



SOLCA
NÚCLEO DE QUITO

MANEJO QUIRURGICO DE MAMA

Fernando Semanate Z. MD. MSc.

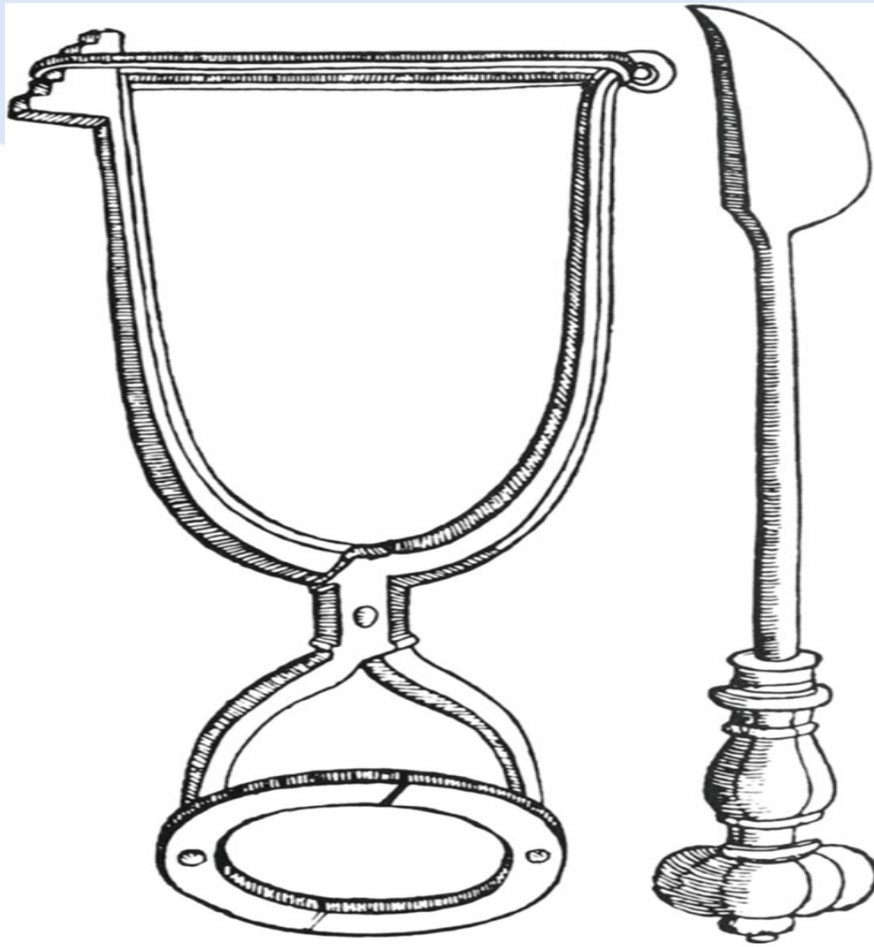
- Reseña histórica.
- Anatomía quirúrgica.
- Tipos de mastectomía.
- Manejo axilar.



- 3000-2500 Papiro Quirúrgico de Edwin Smith. “Hierro y fuego”
- 2250 a. C. Papiro de Nínive “Mastectomía”
- 1500 a. C., Papiro de Ebers. “Metástasis axilar”
- 1514-1564 Andrea Vesalio, De humani corporis fabrica “Escisión quirúrgica amplia de la mama con ligadura de los vasos”
- 1867 Charles Hewitt Moore “Mastectomía reglada”.
- 1819-1868 William Th. Morton “Técnicas anestésicas con éter”



SOLCA
NÚCLEO DE QUITO





SOLCA
NÚCLEO DE QUITO

Técnica de Mastectomía Radical Clásica

1852-1922 William
Halsted







SOLCA
NÚCLEO DE QUITO

Mastectomía Supraradical

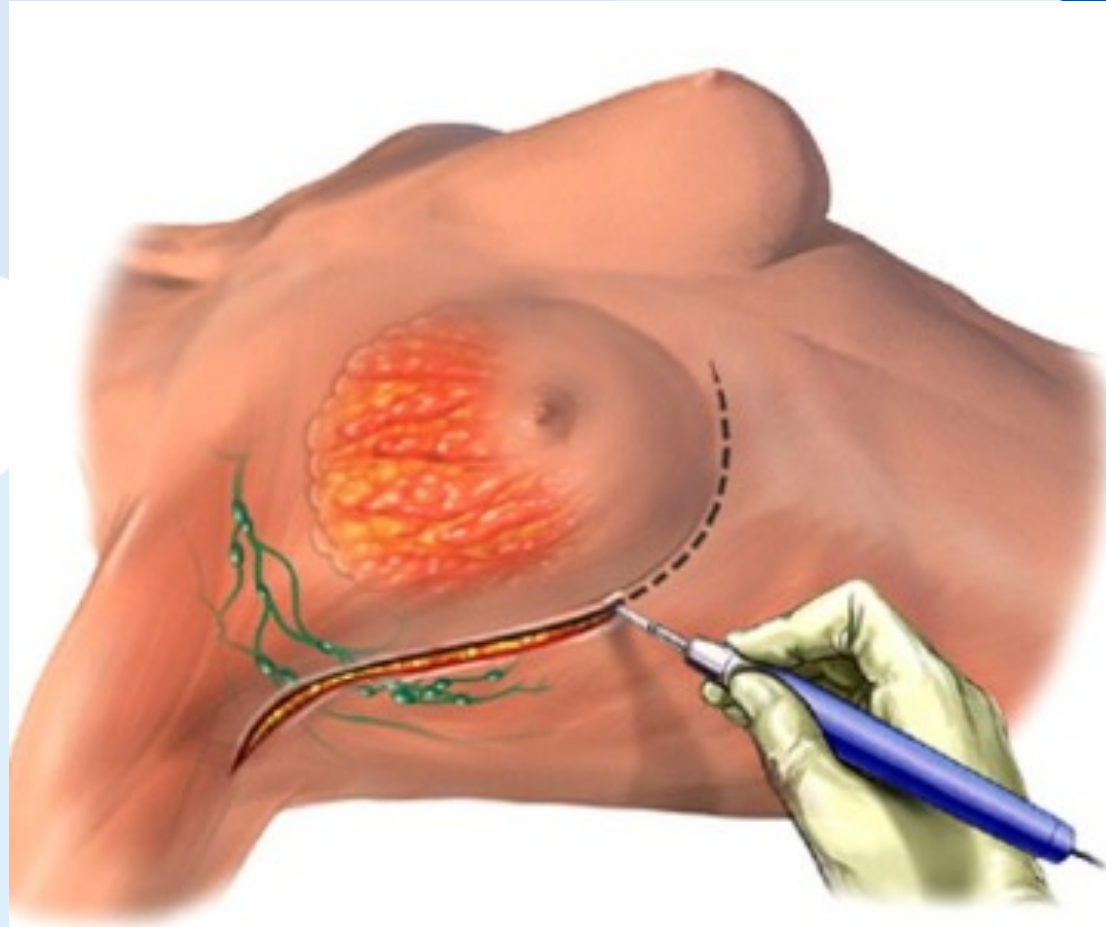
1949 Prudente





SOLCA
NÚCLEO DE QUITO

- Mastectomía radical modificada
- 1965
Madden





SOLCA
NÚCLEO DE QUITO

- 1968 Bernard Fisher “Conservación - Vaciamiento axilar ”
- 1973 Umberto Veronesi “Mastectomía vs Conservación + Rt”
- 1996 David Krag, Giuliano “Ganglio Centinela ”





■ HISTORIA

BILROTH



HASLTED
MEYER
A OSCHNER
URBAN



PATEY DYSON
MADDEN/AUCHINCLOSS

2da parte

GANGLIO
CENTINELA



B. FISCHER:
NSABPs

VERONESI:
MILANI, II, III



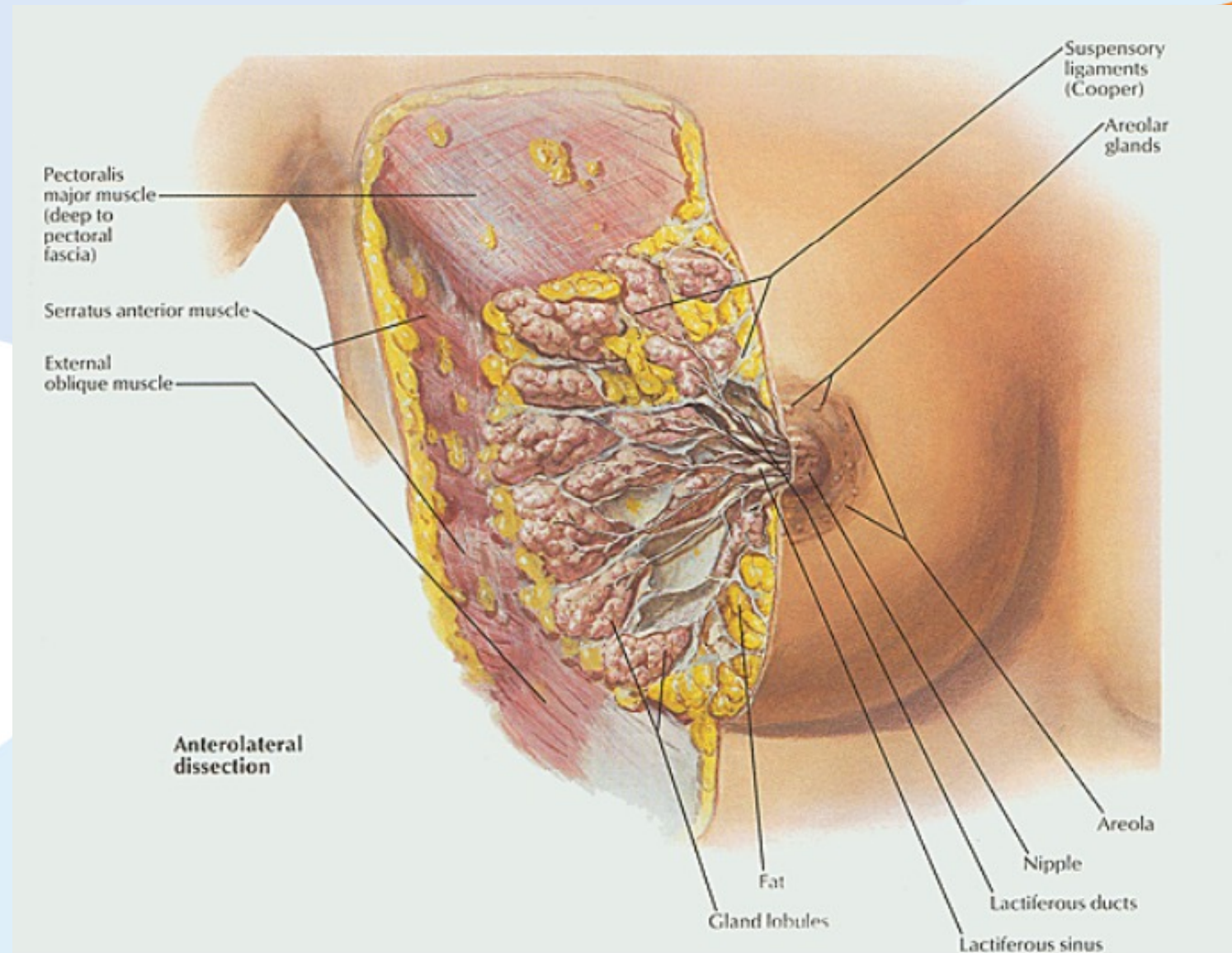
1ra parte

"EL CONTROL
LOCAL SI
IMPORTA"



