

## Imágenes en Cirugía General

# Cirugía en cáncer de mama estadio IV: neoadyuvancia con respuesta grado 3 de Miller-Payne y posterior cirugía

*Stage IV breast cancer surgery: neoadjuvant treatment with Miller-Payne grade 3 response and subsequent surgery.*

García Redondo M, Pareja López Á, Rodríguez Alonso JM, Reina Duarte Á

Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

### RESUMEN

**Introducción:** El cáncer de mama metastásico se considera una enfermedad incurable. Menos del 7% de las pacientes se encuentran en estadio IV o M1 al diagnóstico. Alrededor del 30-40% desarrollarán metástasis a lo largo de la enfermedad. Aunque el tratamiento sistémico es el principal en estas pacientes, en algunos casos la cirugía puede tener intención curativa.

**Caso clínico:** Mujer de 24 años diagnosticada de carcinoma infiltrante de mama de tipo no especial metastásico, con inmunohistoquímica compatible con subtipo Luminal B. Tras 9 meses de tratamiento sistémico se observa respuesta completa de focos metastásicos, así como una respuesta del primario grado 3 de Miller-Payne. Se propone tumorectomía del tumor primario, con resultado de ypT1c. La paciente continúa asintomática y libre de enfermedad tras 2 años de seguimiento.

**Discusión:** Actualmente la cirugía del tumor primario en el cáncer de mama metastásico puede modificar el pronóstico, beneficiándose un grupo de pacientes seleccionadas. Debe ofrecerse como complemento a la terapia sistémica siempre y cuando garanticemos márgenes quirúrgicos libres.

**Palabras clave:** cáncer de mama metastásico, cirugía de mama, estadio IV.

### ABSTRACT

**Introduction:** Metastatic breast cancer is considered an incurable disease. Less than 7% of patients are stage IV or M1 at diagnosis. About 30-40% will develop metastases throughout the course of the disease. Although systemic treatment is the main treatment in these patients, in some cases surgery may have curative intent.

**Case report:** 24-year-old woman diagnosed with metastatic non-special type infiltrating breast carcinoma, with immunohistochemistry compatible with Luminal B subtype. After 9 months of systemic treatment, a complete response of metastatic foci was observed, as

#### CORRESPONDENCIA

Manuel García Redondo  
Hospital Universitario Torrecárdenas  
04009 Almería  
[m.garcia.redondo@outlook.es](mailto:m.garcia.redondo@outlook.es)

XREF

#### CITA ESTE TRABAJO

García Redondo M, Pareja López Á, Rodríguez Alonso JM, Reina Duarte Á. Cirugía en cáncer de mama estadio iv: neoadyuvancia con respuesta grado 3 de Miller-Payne y posterior cirugía. Cir Andal. 2022;33(2):145-147.

well as a response of the Miller-Payne grade 3 primary. Tumourectomy of the primary tumour was proposed, with a ypT1c result. The patient remains asymptomatic and disease-free after 2 years of follow-up.

Discussion: Surgery of the primary tumour in metastatic breast cancer can currently modify the prognosis, benefiting a selected group of patients. It should be offered as an adjunct to systemic therapy if we guarantee free surgical margins.

**Key words:** metastatic breast cancer, breast surgery, stage IV.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama metastásico se considera una enfermedad incurable<sup>1</sup>. Aproximadamente el 3,5-7% de las pacientes con cáncer de mama se encuentran en estadio IV o M1 en el momento del diagnóstico<sup>2</sup>. Se calcula que el 30-40% de las pacientes desarrollará metástasis a lo largo de la enfermedad<sup>2</sup>.

La terapia sistémica ha sido clásicamente el tratamiento principal para estas pacientes, con la finalidad de prolongar la vida. Asociando, o no, tratamiento local paliativo<sup>3</sup>.

