío, guiada por estereotaxia (etx) o ecografía, en la detección y control de complicaciones postbiopsia.

2. Cuantificar la incidencia de complicaciones postbiopsia y su evolución.

3. Valorar el papel dentro del funcionamiento de la Sección de Mama de técnicos y enfermeros en la realización de estas ecografías para valoración de complicaciones post BAV.

Material y Métodos

Se realiza ecografía inmediata tras la realización de todas las biopsias aspiración por vacío realizadas en la Sección de mama durante 6 meses (desde diciembre 2024 a mayo 2025): 123 procedimientos.

Se registran diferentes variables: guía (estereotaxia/ecografía), calibre de aguja, toma de anticoagulación/antiagregación, volumen de hematoma, signos y síntomas clínicos asociados, tiempo de resolución, otras complicaciones, etc.

Resultados

- Análisis estadístico multivariante (programa SPSS: aplicando Chi cuadrado y t Student).
- Los hematomas postbiopsia fueron la complicación más frecuente: incidencia en el 13% de los procedimientos.
- El 94,3% de los hematomas se resuelven en 2 semanas.
- El 5,7 % de los hematomas persisten más de 2 meses como hematomas encapsulados menores de 12mm.
- Se encontró un pseudoaneurisma arterial postbiopsia en una paciente.
- El 93,3% de los hematomas se relaciona con bav por etx : calibre mayor 9g y - procedimientos de mayor duración.
- Se precisa drenaje de hematomas en el 2,1%.
- En el 100% de las pacientes anticoaguladas/ antiagregadas se retiró la medicación previamente y no se observó mayor incidencia de hematomas en estas pacientes.

Conclusiones

La incidencia de hematomas postbiopsia aspiración vacío es baja y las complicaciones a largo plazo no son graves. La anticoagulación/antiagregación no es un factor predisponente. La guía por estereotaxia se relaciona con mayor incidencia de hematomas. El diseño de este estudio nos ha permitido revisar nuestro protocolo de atención a las pacientes tanto pre como postbiopsia, incluyendo distintas acciones de mejora como: llamada previa a biopsia a las pacientes para revisar medicación y explicar procedimiento, proporcionar a las pacientes la posibilidad de acudir sin cita previa a la sección∫ para consultar posibles complicaciones postbiopsia, comunicar oralmente y en papel las recomendaciones postbiopsia, etc.

RES0078 Mamografia Con Contraste (CEM)

Santiago Zaldua Nieto[1], Ruth Diego Esteban[2], Itxasne Idiri Goirigolzarri[3]

[1]

[2]Hospital Urduliz-alfreso Espinosa Servicio Vasco De Salud Osakidetza
[3]Hospital Urduliz-alfredo Espinosa Servicio Vasco De Salud Osakidetza

Objetivos

Poner en conocimiento de los profesionales de Radiologia la nueva tecnica de mamografia con contraste que llevamos ya realizando desde hace dos años en el Hospital Urduliz

con un resultado satisfactorio, se basa en la detección de la neovascularización de los tumores de la mama. Igual que ocuerre con la resoncia magnetica utilizando un medio de contraste iodado resaltamos los vasos snguineos asociados al cancer mejorando asi su detección.

Material y Métodos

Se canliza via intravenosa, e introducimos bolo de contrste con inyector a flujo de 3.00 ml/sg y cantidad segun peso del paciente (klg x 1,5=ml de contraste). Esperamos tres minutos y realizamos las mamografias. Empezamos por OML de la mama sospechosa. Realizamos OML y CC de ambas mamas y lateral de la mama sospechosa. Realizamos dos adquisiciones, alta y baja energia.

Resultados

Esta tecnica esta recomendada para: Pacientes que salen de Ginecologia con bultos palpables y con una sospecha clinica alta de existencia de un tumor. Pacientes con elevado riesgo: Adquellas con un historial familiar en el que ya hay casos de cancer de mama. Pacientes con patrones mamarios con alta densidad (C y D). Seguimientos anuales de aquellas que hayan sufrido un cancer de mama.

Conclusiones

Si la comparamos con la mamografia tradicional esta nueva versión es mas sensible y especifica tratrando de detectar lesiones que pueden quedar ocultas en la habitual conbinación entre mamografia y ecografia mamaria. Tambien da mas seguridasd en el diagnostico de tejidos surcados de cicatrices provocadas por la cirujia.

RES0123 Biopsia asistida por vacío: experiencia clínica y resultados

Marina Castellanos García, Laia Ribugent Bascuñana Clínica Girona Diima - Clínica Girona

Objetivos

La biopsia asistida por vacío (BAV) es una técnica mínimamente invasiva empleada para el diagnóstico de lesiones mamarias sospechosas detectadas mediante mamografía, ecografía o resonancia magnética. A diferencia de la biopsia con aguja gruesa (BAG), la BAV permite obtener un mayor volumen de tejido, lo que mejora la calidad diagnóstica y reduce la necesidad de procedimientos quirúrgicos posteriores.

En nuestro centro, la BAV guiada por estereotaxia se ha consolidado como la técnica de elección para pacientes con cúmulos de microcalcificaciones sospechosas en estudios mamográficos. Esta modalidad permite localizar con precisión el punto exacto de la lesión, garantizando así la obtención de muestras representativas y de alta calidad.

Material y Métodos

El presente estudio retrospectivo abarca el período comprendido entre mayo de 2022 y mayo de 2025. Durante este tiempo, se programaron un total de 177 biopsias asistidas por vacío, de las cuales 172 se realizaron con éxito.

Resultados

La incidencia de cáncer de mama en las muestras obtenidas fue del 60,69%, con predominio del carcinoma ductal in situ (carcinoma intraductal). Entre las muestras remitidas al servicio de Anatomía Patológica se identificaron distintos tipos de lesiones, tanto benignas como malignas.

Conclusiones

Los resultados obtenidos confirman que la biopsia asistida por vacío (BAV) es una herramienta diagnóstica eficaz, segura y precisa para el abordaje de lesiones mamarias sospechosas, especialmente en el contexto de microcalcificaciones no palpables. Su alta capacidad diagnóstica y su elevada tasa de éxito la posicionan como el método de elección en escenarios clínicos que requieren máxima precisión con mínima invasividad.

Además de su precisión diagnóstica, la BAV presenta ventajas adicionales: es un procedimiento ambulatorio, rápido y bien tolerado por las pacientes, con tiempos de recuperación mínimos y bajo impacto emocional.

No obstante, deben considerarse ciertas limitaciones técnicas, especialmente en la localización de lesiones muy posteriores o superficiales, que, aunque poco frecuentes, pueden impedir la realización del procedimiento.

RES0152 One stop diagnosis en mama: transformando la carencia en eficiencia mediante la mamografia con contraste.

Antonia Sillero Romero[1], Eva Aspas Hevia[1], Imma Ramal Pérez[1], Estefania Adamuz Martínez[1], Eva Borrell Rincon[2], Maria Soto Puchol[3], Montse Rubio Rodriguez[3], Raquel Soriano Guallarte[3], Amador Quintanilla Amaya[3], Cristina Morata López[3]

[1]Fundació Privada Hospital Asil de Granollers Servicio Diagnóstico por la Imagen
[2]Fundació Privada Hospital Asil de Granollers
[3]

Objetivos

Responder al incremento progresivo de casos de patología mamaria y al acceso limitado a la resonancia magnética en nuestro hospital, mediante un modelo diagnóstico resolutivo utilizando la mamografia con contraste, optimizando los recursos disponibles, reduciendo al minimo los tiempos de espera, garantizando la calidad diagnóstica con eficiencia y rapidez en el proceso asistencial.

Material y Métodos

Se evaluó el impacto clínico y organizativo de la implementación progresiva de la mamografía con contraste como herramienta diagnóstica clave en el desarrollo del circuito *One Stop Diagnosis.* Para ello, se dividió su aplicación en diferentes fases dentro de nuestro servicio, analizando estadísticamente cada una de ellas en función del nímero de casos y su correlación anatomopatológica, justificando su uso como prueba funcional.

Resultados

La mamografía con contraste tiene un rol excepcional en el diagnóstico del cancer de mama. En nuestro hospital, su implementación estratégica ha permitido transformar una carecia logística en una oportunidad organizativa: el acceso limitado a la resonáncia magnética, ya que disponemos únicamente de un resonador para todo nuestro servicio diagnóstico por la imagen, sumada al aumento progresivo de casos de cáncer de mama, especialmente en pacientes jóvenes, nos motivó a elaborar un modelo de algoritmo diagnóstico rápido y eficiente, basado en una única visita asistencial.

Conclusiones

La mamografía con contraste ha logrado transformar un contexto de limitaciones logísticas en una oportunidad organizativa con impacto tangible. Este modelo permite identificar, caracterizar e intervenir lesiones sospechosas en un único acto asistencial, mejorando tanto la eficiencia diagnóstica como la experiencia de la paciente. El alto valor predictivo negativo de esta técnica ha reducido significativamente las biopsias innecesarias. Este modelo organizativo responde proactivamente al aumento de la incidéncia del cáncer de mama, optimizando estratégicamente los recursos disponibles. Nuestra experiéncia demuestra que es posible ofrecer un diagnóstico de calidad, con tiempos de espera reducidos y criterios clínicos consolidados, incluso en contextos con disponibilidad limitada de resonancia magnética.

RES0182 "He visto cosas que no creeríais": accediendo a lo invisible con biopsia de vacío guiada por mamografía con contraste. Implementación en una unidad de radiología de mama.

Mercedes Romero Viera[1], Gertrudis Aroca Majarón[1], Pilar Escobar Casas[2], Cristina Gómez De Las Heras[2]

[1]Hospital De Valme Radiodiagnóstico [2]

Objetivos

- Implementación inicial en nuestra unidad de la biopsia asistida por vacío guiada por mamografía con contraste
(CEM) en los realces adicionales detectados por esta técnica y ocultos en ecografía dirigida o tomosíntesis.
- Valoración de resultados y su impacto en la

estadificación loco regional.
- Proponer esta modalidad de biopsia como técnica alternativa a la biopsia guiada por resonancia magnética (RM)
en los centros donde ésta no esté disponible.

Material y Métodos

Estudio descriptivo de biopsias de vacío en realces sospechos en CEM con ecografía dirigida o tomosíntesis negativa. El procedimiento fue realizado en mamógrafo con disponibilidad de mamografía con contraste y biopsia de vacío estereotáxica. Se excluyeron a pacientes con contraindicaciones para la utilización de contraste radiológico iodado, portadoras de prótesis y/o gentantes. En todas se obtuvo el consentimiento informado para la participación en el estudio. Se recogieron las características técnicas, resultados y cambios en la planificacion terapeutica secundarios a su implementación.

Resultados

La edad media fue de 64,6 años, siendo la principal indicacion de la CEM el estadio locorregional. El hallazgo más frecuente fue el realce no masa con un diámetro medio de 16,8 mm y un diámetro mínimo de 4 mm. La posición de acceso predominante fue sentada con abordaje horizontal. El tiempo medio de exploración fue de 17 minutos y la dosis glandular media estimada 12,3 mGy. El procedimiento se realizó con éxito en el 100% de los casos. Se registraron complicaciones leves en tres pacientes. Se obtuvieron diagnóstico histológico B5 en el 66,7% de los casos, B3b en el 11,1% y B2 en el resto. En seis pacientes (66,7%) se modificó la actitud terapéutica tras la biopsia con ampliación a la mama contralateral en 2 casos (22,2%).

Conclusiones

La biopsia guiada por CEM es una técnica emergente segura, rápida y accesible para el abordaje de realces únicamente visibles con técnicas de imagen mamaria morfofuncionales. Su aplicación permite obtener el diagnóstico histológico en lesiones antes únicamente accesibles por RM, con impacto directo en la planificación quirúrgica. El procedimiento se realiza íntegramente en la unidad de mama, sin necesidad de compartir recursos con otras áreas radiológicas, lo que facilita su implementación incluso en centros sin acceso a RM intervencionista.

Su integración en unidades de mama con experiencia técnica previa es sencilla y de fácil adopción.

RES0353 Marcadores Mamarios Cutáneos

Gloria Roquet-Jalmar Mallol[1], Anna Lopez Trullols[1], Sebastian Kohan[2], Sonia Ripoll Dominguez[2], Jessica Sanchez Lopez[2], Noelia Dominguez Almazan[2]

[1]hospital Salut Sant Joan - Reus Baix Camp Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear
[2]

Objetivos

Los marcadores cutáneos ofrecen una forma sencilla y no invasiva de mejorar la eficacia y reducir las recitaciones cuando realizamos mamografias.

valoraremos desde nuestra experiencia, el uso de diferentes marcadores cutáneos mamarios en nuestro servicio de radiodiagnostico.

Material y Métodos

Examinamos las mamografias realizadas en el periodo de (2020 - 2023) tanto de cribado como diagnósticas.

Utilizamos cinco tipos distintos de marcadores bajo pautas preestablecidas. Estas pautas nos permiten asegurar el uso adecuado de los marcadores de piel para facilitar la interpretación del radiologo, evitar confusión al comparar examenes anteriores, ayudar en la interpretación de otros radiologos externos y con interpretaciones futuras.

Se señalo la ubicación de lunares, cicatrices cutáneas de cirugias previas, masas palpables, posición del pezón, dolor focal o áreas no palpables de interés.

Resultados

Para un buen diagnóstico hay que conocer bien la utilidad de cada marcador cutáneo.

En nuestra experiencia no hubo casos de alergia y no cambia su posición durante todo el examen.

La colocación de los marcadores ha ayudado a establecer concordancia entre el historial quirúrgico y los resultados mamograficos de las pacientes.

También fue útil reduciendo las recitaciones para descartar dudas y en definitiva mejorando la comunicación entre el paciente, el técnico y el radiólogo.