SOLCA
NÚCLEO DE QUITO

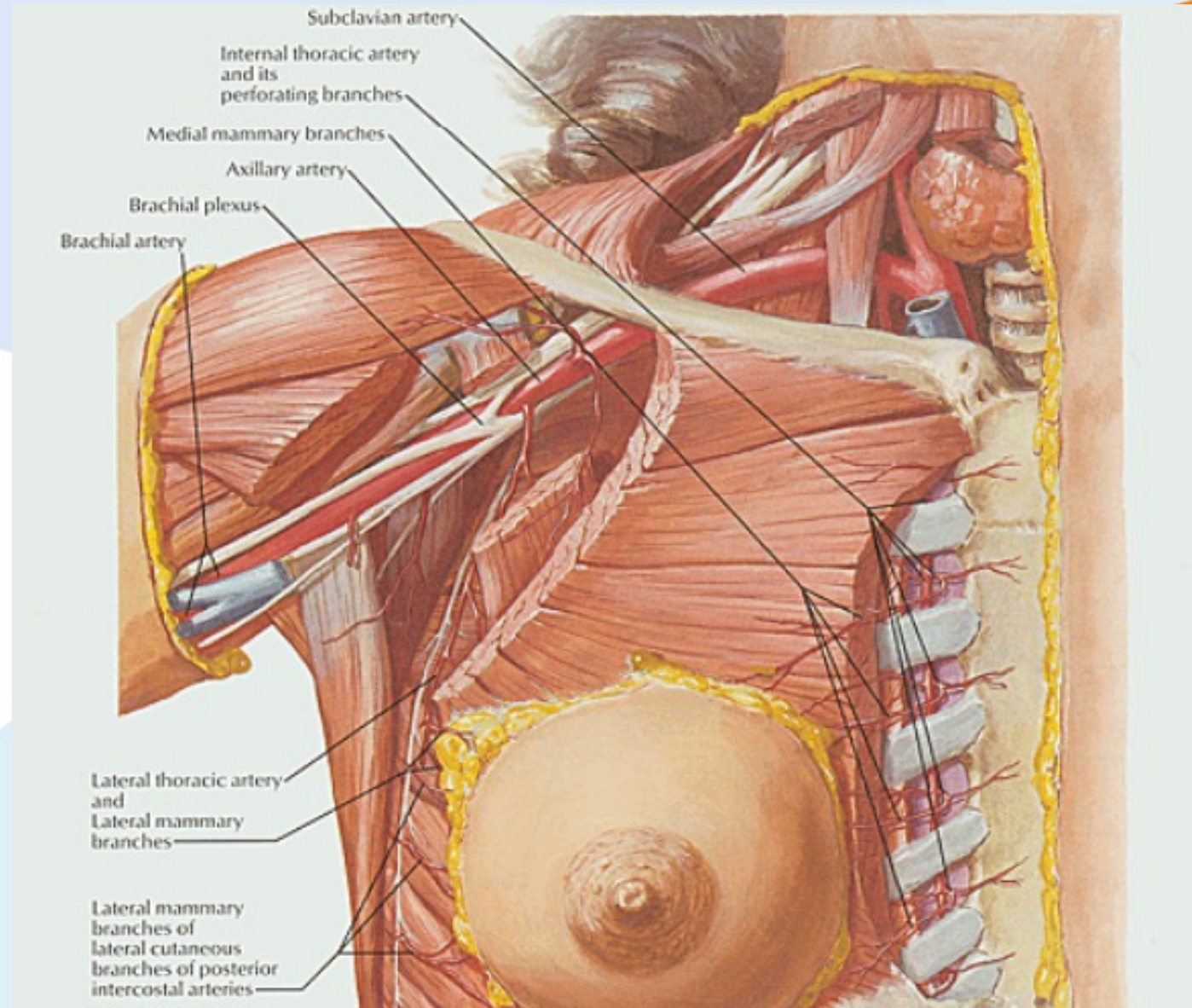
ANATOMIA QUIRURGICA





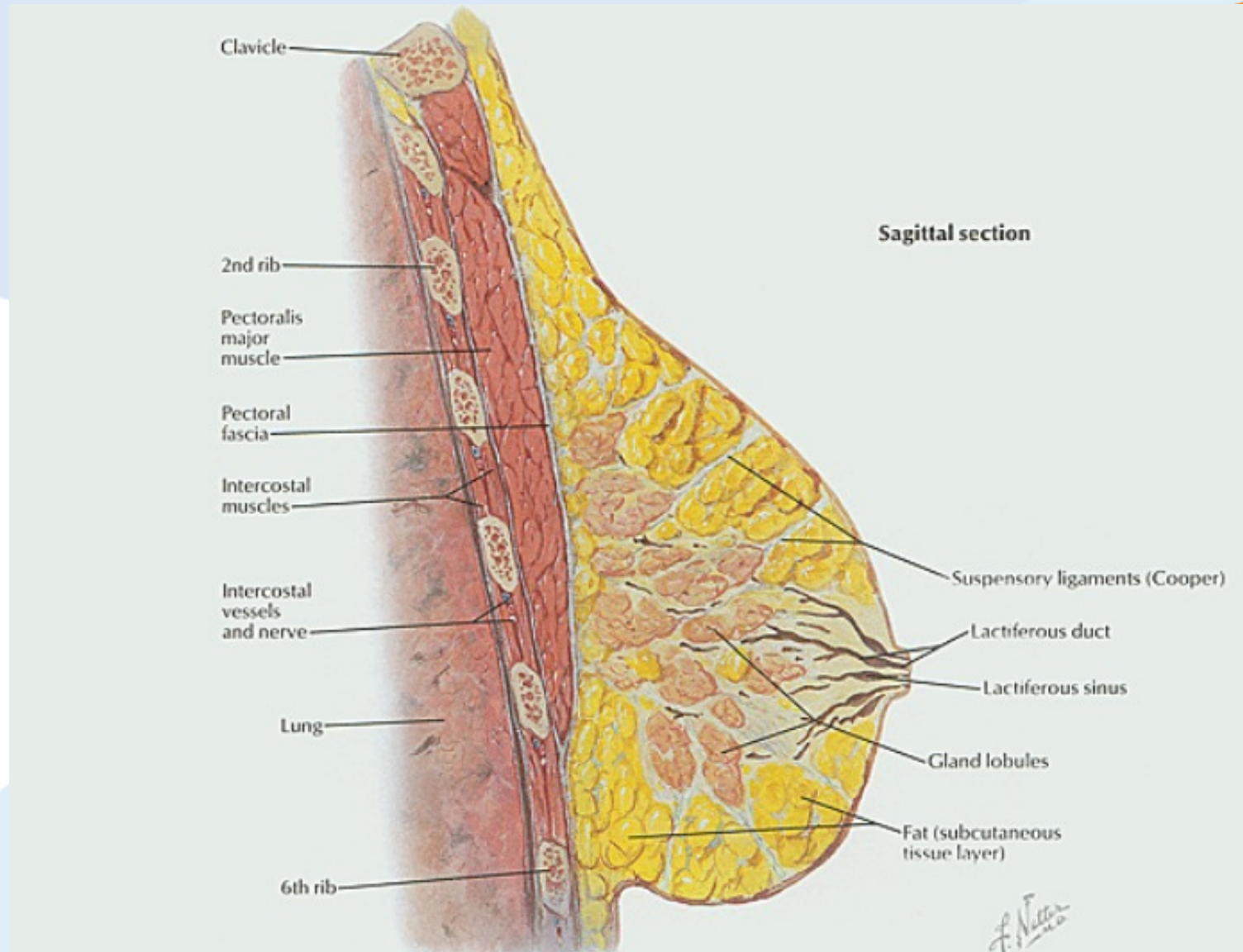
SOLCA
NÚCLEO DE QUITO

ANATOMIA QUIRURGICA

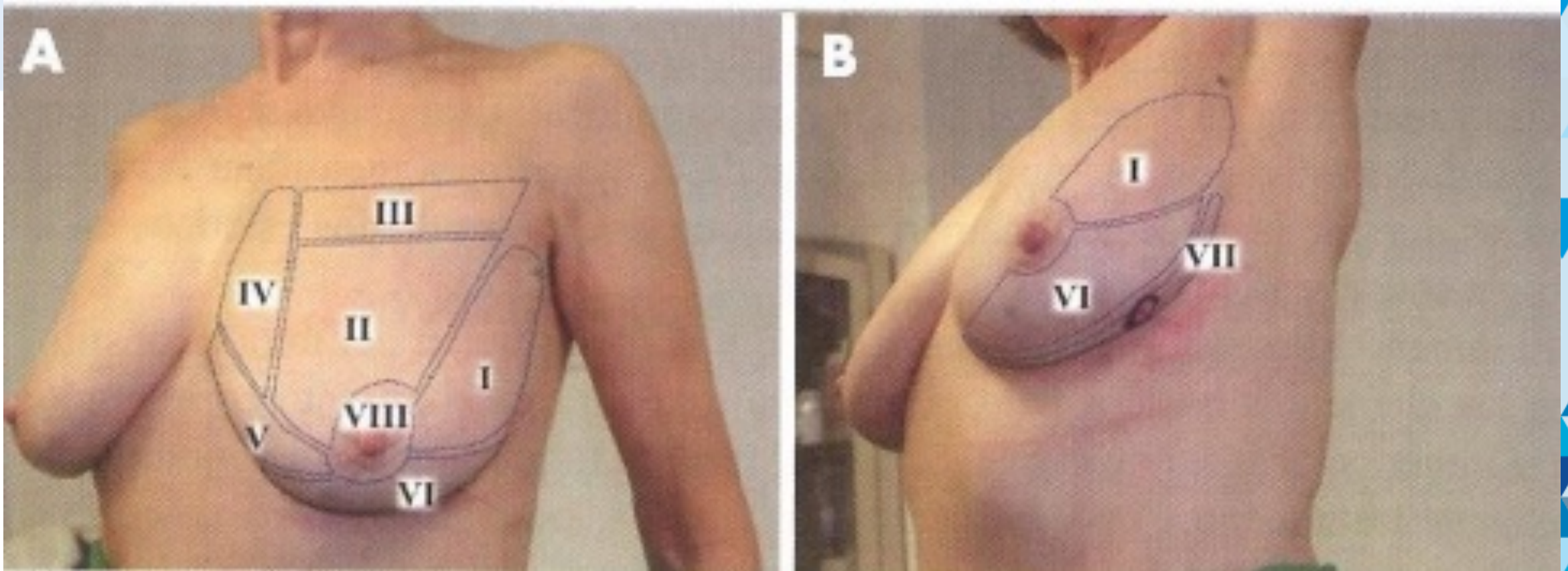


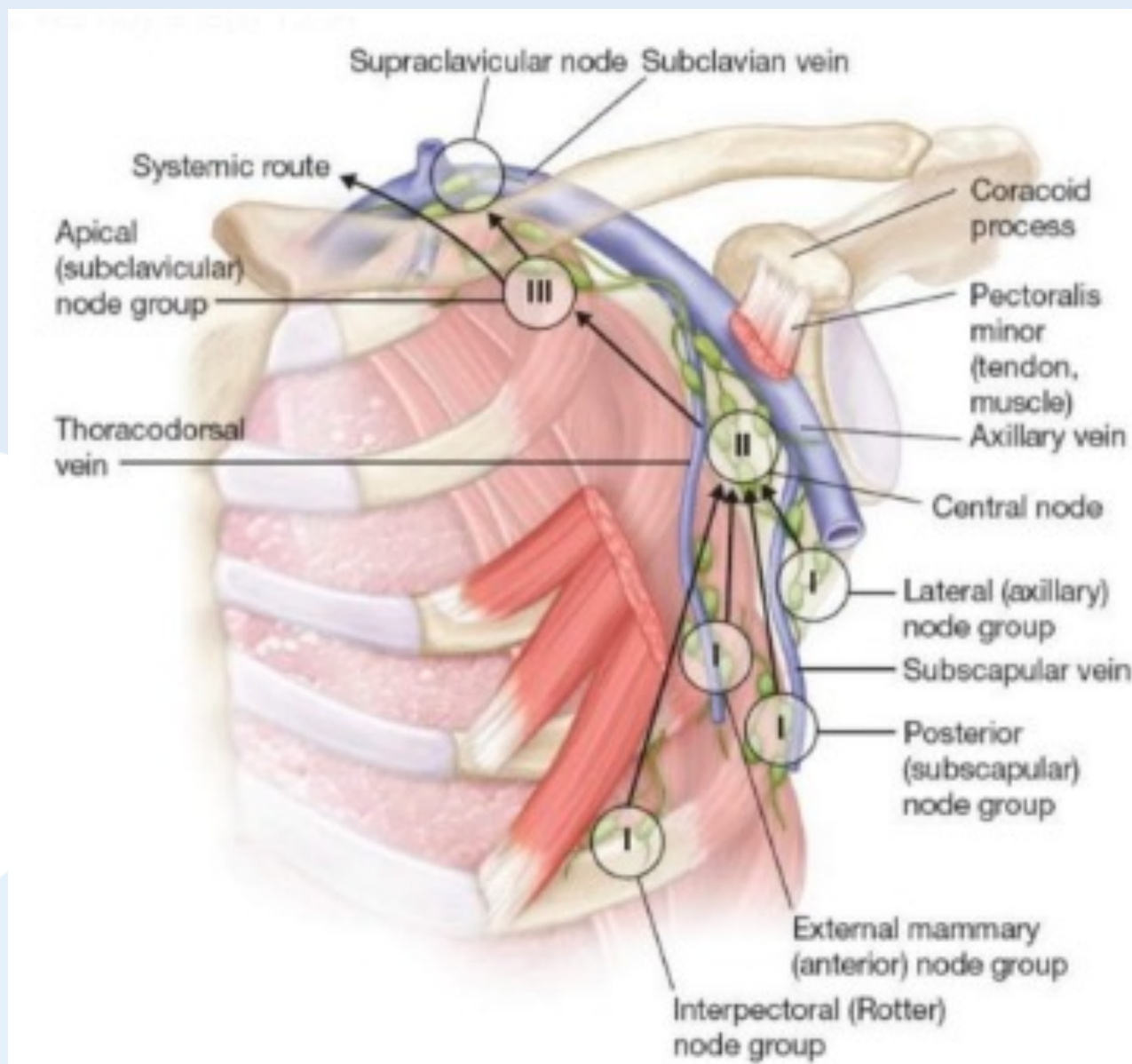


ANATOMIA QUIRURGICA

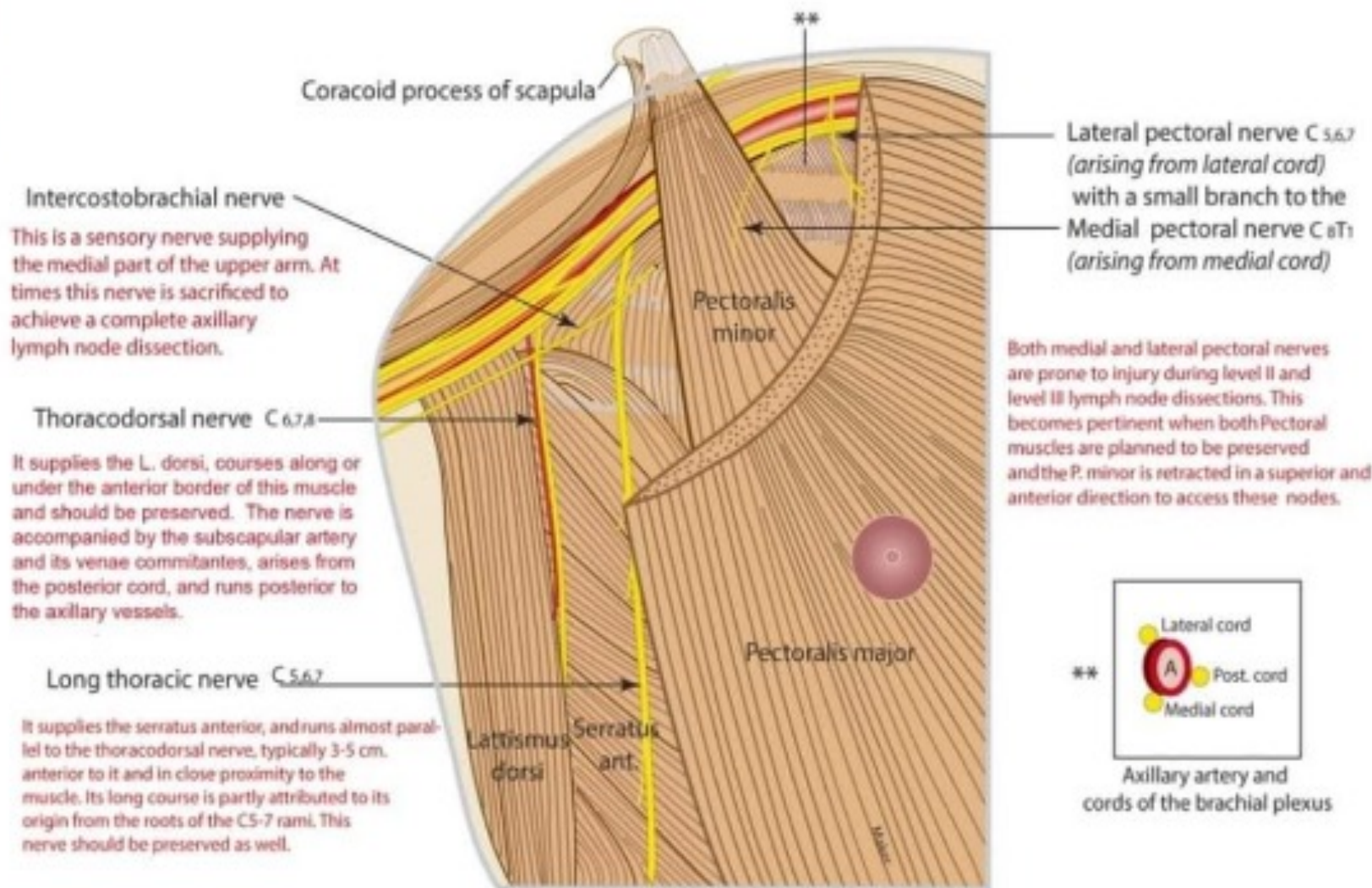


