

## RESUMENES CIRUGÍA DE MAMA

### 5.-PRONÓSTICO DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE CON O SIN PEMBROLIZUMAB: DATOS DE LA VIDA REAL

Javier I. Rodríguez, Pablo Moreno, José M. López, Ariel Fuentes, Lidia Medina, Benjamín Walbaum, César Sánchez, Catalina Vargas, Francisco Domínguez, Mauricio Camus, Augusto León, Francisco Acevedo

Pontificia Universidad Católica de Chile

**INTRODUCCIÓN:** El tratamiento estándar para el cáncer de mama (CM) triple negativo (TN) en etapas tempranas implica el uso de quimioterapia neoadyuvante (QTNA) con carboplatino y, de ser posible, pembrolizumab. Ambos aumentan respuesta patológica completa (pCR) y sobrevida libre de enfermedad (SLE).

**OBJETIVOS:** El objetivo del estudio es comparar pCR, SLE regional (SLEr) y SLE metastásica (SLEm) en pacientes con CMTN que reciben antraciclinas/taxanos con o sin carboplatino y pembrolizumab como tratamiento neoadyuvante.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó pacientes con CMTN, estadios I-III, tratadas con QTNA en un Hospital Público y un Hospital Clínico-Universitario entre 2017-2024. Criterios de inclusión: uso de al menos una dosis de antraciclinas y una dosis de paclitaxel (AT) con o sin carboplatino (Cb). Todas las pacientes que reciben pembrolizumab (P) reciben Cb también. pCR se definió como ausencia de tumor invasor residual en mama y ganglios axilares. La SLEr y SLEm se midieron desde el diagnóstico hasta el evento o pérdida de seguimiento. Realizamos análisis de regresión para identificar factores asociados con pronóstico.

**RESULTADO:** 213 pacientes fueron incluidas. Mediana de edad: 46 años (r=23 – 79). 43% eran Estadio III. 41.3% se hizo estudio genético: 33% era portadora de una variante patogénica en BRCA1/2. Del total, 48.4% recibió AT, 44.1% ATCb y 7.5% ATCb-P. 58% se realizó mastectomía parcial y 54.8% biopsia de linfonodo centinela. Tasa de pCR: AT 32,0%; ATCb 45.7% y ATCb-P 75.0% (p=0,003). El uso de Cb aumentó pCR (50% vs. 32%, p=0,008), independiente de pembrolizumab (45.7% vs. 32%, p=0,04). A 3 años, la SLEr fue 80.5% vs.100% (p=0,01) y la SLEm 90.9 % vs. 58.8% (p=0,0001) para el grupo con pCR y sin pCR, respectivamente. En aquellos sin pCR, casi la mitad recibió capecitabina adyuvante; su SLEm fue del 67.4% vs. 52.0% (p=0,14). En análisis multivariado, solo pCR se asoció con menor riesgo de recurrencia ipsilateral (HR 0.28, p=0,03). En el caso de metástasis a distancia, solo estadio III vs. I-II (HR 3.0, p=0,001) y pCR (HR 0.2, p=0,001) mostraron asociación significativa.

**CONCLUSIÓN:** En pacientes con CMTN, la QTNA con carboplatino mejora significativamente la pCR, efecto que se incrementa dramáticamente con la adición de pembrolizumab. pCR y estadio son factores independientes asociados con recurrencia, confirmando su relevancia pronóstica. En pacientes cuyos tumores no logran pCR, la capecitabina parece mejorar los resultados, aunque no

de manera significativa. Número de pacientes y corto seguimiento pueden haber afectado estos resultados.

## **VIDEO**

### **3.- BIOPSIA DE LINFONODO CENTINELA EN CÁNCER DE MAMA GUIADO POR FLUORESCENCIA CON VERDE DE INDOCIANINA**

Paul Brenner S., Jamile Camacho N., Maria Eugenia Bravo M., Eugenio Roman L., Daniela Ruiz R., Carolina Barriga S., Juan Manuel Donaire A., Alejandra Quintas W. y Fernando Cadiz V.