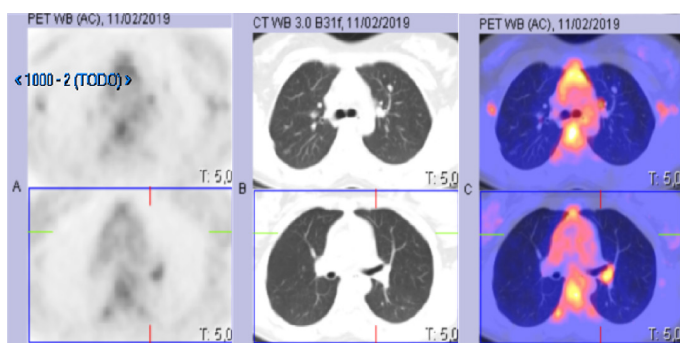
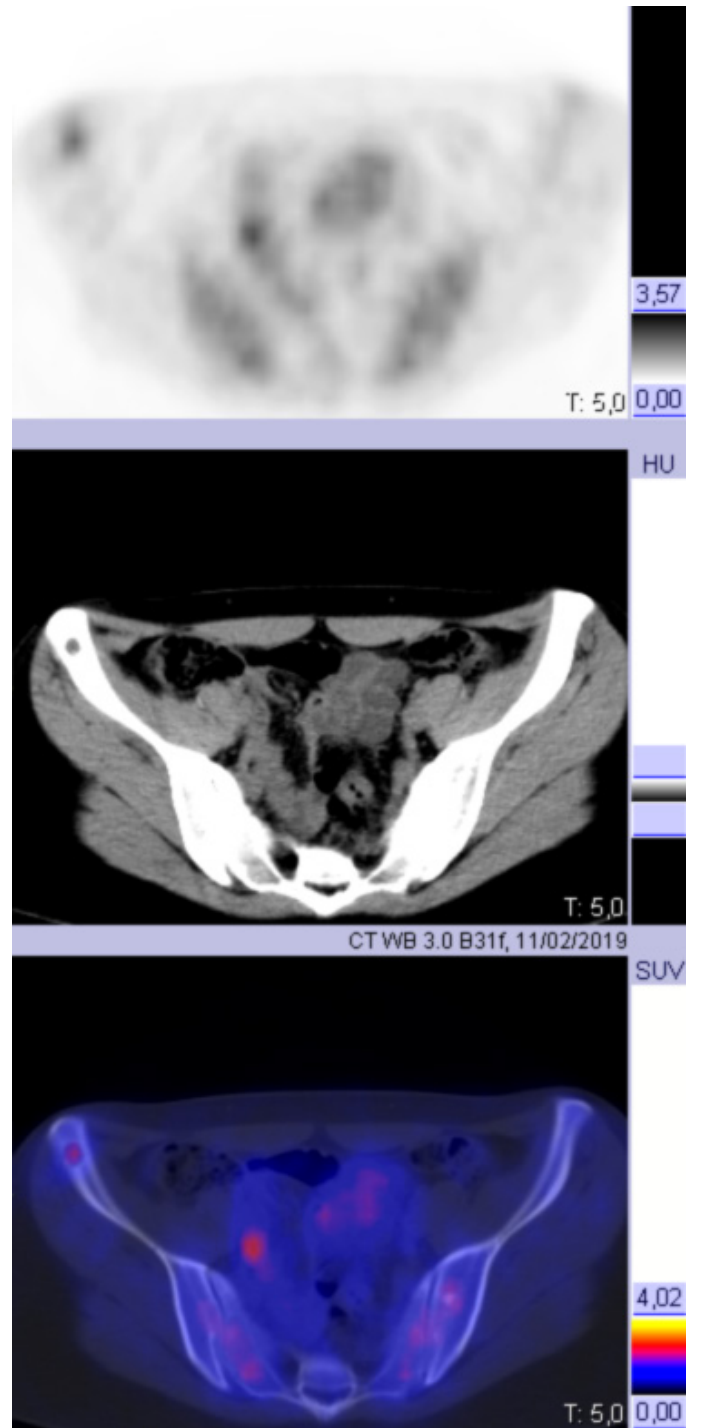
En la práctica clínica hay pacientes que logran una respuesta completa, permaneciendo libres de enfermedad incluso después de 20 años<sup>2</sup>. Por otro lado, más del 50% de los casos de cáncer de mama metastásico al diagnóstico, son tumores T1 y T3 localmente resecables<sup>4</sup>. En una población seleccionada la cirugía del tumor primario complementaria al tratamiento sistémico puede aumentar la supervivencia.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 24 años derivada para estudio de una tumoración detectada en mama derecha mediante autoexploración. En la exploración física se palpó una gran tumoración localizada en cuadrante inferior interno de la mama derecha, indurada y poco móvil. Se realizó ecografía, mamografía y resonancia magnética mamaria bilateral. Diagnosticando una lesión de 35 mm en el cuadrante inferior interno de la mama derecha con nódulos satélites a menos de 1 cm, posteriores a la lesión principal. En el pectoral mayor se delimitaron

3 lesiones nodulares hiperintensas en T2 con captación en anillo, subcentimétricas, sugerentes de metástasis intramusculares. A nivel pulmonar se apreciaron varios nódulos izquierdos y nódulos subpleurales derechos. La axila fue radiológicamente negativa.

La BAG de la tumoración principal dio como resultado carcinoma infiltrante de tipo no especial G2. El estudio inmunohistoquímico fue compatible con cáncer tipo luminal B con expresión de receptores de estrógenos y progesterona del 80-90%, Ki67 del 20% y HER2 negativo.