ANATOMIA QUIRURGICA





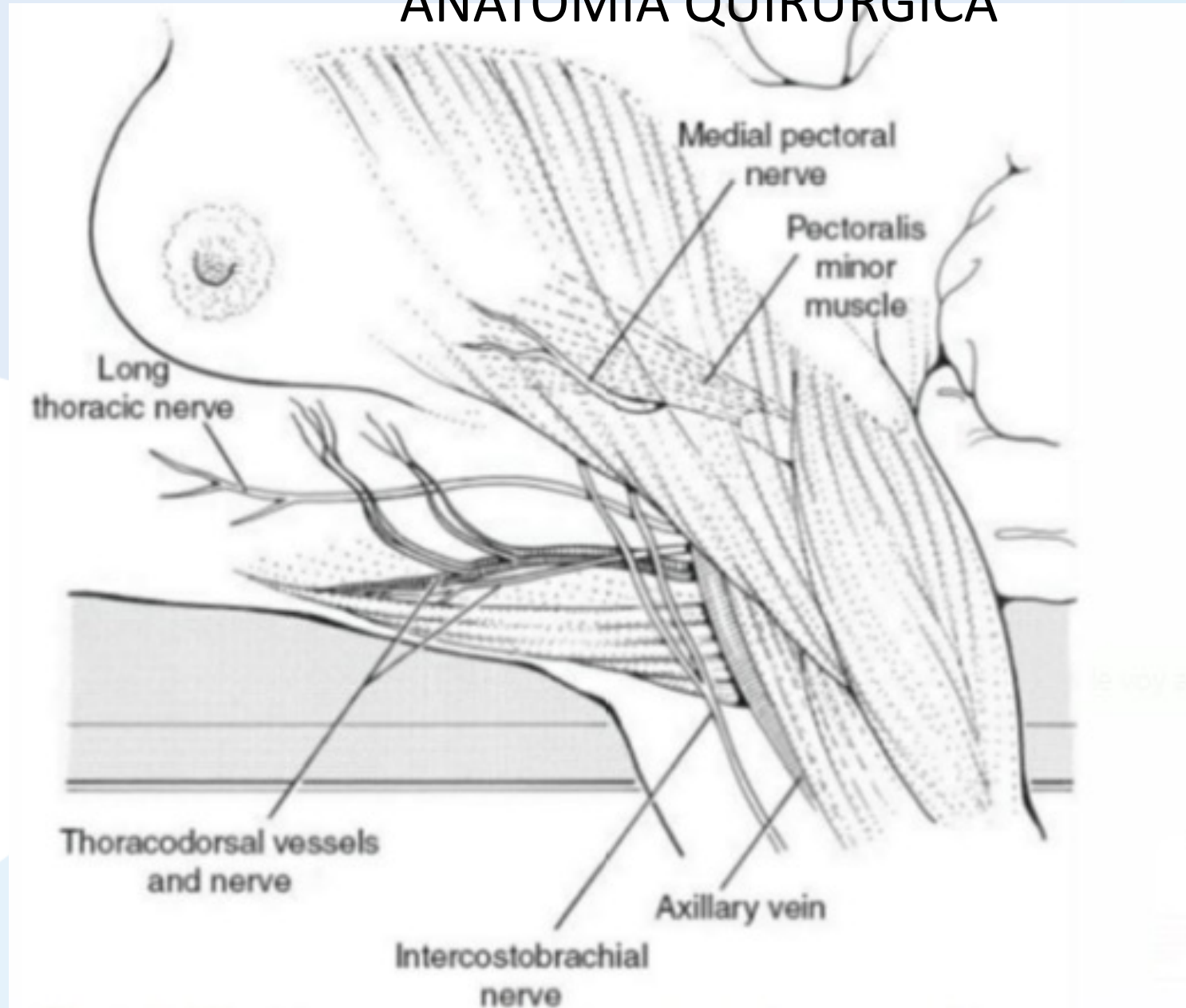
Critical Anatomy of the Nerves in an Axillary Dissection



View of the typical axillary dissection

Part of pectoralis major muscle, axillary vein and deltoid muscle has been removed to illustrate critical anatomy.