Conclusiones

Un protocolo de rutina de marcado cutáneo en mamografía se alinea con las recomendaciones actuales. Los marcadores de piel agregaron valor a los médicos al proporcionar señales visuales instantáneas que pueden ayudar a reducir la incertidumbre, y lo más importante, documentar digitalmente los resultados del examen físico en la mamografía. Tener un protocolo estándar para el uso de marcadores cutáneos disminuye la posibilidad de malas interpretaciones y mejora la comunicación entre el técnico especialista y el radiólogo. El uso de los marcadores reduce el riesgo de falsos negativos y falsos positivos disminuyendo la realización de vistas adicionales y recitaciones innecesarias.

RES0378 "Artefactos en Mamografía de Contraste: Identificación y Manejo”

Mª Pilar Núñez Herrero, María Begoña Ballesteros Escolar, Beatriz Garcia Sanchez

Objetivos

En mamografia con contraste (CEM) valorar los artefactos que se pueden dar debido a la propia tecnica tanto por contaminacion de contraste, como por error de posicionamiento o por el proceso de imagen.

Resaltar la importancia de reconocer y abordar los artefactos que pueden interferir con la calidad de las imágenes, mejorando así el diagnóstico y la detección temprana del cáncer de mama.

Material y Métodos

La mamografía con contraste se realiza mediante la administración de un medio de contraste, generalmente yodado, seguido de la obtención de imágenes mamográficas.

Este procedimiento mejora la visualización de lesiones, especialmente en tejidos densos, permitiendo una detección más precisa de anomalías. Los métodos incluyen la mamografía digital y la resonancia magnética, donde el contraste ayuda a delinear mejor las estructuras mamarias.

Los artefactos más detectados son:

- Artefactos relacionados con el contrate
- Artefactos relacionados con el paciente.
- Artefactos especificos de CEM.
- Artefactos por procesamiento.

Para verificar dichos artefactos, se realizaron resonancias comparativas.

Resultados

Los resultados de artefactos en mamografías con contraste deben expresarse de manera clara y objetiva. Es esencial mencionar la localización exacta del artefacto, su apariencia y características, así como su relación con los tejidos circundantes.

Además, se debe destacar si el artefacto puede interferir con la interpretación de las imágenes. Se recomienda concluir con una recomendación sobre la necesidad de estudios adicionales o seguimiento, si es pertinente, para asegurar un diagnóstico preciso.

Conclusiones

La importancia de identificar los artefactos evita diagnosticos erroneos . ayuda a optimizar la interpretracion , mejora la calidad de imagen.

RES0381 "Enfermera y técnico: dos roles, un mismo objetivo. Precisión, seguridad y cuidado integral en la mamografía con contraste”.

Laura Martín Arce[1], Aida Lacambra Marco[1], Ana Maria Mingorance Lora[2], Mónica Ruiz

Lara[2], Marta Macià Rius[2], Antonio Mariscal Martínez[2]

[1]*Hospital Universitario Germans Trias i Pujol Unidad de Diagnóstico por Imagen de la Mama*
[2]

Objetivos

Mostrar la consolidación de la mamografía con contraste (MC) en una Unidad de Diagnóstico por la Imagen de la Patología Mamaria (UDIM) desde la perspectiva enfermera y técnico.

Revisión retrospectiva de las (MC) realizadas en nuestra unidad desde su implantación en 2020 hasta la actualidad.

Material y Métodos

La (MC) es una técnica de imagen funcional que combina la información de la mamografía convencional con la información de la imagen recombinada tras la administración de contraste yodado endovenoso, mejorando la detección y caracterización de lesiones mamarias. En nuestro hospital, es una técnica que se puede realizar gracias a la incorporación indispensable del personal de enfermería en la Unidad.

Una buena gestión de cada caso, por parte de enfermería, valorando previamente si hay alguna contraindicación médica como alergia al contraste yodado o insuficiencia renal, o si precisa de alguna preparación previa por problemas de tolerancia a la prueba o diabetes con metformina, permite agilizar la programación de la (MC) en las condiciones idóneas.

La coordinación entre enfermera y técnico también es esencial: mientras enfermería prepara a la paciente, verifica antecedentes y supervisa la administración del contraste endovenoso, el técnico garantiza una correcta posición y calidad de imagen ofreciendo una atención conjunta precisa, segura y centrada en la paciente.

Resultados

En nuestro centro, iniciamos la implantación de la técnica en 2020 con la realización de 7 (MC). Progresivamente cada año ha ido en aumento: 76 en 2021, 294 en 2022, 415 en 2023, 537 en 2024 y 251 hasta mayo de 2025.

Las indicaciones para la realización fueron: sospecha radiológica (BIRADS IV/V), sospecha clínica, estadificación tras diagnóstico de neoplasia de mama, respuesta a la Quimioterapia Neoadyuvante y/o contraindicación a la resonancia magnética.

En cuanto a los efectos adversos de la (MC), sólo se ha presentado algún caso leve de erupción cutánea o náuseas, con resolución espontánea o necesidad de alguna medicación endovenosa puntual, y un único caso de reacción alérgica al contraste yodado, que precisó de soporte vital urgente y con resolución favorable.

Conclusiones

Aunque la (mc) es generalmente segura, es imprescindible la incorporación de personal de enfermería en unidades de mama que gestione, identifique y maneje posibles complicaciones, registrando todo el procedimiento.

La colaboración entre enfermera y técnico es fundamental para garantizar un procedimiento seguro, eficaz y centrado en la calidad asistencial, lo que permite agilizar los tiempos en los circuitos diagnósticos y disminuir la ansiedad de la paciente durante todo el proceso.

Cribado poblacional de cáncer de mama

RES0039 Optimización de los Tiempos mediante la Intervención de la Enfermera Gestora de Casos en un Hospital de Referencia (2007–2022).

María Luisa Cascales Pérez[1], Patricia Palacio Gaviria[2], Mª del Sol López Sáez[1], Joaquín Granados Ortega[1], Olga Monteagudo Piqueras[3], Antonio Piñero Madrona[4], Florentina Guzmán Aroca[5], Francisco José Barceló Valcárcel[6], José Luis Alonso Romero[7]

[1]Consejeria De Salud Servicio De Promoción Y Educación Para La Salud
[2]Hospital Universitario Virgen De La Arrixaca Unidad De Mama
[3]Consejeria De Salud Servicio De Promoción y Educación Para La Salud. Dirección General De Salud Pública Y Adicciones. Consejería De Salud Región De Murcia.
[4]Hospital Universitario Virgen De La Arrixaca Jefe De Sección De Cirugía Del Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca
[5]Hospital Universitario Virgen De La Arrixaca Jefa Del Servicio De Radiología Del Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca
[6] Hospital Universitario Virgen De La Arrixaca Jefe De Sección De Ginecología Del Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca.
[7]Hospital Universitario Virgen De La Arrixaca Jefe De Servicio De Oncología Médica. Coordinador De La Unidad De Patología mamaria del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Objetivos

Analizar la evolución temporal del tiempo transcurrido hasta la primera consulta en la Unidad de Mama tras una derivación desde el Programa de Prevención de Cáncer de Mama en un Hospital de referencia durante el período 2007-2022, así como evaluar el tiempo intrahospitalario en las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.

Material y Métodos

Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo realizado entre el periodo de 2007 a 2022. Mediante la aplicación

Microsoft® Power Business Intelligence (MPBI) se elaboraron varios informes de resultados con datos anonimizados de las mujeres derivadas a la unidad de mama del hospital de referencia. En el análisis descriptivo se utiliza el día como unidad de medida, y el resultado se expresa como la mediana de los registros anuales en el tiempo de primera consulta, y en el tiempo intrahospitalario.

Resultados

Entre 2007 y 2022, el Programa Regional de Cribado de Cáncer de Mama derivó un total de 1.553 mujeres a la Unidad de Mama del hospital de referencia correspondiente a un área sanitaria específica. El 56.60% (879 mujeres) fueron diagnosticadas con cáncer de mama, mientras que el 43.40% (674 mujeres) presentaron lesiones benignas. Entre 2007 y 2022, los tiempos de espera para la primera consulta en la Unidad de Mama variaron entre 3 (año 2014) y 12 días (año 2010). La tasa de derivación de mujeres a la Unidad de Mama mostró una variación entre bienios, oscilando entre un 0,49 % en el periodo 2017–2018 y 0,84 % en el bienio 2011–2012. Con respecto a los tiempos intrahospitalarios, se experimentó una variación entre 31 días (año 2021) y 65 días (año 2012).

Conclusiones

El profesional de enfermería del Programa de cribado Regional ha desempeñado un papel crucial en el registro del cribado de cáncer de mama garantizando un proceso eficiente desde 2007 a 2022. En 2013, la incorporación de una enfermera gestora de casos en la Unidad de Mama del Hospital de referencia coincidió con una disminución significativa en el tiempo de espera para la primera consulta, pasando de 12 días en 2010 a 4 días en 2013. Este cambio refleja el impacto positivo de la gestión de casos en la optimización de los tiempos de atención.

RES0100 Impacto del TSID en la ecografía mamaria: un modelo de excelencia asistencial basado en la concordancia, predicción y optimización de recursos

María Sonia Martín Moreno, Begoña Carrasco Martínez

Objetivos

La ecografía mamaria es fundamental en la detección precoz y el manejo del cáncer de mama. La incorporación del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico (TSID) en la adquisición de imágenes y la emisión de alertas sobre hallazgos sospechosos, bajo supervisión médica, plantea un modelo asistencial innovador. Este estudio evalúa el impacto del TSID en términos de concordancia diagnóstica con el radiólogo, valor predictivo de las alertas y eficiencia organizativa.

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo incluyendo todas las pacientes

sometidas a procedimientos de imagen mamaria durante 2024: ecografía mamaria, eco Doppler, second look, DEPRECAM y biopsia con aguja gruesa (BAG). Se analizaron 5.234 ecografías mamarias, 946 eco Doppler, 62 second look, 245 DEPRECAM y 324 BAG. Se recogieron variables sobre concordancia TSID-radiólogo, volumen mensual de procedimientos, resultados de BAG según alertas TSID, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN), localización y tipo histológico de las lesiones, y eficiencia asistencial.

Resultados

La concordancia entre TSID y radiólogos en second look fue del 92% (57/62 casos), reflejando una excelente alineación diagnóstica. En los casos discordantes, la biopsia confirmó malignidad en dos pacientes y benignidad en tres. El VPN de las alertas TSID fue del 86,8% (105/121), lo que indica que casi 9 de cada 10 pacientes no alertadas por el TSID no presentaron patología maligna en la biopsia. El VPP fue del 59,5% (113/190), mostrando una adecuada capacidad para identificar lesiones relevantes. La localización más frecuente de las lesiones fue el cuadrante superoexterno y los diagnósticos histológicos más habituales fueron carcinoma infiltrante/invasivo, fibroadenoma, adenosis y metástasis. El modelo permitió mantener un alto volumen de actividad, reduciendo los tiempos para ecografía y biopsia, y mejorando la accesibilidad y experiencia de las pacientes. La agenda de radiólogos se descongestionó, permitiendo mayor dedicación a casos complejos.

Conclusiones

La integración del TSID en la ecografía mamaria garantiza una elevada concordancia diagnóstica y un VPN comparable con estudios publicados. La decisión clínica y emisión de informes es responsabilidad de los radiólogos. Este modelo de trabajo optimiza la eficiencia y la seguridad asistencial y puede ser exportable a otros centros que busquen mejorar la calidad y accesibilidad en el diagnóstico mamario.

RES0117 colaboración del técnico en la valoración precoz del cáncer de mama

Carolina Marín Gambarte, Ester Fernández Díaz, Alicia Barreras Faces, Jesus Alonso Casares, Concepcion Eguizabal Malo

Hospital Universitario San Pedro Unidad Diagnóstica De Mama

Objetivos

Estudiar la participación activa de los "técnicos superiores en imagen para el diagnóstico" en el proceso de cribado mamográfico, llevado a cabo en la unidad móvil dentro del programa de detección del cáncer de mama de la rioja, con el fin de adelantar la lectura de mamografías (claramente sospechosas) por parte de los radiólogos de la unidad diagnóstica de mama.

Material y Métodos

Desde octubre 2024 a marzo 2025 se realizaron en la unidad móvil del programa de detección de cáncer de mama 8113 mamografías, entre las que se diagnosticaron un total de 32 canceres. En el proceso de revisión de la correcta realización de las proyecciones mamográficas, los técnicos (con una trayectoria profesional superior a 5 años) pudieron detectar imágenes sospechosas de cáncer de mama.

Se diseñó un procedimiento de aviso prioritario, ante la detección de dichas imágenes, entre los técnicos de la unidad móvil y los radiólogos encargados de la lectura de la unidad diagnóstica. Gracias a este aviso, los médicos radiólogos pueden priorizar la interpretación de las pruebas, adelantando su análisis respecto al circuito habitual.

Resultados

Durante el periodo analizado se enviaron un total de 108 avisos prioritarios. De ellos, se consideró realizar por parte de los radiólogos, pruebas complementarias a 47 pacientes y se detectaron 14 canceres, lo que supone un 43.7% de todos los canceres diagnosticados en dicho periodo.

Conclusiones

La observación de imágenes sospechosas por parte del técnico superior en imagen para el diagnóstico, en el proceso de revisión de la correcta realización de las proyecciones mamográficas, permite un adelanto diagnóstico en determinadas paciente que podrán beneficiarse de un tratamiento más precoz.

RES0160 Ampliar el cribado poblacional. Un paso más allá.