Clínica Alemana de Santiago

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer de mama es la patología oncológica más frecuente en la mujer. En Chile se estima que el 77% de los decesos por esta patología son menores a 80 años. Una detección temprana y un manejo adecuado son pilares fundamentales para disminuir la mortalidad en nuestro país. En los casos que tenemos un cáncer de mama precoz, la identificación específica del linfonodo centinela y la biopsia excisional de este es de suma importancia para el pronóstico del paciente. Actualmente existen múltiples técnicas y trazadores para realizar esta intervención. El verde de indocianina es una tinción tricarbocianida fluorescente visible con luz cercana al infrarrojo que tiene múltiples usos actualmente. Desde definir límites en resecciones de metástasis hepáticas, evaluar perfusión en anastomosis o identificar linfonodo centinela en cáncer de mama. Por lo que se confeccionó un material audiovisual de forma de utilización y uso de este en cáncer de mama precoz

**OBJETIVOS:** Exponer con material audiovisual técnica de biopsia de linfonodo centinela en cáncer de mama con pacientes de clínica alemana de santiago con cáncer de mama precoz unilateral, que se les inyectó aproximadamente 2 horas previo Tc99 y 15 minutos previo al inicio de la intervención se les inyectó 2 mg de verde de indocianina y 5ml de azul patente periareolar del lado afectado. Material audiovisual tomado con cámara SPY-PHI Stryker con infrarrojo cercano, con previo consentimiento de los pacientes. Cuentas de tecnecio detectado con sonda Gamma

**CONTENIDO DE VIDEO:** El verde de indocianina ya ha demostrado ser una herramienta válida para la detección en biopsia de ganglio centinela en cáncer de mama precoz. En el video podemos ilustrar lo sencillo que es esta técnica y el poco tiempo que agrega a la cirugía. El linfonodo centinela que brilla por el verde de indocianina resultó ser en todos nuestros casos el que más se detectó con la sonda gamma igualmente Según lo descrito en la literatura el verde de indocianina detecta hasta el 99% de los linfonodos centinela y tiene una tasa de falso negativo por debajo del 1%. Dada su rápida curva de aprendizaje, mínimo tiempo extra que añade a la cirugía y sin efectos adversos de toxicidad es una alternativa fundamental por sí sola en centro que no tengan servicio de medicina nuclear y un gran complemento en los centros que cuenten con este servicio, dispongan de este trazador para ser usadas en conjunto para así maximizar los beneficios para el paciente

## **6.-CÁNCER DE MAMA A PARTIR DE BI-RADS 4 Y 5 EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE SANTIAGO**

Sebastián Aravena Á, Montserrat Lemus M., Alex Blamberg T., María Ignacia Von Bennewitz B., Alexander Gallegos S., Juan Pablo Quinteros P., Felipe Fuenzalida S., María Mañana de T.

Hospital Militar de Santiago, Universidad de los Andes

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer de mama es la segunda neoplasia más frecuente en el mundo y primera causa de muerte por cáncer en mujeres en Chile, ahí radica la importancia del diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno. El sistema BI-RADS (Breast Imaging - Reporting and Data System) permite estandarizar la descripción de los hallazgos imagenológicos y su clasificación de riesgo, facilitando la toma de decisiones.

**OBJETIVOS:** Reportar la tasa de malignidad en pacientes con imágenes BI-RADS 4 y 5 durante entre 2018 y 2023 en el Hospital Militar de Santiago y compararlos con la literatura.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio descriptivo en el que se realizó una revisión retrospectiva de fichas clínicas de pacientes que obtuvieron resultados BI-RADS 4 y 5 en imágenes mamarias entre 2018 y 2023, en el Hospital Militar de Santiago.

**RESULTADO:** Del total de estudios imagenológicos realizados entre 2018 y 2023, 511 fueron clasificados como BI-RADS 4 y 5. El 84,14% (n=430) correspondieron a BI-RADS 4, mientras que el 15,85% (n=81) fueron clasificados como BI-RADS 5. Se realizaron 401 biopsias percutáneas en nuestro centro, lo que equivale al 78,47% de los casos. Los 110 restantes no se realizaron biopsias en el hospital por distintos motivos. El 75,06% (n=301) fueron ecográficas por punción (core). Se diagnosticó cáncer de mama en 149 pacientes (37,15%). El 26,77% (n=89) de los BI-RADS 4 y el 90,77% (n=59) de los BI-RADS 5 resultaron positivos para cáncer. El 12,75% (n=19) corresponde a carcinoma ductal in situ, de los cuales el 15,73% (n=14) fueron diagnosticados en la categoría BI-RADS 4 y el 8,47% (n=5) en la categoría BI-RADS 5. Por otro lado, el 86,57% (n=129) fueron carcinomas invasores, distribuyéndose 84,27% (n=75) en BI-RADS 4 y 91,52% (n=54) en BI-RADS 5.