ANATOMIA QUIRURGICA



ANATOMIA QUIRURGICA

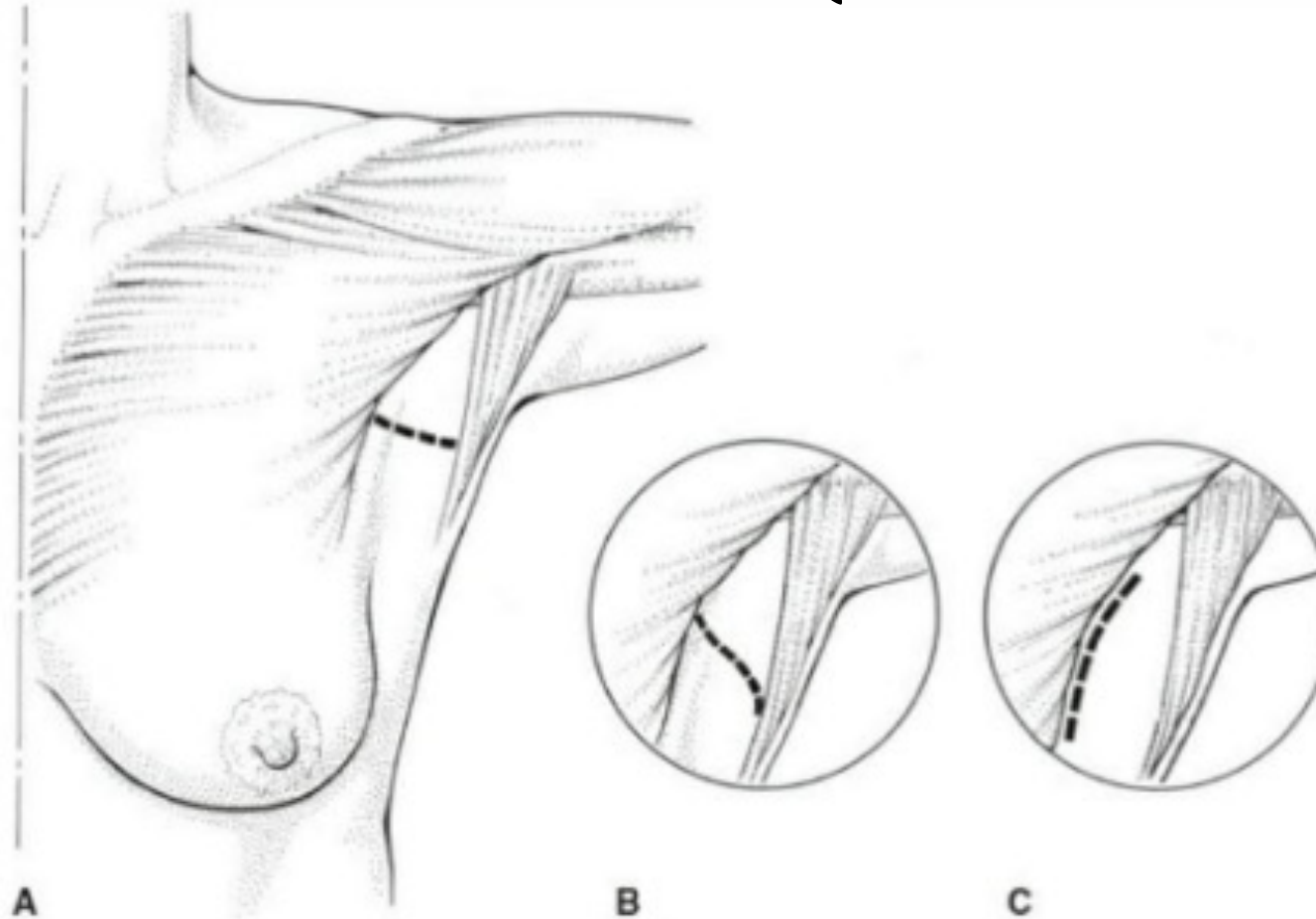


Figure 49.17. Incisions for axillary dissection. **A.** Skin crease incision distal to the hair-bearing skin of the axilla. **B.** Lazy S incision placed between pectoralis major and latissimus dorsi muscles. **C.** Anterior axillary fold incision (*dashed line*) placed parallel and posterior to lateral border of the pectoralis major muscle.

CRITERIA AND PROCEDURES FOR BREAST CONSERVING SURGERY

Josip Fajdic¹, Drazen Djurovic², Nikola Gotovac², Zlatko Hrgovic²

Department of surgery, County hospital, Pozega , Croatia¹

Department of radiology, County hospital, Pozega , Croatia²

Department of Obstetrics and Gynaecology, Goethe University, Frankfurt/M, Germany ²

Corresponding author: Josip Fajdic, MD. Cantonal hospital Pozega, Croatia. E-mail: info@hrgovic.de



There are number of factors that favor BCS:

- Smaller, monocentric tumors;
- Younger age;
- Treatment carried in specialised institutions;
- Favorable physical factors;
- Localization of tumor;
- Patient compliance.

Absolute contraindications for BCA (6):

- Locally widespread disease;
- Multicentricity;
- Diffuse (malignant) micro calcifications;
- I or II trimester;
- Patients with mutations on BRCA 1 and 2 genes;
- Already irradiated thoracic wall.



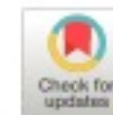
- Relative contraindications for BCS;
- Invasive lobular carcinoma (ILC);
- Lobular carcinoma in situ (LCIS);
- Positive family history ("burden");
- Collagen sclerodermia and LE (not RA) –due to poor irradiation tolerance.

ESTATUS AXILAR

- Factor pronóstico mas significativo para recurrencia y supervivencia de pacientes con cáncer de mama estadios iniciales
- Disección de las cadenas ganglionares proveen excelente control regional si las metástasis se encuentran presentes
- Permite decisiones apropiadas sobre el tratamiento adicional

ARTÍCULO ESPECIAL

Consenso de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria (SESPM) sobre la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) y el manejo axilar en el cáncer de mama (2022)



Laia Bernet^{a,*}, Antonio Piñero^b, María Martínez^c, Sergi Vidal Sicart^d, Manel Algara^e y Eugeni Palomares^f, Panel de Expertos de la SESP

^a Unidad de Patología Mamaria, Hospitales Grupo Ribera Salud, Valencia, España

^b Unidad de Cirugía General, Hospital Universitario de la Arrixaca, Murcia, España

^c Unidad de Radiología, Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

^d Unidad de Medicina Nuclear, Hospital Clinic de Barcelona, Barcelona, España

^e Unidad de Oncología Radioterápica, Hospital del Mar, Barcelona, España

^f Unidad de Oncología, Hospital Universitari del Vinalopó, Alicante, España

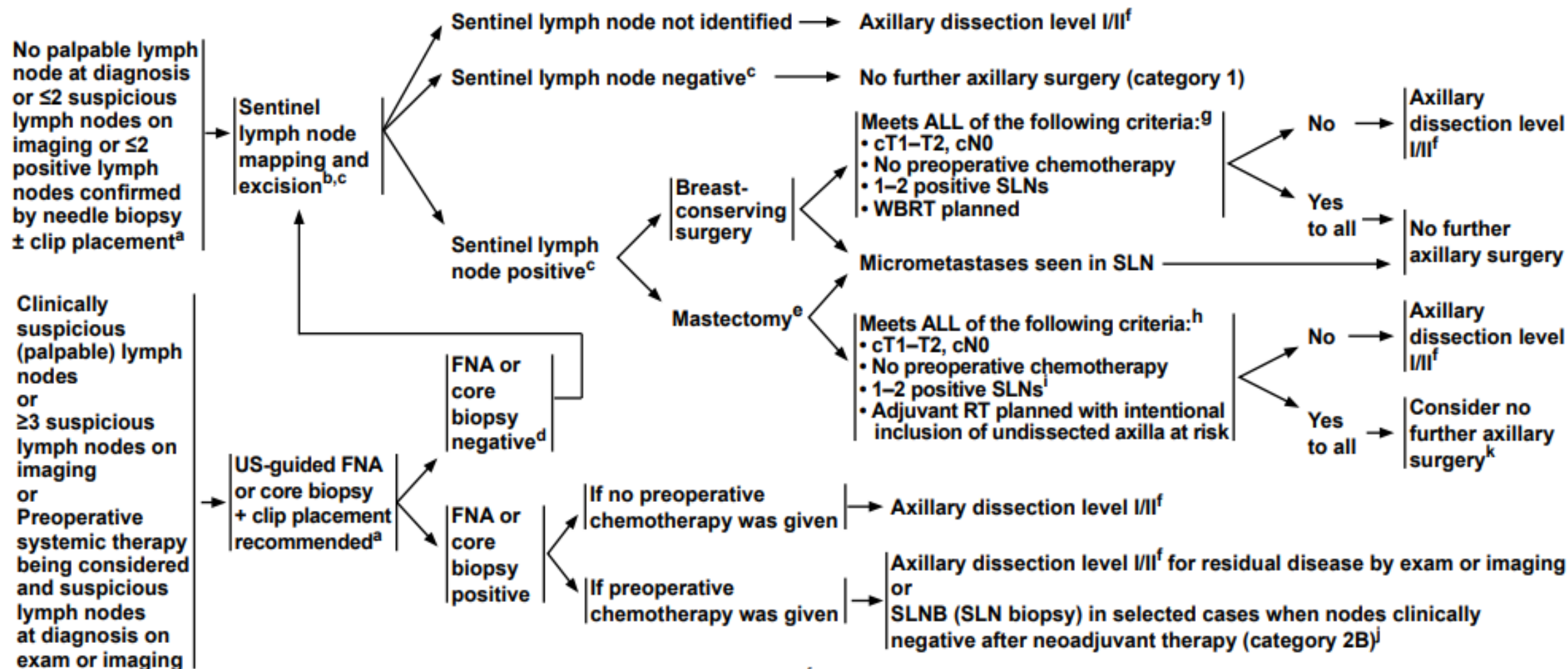
- *Macrometástasis*: infiltración tumoral > 2 mm de diámetro máximo o más de 5.000 copias de ARNm-CK19/uL (OSNA).
- *Micrometástasis*: infiltración tumoral de entre 0,2 y 2 mm de diámetro máximo o un número de copias de ARNm-CK19/uL comprendido entre 250 y 5.000 (OSNA).
- *Células tumorales aisladas o grupo celular aislado (CTA, GCA)*: grupos de células menores de 0,2 mm o menos de 200 células, sin reacción estromal. En caso de GCA múltiples solo se mide la de mayor tamaño. En OSNA, corresponde a un número de copias entre 160-250 de ARNm-CK19/uL.
- *Carga tumoral total (CTT)*: suma del número total de copias de CK19 de todos los GC positivos⁵.
- *Ganglio marcado*: ganglio marcado mediante dispositivo metálico o semilla, previo al inicio del tratamiento neoadyuvante y tras la comprobación cito/histológica de metástasis, para su posterior recuperación quirúrgica.
- *«Bajo riesgo de infiltración ganglionar»*: casos que cumplan todos los criterios siguientes: edad mayor de 65 años, tumor T1, tipo histológico ductal, subtipo Luminal A, con axila ecográficamente negativa o con un solo ganglio de sospecha UN3⁵.
- *«Alto riesgo de infiltración ganglionar»*: todos los casos no incluidos en la definición anterior.
- *Disección axilar dirigida (DAD)*: disección dirigida del ganglio marcado junto con la BSGC.
- *Linfadenectomía axilar (LAX)*: disección y extirpación del tejido linfograso axilar, considerando representativo un número de ganglios mayor de 10. Se categoriza clínicamente en función de los 3 niveles de Berg, respecto