Encarna Tomé Ramos[1], María Antonia Burgueño Núñez[2], Juan Font Castillo[3]

[1]Hospital Universitari Mollet Hospital de día médico oncológico
[2]Hospital Universitari Mollet Unidad de patología de mama y Cribado poblacional de cáncer de mama
[3]Hospital Universitari Mollet Enfermero gestor del área ambulatoria

Objetivos

En 2025 se plantea a los hospitales que participan en el programa del cribado de cáncer de mama (PCCM) ampliar la franja de edad.

Se realizó un primer estudio evaluando, por grupos de edad, las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama (CM) en las franjas de edad fuera del PCCM, centrándose finalmente en los grupos más cercanos al mismo, determinando que tendría mayor impacto ampliar el PCCM entre las mujeres de 45 a 49 años en relación a las de 70 a 74 años, pero decidimos profundizar en los datos obtenidos.

Planteando como objetivos:

- Analizar y evaluar las mujeres diagnosticadas de CM en las franjas de edad de 45 a 49 años y de 70 a 74 años.
- Verificar que tiene mayor impacto la ampliación del PCCM en las mujeres de 45 a 49 años.

Material y Métodos

Estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo de las mujeres diagnosticadas de cm en el hospital en un periodo de 6 años.

Se evaluaron los años del 2019 al 2024, y las franjas de edad de 45 a 49 años y de 70 a 74 años.

Resultados

Se diagnosticaron de CM a 115 mujeres en las franjas de edad evaluadas:

- 45-49 años: 69 mujeres (60%)
- 70-74 años: 46 mujeres (40%)

Se realiza un análisis comparativo de diferentes datos, exponiendo los de mayor incidencia:

- Tipo de tumor:
    - Carcinoma Ductal Infiltrante:
        - 45-49 Años: 56 Mujeres (48,70%)
        - 70-74 Años: 36 Mujeres (31,30%)
- Estadiaje clínico:
    - I: 45-49 Años: 17 Mujeres (14,78%)
    - I: 70-74 Años: 15 Mujeres (13,04%)
    - Iia: 45-49 Años: 22 Mujeres (19,13%)
    - Iia: 70-74 Años: 13 Mujeres (11,30%)
    - Iib: 45-49 Años: 14 Mujeres (12,19%)
    - Iib: 70-74 Años: 10 Mujeres (8,70%)
- Primer tratamiento:
    - o Intervención quirúrgica:
        - 45-49 Años: 29 Mujeres (25,22%)
        - 70-74 Años: 25 Mujeres (21,74%)
    - o Quimioterapia neoadyuvante:
        - 45-49 Años: 31 Mujeres (26,96%)
        - 70-74 Años: 12 Mujeres (10,43%)
- Tipo de IQ:
    - o Conservadora:
        - 45-49 Años: 42 Mujeres (36,52%)
        - 70-74 Años: 31 Mujeres (26,96%)
    - o Radical:
        - 45-49 Años: 18 Mujeres (15,65%)
        - 70-74 Años: 3 Mujeres (2,61%)

Conclusiones

En los 6 años evaluados en las mujeres de 45 a 49 años el CM se presenta en un estadiaje clínico más avanzado, implicando tener que realizar tratamientos más agresivos.

Afirmando con ello que tendría mayor impacto ampliar el PCCM en esta franja de edad, pudiendo realizar una detección temprana de la enfermedad mejorando el pronóstico y aumentando la supervivencia de la mujer.

RES0162 Cribado poblacional ¿Hacia dónde ampliar?

María Antonia Burgueño Núñez[1], Encarna Tomé Ramos[2], Juan Font Castillo[3]

[1]Hospital Universitari Mollet Unidad de patología de mama y Cribado poblacional de cáncer de mama
[2]Hospital Universitari Mollet Hospital de día médico y oncológico
[3]Hospital Universitari Mollet Enfermero gestor del área ambulatoria

Objetivos

El programa del cribado de cáncer de mama (PCCM) en Cataluña va dirigido a mujeres entre 50 y 69 años potencialmente sanas que no siguen controles mamográficos o bien no se han realizado una mamografía en los últimos 6 meses y no cumplen ningún criterio de exclusión (defunción, enfermedad terminal, diagnosticada de cáncer de mama (CM), etc).

En 2025 se plantea, a los hospitales que participan en el pccm, ampliar la franja de edad por lo que surge la pregunta ¿hacia dónde ampliar?

Planteando como objetivos

- Evaluar las mujeres diagnosticadas de CM en las franjas de edad fuera del PCCM.
- Determinar sobre qué franja de edad tendría mayor impacto la ampliación del PCCM.

Material y Métodos

Estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo de todas las mujeres diagnosticadas de cm en el hospital en un periodo de 6 años.

Se evaluaron los años del 2019 al 2024 y las mujeres diagnosticadas de CM en las franjas de edad menor de 50 años y mayor de 69 años.

Resultados

En el periodo estudiado se diagnosticaron de cm a 639 mujeres de las cuales 298 (el 46,64% del total) se encontraban en las franjas de edad evaluadas.

Analizando los datos por subgrupos de edad y en relación a las 298 mujeres:

- < 50 Años: 122 Mujeres (40,94%)

    - < 40 Años: 18 Mujeres (6,04%)
    - 40-44 Años: 35 Mujeres (11,75%)
    - 45-49 Años: 69 Mujeres (23,15%)
- > 69 Años: 176 Mujeres (59,06%)
    - 70-74 Años: 46 Mujeres (15,44%)
    - 75-79 Años: 52 Mujeres (17,45%)
    - >79 Años: 78 Mujeres (26,17%)

Centrándose en las franjas de edad más cercana al PCCM observamos que se diagnosticaron de CM 115 mujeres, tomando este dato como el 100%:

- 45-49 años: 69 mujeres (60%)
- 70-74 años: 46 mujeres (40%)

Afirmando que hay una mayor incidencia entre las mujeres diagnosticadas de 45 a 49 años, en comparación a las de 70 a 74 años.

Conclusiones

En los 6 años evaluados hay más mujeres diagnosticadas de CM de 45 a 49 años, por lo que tendría mayor impacto ampliar el PCCM en esta franja de edad.

Teniendo en cuenta que son mujeres jóvenes a las que se les podría realizar una detección temprana de la enfermedad permitiendo realizar un tratamiento más efectivo y menos agresivo mejorando con ello el pronóstico, aumentando la calidad de vida y la supervivencia de la mujer.

Res0245 Significado del diagnóstico de cáncer de mama en mujeres de 45-49 años: repercusión de un inicio tardío del programa de cribado

Esther Morera Morillo[1], M. Pilar Carrasco Ruperez[2], Monica Trillo Garcia[1], Pilar Biela Ferreiro[1], Carles Canosa Morales[1], Jordi Mele Olive[1], Marta Lourdes Gonzalez Duaigües[1], Laura Arbones Cid[1], Pilar Ribes Llovet[1], M.carmen Carmona Luque[1]

[1]Hospital Universitario Arnau Vilanova LLeida UNIDAD FUNCIONAL DE MAMA
[2]Hospital Universitario Arnau de Vilanova Lleida UNIDAD fUNCIONAL DE MAMA

Objetivos

Analizar la incidencia de cáncer de mama en mujeres de 45 a 49 años, grupo etario aún no incluido en el Programa de Cribado de nuestra Comunidad Autónoma, así como valorar el estadio tumoral al diagnóstico y los tratamientos requeridos

Material y Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en nuestra unidad entre los años 2022 y 2024, con edades comprendidas entre 45 y 49 años.

Los datos fueron extraídos del sistema SAP, incluyendo características tumorales, tratamiento recibido y tipo de cirugía practicada.

Resultados

Año 2022:

Total casos diagnosticados: 303Casos entre 45-49 años: 21 (7%)

Tamaño Tumoral: 6 T1 (1-2 Cm) 28,5%, 10 T2 (2-5 Cm) 47,6%, 2 T3 (9,5%), 4 Cdis Y 1 Paciente Metastásica

Quimioterapia neoadyuvante: 14 pacientes

Cirugía: 6 Mastectomías (28%), 14 Tumorectomías, 7 Linfadenectomías Axilares (33%)

Año 2023:

Total Casos Diagnosticados: 371casos Entre 45-49 Años: 34 (9,1%)

Tamaño Tumoral: 14 T1 (41%), 14 T2 (41%), 3 T3 (8%); 2 Cdis (5%)y 1 Metastásica

Quimioterapia neoadyuvante: 14 pacientes

Cirugía: 8 Mastectomías (24%), 25 Tumorectomías (75%), 10 Disecciones Axilares (29%)

Año 2024:

Total Casos Diagnosticados: 352 Casos Entre 45-49 Años: 28 (7,9%)

Tamaño Tumoral: 11 T1 (39%), 7 T2 (25%) 4 T3 (14%) 1 T4 (2%), 1 Metastásica

Quimioterapia neoadyuvante: 15 pacientes (53%)

Cirugía: 8 Mastectomías (29%), 19 Tumorectomías (70%), 7 Linfadenectomías (25%)

Conclusiones

Los datos reflejan una incidencia significativa de cáncer de mama en mujeres de 45 a 49 años, muchas de las cuales presentan tumores en estadios avanzados al diagnóstico. La exclusión de este grupo del cribado sistemático puede retrasar la detección precoz, condicionando pronósticos menos favorables y la necesidad de tratamientos más agresivos.

Adelantar la edad de inicio del Programa de Cribado permitiría diagnosticar lesiones en fases iniciales, lo que no solo mejoraría la supervivencia, sino que también posibilitaría intervenciones quirúrgicas menos invasivas. Esto supondría un menor impacto a nivel personal, familiar, social y laboral para las pacientes afectadas.

Diagnóstico medicina nuclear

RES0260 Implementación de la Enfermera de Práctica Avanzada en la inyección de radiofármacos para la localización del ganglio centinela en cáncer de mama: experiencia organizativa en un servicio de Medicina Nuclear

Georgina Giner Mena[1], Marta Sofía Pereira Martins[1], Aida Miranda Águila[2], Helena Diago Martín[2], David Carrera Salazar[2], Sonia Chumillas Castellnou[2], Sandra Castaño Ortíz[2], Alba Rodríguez Linares[2], Maria Pérez Llauradó[2], María Patricia Fierro Alanis[2]

[1]Institut de Diagnòstic per la Imatge/ Hospital Joan XXIII, Tarragona Medicina Nuclear
[2]

Objetivos

La creciente presión asistencial, la escasez de profesionales sanitarios y la necesidad de racionalizar recursos impulsan la redefinición de roles en el ámbito hospitalario. En este contexto, la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) se perfila como un perfil estratégico, asumiendo competencias tradicionalmente médicas.

Una de ellas es la inyección del radiofármaco para la localización del ganglio centinela (GC) en pacientes con cáncer de mama, técnica que requiere coordinación, trazabilidad y eficiencia. La incorporación de la EPA a este procedimiento puede representar un cambio organizativo relevante en servicios de Medicina Nuclear.

Describir el proceso de incorporación progresiva de la epa en la técnica de inyección del radiofármaco (rf) para gc, y analizar los cambios organizativos derivados de su implementación.

Material y Métodos

Estudio descriptivo observacional desarrollado en un servicio de Medicina Nuclear.

La implementación se estructuró en cuatro fases:

1. Formación teórica: Seminario por referentes de cirugía radioguiada, revisión de guías clínicas y protocolos de referencia.

2. Entrenamiento práctico supervisado: Realización de procedimientos bajo supervisión directa.

3. Validación de competencias y autonomía progresiva: inyecciones realizadas por la EPA de forma autónoma.

4. Análisis del circuito asistencial: Evaluación de procesos, tiempos, roles, pasos redundantes, así como barreras comunicativas y logísticas (journey map)

Resultados

El programa permitió incorporar de forma estructurada la EPA al procedimiento, garantizando la seguridad técnica y la trazabilidad clínica. La reorganización del circuito asistencial eliminó tareas redundantes, redujo la dependencia médica en fases logísticas y mejoró la eficiencia del proceso. La autonomía enfermera permitió una mayor flexibilidad en la programación de la actividad y mejoró la coordinación entre equipos. La implementación fue bien valorada por los profesionales implicados, destacando el empoderamiento profesional, la cohesión interdisciplinar y la mejora operativa sin impacto negativo en la calidad del procedimiento. Como resultado del análisis del circuito asistencial, se identificaron variabilidades y falta de información en el circuito asistencial, dando lugar al inicio de un rediseño del proceso para optimizar la eficiencia y la seguridad.

Conclusiones

La incorporación de la EPA a la técnica de inyección de RF para el ganglio centinela en cáncer de mama es factible, segura y eficiente. Su implementación mejora el rendimiento organizativo y ofrece un modelo de respuesta adaptativa ante los desafíos del sistema sanitario actual.

Manejo diagnóstico en anatomía patológica

RES0348 Incidencia de patología mamaria en varones en un Servicio de Anatomía Patológica de un hospital universitario

José Fernando Pérez-Fontán Fernández[1], Elsa Machín Muñiz[2], Cristina Areces San José[3], Eva Allonca Campa[4], Susana María Rodríguez González[4], Sonia Solís Conde[4], Andrea Rodríguez Fernández[1], Estefanía Sánchez García[4]

[1]Hospital Universitario Central de Asturias Servicio Anatomía Patológica
[2]Hospital Universitario Central de Asturias Quirófano
[3]Servicio Anatomía Patológica
[4]

Objetivos

Aunque la patología mamaria en hombres es un tema poco conocido,es importante saber que en los varones pueden aparecer lesiones tanto benignas como malignas en las mamas. La gran mayoría no desarrollará ninguna patología mamaria y de hacerlo,en la mayor parte de los casos corresponderán a ginecomastias, que es la patología benigna más frecuente.

La patología mamaria maligna en el hombre supone el 1% de todos los cánceres de mama y menos del 1% del total de todos los

cánceres en el hombre. Se estima que la incidencia anual de cáncer de mama en hombres es de 1-2 casos por cada 100.000 habitantes.

