

# Tratamiento de cáncer de mama múltiple más reconstrucción inmediata (oncoplástica) mamaria: reporte de caso

Multiple breast cancer treatment plus immediate (oncoplastic) breast reconstruction: case report

Volumen 42 | N° 2 | Agosto 2024

Fecha de recepción: 23/05/2024  
Fecha de aprobación: 09/07/2024  
Fecha publicación: 06/08/2024

<https://doi.org/10.18537/RFCM.42.02.07>

1. Médico Cirujano. Cirujano Oncólogo. CIPAM Centro Oncológico y Hospital "Monte Sinaí". Cuenca-Azuay-Ecuador
2. Médico General. Docente en Ciencias Médicas con Especialidad en Cirugía Oncológica. Cuenca-Azuay-Ecuador
3. Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Cirugía Plástica y Reconstructiva. Cuenca-Azuay-Ecuador

Caso  
clínico

Clinical  
case

<https://orcid.org/0000-0003-1656-2609>

Correspondencia:  
patriciocorral@hotmail.com

Dirección:  
De los cristales 125, Urb, Colinas de  
Challuabamba

Código postal:  
010109

Celular:  
0998161242

Cuenca-Ecuador

## Membrete bibliográfico

Corral P, Pazmiño J, González V. Tratamiento de cáncer múltiple más reconstrucción inmediata (oncoplastia) mamaria. Rev. Fac. Cienc. Méd. Univ. Cuenca, 2024(42)2:61-67. doi: 10.18537/RFCM.42.02.07

Corral Domínguez, Patricio Edmundo<sup>1</sup>; Pazmiño Palacios, Juan Bernardo<sup>2</sup>; González González, Víctor<sup>3</sup>

## Resumen

**Introducción:** el cáncer de mama es una patología oncológica de alta prevalencia. Su diagnóstico requiere una historia clínica completa, estudios de imágenes y análisis patológicos. El tratamiento ha evolucionado desde la mastectomía radical hacia enfoques más conservadores. Sin embargo, aún no existe un consenso claro sobre el tratamiento del cáncer múltiple, lo que constituye el motivo de esta revisión.

**Caso clínico:** mujer de 53 años consultó por tres lesiones en la mama izquierda. Se realizó una mamografía, una ecografía y estudios patológicos que confirmaron la presencia de cáncer múltiple. Los procedimientos realizados incluyeron la identificación del ganglio centinela, una lumpectomía, un estudio transoperatorio guiado por ecografía, una reconstrucción oncoplástica de pedículo inferior con patrón de Weiss, y la simetrización de la mama contralateral. La paciente fue clasificada en el estadio clínico pIIA múltiple (pT1b, pN1, M0), con un subtipo LUMINAL B y Her2 positivo. Recibió tratamiento con quimioterapia basada en trastuzumab, radioterapia y hormonoterapia. Actualmente, se encuentra libre de enfermedad desde hace 3 años.

**Conclusiones:** la paciente se benefició de una cirugía conservadora que respetó los criterios oncológicos, logrando resultados equivalentes a los obtenidos con una mastectomía radical. Aunque es un tema controversial, existen estudios internacionales que respaldan la realización de cirugía oncoplástica de la mama cuando es factible. Si la resección tumoral cumple con la "premisa" de no tumor en la tinta, las tasas de recurrencia, supervivencia global y libre de enfermedad son similares a las obtenidas con la mastectomía radical.

**Palabras claves:** neoplasias de la mama, mamoplastia; informes de caso.

## Abstract

**Introduction:** breast cancer is a highly prevalent oncological pathology; its diagnosis requires an adequate clinical history, imaging and pathology studies. Its treatment has evolved from radical mastectomy to more conservative surgeries; There is no consensus on the treatment of multiple cancer, which is the reason for this review.

**Clinical case:** Female patient, 53 years old, consulted for 3 lesions in the left breast confirmed by mammography, ultrasound and pathologically the presence of multiple cancer, subsequently the following process were performed: identification of the sentinel lymph node + echo-guided lumpectomy with intraoperative study + oncoplastic reconstruction of the lower pedicle with Weiss pattern and contralateral breast symmetrization, it was classified as a clinical stage multiple pIIA (pT1b, pN1, M0) LUMINAL B with positive Her2. The patient received chemotherapy based on trastuzumab, radiotherapy and hormone therapy, and was disease-free for 3 years.