Tabla 2 Indicaciones para la biopsia selectiva del ganglio centinela

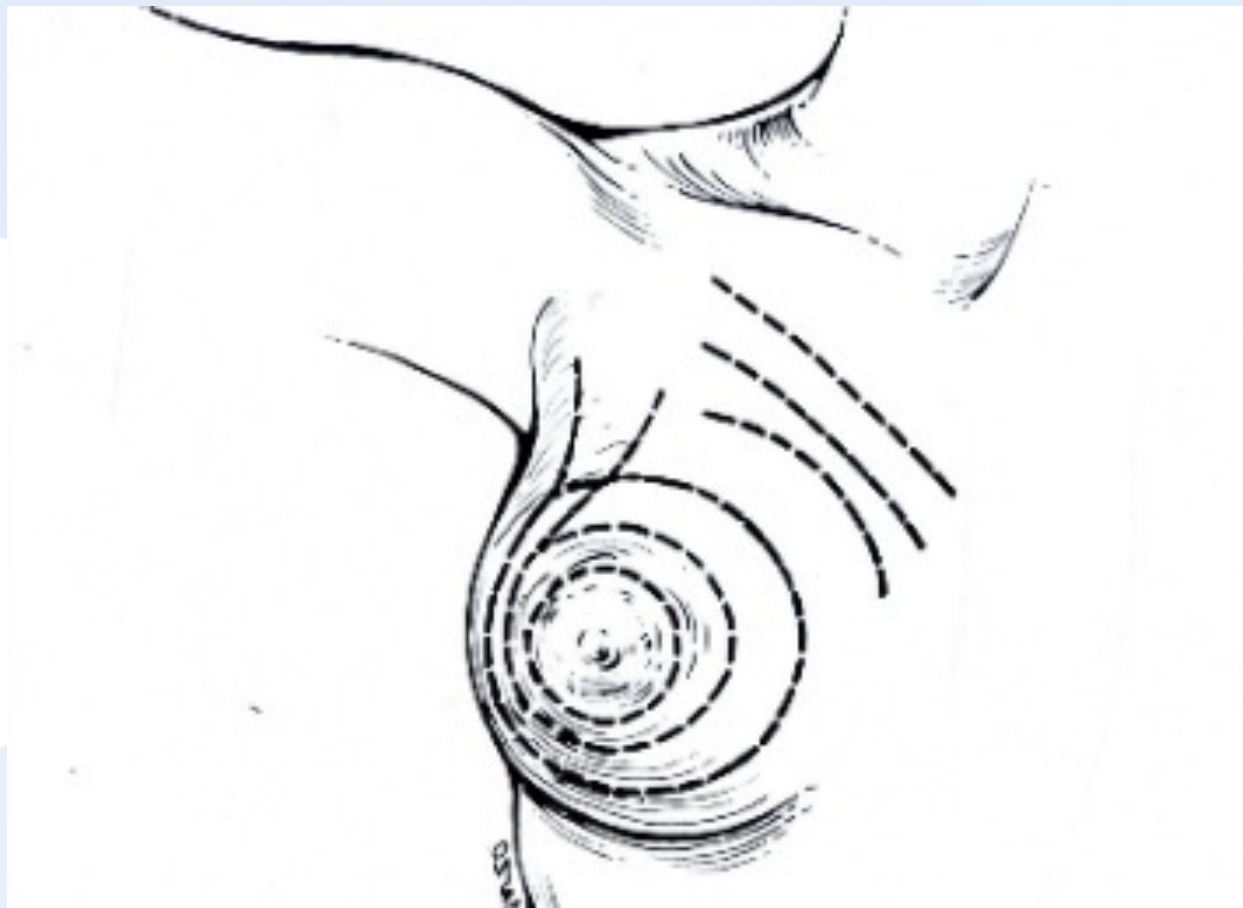
Criterios de indicación	<i>Carcinomas infiltrantes:</i> T1, T2 (evidencia alta, 1A) y personalizado T3 (evidencia 3), siempre que la axila sea clínica, ecográfica y patológicamente (si procede, ya sea citológica o histológicamente) negativa <i>Carcinoma intraductal con:</i> • Indicación de mastectomía • Tumores en una localización anatómica que pueda comprometer la realización de una BSGC posterior • Si la cirugía es conservadora, sin sospecha clínica ni radiológica de infiltración, no es necesaria la estadificación de la axila (evidencia moderada 2B)
Criterios de exclusión o contraindicación	<i>Carcinoma inflamatorio:</i> evidencia moderada, recomendación fuerte 1B <i>Infiltración axilar en ausencia de tratamiento sistémico primario (TSP)</i>
No constituyen criterios de contraindicación	<i>Biopsia escisional previa:</i> siempre que no aparezcan criterios de exclusión (evidencia baja, recomendación fuerte 1C) <i>Cirugía plástica mamaria de aumento o reducción previa</i> <i>Tumores multifocales y multicéntricos (evidencia 1)</i> <i>Radioterapia previa de mama y/o axila</i> <i>BSGC previa por carcinoma</i> Mujeres gestantes o púerperas lactantes, previa retirada de la lactancia 24 h, utilizar la mínima dosis posible de radiotrazador, y aplicando «protocolo 1 día» (BSGC en el mismo día de la inyección). Contraindicación absoluta del uso de colorante TSP siempre que se cumplan las condiciones que se explican más adelante (escenarios 2b y 3)
En el carcinoma de mama en el varón se siguen las mismas indicaciones que en la mujer.	

BSGC: biopsia selectiva del ganglio centinela.

CONSIDERATIONS FOR SURGICAL AXILLARY STAGING



TECNICA QUIRURGICA



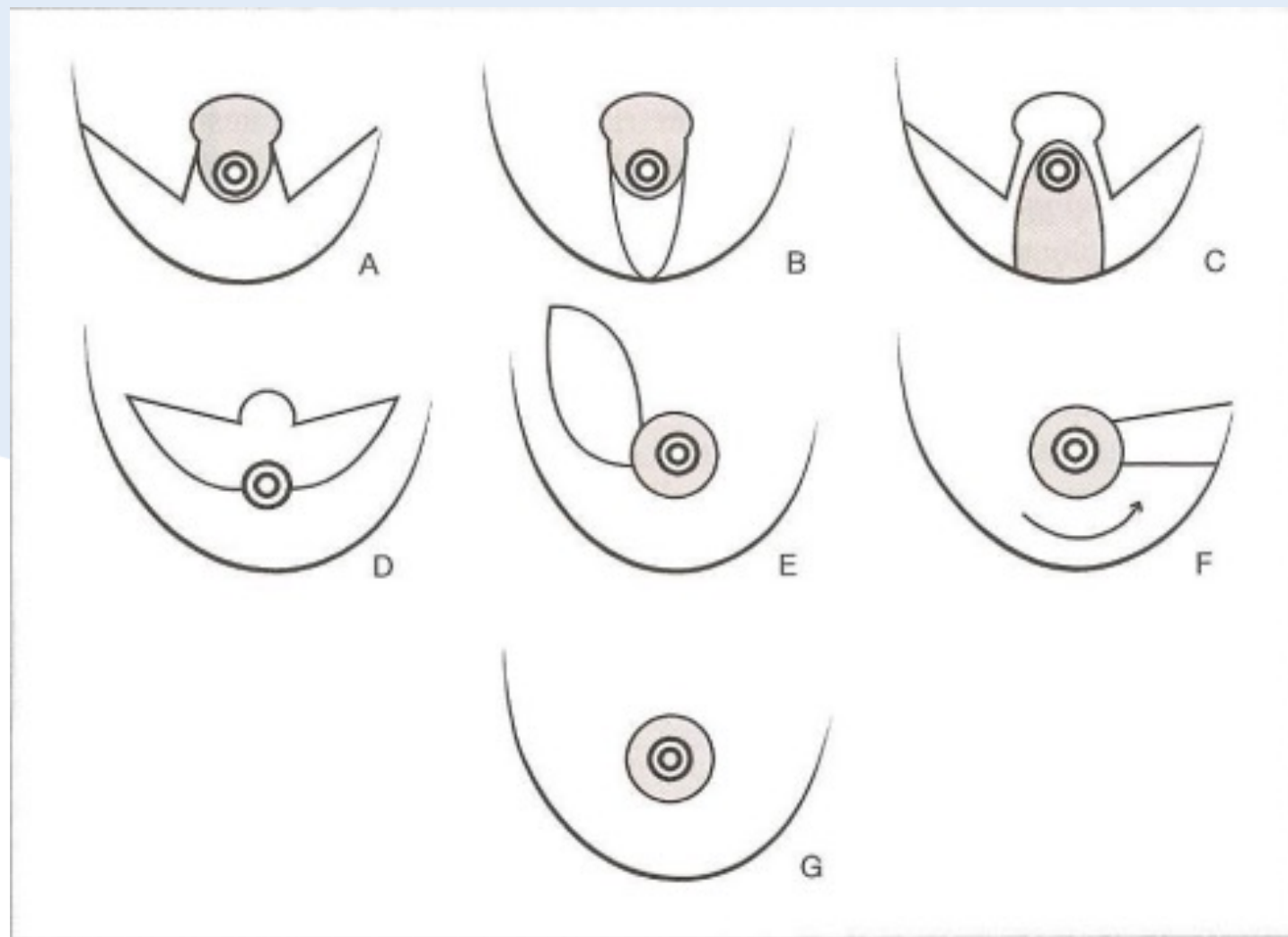
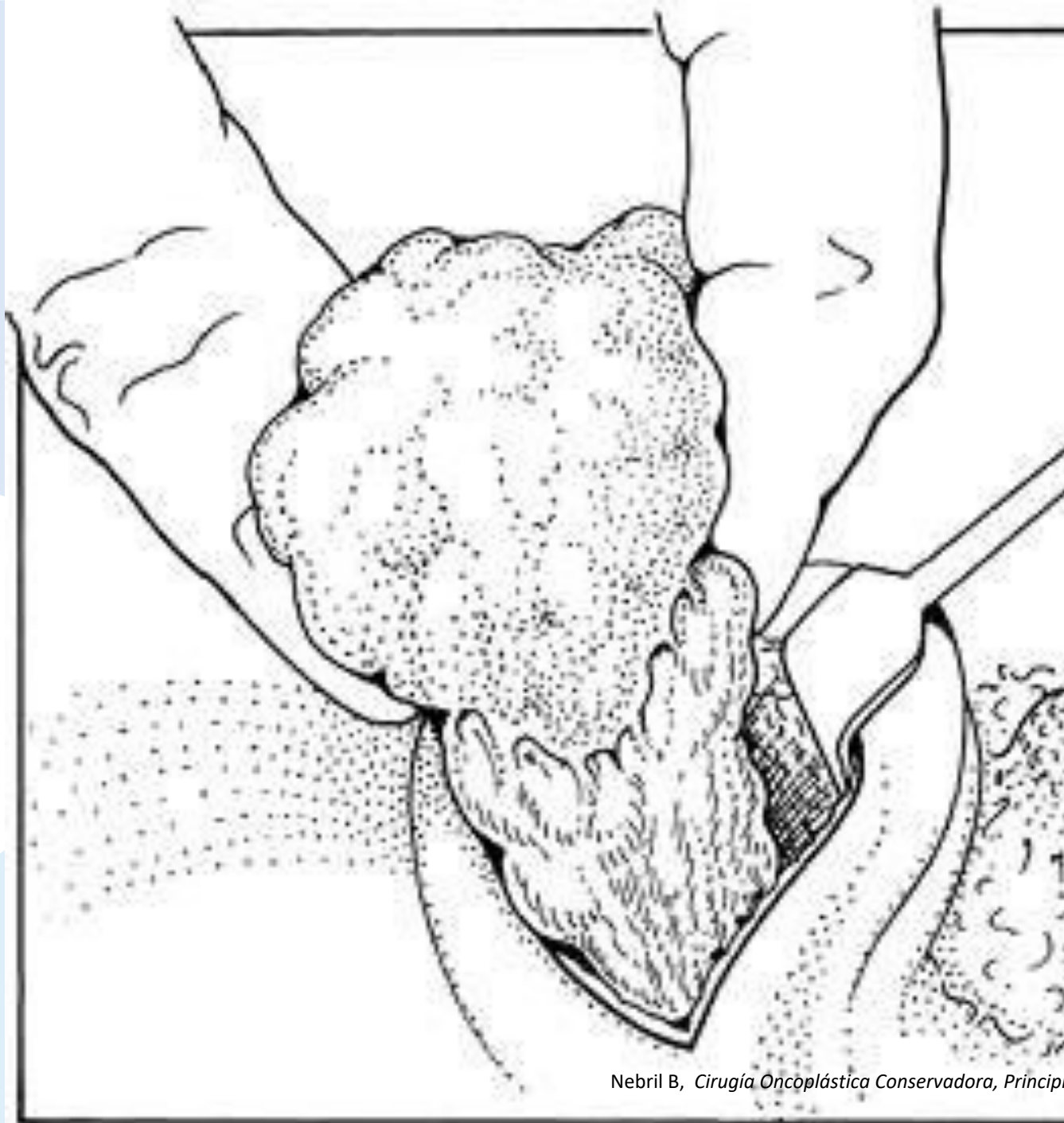