Nuestro objetivo es realizar un estudio retrospectivo de la incidencia de aquellas patologías mamarias en varones,que fueron estudiadas durante 5 años (entre 2020 y 2024) en el Servicio de Anatomía Patológica de nuestro hospital.

Material y Métodos

Se realizó una búsqueda de pacientes varones, de los que se hubiera recibido una muestra (punción, biopsia, citología o autopsia) en nuestro servicio de anatomía patológica.

Se realizó una búsqueda de aquellos pacientes varones a los que se les había practicado recogida de muestra para estudio anatomopatológico, ya fuera en forma de citología, punción o biopsia. La búsqueda se hizo usando Patwin, programa de gestiónmédica para Anatomía Patológica.

Resultados

En 5 años se recibieron 255 muestras (biopsia, citología, punción o autopsia) que correspondieron a 112 pacientes, siendo la media de 22,4 pacientes por año.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- El 63,3% de los casos correspondieron a lesiones benignas, siendo la ginecomastia la patología más numerosa (71%). El resto de las patologías benignas corresponden a lipomas, quistes, fibromatosis, fascitis, schwannoma e incluso a cirugías profilácticas de pacientes BRCA2+.

- El 36,5% del total de los casos, correspondieron a lesiones malignas, siendo el diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante el tumor más diagnosticado (60,9%). El resto de las patologías malignas diagnosticadas correspondieron a adenocarcinomas, carcinomas in situ, carcinomas de células escamosas, carcinomas papilares y linfomas.

Conclusiones

- La patología mamaria en varones, aunque infrecuente, existe y presenta una variedad diagnóstica significativa.
- La mayoría de las lesiones fueron benignas (63,39%),destacando la ginecomastia como la entidad más frecuente (71% de las lesiones benignas). Este dato es coherente con la literatura y refuerza su consideración como principal diagnóstico diferencial

Estos resultados respaldan la necesidad de mantener protocolos diagnósticos adecuados y una colaboración estrecha entre los servicios de radiología,cirugía,oncología y anatomía patológica,incluso en casos en apariencia infrecuentes como la patología mamaria masculina.

Cuidados del paciente oncológico

RES0175 beneficios con el uso del cojín corazón tras cirugía mamaria y/o axilar

Mirian Moran Sierra[1], Silvia Nombela Fernández[1], Sandra Arias Magadan[2], Jana Bolado Pontigo[2], Lourdes Martin Parada[3], Fatima Vacas Revilla[3], Jose Luis Cobo Sanchez[4]

[1]Hospital Universitario Marqués De Valdecilla Unidad De Mama
[2]
[3]Area De Partos
[4]Area De Calidad/Formación

Objetivos

Valorar la sintomatología postoperatoria tras cirugía mamaria y/o axilar utilizando el cojín corazón.

Material y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal en la Unidad de Mama de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes sometidas a primeras cirugías de mama y/o axila por cáncer de mama. Se estimó una muestra de 202 pacientes entre octubre de 2023 y septiembre de 2024 a partir de una población de referencia de 400 cirugías anuales. Se utilizó un cuestionario hoc autocumplimentado con dos preguntas sobre la sintomatología postoperatoria utilizando el cojín corazón con respuestas en escala Likert de 4 puntos. Se recogieron variables socioclínicas y se realizaron análisis descriptivos e inferenciales (t de Student y ANOVA de un factor). El estudio fue aprobado por el CEIm y se obtuvo consentimiento informado.

Resultados

Participaron 202 pacientes, mayoritariamente mujeres (99%) con una edad media de 58 años. El 74,3% fueron sometidas a cirugía conservadora, frente al 22,3% que se realizó mastectomía y el 14,4% a linfadenectomía. El 80,7% afirmó que el cojín corazón ayuda a mejorar el dolor y el 65,3% percibió mejoría en la inflamación del brazo. En el subgrupo con dolor postoperatorio (17,8%), las puntuaciones de alivio fueron similares al resto, aunque la percepción de mejora de la inflamación (p=0,032) fue mayor en quienes no presentaron dolor.

Conclusiones

El cojón corazón se percibe como un recurso muy valorado por las pacientes sometidas a cirugia de mama y/o axila, aportando un gran beneficio en el control de la sintomatología postoperatoria, contribuyendo tanto a la reducción del dolor como la inflamación.

El uso de cojines terapeúticos, como el cojín corazón, ha sido identificado como una herramienta de gran valor para la

recuperación de pacientes sometidas a cirugía mamaria y/o axilar.

Investigaciones recientes han evidenciado que contribuye a la reducción del dolor postquirúgico, mejorando la movilidad del brazo afectado y disminuyendo el riesgo de linfedema.

Cuidados del paciente en cirugía oncoplástica y reconstructiva

RES0089 Verificación en tumorectomía de mama: avanzando en seguridad sobre el cuidado intraoperatorio

Ana Landín Arsuaga, Cristina Fernández Martín

Hospital Universitario La Paz: Quirófano de Ginecología y Obstetricia

Objetivos

- Mejorar la seguridad percibida en torno al proceso quirúrgico de las pacientes oncológicas en cirugía de mama.
- Diseñar una metodología funcional que permita facilitar la comunicación de las necesidades quirúrgicas dentro del equipo, individualizando procedimientos para cada paciente.
- Construir una cultura de aprendizaje reflexivo y responsable, empleando el liderazgo enfermero como herramienta de seguridad para la paciente dentro del área quirúrgica.
- Estandarizar el protocolo quirúrgico de atención en cuidados a la paciente oncológica en cirugía mamaria.

Material y Métodos

Por parte de las enfermeras al cargo de esta propuesta, se ha realizado una entrevista con preguntas abiertas y cerradas, de acuerdo con cada cirujano de la sección de mama para obtener la información relevante y necesaria para elaborar los detalles de la plantilla que se cumplimentará antes cada cirugía. De este modo el personal de enfermería dispondrá de todo el material, aparataje y fungible necesario para llevar a cabo la cirugía de la manera más segura posible, tanto para la paciente, como centro de todas nuestras intervenciones, así como para el equipo quirúrgico como prestador de cuidados. Una parte esencial de la labor enfermera es el acompañamiento y cuidado de la paciente, realizando un enfoque integral desde su esfera biopsicosocial. Siguiendo esta línea, se proponen una serie de intervenciones según la taxonomía NIC que se deben realizar con las pacientes durante el cuidado intraoperatorio.

Resultados

En nuestro hospital, cerca del 80% de las cirugías programadas de oncología mamaria son tumorectomías guiadas con ganglio

centinela. Los contenidos de la plantilla van desde el tipo de sonda para localizar la semilla en el tumor, el destino de las muestras que se extraen de la paciente, así como
su medio de conservación, entre otras cuestiones. Ubicar esta plantilla en un lugar visible del quirófano para favorecer su cumplimentación, proveerá un mayor dinamismo, asegurando tener listo y calibrado el material necesario, así como la correcta identificación de muestras. Para una mayor sostenibilidad del proyecto, al plastificar esta plantilla se evita el uso excesivo de papel, contribuyendo al consumo responsable de los recursos.

Conclusiones

Debido a la necesidad de actualizar conocimientos a la plantilla de enfermeras, sumado a la elevada rotación de personal dentro de la unidad, resulta pertinente revisar nuestra forma de trabajar en equipo, renovando protocolos quirúrgicos para agilizar nuestro día a día, aumentando la seguridad de nuestros cuidados frente a la paciente con patología oncológica mamaria.

RES0115 El papel de la enfermeria en cirugía oncoplástica mamaria.

Irina Smith Guerrero

Hospital Universitario Puerta del Mar
Quirofano

Objetivos

Mostrar la importancia de la cirugía oncoplástica como opción terapéutica para tratar el cáncer de mama, minimizando el impacto emocional y físico de la intervención.

Describir la diferenciación del material quirúrgico utilizado en dos campos: uno para la resección oncológica y otro para la reconstrucción plástica y la importancia de la esterilidad y suturas específicas para cada campo quirúrgico.

Detallar el procedimiento quirúrgico, que se inicia con la extirpación del tejido maligno y continúa con la reconstrucción inmediata utilizando el propio tejido mamario El papel de la enfermeria en cirugía oncoplástica mamaria

Material y Métodos

Material:

- Caja depatologia mamaria: incluye material específico para tumorectomía, cuadrantectomía, ganglio centinela y disección axilar (bisturís, pinzas de disección, separadores, electrobisturí, marcadores, etc.).

- Caja de reconstrucción mamaria: contiene instrumental para técnicas de remodelación, simetrización o colgajos locales (pinzas delicadas, retractores plásticos, tijeras finas, material de sutura específica, etc.).

Método:

La intervención se realiza en quirófano por un equipo multidisciplinar. En primer lugar, el cirujano oncológico delimita y reseca el tumor con márgenes de seguridad, pudiendo incluir el ganglio centinela o vaciamiento axilar si procede. Tras la verificación de márgenes, el cirujano plástico interviene remodelando el tejido restante para reconstruir la mama, utilizando técnicas como colgajos glandulares, reducción mamaria o mastopexia, con simetrización de la mama contralateral si es necesario. Todo el procedimiento se planifica de forma individualizada según la localización tumoral, volumen mamario y preferencias de la paciente.

Resultados

La cirugía oncoplástica ha demostrado altos niveles de satisfacción en términos estéticos y psicológicos, manteniendo los estándares de seguridad oncológica. Se reducen las secuelas visibles y se mejora la percepción corporal, lo que impacta positivamente en la recuperación emocional y en la adherencia al tratamiento postoperatorio.

Conclusiones

La cirugía oncoplástica es una alternativa segura y efectiva en el abordaje del cáncer de mama, integrando la curación con la preservación de la imagen corporal. La correcta diferenciación del material quirúrgico y la planificación secuencial entre oncología y reconstrucción son claves para el éxito del procedimiento,resaltando el papel de la enfermera instrumentista y enfermera circulante con los conocimientos pertinentes para completar con éxito la cirugía

RES0128 Satisfacción cosmética después de una mastectomía con reconstrucción inmediata por un cáncer de mama (valoración de la paciente y del profesional)

M. Pilar Carrasco Rupérez[1], Mónica Trillo García[1], Ester Morera Morillo[2], Pilar Biela Ferreira[2], Carles Canosa Morales[2], Jordi Mele Olive[2], Marta Lourdes Gonzalez Duaigües[2], Laura Arbones Cid[2], Pilar Ribes Llovet[2]

1 Hospital Universitario Arnau Vilanova Lleida Unidad Funcional De Mama
2

Objetivos

Comparar el grado de satisfacción del resultado estético obtenido, según los profesionales y las pacientes, después de una mastectomía con reconstrucción inmediata por cáncer de mama.

Material y Métodos

Pasados dos años de la intervención, se entrega un breve cuestionario a las pacientes, en el que se les preguntará sobre: el dolor durante el post operatorio, los cambios acaecidos posteriores a la intervención en sus actividades de la vida diaria y en su forma de

vestir. La valoración global es mediante una Escala Visual Analógica (EVA), donde 0 es nada satisfactorio y 10 muy satisfactorio.

A su vez, el profesional valora el resultado meramente estético teniendo en cuenta la simetría del Complejo Areola Pezón, estado de la piel y la variación del volumen de la mama en comparación con la contralateral, utilizando la misma EVA.

Se procesan los datos con el programa SPSS.

Resultados

El 46% de las pacientes manifiestan estar muy satisfechas con el resultado. El 38% dicen estar bastante satisfechas y el 12% poco satisfechas.

Solo 1 paciente manifiesta estar nada satisfecha. Dolor postoperatorio: 18% refieren no haber tenido dolor, el 43.5% poco, el 25.6% alguna vez, y el 5% casi a diario y siempre.

Cambios en su estilo de vida: el 58% no hicieron ningún cambio, el 15% tuvo que variar su trabajo, el 17% vieron cambios en sus relaciones íntimas de pareja, y el 7% notaron cambios en sus relaciones sociales.La valoración global media según la EVA de la paciente es de 7.3.

Por parte del profesional se valoró los cambios en la piel post-RT, la simetría en el volumen y en el complejo pezón areola y la variación de volumen de las mamas, donde: Volumen mamario: el 36% de las pacientes no presentan variación considerable. El 54% poca variación, y el 10% sí muestra una variación considerable.

Piel: el 54% no muestra cambios importantes, el 41% cambios mínimos y el 5% cambios importantes. La media de la valoración global según la EVA del profesional es de 7.1.

Conclusiones

Hay una relación significativa y positiva entre la valoración de la paciente y la valoración del profesional, donde las pacientes se muestran satisfechas por el resultado cosmético, el estado físico y las mínimas interferencias en sus actividades en la vida diaria.

RES0143 evaluación del cojín corazón tras linfadenectomía axilar: un estudio comparativo de usabilidad y satisfacción

Silvia Nombela Fernández[1], Mirian Moran Sierra[1], Jana Bolado Pontigo[2], Sandra Arias Magadán[2], Fatima Vacas Revilla[3], Lourdes Martín Parada[4], Jose Luis Cobo Sánchez[5]

1 Hospital Universitario Marqués De Valdecilla Unidad De Mama
2
3 Área de Partos
4 Area de Partos
5 Area de Formación Y Calidad

Objetivos

Determinar diferencias en cuanto a usabilidad y satisfacción con respecto al uso del cojín corazón (CC) en pacientes sometidos a linfadenectomía axilar frente a los que no.