**CONCLUSIÓN:** En esta serie retrospectiva que analiza 401 biopsias percutáneas, 26,77% de las lesiones BI-RADS 4 y 90,77% de las lesiones BI-RADS 5 fueron concordantes con cáncer de mama en el análisis histopatológico. Estos resultados son comparables con la literatura nacional y las series internacionales en los porcentajes de malignidad según BI-RADS que en el caso de BI-RADS 4 es entre 23-44% y en BI-RADS 5 entre 79-100%. La variación del riesgo tendría relación con la indicación del estudio imagenológico, lo mismo que el estadio diagnóstico.

## **7.-IMPACTO DE ONCOTYPE EN LA DECISIÓN TERAPÉUTICA DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN CLÍNICA DÁVILA: EXPERIENCIA CLÍNICA 2021-2024.**

Jeanne Palet O, Diego Ramírez C, Karla Olguín U, M.a de los Angeles Guitart A, M.a Francisca Rojas A.

Clínica Dávila, Universidad de Los Andes.

**INTRODUCCIÓN:** A pesar de décadas de investigación, el cáncer de mama se mantiene como la neoplasia más común en mujeres, siendo una causa significativa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Este trastorno heterogéneo presenta distintos subtipos moleculares y características biológicas que atienden a diversos resultados clínicos y enfoques terapéuticos. Por ello, el tratamiento personalizado se ha convertido en la piedra angular de la lucha contra esta enfermedad, permitiendo terapias más efectivas y menos invasivas. El Oncotype DX es un test genómico que evalúa la expresión de un grupo de genes en el tejido tumoral para predecir el beneficio de la quimioterapia y el riesgo de recurrencia en mujeres con cáncer de mama en estadios tempranos con receptores hormonales positivos y HER2 negativo.

**OBJETIVOS:** En este estudio se busca evaluar la correlación entre la precisión de terapia otorgada por Oncotype DX y los resultados clínicos.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Este estudio observacional retrospectivo analiza la experiencia de 20 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama con receptores hormonales positivos y HER2 negativo tratadas en Clínica Dávila desde el 2021 hasta julio 2024, quienes optaron por realizar el test Oncotype para determinar el uso de quimioterapia adyuvante. Para ello, se recolectaron datos de las fichas clínicas de las pacientes, incluyendo edad, características histológicas del tumor, estadio, resultados del análisis genómico, tratamientos recibidos y seguimiento por médicos tratantes. Se registraron los scores de recurrencia (RS) proporcionadas por el Oncotype DX, clasificando a las pacientes en categorías de bajo, intermedio o alto riesgo de recurrencia. Se documentaron las decisiones sobre el uso de quimioterapia adyuvante, basadas en los resultados del test, las características clínicas y las preferencias de las pacientes, las cuales fueron discutidas en comité oncológico.

**RESULTADO:** Del total de 20 pacientes, 6 tenían 50 años o menos, y las otras 14 más de 50 años. En el primer grupo señalado, 1 paciente se vió beneficiada de la QT gracias al Oncotype, equivalente a un 16,7%; mientras que en el segundo grupo fueron 2, es decir un 14,3%. Cabe señalar que de las pacientes que no alcanzaron un  $RS \geq 26$ , hubo 3 (2 con  $RS=20$  y 1  $RS=18$ ) que se les indicó de igual forma QT, siendo todas mayores de 50 años, elevando la cifra de este grupo etario a 35,7% beneficiarias del tratamiento. Además, hubo 1 de la cual no se pudo rescatar el resultado exacto del estudio, sino solo que se decidió no hacer QT. Finalmente, un 15% del total de mujeres se vieron beneficiadas por QT según un  $RS \geq 26$ , aunque fueron 6 las que en definitiva recibieron la terapia, lo que correspondería a un 30% de aquellas que se sometieron al estudio.