**Conclusions:** the patient benefited from conservative surgery respecting oncological criteria and obtaining the same results as radical mastectomy; Although it is controversial, there are international studies that support the performance of oncoplastic breast surgery. If tumor resection entails the well-known "premise" of no tumor in the ink, recurrences, overall and disease-free survival are similar.

**Keywords:** Breast neoplasm; mammoplasty; case report.

## Introducción

El cáncer de mama es la patología oncológica con mayor incidencia en el mundo, se origina en cualquier estructura del tejido mamario, siendo la principal causa de muerte en población femenina a nivel mundial. Su etiología es variada y es importante conocer los factores de riesgo: sexo, edad, alteraciones hormonales, menarca temprana, menopausia tardía, antecedentes familiares y/o personales, radiaciones, sobrepeso, para determinar mayor riesgo de padecer la enfermedad<sup>1-3</sup>.

Su sintomatología en etapas iniciales es inespecífica; no obstante, en estadios avanzados presenta tumoraciones, protrusiones, hundimientos o ulceraciones en la piel, secreciones y cuando es muy avanzada piel de naranja y/o inversión del pezón<sup>1</sup>.

Para el diagnóstico del cáncer de mama, es necesario realizar una historia clínica completa, seguida de estudios de imagen como el ultrasonido y la mamografía, que tiene una sensibilidad del 87 % y una especificidad del 99 %. A pesar de esto, hasta un 30 % de los cánceres pueden pasar desapercibidos. Actualmente, la resonancia magnética con contraste está indicada, ya que proporciona información sobre la neovascularización y puede detectar tumores pequeños de hasta 5 mm, así como microcalcificaciones. Además, permite identificar y clasificar los tumores en: 1) Unifocal: cuando existe un solo tumor; 2) Múltiple: presencia de dos o más tumores con una separación de 5 mm entre ellos; 3) Multifocal: se define como la presencia de 2 o más focos tumorales en un mismo cuadrante y a menos de 5 cm del foco primario, o si se encuentran al menos dos tumores en el mismo o en otro cuadrante con una separación menor a 5 cm que se originan de un único clon de células tumorales; 4) Multicéntrico: como la presencia de 2 o más focos tumorales en distintos cuadrantes de la misma mama o a más de 5 cm del foco y requieren de la transformación de dos grupos de células tumorales.

La presencia de tumores múltiple, multicéntrico y multifocal tiene una incidencia entre 6 % y 70 %. En todos los casos, se debe obtener tejido mamario para confirmar la presencia del cáncer y realizar su tipificación<sup>1,2,4-8</sup>. En la literatura al estudiar mastectomías se concluye que solo el 37 % eran verdaderamente unifocales, de los cuales el 43 % presentaban lesiones a más de 2 cm de la lesión principal<sup>5</sup>.

En la actualidad la inmunohistoquímica permite evaluar receptores de estrógenos (RE), receptores de progesterona (RP), expresión Her2, el marcador de proliferación celular KI 67, y la E- Cadherina y subdividir a los tumores en: Luminal A, Luminal B, Her2 positivo y el triple negativo. En tumores múltiples, multicéntricos y multifocales puede existir una variación del subtipo de cáncer de mama entre el 8 % y 12,4 %, esto es importante para una mejor determinación del tamaño; estos cánceres tienen una variación para RE: 0% a 18 %; RP: 6 % a 11 % y Her2: 0 % a 6 %, afectando principalmente a mujeres premenopáusicas<sup>1,9-11</sup>.

El tratamiento se basa en el control local mediante procedimientos quirúrgicos, bien sea cirugía conservadora con ganglio centinela o mastectomía radical; ambas tienen una tasa similar de recurrencia, siempre que se logre un margen adecuado de menos 2 mm para el cáncer *in situ* y que “no pinte tumor en la tinta” (es decir borde sin tumor) para el cáncer invasor; además, se ha de buscar un resultado estético mediante técnicas oncoplásticas, se debe valorar la aplicación o no de radioterapia, (indispensable en cirugía conservadora) y el control a distancia mediante quimioterapia sola o acompañada de anticuerpos monoclonales y/o inmunoterapia; en países desarrollados la tasa de supervivencia es del 85 %<sup>5,12-17</sup>.