Figura 45.2. Diferentes patrones en cirugía oncoplástica conservadora de la mama. A. Mamoplastia de doble rama con pedículo superior. B. Mamoplastia vertical. C. Mamoplastia de doble rama con pedículo inferior. D. Mamoplastia horizontal. E. Mamoplastia lateral. F. Mamoplastia de rotación. G. Mamoplastia periareolar (round-block).



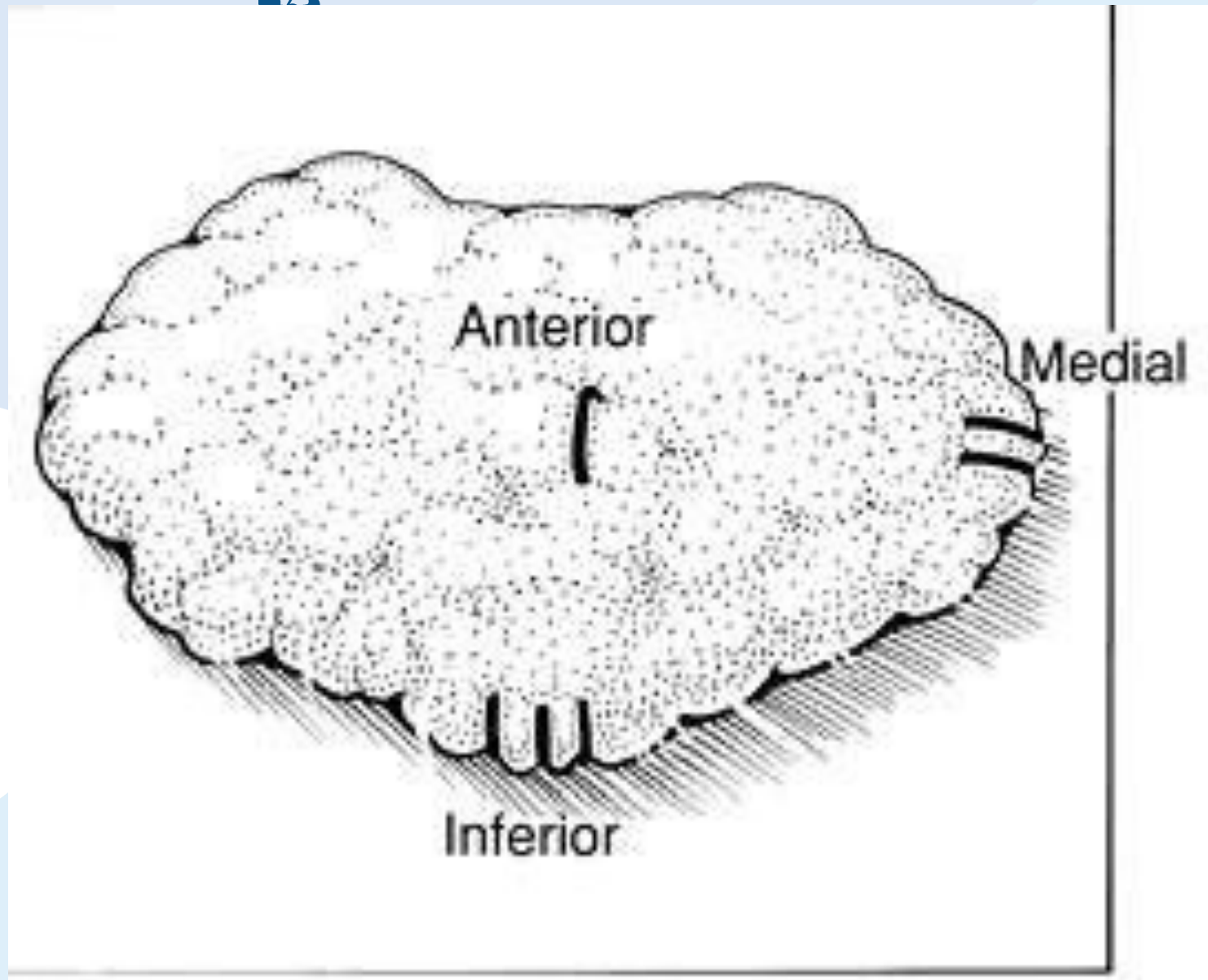
Nebril B, *Cirugía Oncoplástica Conservadora, Principios básicos, indicaciones y limitaciones*, Asociación española de Cirugía Oncoplástica, 2017.

Mastery of Surgery, 5th Edition; 2017 Lippincott Williams & Wilkins; Josef E. Fischer M.D.



Nebriil B, *Cirugía Oncoplástica Conservadora, Principios básicos, indicaciones y limitaciones*, Asociación española de Cirugía Oncoplástica, 2017.

Mastery of Surgery, 5th Edition; 2017 Lippincott Williams & Wilkins; Josef E. Fischer M.D.