**CONCLUSIÓN:** El cáncer de mama está rodeado de múltiples desafíos, actualmente la principal preocupación es identificar la terapia sistémica más adecuada. La implementación del test Oncotype DX ha demostrado ser una de las herramientas más adecuadas para guiar decisiones terapéuticas personalizadas en términos de costo efectividad y disminución de morbimortalidad asociada a quimioterapia en la evolución clínica de pacientes con cáncer de mama. De las 20 pacientes que se sometieron al test, sólo 6 (30%) recibieron QT, lo que resalta la utilidad del estudio para identificar a aquellas pacientes en las que se pueden evitar los efectos secundarios y complicaciones asociadas, sin afectar la eficacia del tratamiento. Los resultados sugieren que el uso rutinario del Oncotype DX puede llevar a una mejor asignación de recursos médicos y a una mayor satisfacción del paciente, subrayando la importancia de adoptar un enfoque personalizado en la toma de decisiones que mejoren la calidad de vida de las pacientes al evitar tratamientos innecesarios.

## **8.-HAMARTOMA GIGANTE DE MAMA, UNA LESIÓN INUSUAL: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Camila Häfelin, Diego Ramírez, Paloma Croxatto, M. Francisca Rojas, Josefina Rojas, Camila Concha, Martin Schwingeler

Clinica Dávila

**INTRODUCCIÓN:** Resumen El hamartoma mamario es una entidad benigna y poco frecuente que se presenta como una masa de crecimiento paulatino. A través de una historia clínica detallada y un estudio adecuado, se puede sospechar la presencia de esta patología, a pesar de que su etiología y patogenia son desconocidas. Su tamaño es variable, pudiendo alcanzar diámetros de hasta 15 cm, lo que los clasifica como hamartomas gigantes. Estos últimos requieren una resección más laboriosa y la búsqueda de un resultado estético armonioso. Se presenta el caso de una paciente femenina de 47 años que consultó por aumento de volumen progresivo, no doloroso, en la mama izquierda. Al examen físico se observó una asimetría mamaria con macromastia izquierda. La ecografía mamaria reveló un gran hamartoma de 16 x 12 cm. Se realizó una resección mediante mastectomía parcial con técnica oncoplastica y simetrización mamaria contralateral.

**OBJETIVOS:** Introducción El hamartoma mamario es un tumor benigno y poco frecuente, que representa entre el 0,7% y el 4,8% de todos los tumores benignos de mama (1). Se presenta de manera indolora como una masa de crecimiento gradual, y generalmente se detecta de forma incidental. El peso de los hamartomas varía entre 5 gr y 1500 gr, y su tamaño habitual oscila entre 1 cm y 6 cm. Aquellos que superan los 15 cm de diámetro son clasificados como hamartomas gigantes, siendo uno de los más grandes reportados en la literatura de 20 cm (1). Los hamartomas gigantes son lesiones infrecuentes, representando solo el 0.7% de los hamartomas mamarios. En las imágenes mamarias, se presentan con mayor frecuencia como masas sólidas probablemente benignas, con márgenes circunscritos y densidades variables. Histológicamente, son muy similares al tejido mamario normal, aunque con un componente estromal predominante (2). La biopsia excisional se realiza no solo debido a su gran tamaño, sino también porque pueden estar asociados a lesiones malignas, aunque esto no es frecuente (4). El tratamiento de los hamartomas gigantes implica una resección quirúrgica y la corrección de la asimetría mamaria resultante mediante

mastopexia, con o sin implante protésico (5).

