

SARCOMAS DE MAMA

INTRODUCCIÓN

Los sarcomas de mama son extremadamente raros. Representan menos del 5% de todos los sarcomas y constituyen menos del 1% de todos los cánceres mamarios. Su baja incidencia dificulta la realización de ensayos clínicos prospectivos para determinar el tratamiento óptimo. Deben distinguirse de los carcinomas de mama con diferenciación sarcomatosa.

GENERALIDADES

Son desconocidos los factores de riesgo, sin embargo, existe una asociación entre la radioterapia en la mama o la pared torácica y la aparición de un sarcoma (generalmente el angiosarcoma). El linfedema crónico también puede ser el desencadenante de un linfangio sarcoma (Síndrome de Stewart Treves)

Metastatan por vía hematológica a pulmón, hueso e hígado.

La invasión linfática es muy rara y cuando ello ocurre se estadifica como M1 (Estadio IV)

La edad de mayor incidencia es entre los 50 y 60 años; 98.5% ocurren en las mujeres y 1.5% en los hombres.

Frecuentemente se presenta como un tumor de bordes regulares, móvil, indoloro, y de rápido crecimiento. El tamaño promedio cuando se realiza el diagnóstico es entre 5 y 6 cm (entre 0.8 y 40 cm).

En la mamografía se ve un tumor sin espículas ni microcalcificaciones, en la ecografía un nódulo hiperecogénico sin sombra acústica. No presentan imagen patognomónica.

Recomendamos realizar el diagnóstico a través de una biopsia con aguja gruesa (>14-16 G), realizando tomas en diferentes zonas del tumor; o una biopsia incisional en el caso en que la biopsia con aguja no se pueda realizar o esta no sea concluyente.

TIPOS HISTOLÓGICOS

Angiosarcoma

Rabdomiosarcoma

Liposarcoma

Osteosarcoma

Linfangiosarcoma

Los subtipos histológicos más frecuentes son el angiosarcoma y el sarcoma pleomórfico.

FACTORES PRONÓSTICOS

- Tamaño tumoral
- Márgenes negativos
- Grado histológico
- 0Tipo histológico

El tamaño tumoral y los márgenes negativos son los dos factores más importantes que determinarán la sobrevida de las pacientes.

TRATAMIENTO

El tratamiento principal es quirúrgico. Se aconseja la exéresis con márgenes que van de 1 cm. Los Angiosarcomas deben ser de 3cm si es posible.

Cuando no se puede obtener márgenes adecuados o cuando no existe correlación entre volumen tumoral / volumen mamario se realizará mastectomía simple. Si se trata de un angiosarcoma la indicación de mastectomía debe ser particularmente considerada dado que suelen ser tumores muy agresivos y recidivantes.

Si el tumor infiltra el plano muscular subyacente se deberá extirpar en conjunto con la mama. Cuando existe invasión de la pared costal se realiza exéresis de la parte afectada (costillas, esternón). En estos casos se utilizan técnicas reconstructivas con colgajos miocutáneos.

Debido a que no suelen diseminarse por vía linfática no se realiza la exploración axilar. Si los ganglios están comprometidos clínicamente se efectúa el vaciamiento axilar.

En cuanto a la quimioterapia adyuvante o neoadyuvante no las consideramos tratamiento estándar y se debe personalizar en un comité multidisciplinario.

Se aconseja evaluar la indicación de radioterapia postquirúrgica en los tumores mayores de 5 cm y de alto grado; también se utiliza cuando los márgenes no son satisfactorios.

El rol de la quimioterapia en los tumores localmente avanzados o metastásicos es similar a lo expuesto en el capítulo de sarcomas de partes blandas. Los agentes deben adecuarse al subtipo histológico.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Adem et al. Primary Breast Sarcoma. Clinicopathologic series from the Mayo Clinic and review of the literature. Br J Cancer, 2004; 91: 237-241
- 2- Nizri y col. Optimal management of sarcomas of the breast: an update. Expert Rev Anticancer Ther. 2014 Mar 10
- 3- Pencavel T, Hayes A. Sarcoma Breast: a review of diagnosis and management. Int J Surg 2009; 7: 20-3.
- 4- Samy et al. Diagnosis and management of primary breast sarcoma. Breast Cancer Res Treat 2010; 122: 619-626
- 5- Timothy Percavel et al. Breast Sarcoma. A review of diagnosis and management. Int J of Surgery. 2009; 7: 20-23.
- 6- Yin M *et al.* Primary female breast sarcoma: clinicopathological features, treatment and prognosis. Sci Rep 2016; 6: 31497.
- 7- Zelek L *et al.* Prognostic factors in primary breast sarcomas: a series of patients with long-term follow-up. J Clin Oncol 2003; 21: 2583-8.