Material y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal en una Unidad de Mama de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes

sometidas a cirugías de mama y/o axila por cáncer de mama, cirugías profilácticas o por tejido ectópico. Se excluyeron pacientes que no comprendían castellano. Se estimó una muestra aleatoria de 202 pacientes a partir de una población de referencia de 400 cirugías anuales (IC 95%, precisión 5%). El muestreo fue consecutivo por conveniencia entre octubre de 2023 y septiembre de 2024. Se utilizó un cuestionario ad hoc autocumplimentado con dos preguntas sobre usabilidad del CC y nueve sobre satisfacción, con respuestas en escala Likert de 4 puntos. Se recogieron variables socioclínicas y se realizaron análisis descriptivos e inferenciales (t de Student y ANOVA de un factor). El estudio fue aprobado por el CEIm y se obtuvo consentimiento informado.

Resultados

Participaron 202 pacientes, mayoritariamente mujeres (99%) con una edad media de 58 años. El 22,3% fueron sometidas a mastectomía y el 14,4% a linfadenectomía. Los pacientes sometidos a linfadenectomía usaban el CC todos los días más que los que no (86,2% vs 76,3%, p=ns) y durante más de 5 horas/día (69% vs 62,4%, p=ns). Con respecto a la satisfacción, puntuaron más alto aquellos sometidos a linfadenectomía en el uso del CC fuera de casa (2 vs 1,86 puntos, p=ns) y voluntad de seguir usando el CC tras la recuperación (3,31 vs 3,25 puntos, p=ns). El resto de las preguntas de satisfacción fueron o similares o con mayor puntuación en los no sometidos a linfadenectomía, sin ser estadísticamente significativas las diferencias.

Conclusiones

Los resultados sugieren que, aunque no se observaron diferencias estadísticamente significativas, los pacientes sometidos a linfadenectomía axilar tienden a utilizar el CC con mayor frecuencia y durante más tiempo, además de mostrar una ligera mayor satisfacción en aspectos como el uso fuera del hogar y la intención de continuar su uso tras la recuperación. Estos hallazgos refuerzan la utilidad percibida del CC como herramienta de confort y apoyo emocional en el postoperatorio, especialmente en pacientes con linfadenectomía, y abren la puerta a futuros estudios con mayor potencia estadística para confirmar estos resultados.

RES0172 Impacto de la creación de una consulta de enfermería en la unidad de patología mamaria sobre la atención urgente postquirúrgica

Antonia Muñoz Carmona, Mireia Mareiscal Cabeza

Hospital De Viladecans

Objetivos

El objetivo general del estudio fue evaluar el impacto de la creación de una consulta de enfermería especializada en patología mamaria oncológica sobre las reconsultas urgentes en pacientes atendidas en el Hospital de Viladecans. Los objetivos específicos incluyeron describir y comparar las características clínicas y sociodemográficas, el número y tipo de visitas, y los motivos de atención urgente postquirúrgica entre los dos grupos de pacientes, antes y después de la implementación de la consulta.

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo y de cohortes. Se incluyeron 192 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama, intervenidas quirúrgicamente en el Hospital de Viladecans, entre junio de 2023 y mayo de 2025.

Se dividieron en dos grupos: pacientes atendidas antes de la creación de la consulta de enfermería (n=96) y pacientes atendidas tras su implementación (n=96). Se recogieron datos clínicos y de atención urgente mediante revisión de historias clínicas. Se realizó un análisis descriptivo y comparativo mediante SPSS.

Resultados

Tras la implementación de la consulta de enfermería, se observó una disminución de las visitas urgentes postoperatorias (del 44,8 % al 37,5 %) y un incremento en su resolución por parte de enfermería (del 67,4 % al 88,2 %). Asimismo, aumentó el porcentaje de pacientes que fueron atendidas directamente en la Unidad de Patología Mamaria frente a otros servicios (94,1 % vs. 74,4 %). Los motivos de consulta más frecuentes fueron seroma e induración, con una tendencia a menor atención urgente por dolor, mastitis y heridas quirúrgicas. También se incrementó el número medio de visitas por paciente en el grupo de estudio (9,81 frente a 7,17 en pacientes con urgencias), lo cual refleja una atención más personalizada y accesible. En el grupo postconsulta también se diversificaron las técnicas quirúrgicas reconstructivas, y se observó una ligera reducción en el uso de quimioterapia y terapia hormonal.

Conclusiones

La implementación de una consulta de enfermería especializada ha contribuido a una atención más resolutiva, accesible y centrada en la paciente. Este modelo ha permitido mejorar el seguimiento postoperatorio, reducir la atención urgente no planificada y optimizar el uso de recursos sanitarios. Los resultados avalan el papel clave de la enfermería

especializada en la atención integral de las pacientes con cáncer de mama.

RES0231 Sujetador postoperatorio: prenda clave en el cuidado

Mar Martínez Otero

Espacio Paracuidarte Enfermería

Objetivos

El objetivo general es dar a conocer las ventajas del uso de un sujetador postoperatorio frente a otras alternativas (deportivo, de supermercado o inespecífico).

Para conseguirlo planteo estos objetivos específicos:

1. Identificar las características técnicas del sujetador postoperatorio que contribuyen a una mejor recuperación (ej. compresión adecuada, tejidos hipoalergénicos, facilidad de uso).

2. Valorar el impacto del uso del sujetador postoperatorio en la calidad de vida de las pacientes intervenidas quirúrgicamente (comodidad, seguridad, , etc.).

3. Recoger la opinión y grado de satisfacción de las pacientes que han utilizado sujetadores postoperatorios tras una cirugía (por medio de encuestas).

4. Evaluar el impacto económico.

Material y Métodos

He realizado seguimiento telefónico a más de 2000 mujeres atendidas por mí en los primeros días de uso.

He enviado un cuestionario de elaboración propia, administrado por Google Forms, para valorar a lo largo del primer mes otros aspectos como: Si tuvo molestias o lesiones de la piel por el uso del sujetador, si aportó seguridad , si lo recomendaría a otra mujer en su situación y si el precio lo considera elevado.

La población de estudio son mujeres sometidas a cirugía conservadora de mama o con reconstrucción inmediata durante el periodo comprendido entre los meses de enero 2024 y abril 2025.

Los datos serán analizados mediante estadística descriptiva utilizando el programa de Excel.

Además dispongo de fotos de casos reales en los que se compara el uso de un sujetador inadecuado y el cambio a una prenda postoperatoria, indicando las grandes ventajas en cuanto a comodidad y reducción de las molestias.

Resultados

- Del seguimiento telefónico el grado de satisfacción con el producto adquirido es del 98%.
- No dispongo de datos preliminares de las

encuestas por haber empezado a enviarlas hace pocos días.

Conclusiones

Sin disponer todavía de los datos del cuestionario pero gracias a las impreisones recogidas en las llamadas telefónicas, puedo asegurar que la mayoría de mujeres que utilizó este tipo de prenda tuvo sensación de seguridad y comodidad durante su proceso de recuperación.

En mi opinión esto refuerza la importancia de que los profesionales recomendemos el uso de sujetadores postquirúrgicos como parte integral del tratamiento.

RES0256 Impacto de la micropigmentación areola-pezón en la recuperación integral tras cirugía de la mama: enfoque desde enfermería quirúrgica

Jéssica Martín Cuerva, Laura Comín Novella, Mónica Oset García, Marta González Pérez, El Mostafa El Yaqine Er Raoudi, Pedro Pablo Stredel Russian, Francisco Luis Carrillo Trabalon, María José Tregón Loras, María Ángeles García Lozano, José Francisco Noguera Aguilar

Hospital universitario Obispo Polanco CCEE Cirugía General

Objetivos

La consulta de micropigmentación en el Hospital Universitario Obispo Polanco de Teruel ofrece un acompañamiento estético terapéutico destinado principalmente a pacientes oncológicas que han sido sometidas a intervenciones quirúrgicas con pérdida del complejo areola-pezón(CAP). Este servicio tiene como objetivo principal mejorar la autoestima, bienestar emocional de estas pacientes a través de una atención personalizada técnica y humanizada.

Objetivos de la consulta de Micropigmentación

- Integrar la micropigmentación como parte del proceso terapéutico ofreciendo una continuidad asistencial.
- Evaluar la efectividad de la micropigmentación del CAP en la consulta de mama.
- Analizar el impacto en la satisfacción de las pacientes. Ayudando a las pacientes a cerrar el ciclo de la enfermedad.
- Proporcionar un enfoque humanizado basando en la atención cercana e individualizada.
- Valoración de posibles complicaciones de la técnica.

Material y Métodos

Selección de pacientes: Criterios de inclusión: Pacientes con reconstrucción mamaria completa, sin contraindicación dermatológica.

Consentimiento informado sobre el procedimiento, riesgos y expectativas.

Técnica de micropigmentación: Uso de pigmentos hipoalergénicos y biocompatibles. Aplicación mediante dermógrafo en sesiones de 1-2 horas, con un retoque posterior a las 6-8 semanas. Creación de un efecto tridimensional para un resultado natural.

Evaluación de resultados: Encuestas de satisfacción antes y después del procedimiento. Evaluación dermatológica de la evolución del pigmento. Registro de posibles complicaciones o efectos adversos.

Resultados

En el primer año de implementación de la consulta de micropigmentación del CAP se han atendido a 15 pacientes, todas ellas con diagnóstico de cáncer de mama y sometidas a procedimientos con extirpación del CAP. Los parámetros valorados fueron:

1. Autoestima antes y después del procedimiento.

Antes del procedimiento la media de la puntuación fue de 5.7. Tras la intervención, esta media aumentó significativamente a 9.3.

2. Valoración del resultado estético de la micropigmentación

El 87% de las participantes (13 de 15) calificaron el resultado como “bueno” o “excelente”

3. Cambios en la percepción de la imagen corporal.

El 100% de las pacientes experimentaron una mejora en su percepción corporal siendo esta alta o moderada.

4. Recomendación del Servicio

El 100% de las participantes (15 de 15) recomiendan la técnica.

5. Seguridad

No se han reportado efectos adversos o complicaciones.

Conclusiones

La implementación de la consulta de micropigmentación del CAP en el HUOP ha supuesto una mejora en la atención integral de las pacientes tras una cirugía de mama.

Los resultados reflejan una alta satisfacción de las pacientes, una mejora en su bienestar emocional y no ha supuesto ninguna complicación.

RES0332 Uso de TPN en cirugía oncoplastoca

Isabel Sánchez De La Cruz[1], Irene Garcia Camaño[2]

[1]Hospital Severo Ochoa Unidad De Mama
[2]Hospital Severo Ochoa Unidad De Maternidad Y Ginecología

Objetivos

El objetivo es comentar efectos en las curas de cirugías oncoplasticas que se curan con la TPN de Kci.

Diferencias observadas con respecto a otro tipo de TPN ya utilizadas en el centro.

Material y Métodos

El uso de TPN en heridas quirúrgicas puestas al terminar el acto quirúrgico dentro del mismo quirófano supone una disminución de la infección de la herida quirúrgica, ya estudiada en un metanalisis publicado en el 2023 dándole una grado de evidencia de grade 1. En mi centro llevamos utilizando un tipo de terapia de vacío, tras el uso de la terapia de vacío de Kci encontramos varias diferencias en cuanto a la otra terapia utilizada.

Hemos colocado 4 terapias de esta casa comercial, mientras que llevamos desde 2023 utilizando la de otra casa comercial.

Resultados

Beneficios y desventajas del uso de la terapia de vacío en las pacientes sometidas a cirugía oncoplastica.

Conclusiones

Al comentar solo un par de casos de esta marca en concreto comentaré loas diferencias que yo como enfermera de la unidad de mama que realiza todas las curas he observado en comparación a la ya utilizada en mi centro.

RES0429 Modificación de la técnica mondal

Isabel Sánchez De La Cruz1, Elizabeth Gutiérrez Días2, Carmen Postigo González2 1 Hospital Severo Ochoa Unidad De Mama 2 Hospital Severo Ochoa Bloque Quirúrgico

Objetivos

Valorar la diferencia del uso de apósito de hidrofibra en comparación con el apósito de Urgo que contiene la tecnología de TLC

Material y Métodos

Uso del apósito de Urgo de tal puesto dentro del bloque quirúrgico en las pacientes intervenidas de timorextomia y ganglio centinela dejándolo 7 días postquirurgico sin levantar. Valorar la diferencia con el uso ya utilizado de la técnica mondal en las mismas pacientes

Resultados

Se ha obtenido una gran diferencia en el uso viendo la herida más cerrada ya que debido a la TLC se produce cicatrización y es un apósito recomendado en heridas agudas

Conclusiones

Mejora el aspecto de la herida y la humedad

Genética y asesoramiento sobre el cáncer de mama

RES0088 Papel y Funciones de la Enfermería en un Área de Alto Riesgo de Patología Mamaria en Contexto Hospitalario.

Inmaculada Velasco Puentes, María José Zubillaga Jiménez, Ana Patiño Garcia, Natalia Rodriguez-spiteri Sagrero

Objetivos

El cáncer de mama posee contribución hereditaria en el 5-10% de los casos. Cuando la historia personal o familiar del paciente sugiere sospecha de predisposición a cáncer es fundamental realizar estudio de mutaciones en genes de riesgo por sus implicaciones diagnósticas, pronósticas, terapéuticas, de seguimiento y para asesoramiento familiar.

Los objetivos propuestos son:

- Sistematizar el trabajo de enfermería del área de patología mamaria, el área de asesoramiento y consejo genético, personal y familiar.

- Evaluar los criterios clínicos de derivación de pacientes en el área de pacientes de cáncer de mama en la clínica universidad de navarra. Criterios National Comprehensive Cancer Network (NCCN)/Cancer Center Clínica Universidad de Navarra (CCUN) vs criterios SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica).

Material y Métodos

Se llevó a cabo la recopilación retrospectiva (01/2020 – 05/2025) de cuestionarios de asesoramiento genético entregados a pacientes durante la primera consulta en el área de cáncer de mama. estos cuestionarios incluyen datos relativos a la salud, epidemiológicos y clínicos. Se revisaron los resultados de los estudios genéticos solicitados a esta población en el mismo período.