**MATERIAL Y MÉTODO:** Caso Clínico Paciente femenina de 47 años con antecedentes de hipertensión y resistencia a la insulina consulta por aumento de volumen progresivo, no doloroso en mama izquierda, de 3 años de evolución. Al examen físico, se evidenció una asimetría mamaria determinada por una masa indolora en el cuadrante inferior externo de la mama izquierda de consistencia gomosa, móvil y con bordes parcialmente definidos, de aproximadamente 10 cm, con una distancia clavícula pezón de 28 cm a izquierda y 25,5 cm a derecha. La ecografía mamaria informó un gran hamartoma de 16 x 12 cm, escasamente vascularizado al doppler, con bordes bien definidos. No se identificaron adenopatías axilares. La impresión diagnóstica fue de masa benigna en mama izquierda, clasificada como BIRADS US 2. Se planificó un abordaje multiequipo con la participación del cirujano de mama y del cirujano plástico. La intervención consistió en una mastectomía parcial del lado izquierdo utilizando una técnica oncoplastica con mastopexia en T invertida para resear de manera amplia el hamartoma gigante. Además, se realizó una mastopexia en T invertida en el seno derecho para lograr la simetría mamaria. El estudio anatomopatológico informó lo siguiente: Tumor mamario izquierdo: en formalina, muestra que pesa 934 g y mide 17 x 14 x 8 cm de diámetro mayor, con losanjo de piel de 9 x 6 cm de diámetro mayor, de superficie cutánea granular blanquecina. Al corte, de consistencia blanda con predominante tejido adiposo, áreas fibrosas blanquecinas asociados también a necrosis grasa, friable. Tejido mamario izquierdo: con aisladas unidades ductolobulillares de arquitectura habitual, conductos dilatados, con cambios fibroadenomatoides, cambios de células columnares sin atipia, con zonas de acentuada fibrohialinización estromal y presencia de foco extenso de adiponecrosis. Muestra con márgenes quirúrgicos libres. La paciente evolucionó de forma favorable durante el postoperatorio, siendo dada de alta hospitalaria sin evidencia de complicaciones quirúrgicas. Con buena evolución ambulatoria y se mantiene en seguimiento por el equipo de mama y cirugía plástica.

**RESULTADO:** Discusión El hamartoma mamario gigante es una lesión poco frecuente, que se desarrolla lentamente y generalmente es asintomática, aunque puede resultar alarmante al alcanzar un tamaño significativo. Esta entidad se cree subdiagnosticada debido a la falta de estudios dirigidos. En los estudios imagenológicos, estas lesiones se describen como masas sólidas, generalmente ovaladas y bien circunscritas. Microscopicamente, los hamartomas mamarios carecen de una apariencia patognomónica y presentan gran parecido al tejido mamario normal, motivo por el cual se les conoce como “mama dentro de la mama”. También pueden asemejarse a lesiones fibroepiteliales, lo que podría retrasar el diagnóstico y llevar a la realización de biopsias repetidas (2). La evaluación de los métodos diagnósticos por separado puede conducir a errores diagnósticos por lo tanto, es esencial combinar los resultados clínicos, radiológicos ee histopatológicos para lograr un diagnóstico correcto. En el diagnóstico diferencial debe incluirse lesiones como fibroadenoma, lipoma, tumor phyllodes e incluso carcinomas (5). Los hamartomas mamarios gigantes representan tanto un desafío diagnóstico como quirúrgico. ebido a su gran tamaño, su resección implica conlleva una alta probabilidad deformidad o asimetría mamaria, por lo que es necesario un abordaje multidisciplinario y una planificación cuidadosa para lograr un abordaje satisfactorio.

**CONCLUSIÓN:** El hamartoma de mama es un tumor benigno poco frecuente más aún si se clasifica

como gigante. El diagnóstico clínico y radiológico es complicado y puede ser fácilmente erróneo, ya que suele confundirse con otros tumores. A pesar de los avances en técnicas diagnósticas, se recomienda su resección completa para un diagnóstico certero y el estudio de una posible malignidad coexistente. Un diagnóstico correcto es fundamental para evitar un tratamiento excesivo. El diagnóstico preoperatorio preciso ya es un desafío en sí mismo, requiriendo un estudio exhaustivo y un tratamiento adecuado. En el caso de un hamartoma gigante, la resección y el logro de un resultado estético satisfactorio representan un desafío aún mayor. Para las y los pacientes que padecen esta patología, no solo existe la preocupación debido a la lesión mamaria evidente, sino también por las morbilidades asociadas debido a su considerable tamaño, peso y deformidad patente. Sin embargo cabe destacar que el pronóstico del hamartoma mamario, al ser una lesión benigna con bajo riesgo de malignidad, es generalmente muy bueno.