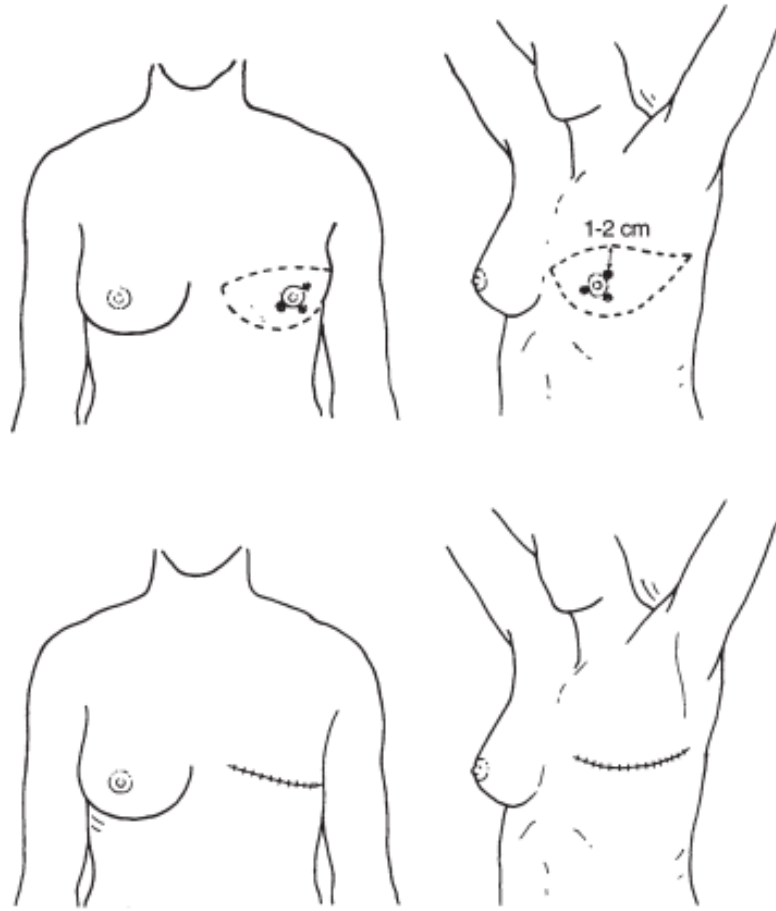


Fig. 35.1 Classic Stewart incision for central and subareolar lesions

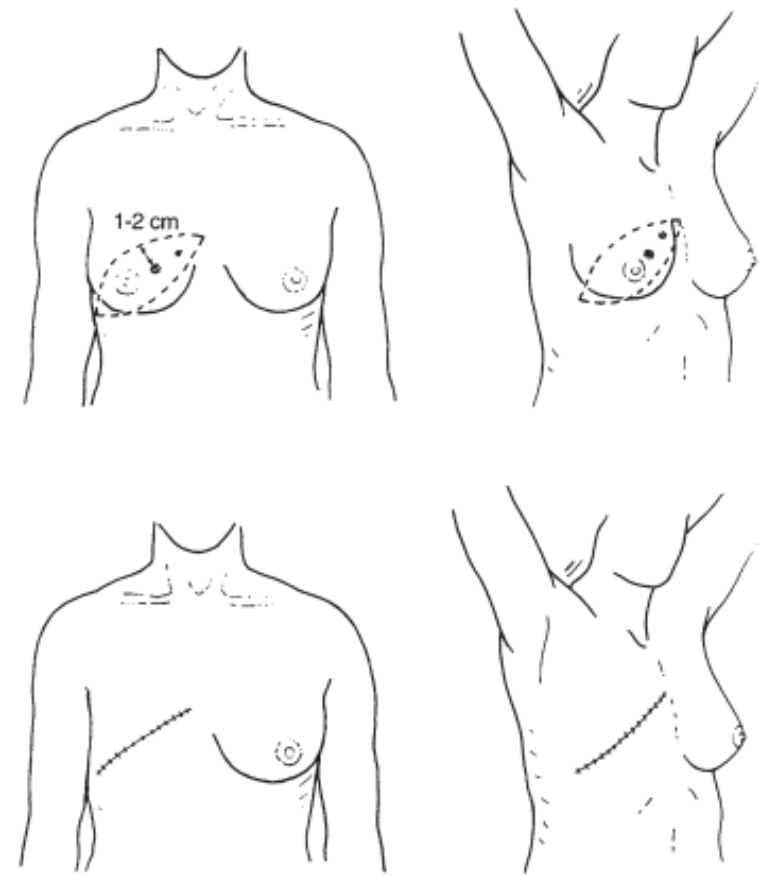


Fig. 35.2 Oblique incision for upper inner quadrant tumors. The medial extent may cross the sternal border

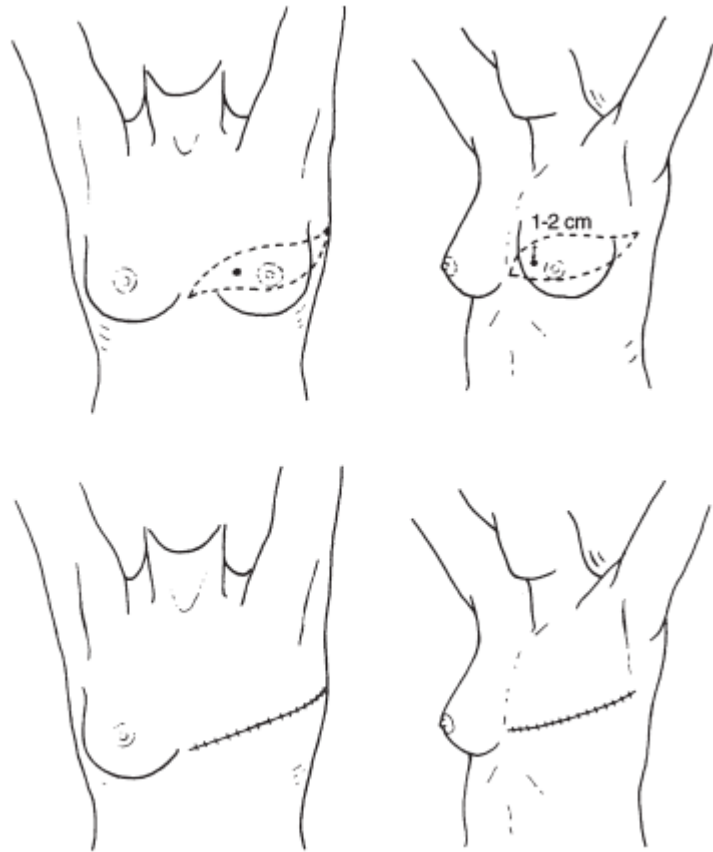


Fig. 35.3 Oblique (modified) Stewart incision for lower inner quadrant cancers

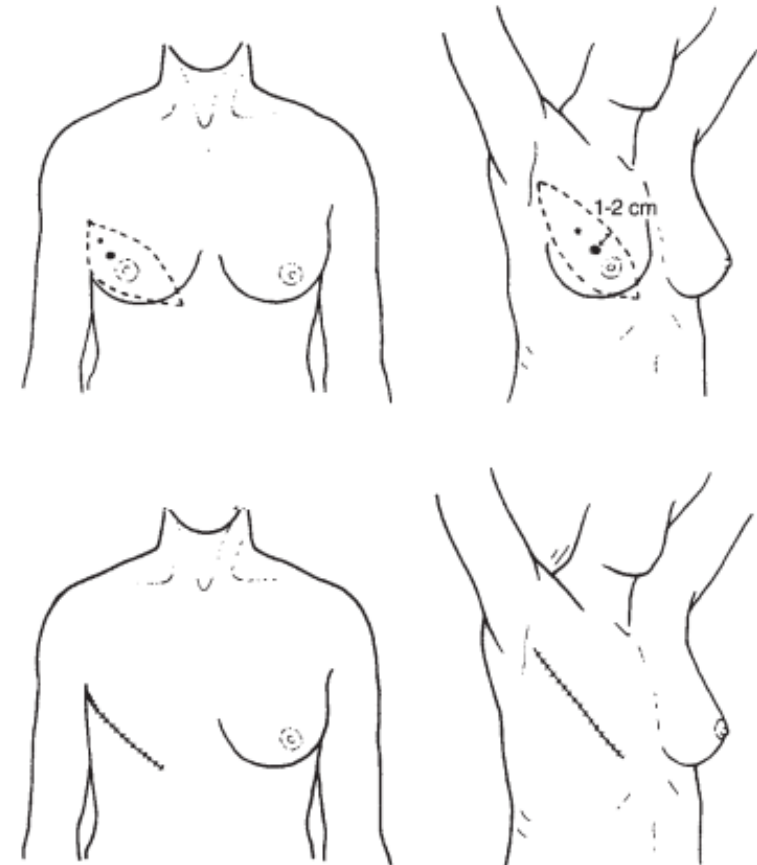


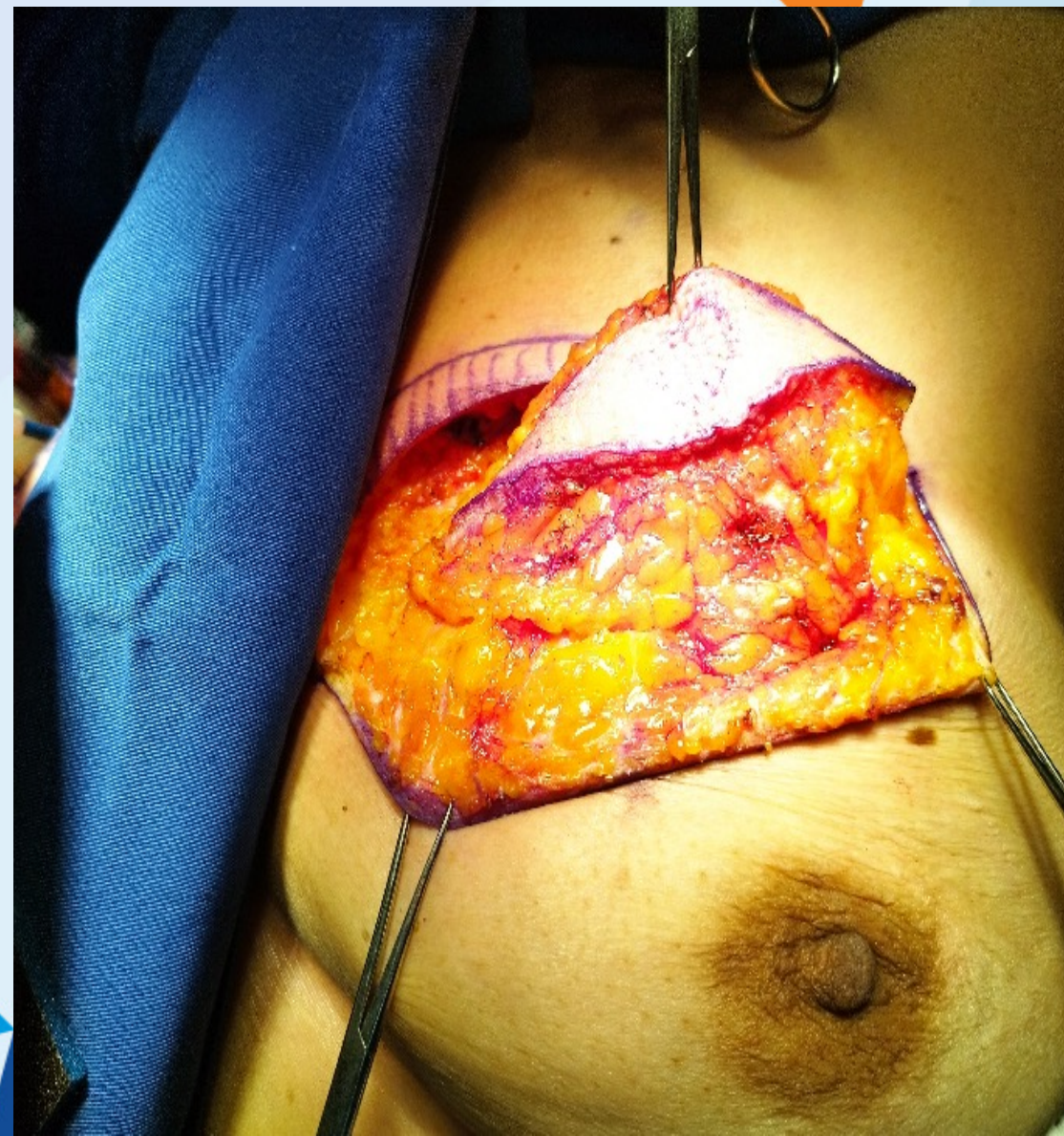
Fig. 35.4 Classic Orr incision for upper outer quadrant lesions