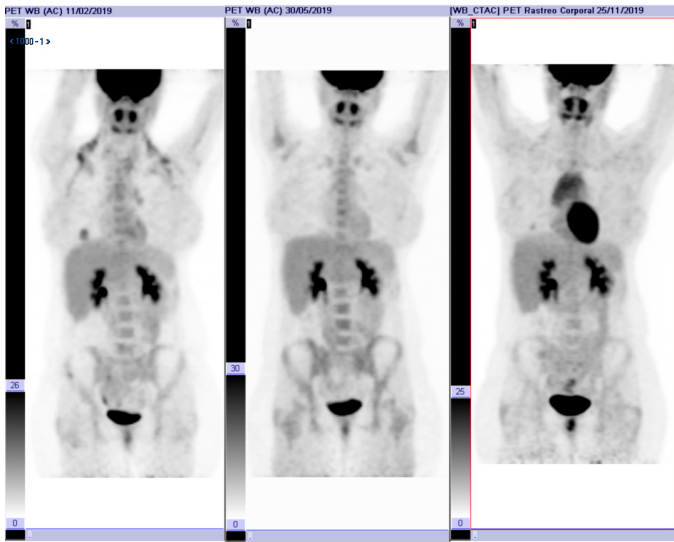


**Figura 1**

Cortes axiales PET (izquierda), TC (centro) y fusión PET/TC (derecha) que muestran un aumento de forma nodular del metabolismo glicídico a nivel pulmonar izquierdo.

**Figura 2**

Cortes axiales PET (superior), TC (centro) y fusión PET/TC (inferior) que muestran un nódulo con aumento del metabolismo glicídico a nivel de la espina iliaca anterosuperior derecha.



**Figura 3**

PET-TAC. A la izquierda, prueba inicial, donde se aprecian captaciones en ambos pulmones y en pelvis, aparte de la lesión primaria en mama derecha. En el centro, tres meses después, se observan captaciones pulmonares. A la derecha, 9 meses después, apreciamos nódulo hipermetabólico en cuadrante inferior interno de mama derecha.

Por la sospecha de enfermedad a distancia se realizó una TC toracoabdominal y una gammagrafía ósea. El informe de la TC confirmó la presencia de múltiples metástasis pulmonares y 3 lesiones óseas en las vértebras D5, D6 y en la pala ilíaca derecha. Sin embargo, el rastreo isotópico óseo fue negativo.

Debido a las diferencias entre la TC y la gammagrafía ósea, decidimos completar el estudio de extensión con 18F-FDG PET/TC. Identificando un foco hipermetabólico en hemipelvis derecha en relación con la lesión osteolítica visible en la TC y varios nódulos pulmonares bilaterales sugerentes de enfermedad metastásica.

Concluimos con el diagnóstico de un cáncer de mama derecha de tipo Luminal B, con invasión del músculo pectoral y afectación metastásica a nivel pulmonar y óseo, Estadio IV. Se decide iniciar tratamiento quimioterápico de primera línea con Docetaxel. La paciente completó 6 ciclos y posteriormente se administra un doble bloqueo hormonal con Goserolina y Tamoxifeno.

Tras 9 meses de tratamiento quimioterápico, se solicitó 18F-FDG PET/TC. Se evidenció una respuesta completa en los focos pulmonares y óseos, persistiendo únicamente la captación del tumor mamario, con un tamaño inferior. La paciente se mantenía clínicamente asintomática y con buena tolerancia al tratamiento.

La decisión del comité es realizar la exéresis quirúrgica del tumor primario. Se practicó una tumorectomía guiada con arpón con un informe anatomopatológico ypT1c con una respuesta al tratamiento neoadyuvante de grado 3 según la clasificación de Miller-Payne. El estudio inmunohistoquímico demostró una expresión de estrógenos al 60%, progesterona al 2%, índice mitótico del 10% y HER2 negativo. Tras dos años la paciente se encuentra asintomática y con estudios de extensión negativos.

## DISCUSIÓN

La cirugía del tumor primario en el cáncer metastásico debe plantearse como un tratamiento complementario en pacientes con muy buena respuesta a la terapia sistémica<sup>5</sup>. Varios estudios han demostrado que los subtipos más beneficiados de la terapia local son el HER2 y los luminales A y B. Por otro lado, en el triple negativo no aporta cambios pronósticos<sup>4</sup>. Aparte de las características citadas, el máximo beneficio se produce en pacientes menores de 55 años y con un ECOG <2<sup>1,3</sup>.

Se debe ofrecer la cirugía siempre que se garanticen márgenes quirúrgicos libres de enfermedad. La resección del primario no aporta beneficios si los bordes se encuentran afectados<sup>4</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Yip C-H. Palliation and breast cancer. *J Surg Oncol*. 2017;115(5):538–43.
2. Kwapisz D. Oligometastatic breast cancer. *Breast Cancer*. 2019;26(2):138–46.
3. Kent CL, McDuff SGR, Salama JK. Oligometastatic breast cancer: where are we now and where are we headed?-a narrative review. *Ann Palliat Med*. 2020;9(6):62–62.
4. García Redondo M, Pareja López A, Rodríguez Alonso JM, Reina Duarte AJ. The role of breast surgery in M1 patients. *Cir Andal*. 2021;32(2):145–9.
5. Díaz de la Noval B, Frías Aldeguez L, Ángeles Leal García M, García López E, Díaz Almirón M, Herrera de la Muela M. Increasing survival of metastatic breast cancer through locoregional surgery. *Minerva Ginecol*. 2018;70(1):44–52.