Resultados

Se incluyen 845 pacientes con diagnóstico reciente de cáncer de mama, de los cuales 190 (22,5%) se derivaron para consulta de asesoramiento genético, seleccionados según criterios SEOM/CCUN en conjunto o CCUN únicamente. El rango de edad al diagnóstico fue de entre 27 y 83 años. diez de los 190 (5,3%) eran pacientes sanos en el momento del estudio. 184 (97%) eran mujeres y 6 (3%) varones.

Se detectaron 28 pacientes (14,7%) con variantes patogénicas o probablemente patogénicas en genes de predisposición

hereditaria a cáncer en 10 de los cuales se cambió el plan quirúrgico. Veinte casos cumplían criterios SEOM + CCUN y 8 solo CCUN.

Conclusiones

1. Los criterios ampliados CCUN (aumento del rango de edad y agregación familiar ampliado), detectaron 8 pacientes con variantes patogénicas, modificando su plan terapéutico y seguimiento.
2. El papel de la enfermera en asesoramiento genético (elaboración de genogramas, seguimiento de los pacientes y derivación a especialistas) permite personalizar la atención y, junto con el equipo multidisciplinar de cáncer de mama, mejora el seguimiento y manejo del riesgo.
3. En las unidades de alto riesgo de cáncer las consultas de enfermería ofrecen un espacio seguro para hablar, recoger historial familiar, informar sobre asesoramiento genético, resolver dudas y brindar apoyo emocional.

Apoyo psicológico al paciente

RES0101 ¿Afectan las secuelas postquirúrgicas a la calidad de vida a largo plazo, en mujeres con riesgo aumentado de cáncer de mama, que se someten a una mastectomía reductora de riesgo?

Sofía Luque Suárez[1], Maria Eugenia Olivares Crespo[2], Juana María Brenes Sánchez[3], María Herrera de la Muela[3]

[1]Universidad Complutense de Madrid Facultad de Psicología
[2]Hospital Clínico San Carlos Ginecología y Obstetricia
[3]Hospital Clínico San Carlos Ginecología y Obstetricia

Objetivos

Analizar si existen diferencias, en función de las secuelas físicas postquirúrgicas, en la calidad de vida, en mujeres con riesgo aumentado de cáncer de mama sometidas a una mastectomía reductora de riesgo.

Material y Métodos

- Participantes: 55 mujeres con riesgo aumentado de cáncer de mama heredofamiliar, bien por vulnerabilidad genética o por agregación familiar. Algunas de las participantes contaban con un diagnóstico previo de cáncer de mama. Todas ellas completaron los instrumentos de evaluación en dos momentos de medida: 15-30 días después de la cirugía (T1) y a largo plazo: 1-15 años tras la misma (T2).
- Instrumentos*: Calidad de vida* (EORTC QLQ C30 y EORTC QLQ BR23).
- Análisis estadísticos: descriptivos y ANOVA de medidas repetidas.

Resultados

La edad media de la muestra fue de 51 años. El 74,5% (n=41) de la muestra presentaba antecedentes oncológicos personales y el 56,4% poseía una mutación en los genes BRCA1/2 (n=31). En cuanto a las cirugías, el 52,72% (n=29) de las participantes se había sometido a una mastectomía bilateral reductora de riesgo. La media de tiempo trascurrido entre los dos momentos de medida fue de 5,12 años. El 23,63 % (n=13) de la muestra presentaba secuelas físicas postquirúrgicas, siendo estas: dolor en el pecho (n=5), insatisfacción cosmética respecto a las cicatrices (n=4), linfedema (n=3) y pérdida de movilidad en el brazo ipsilateral (n=1).

Se halló una mejoría entre ambos momentos de medida en las escalas: global (T1: M=59,40; T2: M= 71,70; p<0,02), funcionamiento físico (T1: M=66,46; T2: M= 89,77; p<0,001), rol (T1: M=41,80; T2: M= 88,88; p<0,001), social (T1: M=60,93; T2: M= 87,19; p<0,001), fatiga (T2: M=36,69; T3: M= 17,29; p<0,001), dificultades económicas (T1: M=24,03; T2: M= 10,56; p<0,001), dolor en la mama (T1: M=6,55; T2: M= 16,96; p<0,001) y dolor en el brazo (T1: M=43,63; T2: M= 12,21; p<0,001).

Se encontró una interacción entre el tiempo y las secuelas físicas en la escala dolor en el brazo ($F_{1,53}$=4,10, p=0,05, n^2=0,07). Las mujeres con secuelas físicas, mostraban más dolor en el brazo que las mujeres sin ellas.

Conclusiones

Las secuelas físicas postquirúrgicas derivadas de una mastectomía reductora de riesgo, no se asociaron con un empeoramiento de la calidad de vida a largo plazo.

Lo que sugiere que la calidad de vida tiende a recuperarse con el transcurso del tiempo, con independencia de la presencia de secuelas físicas postquirúrgicas. Sin embargo, aunque el dolor en el brazo a largo plazo mejoró, las mujeres con secuelas presentaban más dolor que aquellas sin ellas.

RES0103 ¿Impactan negativamente las secuelas físicas postquirúrgicas en la sintomatología ansiosa, depresiva e imagen corporal a largo plazo, en mujeres con riesgo aumentado de cáncer de mama, que se someten a una mastectomía reductora de riesgo?

Sofía Luque Suárez[1], Maria Eugenia Olivares Crespo[2], Juana María Brenes Sánchez[2], María Herrera de la Muela[2]

[1]Universidad Complutense de Madrid Facultad de Psicología
[2]Hospital Clínico San Carlos Ginecología y Obstetricia

Objetivos

Analizar si existen diferencias en función de las secuelas físicas postquirúrgicas, en la sintomatología ansiosa, depresiva y en la

imagen corporal en mujeres con riesgo aumentado de cáncer de mama, sometidas a una mastectomía reductora de riesgo.

Material y Métodos

Participantes: 55 mujeres con riesgo aumentado de cáncer de mama heredofamiliar, bien por vulnerabilidad genética o por agregación familiar. Algunas de las participantes contaban con un diagnóstico previo de cáncer de mama.

Todas ellas completaron los instrumentos de evaluación en dos momentos de medida: 15-30 días después de la cirugía (T1) y a largo plazo: 1-15 años tras la misma (T2).

Instrumentos: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), Escala de Imagen Corporal (BIS).

Análisis estadísticos: descriptivos y ANOVA de medidas repetidas.

Resultados

La edad media de la muestra fue de 51 años. El 74,5% (n=41) de la muestra presentaba antecedentes oncológicos personales y el 56,4% poseía una mutación en los genes BRCA1/2 (n=31). En cuanto a las cirugías, el 52,72% (n=29) de las participantes se había sometido a una mastectomía bilateral reductora de riesgo. La media de tiempo trascurrido entre los dos momentos de medida fue de 5,12 años. El 23,63 % (n=13) de la muestra presentaba secuelas físicas postquirúrgicas, siendo estas: dolor en el pecho (n=5), insatisfacción cosmética respecto a las cicatrices (n=4), linfedema (n=3) y pérdida de movilidad en el brazo ipsilateral (n=1).

Sintomatología ansiosa: las participantes mostraron niveles clínicos en T1 y T2 No se hallaron diferencias entre el grupo de mujeres con y sin secuelas, ni se hallaron diferencias entre el T1 y T2.

Sintomatología depresiva: las participantes mostraron niveles clínicos en T1 y T2. Se encontró una interacción entre el tiempo y las secuelas físicas postquirúrgicas ($F_{1,53}$=7,04, p=0,01, h^2=0,12). Las mujeres con secuelas físicas presentaban niveles más altos de depresión que las mujeres sin ellas.

Imagen corporal: todas las participantes mostraron niveles clínicos en el T1 y T2. Se halló una interacción entre el tiempo y las secuelas físicas ($F_{1,53}$=5,83, p=0,02, h^2=0,10). Las mujeres con secuelas físicas mostraban peor imagen corporal que las mujeres sin ellas. Además, se halló un empeoramiento entre los momentos, T1 y T2 (T1: M=6,55; T2: M= 16,96; p<0,001).

Conclusiones

Los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva fueron clínicos en ambos momentos de medida. Por otro lado, las secuelas físicas postquirúrgicas derivadas de una mastectomía

reductora de riesgo, se asociaron con un aumento de la sintomatología depresiva y un deterioro de la imagen corporal a largo plazo.

RES0302 Adyuvancia de una intervención psicológica grupal en cáncer de mama tras el tratamiento activo: viabilidad y beneficios biopsicosociales.

Alejandra Cano[1], Irene Mensa[1], Elia Tomás[2], Isabel Pimentel[3], Esther Zamora[3], Miriam Arumi[2], Meritxell Bellet[2], Joaquín Rivero[4], Javier De la Torre[4], Cristina Saura[3]
[1]*Instituto Oncológico Vall d'Hebron (VHIO) Unidad de Psicooncología*
[2]
[3]*Unidad de Cáncer de Mama*
[4]*Unidad de Patología Mamaria*

Objetivos

Introducción:

Actualmente presenciamos una disminución drástica de la mortalidad por cáncer de mama (CM), sin embargo, en un 90% de los casos, esto es en detrimento de varios aspectos fundamentales de calidad de vida. Elevado malestar emocional está presente en hasta un 40% de mujeres en remisión, asociado a su vez con un aumento de la percepción de dolor, y de altos niveles de fatiga persistentes hasta 6 años después del cáncer. No sólo una atención psicológica específica es imprescindible para favorecer la recuperación integral, si no también un sistema de cribado y un circuito de derivación ágil.

Objetivo:

Evaluar los efectos de una intervención psicológica grupal estructurada para favorecer factores protectores frente a los síntomas de estrés post-traumático en mujeres supervivientes de cáncer de mama, y explorar la viabilidad de su implementación en la institución.

Material y Métodos

120 pacientes de CM en remisión recibieron una intervención grupal de forma telemática de 12 semanas de duración, que integra técnicas cognitivo-conductuales, principios del *mindfulness* y del análisis existencial. Las mujeres fueron evaluadas antes, al finalizar y 3 meses después, mediante las escalas HADS (ansiedad y depresión), PTGI (crecimiento postraumático) y SCS (autocompasión). Se aplicaron pruebas *t* de Student para muestras relacionadas y análisis correlacional de Pearson. Las pacientes fueron derivadas por el facultativo (*i.e.* oncólogo, cirujano, enfermera, psicooncólogo) mediante el uso del Termómetro de Distrés (TD) como herramienta de cribado.

Resultados

La media de malestar emocional (HADS) disminuyó de forma estadísticamente significativa (p=0.001) desde niveles clínicos (M=22, SD=8) a subclínicos (M=17.3, SD=7.5), manteniéndose esta mejora a los 3 meses. Asimismo, se observó un incremento significativo en las puntuaciones de crecimiento postraumático (PTGI) (p=0.008) y autocompasión (SCS) (p=0.004), con un

aumento en la correlación entre ambas variables desde r=0.095 a r=0.46.

Conclusiones

La intervención contribuyó a mejorar el bienestar emocional y promover recursos internos y externos en mujeres supervivientes de cáncer de mama. La reducción de los síntomas de ansiedad y depresión es consistente con el aumento del crecimiento postraumático, que refleja una reconstrucción positiva del sentido vital mediante una mirada auto-compasiva.

Además, el aumento constante de la muestra refleja su fácil implementación y alta aceptación entre las usuarias, favoreciendo su integración en la práctica clínica de la institución. El grupo de psicoterapia se consolida como un tratamiento adyuvante efectivo para pacientes de CM, además de ser una estrategia coste-efectiva para la institución.

RES0417 bienestar psicológico en pacientes supervivientes de cáncer de mama que practican barco dragón

Lucía Alfonso - Ochotorena Rodríguez[1], Estefanía Vazquez Piñuela[2], Maria Pérez Herreros[1], Carolina Hernandez Jimenez[3], Maria José Lobato Rodriguez[4], Ana Cardona Patau[5], Amalia Sotoca Ruiz[6], Cristina De la Fuente Alonso[7], Aurora Rodriguez Perez[8]

[1]Universidad Ceu San Pablo Grado De Enfermería
[2]Hospital Ruber Internacional Direccion De Enfermería
[3]Universidad Pontificia De Comillas Psicología
[4]Hospital Universitario Puerta De Hierro Psicología Clínica
[5]Centro Privado Psicología
[6]Hospital Ruber Internacional Oncología Radioterápica
[7]Hospital Universitario Puerta De Hierro Oncología Radioterápica
[8]Hospital Ruber Internacional Oncologia Radioterápica

Objetivos

El cáncer de mama es el más frecuente en mujeres españolas. Diagnóstico precoz y avances terapéuticos, permiten que el 86% sobreviva a los 5 años. Sin embargo, enfermedad y tratamientos producen secuelas, no sólo a nivel físico o funcional, sino también a nivel psicológico (depresión, ansiedad y miedo a la recidiva del cáncer), social o laboral, que deterioran su calidad de vida.

Inicialmente, el ejercicio no se consideró un complemento para el tratamiento del cáncer, pero hoy día es factible en todas las etapas del cáncer, así como, seguro y efectivo para reducir efectos secundarios, incrementando la calidad de vida.

El barco dragón es un deporte náutico con grandes beneficios en mujeres supervivientes de cáncer de mama.

OBJETIVOS: Analizar el impacto de la práctica del barco dragón en sus emociones y

definir el papel de la enfermería para fomentar el ejercicio en supervivientes de cáncer.

Material y Métodos

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo. Participan 22 mujeres supervivientes de cáncer de mama, del equipo BCS- MADRIDRAGONS-Alberche Kayak Club que practican barco dragón. Las pacientes cumplimentan dos cuestionarios de calidad de vida y un cuestionario sobre datos demográficos y clínicos del tumor, así como preguntas abiertas para conocer el impacto de la práctica de este deporte en sus emociones.