En Ecuador, todavía se realizan muchas cirugías radicales ante la presencia de cáncer múltiple, multifocal y multicéntrico. Por ello, es necesario proponer técnicas conservadoras que mejoren la calidad de vida de las pacientes, no solo desde el punto de vista físico, sino también abordando aspectos estéticos. Es fundamental considerar una adecuada empatía con la paciente y su entorno, así como el componente emocional, que es de gran importancia.

### Presentación de caso

Mujer de 55 años, mestiza, casada, ingeniera de sistemas, con hipertensión arterial de varios años, no refiere antecedentes quirúrgicos, familiares, hábitos o alergias relevantes para el caso; acude a consulta luego de una mamografía, en la que se encontraron microcalcificaciones sospechosas con recomendación de vigilancia, 2 años antes. Posteriormente es derivada por ginecología al servicio de oncología y al examen mamario se palpan 3 lesiones de 1,5 cm aproximadamente (Figura 1),

localizadas en mama izquierda: 1) cuadrante súpero-interno; 2) unión de cuadrantes superiores; y, 3) cuadrante ínfero-interno, región axilar negativa, resto de examen físico normal.



Figura 1. Exámen físico de la mama.

Se observaron zonas enrojecidas en la mama izquierda, correspondientes a los sitios donde se encontraban los tumores.

Se realizó una biopsia con Tru-Cut, que fue clasificada por patología como un carcinoma ductal infiltrante clásico, moderadamente diferenciado, sin invasión linfática ni perineural, correspondiente a un cáncer de mama múltiple. Los resultados de laboratorio, el electrocardiograma y las radiografías de tórax se encontraron dentro de los parámetros normales.

La mamografía y la ecografía revelaron la presencia de un tumor en las interlíneas superiores de la mama izquierda, descrito como una formación nodular irregular lobulada de 10 mm con un nódulo satélite de 4 mm, escasas calcificaciones puntiformes y adenopatías axilares benignas. Se confirmó un BIRADS IV-C con una lesión de 11x12 mm, irregular y pseudoespiculada, acompañada por un nódulo satélite de 4 mm, que se impresiona como una neoplasia primaria de mama. Además, se identificó un nódulo de aproximadamente 1 cm en la región de las 8 horas de la misma mama, aparentemente más regular, y la presencia de adenopatías axilares que parecen ser de tipo reactivo. Las biopsias con Tru-Cut confirmaron el diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante: RE positivo al 90 %, RP positivo al 70 %, Her2 Neu positivo +++, y Ki67 al 20 %. Se clasifica como estadio clínico IA múltiple (pT1b, pN0, M0), subtipo LUMINAL B

(por Her2 Neu positivo). No se inició tratamiento neoadyuvante debido al tamaño del tumor y a la citología negativa del ganglio axilar.

Con esta información, el equipo quirúrgico procedió a realizar la identificación de ganglios centinelas, con un estudio transoperatorio (ETO) que resultó positivo para malignidad en 1 de 5 ganglios. También se efectuó una lumpectomía ecoguiada de cada lesión, confirmando con ETO lo siguiente: tumor de H 11 L b, carcinoma ductal infiltrante de 6 mm con bordes libres de tumor; tumor de H 12 L b, de 3 mm con bordes de sección libres; y tumor de H 8 L b, fibroadenoma. Posteriormente, se realizó una reconstrucción oncoplastica con mastopexia utilizando un colgajo de pedículo inferior, tipo mastectomía reductora con patrón de Weiss, y simetrización de la mama contralateral, como se muestra en la Figura 2.

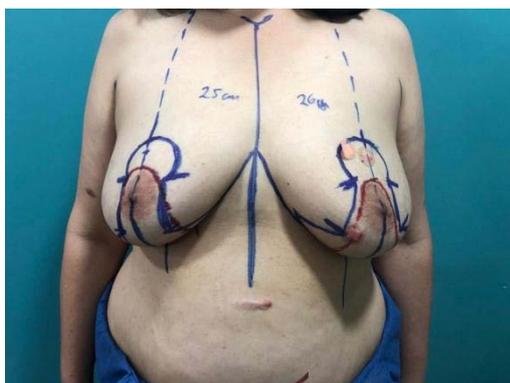


Figura 2. Evaluación por cirugía plástica.

Se realizó un marcaje de las mamas para la reconstrucción mamaria y la mastopexia contralateral. A la semana de la cirugía, la paciente acudió a revisión, encontrándose la herida en buen estado. La patología confirmó un carcinoma ductal infiltrante moderadamente diferenciado con un grado histológico II/III según Scarr Bloom & Richardson. El tamaño tumoral fue de 0.6 mm y 0.3 mm, y el tercer tumor identificado fue un fibroadenoma. Los bordes estaban libres de neoplasia y no se observó compromiso linfovascular ni perineural. Los resultados de la inmunohistoquímica fueron: RE positivo al 90%, RP positivo al 70%, Her2 positivo +++, y Ki67 al 20%. Se clasifica como estadio patológico pIIA múltiple (pT1b, pN1, M0), subtipo LUMINAL B con Her2 positivo.

A los 30 días de la cirugía, la paciente recibió quimioterapia adyuvante consistente en 4 ciclos de

adriamicina y ciclofosfamida, seguidos de 4 ciclos de taxanes asociados a trastuzumab durante 18 sesiones. El protocolo para cirugía conservadora incluyó radioterapia adyuvante con intensidad modulada, con una dosis total de 50 Gy en 25 fracciones, seguido de un incremento de 16 Gy (en 8 fracciones) al lecho tumoral en los cuadrantes superiores, desde el 14 de febrero hasta el 1 de abril de 2022. Debido al subtipo LUMINAL B con Her2 positivo y RE y RP positivos, se inició hormonoterapia con tamoxifeno (dado que la paciente era premenopáusica en ese momento) a una dosis de 20 mg/día, a partir del 28 de abril de 2022, y se realizó un *switch* a letrozol el 27 de diciembre de 2023.

Se efectuaron evaluaciones estrechas cada 3 meses durante el primer y segundo año posterior a la cirugía, que incluían exploración física, estudios de laboratorio, rayos X de tórax, ecografía, mamografía; actualmente, se encuentra cursando su tercer año sin evidencia de enfermedad recurrente (Figura 3).



Figura 3. Control postoperatorio a los 3 meses donde se evidencia cicatrización adecuada.

## Discusión

En la actualidad, la incidencia de cáncer de mama multicéntrico, multifocal y con lesiones múltiples varía entre el 6 % y el 60 %. Para el manejo de estos tipos de cáncer, la cirugía conservadora está ganando cada vez más aceptación, evitando las mastectomías que tienen un impacto psicológico y emocional significativo para las pacientes. En casos de tumores grandes y/o ganglios positivos, y dependiendo del subtipo histológico, es común realizar neoadyuvancia con el objetivo de reducir el tamaño tumoral y la enfermedad en los ganglios. En muchos casos, esto puede resultar en

respuestas patológicas completas, haciendo que la paciente sea más apta para una cirugía conservadora en lugar de una cirugía mutilante<sup>18</sup>.

Fernandes<sup>18</sup> en Brasil investigó en instituciones de tercer nivel de atención sobre “Cáncer de mama multifocal / multicéntrico: perfil clínico / epidemiológico y patrones inmunohistoquímicos entre los focos: estudio transversal”, de los 89 pacientes que se incluyeron, el 9 % presentó heterogeneidad entre los focos tumorales, las pacientes incluidas presentaron estadios II y III con una prevalencia de 40,5 % de Her-2 negativo y 45 % del receptor de estrógeno positivos, tendencia similar a la demostrada en el presente caso, la relevancia de la determinación inmunohistoquímica para el tratamiento adyuvante.

Aunque no es común la discordancia entre los focos tumorales, se debe considerar que cerca del 18,6 % de los casos pueden llegar a presentarla, sin embargo, el 85 % son de la misma estirpe según la descripción de inmunohistoquímica; esta tendencia se mantuvo en el caso presentado<sup>19</sup>; diferentes estudios indican que el pronóstico es similar en cáncer múltiples, multicéntricos y multifocales siempre y cuando se extirpe por completo los tumores con adecuados márgenes (no tumor en la tinta), respetando los criterios oncológicos, otro factor importante es la decisión que la paciente toma y que la conservación de la mama no se limite por técnicas quirúrgicas<sup>5,13,16</sup>.