Resultados

De los síntomas experimentados, el dolor aparece en grado variable, en el 68.1%. La salud general y la calidad de vida en general es valorada como buena/muy buena/excelente en el 86.4% y en el 81.9%, respectivamente.

Además de beneficios físicos y funcionales, las pacientes destacan el bienestar social que produce el deporte de equipo, con una relación completa y muy receptiva entre mujeres que han pasado por un proceso similar. Se siente acompañadas y que forman parte de un grupo afín, con gran conexión, apoyo, compromiso, complicidad y empatía. Además, lograr metas deportivas, proporciona una gran confianza en otras áreas de la vida y cada palada, que requiere concentración, ayuda a desconectar de las preocupaciones.

Todas las pacientes señalan la importancia de una correcta formación del personal de enfermería, para poder informar y educar sobre los beneficios del ejercicio.

Conclusiones

Las pacientes que practican Barco Dragón presentan buena calidad de vida y salud en general, incrementando su bienestar físico, psicológico, emocional y social.

Enfermería juega un papel esencial en el fomento del ejercicio y de hábitos de vida saludables.

Innovación e investigación en el cáncer de mama

RES0118 Experiencia en la adquisición de imágenes para la localización axilar del SCOUT®: análisis desde la práctica clínica

Olga Carpallo Feijoó[1], Yudy Marleny López Barrera[1], Juan Antonio Camiñas Mellado[2], Ana María Rodríguez Pena[2], Maria Mayor de Frias[2], Nadia Kabiri[2], Blanca Rivas Mínguez[2], Camino Rodríguez Morales[2], Rachida El Bouziani[2], Maria Veronica Orellana Velez[2]

[1] Hospital Universitario Juan XXIII IDI

[2]

Objetivos

Describir y analizar la experiencia de nuestra unidad en la adquisición de imágenes destinadas a comprobar la correcta localización del dispositivo SCOUT® en ganglios axilares.

Material y Métodos

Dado que la mamografía presenta limitaciones para evaluar la axila, especialmente cuando los ganglios están profundos, la colocación del Scout no puede confirmarse solo mediante esta técnica.

Por ello, en nuestra unidad realizamos una radiografía simple de hombro AP en rotación externa para verificar su posición.

Utilizamos una técnica de 44 kV y 5 mAs con cámaras para visualizar partes blandas. Esta imagen permite detectar la presencia del dispositivo y su correcta posición.

Resultados

- Se evaluaron 30 pacientes a quien se les insertó un dispositivo SCOUT en ganglios axilares profundos. En estos casos la mamografía fue insuficiente para confirmar la localización del SCOUT.

- La radiografía simple permitió identificar correctamente el SCOUT en el 100% de los casos, facilitando su localización anatómica previa a la cirugía.

- Se realizó la proyección de hombro AP en rotación externa y no se notificaron efectos adversos relacionados con la técnica radiológica. La calidad de la imagen obtenida con la técnica de 44 kV y 5 mAs fue adecuada para la visualización del SCOUT sin necesidad de repetir exposiciones.

Conclusiones

- La mamografía presenta limitaciones importantes para confirmar la localización del SCOUT en ganglios axilares profundos o de difícil acceso.

- La incorporación de una radiografía simple ha demostrado ser una herramienta útil, accesible y segura para verificar la posición del dispositivo SCOUT en estos casos.

- Este procedimiento complementario mejora la localización prequirúrgica de ganglios axilares marcados, optimizando la planificación quirúrgica y evitando otros procedimientos.

- Nuestra experiencia respalda el uso de la radiografía simple en contextos donde la mamografía no ofrece suficiente información, especialmente en pacientes con anatomía axilar compleja.

RES0138 Proyecto vacuum assisted biopsy. Aproposito de un caso

Esther Ramón Sigüenza

Hospital Universitario del Vinalopó
Radiodiagnóstico

Objetivos

Proponer el potencial beneficio de la Vacuum Assisted Biopsy exeretica en neoplasias malignas de mama de pequeño tamaño (menores de 15 milimetros)

Material y Métodos

Paciente: Mujer de 62 años con riesgo moderado de cáncer de mama heredofamiliar en seguimiento bianual.

Pruebas de imagen:

- Mamografía (diciembre 2022): Componente mamario fibroglandular tipo b (acr), con nódulo de 6.2 × 5.7 mm en lics mi no visualizado en estudio previo.
- Ausencia de distorsiones, microcalcificaciones sospechosas o ganglios axilares patológicos.

Ecografía bilateral:

- Nódulo en mama izquierda clasificado como BIRADS 5.

Pruebas complementarias indicadas:

- Resonancia magnética (rm), mamografía con contraste (cem), biopsia asistida por ecografía (bag).
- Diagnóstico confirmado de carcinoma ductal infiltrante, birads 6, localizado en csint mi.

Intervención:

- Evaluada por comité multidisciplinar y seleccionada para el estudio MINIVAB
- Se realiza biopsia asistida por vacío (bav) exerética guiada por ecografía, con calibre 7g, bajo anestesia local

Lesión Accesible (>6 Mm de piel, pezón y músculo pectora.

Resultados

Resultado anatomopatológico tras BAV exerética

- Carcinoma Infiltrante NST
- - Grado: ⅓
- Márgenes post-BAV sin evisencia de malignidad

Resultado anatomopatológico de tumorectomía posterior (tres semanas tras BAV exerética)

- Fibrosis cicatricial, hemorragia, inflamación crónica granulomatosa y reacción gigantocelular tipo cuerpo extraño, compatibles con efectos secundarios de la BAV.
- Ausencia de tumor residual
- Ampliación de margen supero-externo negativo para tumor

Conclusiones

El presente caso ilustra la utilidad del uso de técnicas minimamente invasivas percutáneas para la extirpación de lesiones malignas unifocales de pequeño tamaño

Misceláneas

RES0025 Ensayo de repetibilidad y reproducibilidad de la prueba EndoPredict

Ruth Esteban1, Claudia Júlvez1, Marta Ondarra1, Ruth Trasobares1, Celia Vived2 1 2 Citogen Laboratorio Central

Objetivos

EndoPredict es un test genómico utilizado en pacientes con cáncer de mama en estadio precoz, positivo para receptores hormonales (ER+) y negativo para HER2 (HER2-). Este ensayo cuantifica el riesgo de recurrencia a largo plazo y permite una mejor toma de decisiones terapéuticas. Garantizar la precisión y consistencia del test es fundamental para asegurar la validez de los resultados clínicos.

Objetivos: Evaluar la repetibilidad y reproducibilidad de la prueba EndoPredict mediante la realización del análisis en una muestra idéntica a lo largo del tiempo (repetibilidad) y en condiciones variables de técnicos y lotes (reproducibilidad).

Material y Métodos

Se seleccionó una muestra de tejido tumoral de paciente con cáncer de mama ER+/HER2-. Para evaluar la repetibilidad, la muestra fue analizada en tres momentos distintos a lo largo del tiempo (agosto 2023, abril 2024, abril 2025). Para la reproducibilidad, estos ensayos fueron realizados por diferentes técnicos utilizando lotes distintos del kit EndoPredict. Los resultados fueron comparados mediante el coeficiente de variación (CV) para determinar la concordancia entre las mediciones.

Resultados

Los resultados mostraron una alta repetibilidad y reproducibilidad con un coeficiente de variación medio inferior al 5% en los tres análisis temporales de la muestra, realizados por diferentes técnicos y lotes de ensayo.

Conclusiones

El ensayo de repetibilidad y reproducibilidad del test EndoPredict demuestra que el análisis es altamente fiable, tanto en mediciones repetidas de la misma muestra como en condiciones variables de laboratorio. Esto respalda el uso clínico de la prueba como una herramienta precisa y robusta para la evaluación del riesgo de recurrencia en pacientes con cáncer de mama ER+/HER2-. La consistencia observada garantiza la confianza en los resultados obtenidos,

independientemente del momento del análisis o de las condiciones técnicas.

RES0050 El Diseño Biofílico En Hospitales: Una Necesidad Olvidada

María de Los Dolores Carbayo García[1], Vicent Vila Tortosa[2], Marina Mojer Gomez[3]
[1]Hospital Manacor Unidad Hospitalización Pacientes Crónicos Complejos Y Avanzados
[2]Hospital Manacor Delegado De Sae (Puesto En El Hospital Farmacia)
[3]Servicio De Oncología

Objetivos

Describir los efectos del diseño biofílico en hospitales sobre los usuarios.

Material y Métodos

Se realizó una revisión de la literatura científica sobre el concepto de biofilia, el diseño biofílico, su aplicación en hospitales y sus efectos sobre los usuarios. La biofilia se define como la tendencia natural del ser humano a sentirse bien en contacto con la naturaleza.

El diseño biofílico consiste en incorporar elementos naturales o sus analogías en espacios construidos. Un hospital biofílico es aquel que integra la naturaleza en su diseño arquitectónico con el objetivo de promover el bienestar de pacientes y profesionales.

Resultados

Se analizaron cinco artículos sobre biofilia y sus efectos en el ser humano, siete sobre diseño biofílico y cinco sobre su implementación en hospitales.
Los artículos sobre biofilia destacan beneficios fisiológicos y psicológicos del contacto con la naturaleza: disminución de la presión arterial y cardiaca, relajación del flujo sanguíneo cerebral, menor producción de cortisol, mejora en la calidad del sueño por influencia de la luz, estimulación del sistema inmunológico mediante la vitamina D3, y una sensación general de bienestar que puede impactar positivamente en trastornos como la depresión.

El diseño biofílico en general muestra beneficios según el entorno: en oficinas mejora un 8% la productividad y un 13% el bienestar laboral; en escuelas, el rendimiento académico mejora entre un 20% y 25%, con impacto positivo en TDAH; en viviendas, reduce un 8% la criminalidad; en hospitales, disminuye un 22% el uso de analgésicos. Además, se trata de un diseño sostenible, económico y de fácil mantenimiento.

En hospitales, los artículos revisados destacan que la presencia de elementos biofílicos mejora la empatía entre profesionales y pacientes, reduce el estrés y el burnout del personal, fortalece el sistema inmunológico y mejora la adherencia a tratamientos, especialmente en pacientes oncológicos.

Conclusiones

El diseño biofílico ofrece beneficios sostenibles y centrados en las necesidades humanas, con un impacto positivo tanto en pacientes como en profesionales. Pese a su rentabilidad y bajo coste, su aplicación en hospitales sigue siendo escasa, priorizándose estructuras frías y funcionales. Su presencia se reserva a centros exclusivos, lo que plantea una reflexión ética: ¿es el bienestar durante la enfermedad un privilegio económico? El bienestar, y por extensión la biofilia debería ser un derecho, no un lujo.

RES0086 Lágrimas invisibles (cuando el familiar del paciente es un sanitario)

Raquel Hernández Navarro

Hospital Universitario Miguel Servet
Preanalítica y Laboratorios de Bioquímica y Microbiología

Objetivos

Siempre se suelen abordar los sentimientos de pacientes y familiares, ¿y si el cuidador es también un sanitario? Se nos retrata como héroes sin capa, pero ¿alguien ve detrás el factor humano? El objetivo es visibilizar el impacto emocional que experimentan estos profesionales cuando cuidan a un ser querido con cáncer. Abordar cómo su formación no los protege del dolor, sino que incrementa la carga emocional, por las expectativas externas y los sentimientos de culpa. Pretende ofrecer claves para gestionar esta vivencia desde la doble mirada de familiar y profesional, así como promover el autocuidado y la búsqueda de apoyo.

Material y Métodos

El enfoque es cualitativo y reflexivo, basado en la observación de experiencias reales y el análisis de fases emocionales del proceso de enfermedad desde la perspectiva de los sanitarios involucrados emocionalmente, o la literatura científica. Se incluyen herramientas prácticas y estrategias de afrontamiento, apoyadas en conocimientos clínicos y psicológicos.

Resultados

Se identifican varias fases emocionales (shock, negación, ira, miedo/tristeza, impotencia/culpa, soledad, agotamiento, aceptación) que atraviesa un profesional sanitario cuando sufre por un familiar con cáncer. La experiencia genera desgaste físico y psicológico, aislamiento, sobrecarga de tareas y desestructuración familiar. A pesar del conocimiento técnico, sufre incluso el doble que cualquier otro cuidador, pues además de vivirlo en casa, también debe enfrentarse a diario a la enfermedad y la muerte en su trabajo. Puede sentir culpa y frustración por no poder hacer más y las altas expectativas que los allegados ponen en él específicamente, que terminan por desbordarlo, demostrando que la formación sanitaria no inmuniza frente al dolor, sino que puede aumentarlo. También se analizan áreas de repercusión como el impacto socioeconómico y familiar. Se proponen

medidas para el autocuidado, la organización del entorno familiar y la planificación de tareas, destacando la importancia de aceptar las emociones y buscar apoyo.

Conclusiones

El sufrimiento del cuidador es legítimo, necesita ser reconocido y acompañado.

La preparación técnica no evita el impacto emocional cuando se trata de un ser querido. Aceptar la vulnerabilidad, compartir responsabilidades, pedir ayuda y cuidarse a sí mismo es fundamental para sostener el cuidado a largo plazo. Acompañar desde la doble mirada puede ser una experiencia dolorosa, pero también profundamente transformadora si se integra el conocimiento profesional con la propia humanidad. Además, debemos llegar a comprender que no somos superhéroes, sinó seres humanos haciendo lo mejor posible con las herramientas de las que disponemos.

RES0097 El rol de la enfermería en el tratamiento del linfedema: Lymphedema Nurse Navigator

Patricia Martínez Jaimez

Universitat Internacional de Catalunya

Objetivos

El objetivo principal de esta revisión es evaluar la evidencia científica disponible sobre el impacto de la especialización enfermera en el tratamiento del linfedema asociado al cáncer de mama, enfocándose en la prevención, educación, monitorización y manejo de la patología.