Una de las principales limitantes para el adecuado manejo del cáncer de mama múltiple, multicéntrico y multifocal es de orden conceptual, pues no existe una única definición; por esta razón, el manejo principal sigue siendo la mastectomía radical, y no es fácil llegar a un consenso mundial para conseguir un mismo lenguaje en el tratamiento en las pacientes con este tipo de patología para preservar la mama<sup>15</sup>.

## Conclusiones

La paciente se benefició de una cirugía conservadora respetando los criterios oncológicos y obteniendo los mismos resultados que la mastectomía radical.

Si bien es controversial, existen estudios internacionales que avalan la realización de cirugía oncoplástica de la mama. Si la resección tumoral

conlleva la conocida “premisa” de no tumor en la tinta, las recurrencias, supervivencia global y libre de enfermedad son similares.

Si bien la cirugía conservadora se presta aún para alguna controversia, existen estudios internacionales que propugnan por la realización de la cirugía oncoplástica de la mama en enfermedad múltiple; la ventaja radica en el beneficio de mantener la estética, alternativa importante para la autoestima de la mujer en su dimensión bio-psico-social.

## Abreviaturas

RE: Receptor de estrógenos, RP: Receptores de progesterona, ETO: Estudio transoperatorio.

## Aspectos bioéticos

Le presente reporte de caso se realizó con la debida aprobación de la paciente y la firma de su conocimiento informado, y se manejaron protocolos que garantiza total confidencialidad de sus datos personales.

## Información de los autores

Corral Domínguez, Patricio Edmundo. Médico Cirujano. Cirujano Oncólogo. CIPAM Centro Oncológico y Hospital “Monte Sinaí”. Cuenca-Azuay-Ecuador. **e-mail:** patriciocorral@hotmail.com **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-1656-2609>

Pazmiño Palacios, Juan Bernardo. Médico General. Docente en Ciencias Médicas con Especialidad en Cirugía Oncológica. Cuenca-Azuay-Ecuador **e-mail:** juanecopaz@gmail.com **ORCID:** <http://orcid.org/0000-0002-4743-7627>

González González, Víctor. Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Cirugía Plástica y Reconstructiva. Cuenca-Azuay-Ecuador **e-mail:** plasticsurgeryvic@hotmail.com **ORCID:** <http://orcid.org/0009-0008-4628-134>

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

## Fuente de financiamiento

Se realizó con recursos de los investigadores.

## Referencias bibliográficas

1. Valle-Solís A, Mirada-Aguirre A, Mora-Pérez J, Pineda Juárez J, Gallardo-Valencia L, Santana L. Supervivencia en cáncer de mama por subtipo mediante inmunohistoquímica: Un estudio retrospectivo. *Gac Med Mex.* 2019;155(Suppl 1):S50-S55. doi: 10.24875/GMM.19005133.
2. Bujaidar-Tobías F, Moguel-Molina N, Arroyo-López N, Larios-Cruz K. Mamografía contrastada: método complementario confiable en decisión terapéutica de cáncer mamario. *Anales de Radiología México.* 2022;21:173-182. doi: 10.24875/ARM.21000122
3. Tong Y, Sun F, Zhang C, Yang S, Yu Z, Zhao Y. Multifocal/multicentric breast cancer: Does each focus matter? *Cancer Med.* 2023;12(7):8815-8824. doi: 10.1002/cam4.5626.
4. Corredor K, Piedrahita C, Gil S, Vélez M, Naranjo M. Mamografía espectral con medio de contraste endovenoso en el diagnóstico de carcinoma mamario multifocal/ multicéntrico. Presentación de un caso. 2023;34(1): 5923-5927. doi: 10.53903/01212095.224
5. Masannat Y, Agrawal A, Maraqa L, Fuller M, Down S, Tang S, et al. Multifocal and multicentric breast cancer, is it time to think again? *Ann R Coll Surg Engl.* 2020;102(1):62-66. doi: 10.1308/rcsann.2019.0109
6. Zhang Y, Liu F, Gao Q, Chai Y, Ren Y, Tian H, et al. Comparing the outcome between multicentric/multifocal breast cancer and unifocal breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Front Oncol.* 2022; 12: 1042789. doi: 10.3389/fonc.2022.1042789
7. Fushimi A, Yoshida A, Yagata H, Takahashi O, Hayashi N, Suzuki K, et al. Prognostic impact of multifocal and multicentric breast cancer versus unifocal breast cancer. *Surg Today.* 2019;49(3):224-230. doi: 10.1007/s00595-018-1725-9
8. Dal F, Ökmen H, Uluhan K, Çolak Ş, Havare S, Trabulus F, et al. Does focal heterogeneity affect survival in postoperative ipsilateral multifocal and multicentric breast cancers? *Rev Assoc Med Bras.* 2022;68(3):405-412. doi: 10.1590/1806-9282.20211168
9. Méndez V, Chiamondia M, Vivacqua M, Mendy N, Terrier F, Valenzuela D, et al. ¿Tiene valor pedir más de un perfil inmunohistoquímico en tumores multicéntricos o multifocales de mama? *Rev argent mastología.* 2018;36(133):69-77. Disponible en: [https://www.revistasamas.org.ar/revistas/2018\\_v36\\_n133/08.pdf](https://www.revistasamas.org.ar/revistas/2018_v36_n133/08.pdf)
10. Avera E, Valentic L, Bui L. Current understanding and distinct features of multifocal and multicentric breast cancers. *Cancer Rep (Hoboken).* 2023;6(9):e1851. doi: 10.1002/cnr2.1851
11. Li S, Wu J, Huang O, He J, Chen W, Li Y, et al. Association of Molecular Biomarker Heterogeneity With Treatment Pattern and Disease Outcomes in Multifocal or Multicentric Breast Cancer. *Front Oncol.* 2022;12:833093. doi: 10.3389/fonc.2022.833093.
12. Zehra S, Doyle F, Barry M, Walsh S, Kell M. Health-related quality of life following breast reconstruction compared to total mastectomy and breast-conserving surgery among breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer.* 2020 Jul;27(4):534-566. doi: 10.1007/s12282-020-01076-1
13. Bonilla Ó. Márgenes quirúrgicos en afeitado de cavidad en cuadrantectomía por cáncer de mama. *Ginecol. obstet. Méx.* 2023;91(12):869-877. doi: 10.24245/gom.v91i12.9014
14. Medina H. Actualidades en cáncer de mama. *ECOS Internacionales de Cirugía 2019.* Disponible en: <https://www.medigraphic.com/ecos2019/ecos2019.pdf#page=45>
15. Bendifallah S, Werkoff G, Borie-Moutafoff C, Antoine M, Chopier J, Gligorov J, et al. Multiple synchronous (multifocal and multicentric) breast cancer: Clinical implications. *Surg Oncol.* 2010;19(4):e115-23. doi: 10.1016/j.suronc.2010.06.001
16. Savioli F, Seth S, Morrow E, Doughty J, Stallard S, Malyon A, et al. Extreme Oncoplasty: Breast Conservation in Patients with Large, Multifocal, and Multicentric Breast

Cancer (Dove Med Press). 2021;13:353-359.  
doi: 10.2147/BCTT.S296242

17. Chatterjee A. Editorial on Oncoplastic Breast-Conserving Surgery for Synchronous Multicentric and Multifocal Tumors: Is It Oncologically Safe? A Retrospective Matched-Cohort Analysis. *Ann Surg Oncol*. 2022;29:23–24. doi: 10.1245/s10434-021-10919-w
18. Fernandes K. Cáncer de mama multifocal/multicéntrico: Perfil clínico/epidemiológico y patrones inmunohistoquímicos entre los focos: Estudio transversal. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. 2020;04(06):73–94. doi: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/salud/clinico-epidemiologico
19. Buggi F, Folli S, Curcio A, Casadei-Giunchi D, Rocca A, Pietri E, et al. Multicentric/multifocal breast cancer with a single histotype: Is the biological characterization of all individual FOCI justified? *Ann Oncol*. 2012;23(8):2042-2046. doi: 10.1093/annonc/mdr570