Material y Métodos

Esta revisión sistemática se llevó a cabo siguiendo las directrices del protocolo PRISMA. Se realizaron búsquedas en las bases de datos SciELO, PubMed, CINAHL y ScienceDirect para identificar estudios publicados entre 2010 y 2024. Se utilizaron términos clave como "lymphedema", "breast cancer", "nurse", "specialization", y "prevention" en los títulos y resúmenes. Los criterios de inclusión fueron: estudios en español e inglés, que abordaran el rol de la enfermería en el linfedema post-cáncer de mama, estudios originales (ensayos controlados, cohortes, estudios de intervención, etc.), y estudios que evaluaran la efectividad de las intervenciones de enfermería en la prevención, diagnóstico temprano o manejo del linfedema. Se excluyeron estudios con calidad metodológica deficiente, duplicados, o no relacionados con el tema. La calidad metodológica de los estudios seleccionados fue evaluada utilizando herramientas estándar como la escala de Jadad para ensayos clínicos y la herramienta de evaluación de la calidad del estudio observacional.

Resultados

Se seleccionaron un total de 35 estudios que cumplieron con los criterios de inclusión. La mayoría de los estudios fueron de tipo observacional (n=20) y ensayos controlados

(n=15). Los resultados mostraron que la especialización enfermera mejora significativamente la educación sanitaria, la prevención y la monitorización del linfedema en pacientes post-cáncer de mama. Las intervenciones de enfermería en programas de autoayuda, ejercicio, manejo de síntomas y educación sobre la prevención del linfedema demostraron ser eficaces en la mejora de la calidad de vida y la reducción de la incidencia de linfedema. Los estudios también sugieren que las enfermeras especializadas pueden desempeñar un rol clave en la detección temprana y en la coordinación de los cuidados multidisciplinarios.

Conclusiones

Esta revisión sistemática pone de manifiesto la necesidad de crear programas de especialización en enfermería para el manejo del linfedema en pacientes con cáncer de mama. El modelo "Lymphedema Nurse Navigator" es altamente recomendable para mejorar la calidad de vida de las pacientes, reducir la incidencia de linfedema y facilitar la detección temprana de esta complicación invalidante.

Además, los resultados respaldan la integración de la enfermería como un referente clave en los equipos multidisciplinarios que gestionan el linfedema, permitiendo un tratamiento más integral y centrado en el paciente.

RES0130 Educación sanitaria grupal “CUIDATE”. Valoración percibida por las pacientes después de una cirugía conservadora de mama.

Laura Martín Arce[1], Jose Antonio Antón Pérez[2], Carolina Lema Chacón[3], Aida Lacambra Marco[1]

[1]Hospital Universitari Germans Trias i Pujol Unidad Patologia Mamaria
[2]Hospital Universitari Germans Trias i Pujol Enfermeria de Oncologia
[3]Hospital Universitari Germans Trias i Pujol Fisioterapia

Objetivos

- Reducción de la ansiedad de las pacientes mediante el desarrollo de programas educativos grupales de promoción de la salud.

- Promover su autonomía, facilitando la incorporación a su vida cotidiana y reforzando circuitos de contacto en caso de necesidad.

Material y Métodos

Es habitual el desarrollo de programas educativos y de seguimiento en pacientes mastectomizadas y/o con linfadenectomías axilares desde el día posterior a la cirugía.

En nuestra unidad, decidimos crear en 2021 sesiones grupales para pacientes tras cirugías conservadoras de mama con biopsia selectiva de ganglio centinela. Desde entonces, se han desarrollado sesiones con una periodicidad

mensual, en grupos de 8-10 personas, dirigidas a estas pacientes. La duración de la sesión es de una hora y media y es impartida por la enfermera y la fisioterapeuta de la unidad.

Los temas que se abordan en la sesión son:

- Promoción de hábitos saludables, nutrición, cuidado de la piel y sexualidad.

- Manejo en el cuidado de cicatrices, movilidad del brazo y promoción del ejercicio físico para la prevención de complicaciones tras la cirugía.

- Definición de linfedema, prevención y circuito de contacto.

Al final de cada charla, se pasa un cuestionario de satisfacción para conocer si se han cumplido las expectativas de las pacientes.

Resultados

Desde el inicio de las sesiones en 2021 hasta abril de 2025 han participado en el taller grupal 265 pacientes. Se pudo recoger el cuestionario de satisfacción a 236 de esas pacientes.

La media de edad de las participantes ha sido de 59.5 años (rango entre 29-84 años).

La valoración de la sesión ha sido excelente para el 85.59% de los casos.

Un 55.17% refiere conocer parte de la información dada, destacando el 37.06% que refería no conocer nada o casi nada de la educación básica de salud ofrecida a pesar de que en un 89,69% creían que el nivel de información era medio.

Lo que más les motiva a venir al taller es tener información para afrontar mejor esta etapa del tratamiento oncológico.

Entre las sugerencias más habituales que registran las pacientes se encuentran: agradecimiento por la sesión y realización de más talleres similares.

Conclusiones

Las sesiones grupales son dinámicas y permiten conocer los aspectos que más les importa a las pacientes en esta etapa de la enfermedad, adecuando los contenidos a profundizar según sus aportaciones.

A su vez, es un espacio donde las pacientes pueden compartir sus experiencias, ya que todas han pasado por una terapia similar.

RES0157 Manejo de úlcera mamaria tumoral en combinación con tratamiento oncológico sistémico

Cristina Pérez Matilla[1], Blanca Amada De Urrutia Nadal[2], María Berdeal Díaz[2]

[1]Hospital Universitario El Bierzo Consulta De Cuidados De Enfermeria En Patología Mamaria

[2]*Cirugía General*

Objetivos

- Conocer los recursos disponibles para el manejo de las curas de úlceras mamarias de origen tumoral asociado al tratamiento oncológico sistémico.
- Mejorar la calidad de vida de estas pacientes.

Material y Métodos

Mujer de 71 años que acude a urgencias por úlcera mamaria izquierda sangrante. A la exploración: mama izquierda pétrea, ulcerada y excavada, maloliente con fibrina en fondo y varios puntos sangrantes.

Ingresa a cargo de Cirugía General para completar estudios y manejo local con curas. Finalmente, se diagnostica de un carcinoma de mama bilateral cT4 cN3b cM1 EIV triple negativo (mama izquierda) y cT1 cN0 luminal B (mama derecha).

Estabilizada clínicamente y finalizado estudio de extensión se decide alta a domicilio, con seguimiento por la Unidad de Patología Mamaria (UPM). Se presenta el caso en Comité de Tumores, y se realiza interconsulta preferente a servicio de oncología médica para iniciar terapia oncológica sistémica.

Resultados

Al alta, recibimos a la paciente en consulta de enfermería de upm. se continúa la pauta de curas establecida en hospitalización, periódicamente cada 48h y contemplando el siguiente esquema:

- Limpieza con suero fisiológico.
- Fomentos con *prontosán solución*®.
- Aplicación de *askina calgitrol paste*® con intención hemostática y bacteriostática.
- Interposición de apósito urgotul® o equivalentes, entre la úlcera y aquacel ag+® o aquacel extra® según la existencia de sobreinfección.
- Apósito *carboflex*® para control del olor.
- Finalmente, apósito secundario convamax™ superabsorbente® en fase más exudativa y apósito biatain silicone® en la menos exudativa.

Iniciada quimioterapia con paclitaxel+carboplatino+pembrolizumab, y en combinación con los productos utilizados en la cura, se observa una reducción de la úlcera de 20x20cm a 7.5x5cm. Con esta pauta hemos controlado el sangrado sin requerir radioterapia hemostática, y conseguido un efecto desbridante, asociando control del olor y exudado. El tratamiento oncológico produce cambios dinámicos en la lesión, lo que conlleva modificaciones en el plan de curas según evoluciona.

Conclusiones

La atención especializada proporcionada por enfermería de UPM, entrenada en el manejo de curas complejas como las de origen tumoral y asociado a la terapia oncológica sistémica, favorece el control local de sobreinfecciones de la lesión tumoral. Esto mejora la calidad de vida de las pacientes, facilitando su incorporación en actividades cotidianas y reduciendo el aislamiento social que comúnmente experimentan.

Res0352 Marcadores Intramamarios Por Ecografia

Gloria Roquet-jalmar Mallol[1], Anna López Trullols[1], Sebastian Kohan[2]

[1]Hospital Salut Sant Joan - Reus Baix Camp Imagen Para El Diagnóstico Y Medicina Nuclear [2]

Objetivos

Los marcadores mamarios ofrecen una mejora importante y sencilla en el campo diagnóstico y terapéutico de la patología mamaria.Expondremos desde nuestra experiencia el uso de la colocación bajo guia ecográfica de marcadores mamarios y axilares en nuestro servicio de radiodiagnóstico.

Material y Métodos

Existen diferentes tipos de marcadores para la identificación de las lesiones. En nuestro centro utilizamos tres tipos diferentes de marcadores para colocar bajo guía ecografíca; se utilizó para marcar lesiones mamarias y lesiones axilares. Seleccionar el marcador más adecuado para cada caso es fundamental para facilitar y reducir los tiempos de la exploración. El material de los marcadores son de níquel-titanio con un calibre 18G, precargados, lo que facilita el manejo para la colocación del mismo. En la mayoría de los casos, si es posible, se aprovechó el mismo procedimiento de la biopsia para marcar la lesión.

En todos los casos se concluyó el procedimiento con una mamografía craneocaudal y medio lateral oblicua para documentar la correcta colocación del marcador.

Resultados

Los marcadores mamarios se identificaron por mamografía, resonancia y ecografía .No se observó ni se describió migración de ningún marcador. Solo en un caso se tuvo que localizar por TAC por el fenotipo de la paciente y por su situación axilar alta. En todos los casos hubo correlación del sitio marcado con el informe anatomo- patológico.

Conclusiones

La colocación de los marcadores intramamarios y axilares supone una mejora considerable en el manejo de la patología mamaria y axilar, ya que facilita el el seguimiento y la localización de lesiones benignas y malignas.

La disponibilidad de diferentes tipos de marcadores y la correcta elección es importante para el manejo de pacientes con lesiones mamarias.

RES0414 calidad de vida en pacientes supervivientes de cáncer de mama que practican barco dragón

Lucía Alfonso - Ochotorena Rodríguez[1], Estefanía Vázquez Piñuela[2], Maria Perez Herreros[1], Maria Dolores Rodriguez García[3], Maria Angeles García Sanchez[4], Amalia Sotoca Ruiz[5], Cristina De la Fuente Alonso[6], Aurora Rodriguez Perez[5]

[1]Universidad Ceu San Pablo Grado De Enfermeria
[2]Hospital Ruber Internacional Direccion De Enfermería
[3]Hospital La Luz Medicina De Familia
[4]Asisa Medicina Del Trabajo
[5]Hospital Ruber Internacional Oncologia Radioterápica
[6]Hospital Universitario Puerta De Hierro Oncologia Radioterápica

Objetivos

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en mujeres españolas. Gracias al diagnóstico precoz y a los avances terapéuticos, el 86 % sobreviven al menos cinco años. Sin embargo, enfermedad y tratamientos generan secuelas no solo fisicas/funcionales sino también psicológicas (depresión, ansiedad y miedo a la recidiva), sociales y laborales, que deterioran significativamente su calidad de vida. Por ello, es fundamental investigar cómo las comorbilidades relacionadas con los tratamientos pueden afectar a la calidad de vida.

La evidencia científica demuestra que el ejercicio físico en pacientes con cáncer es factible en todas las etapas de la enfermedad, además de ser seguro y eficaz para reducir efectos secundarios y mejorar la calidad de vida.

El barco dragón es un deporte náutico con grandes beneficios en mujeres supervivientes de cáncer de mama.

Objetivo: Analizar la calidad de vida en supervivientes de cáncer de mama que practican barco dragón en nuestro medio.

Material y Métodos

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo, en el que participan 22 mujeres supervivientes de cáncer de mama (BCS), del equipo BCS-MADRIDRAGONS-Alberche Kayak Club que practican barco dragón. Las pacientes cumplimentan en tiempo limitado, el cuestionario de calidad de vida de cáncer en general, QLQ-C30, el QLQ-BR45, específico para cáncer de mama y un cuestionario creado para este estudio sobre datos demográficos y clínicos del tumor, así como preguntas abiertas para conocer el impacto de la práctica de este deporte en la vida de las pacientes.

Se ha utilizado el software estadístico SPSS versión 29 (IBM-SPSS; Chicago, IL; EE.UU)

para el análisis descriptivo, incluyendo medidas de tendencia central y de dispersión para variables cualitativas y frecuencias absolutas y relativas para las categóricas.

Resultados

La edad media al diagnóstico es de 51 años y el 60% tiene cáncer de mama infiltrante. 54.5% ha recibido quimioterapia, 72.7% hormonoterapia, y linfadenectomia y radioterapia axilar en 8 pacientes. De los síntomas experimentados, el dolor se manifiesta en grado variable, en el 68.1%, especialmente musculares (72.7%), articulares (59%) y óseos (54.5%) Impacto corporal y en sexualidad en más de la mitad de las pacientes. El 27.3%, hinchazón en brazo/ mano.

La salud general y la calidad de vida en general es valorada como buena/muy buena/ excelente en el 86.4% y 81.9%, respectivamente.

Conclusiones

A pesar de algunos síntomas derivados de la enfermedad y los tratamientos, las pacientes que practican barco dragón presentan buena calidad de vida y salud en general, traduciéndose en un incremento del bienestar físico, psicológico, emocional y social.


www.congresodelamama.org