SOLCA
NÚCLEO DE QUITO

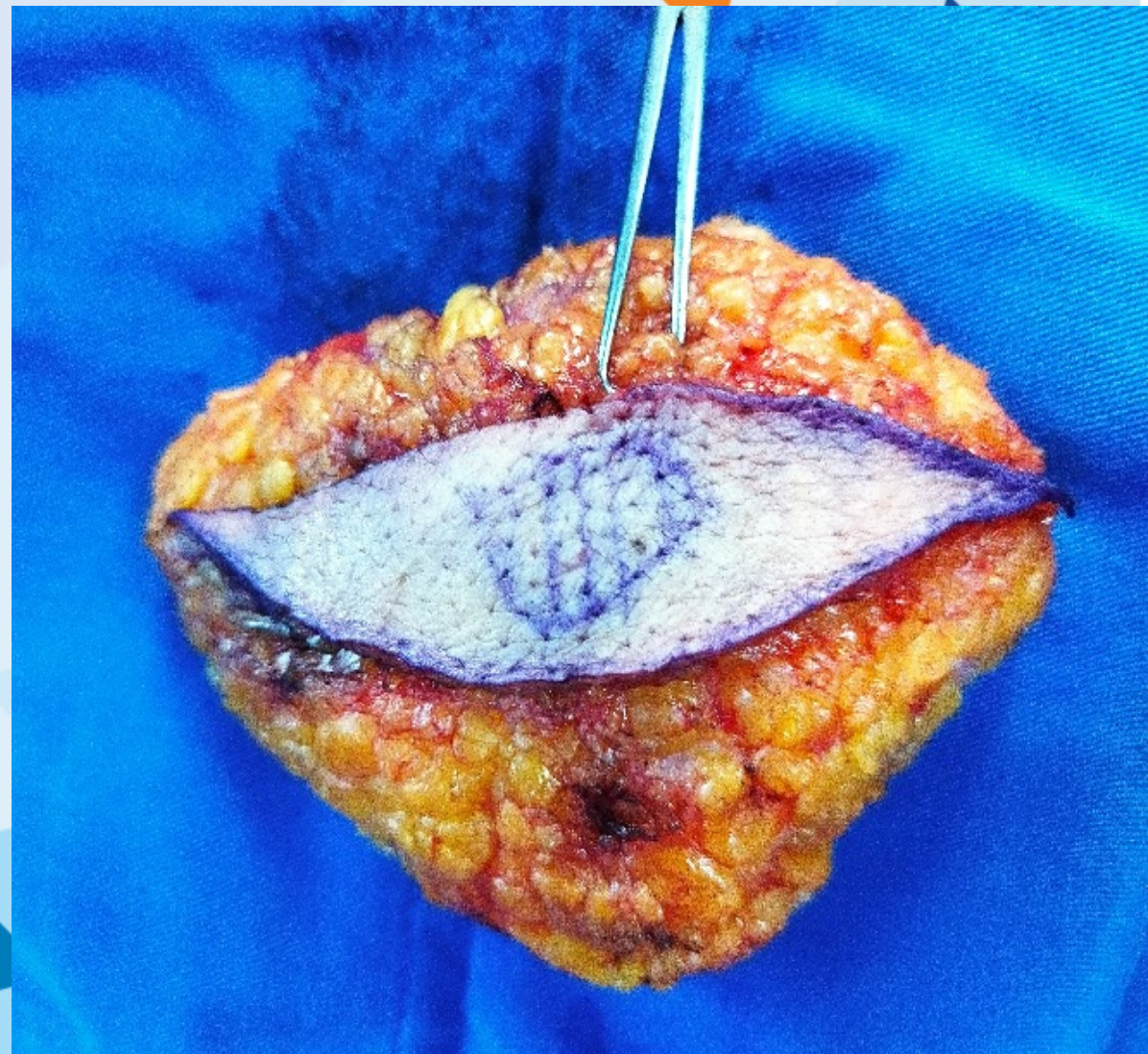


SOLCA
NÚCLEO DE QUITO



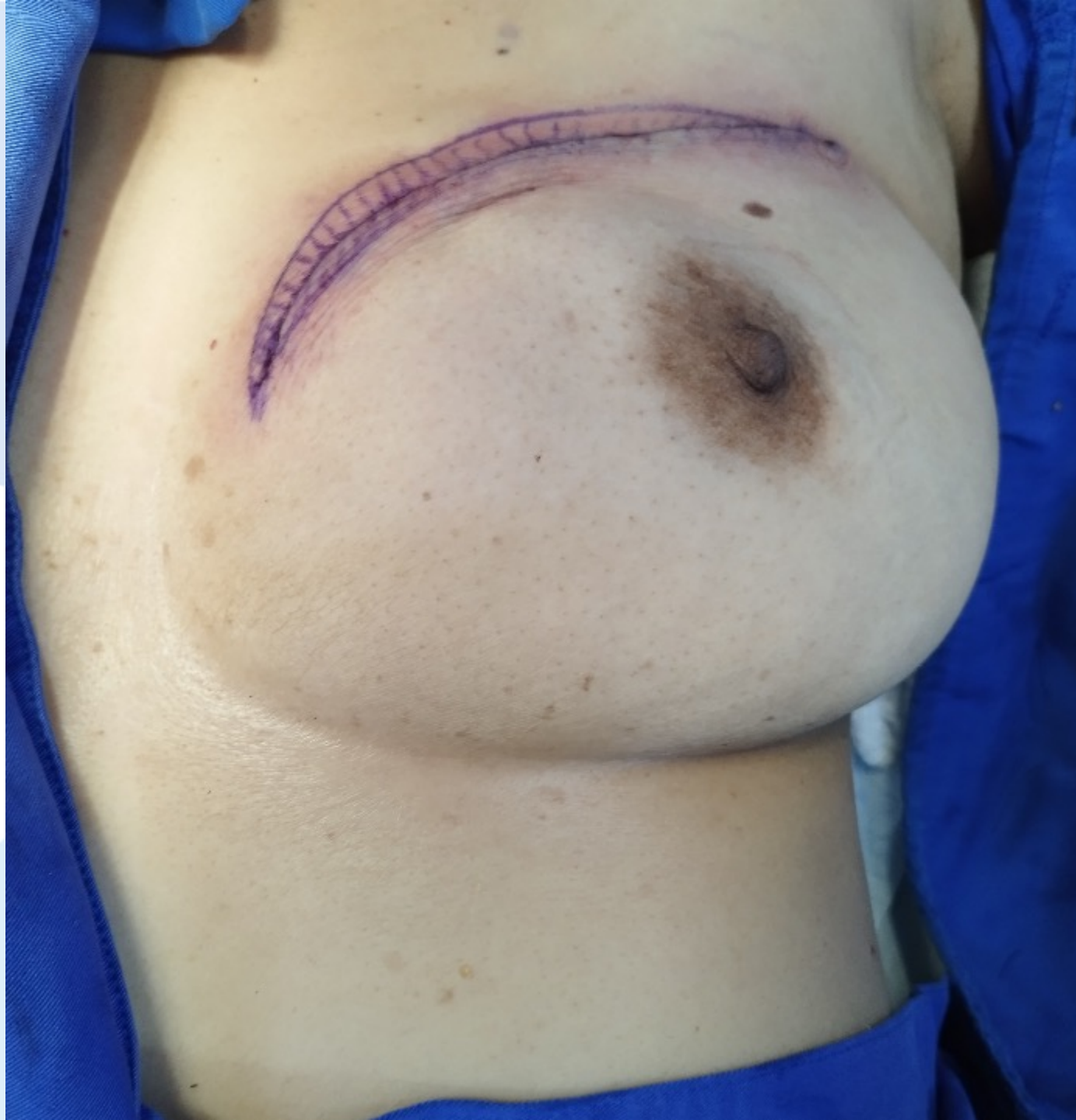


SOLCA
NÚCLEO DE QUITO





SOLCA
NÚCLEO DE QUITO



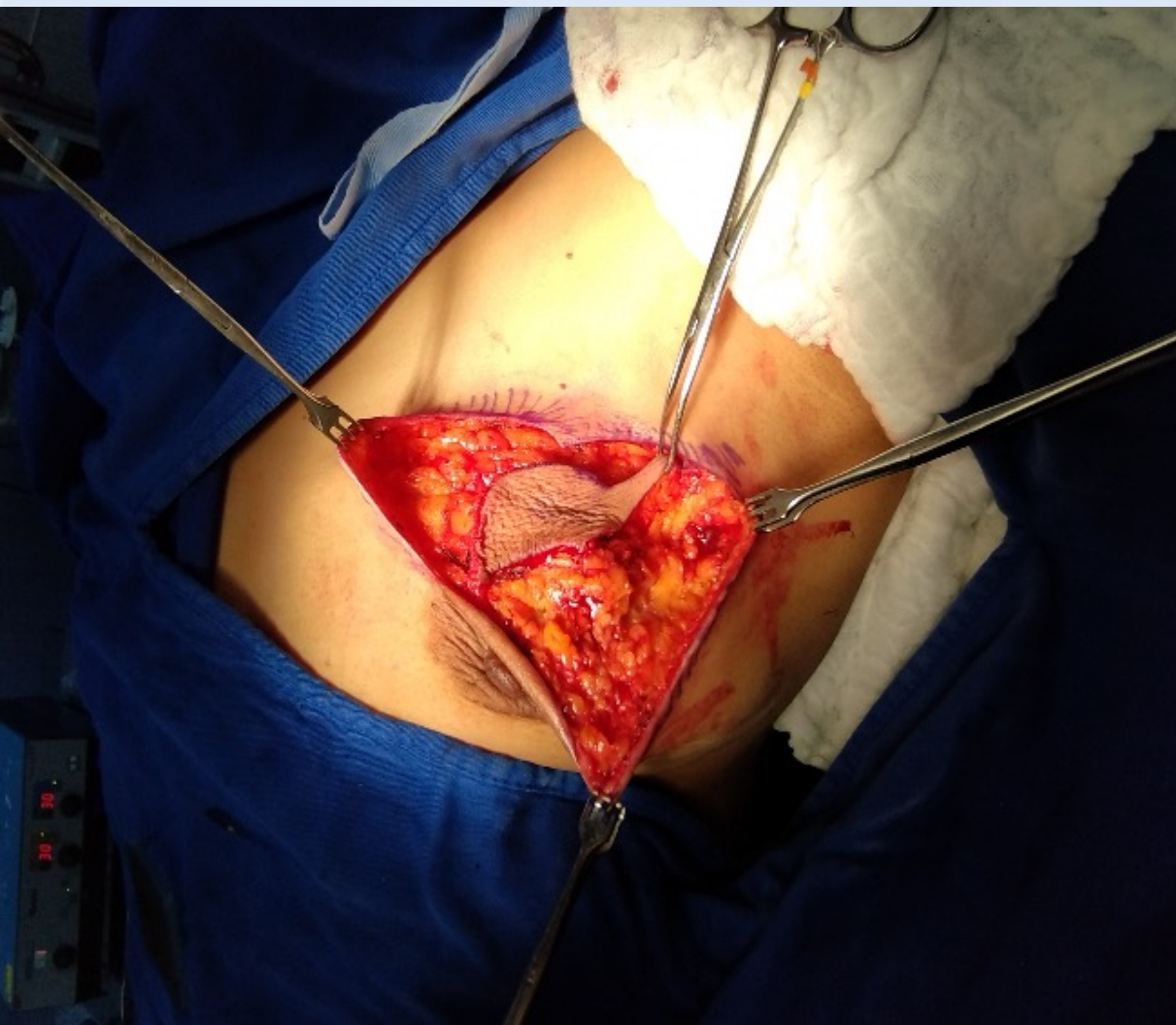






SOLCA
NÚCLEO DE QUITO





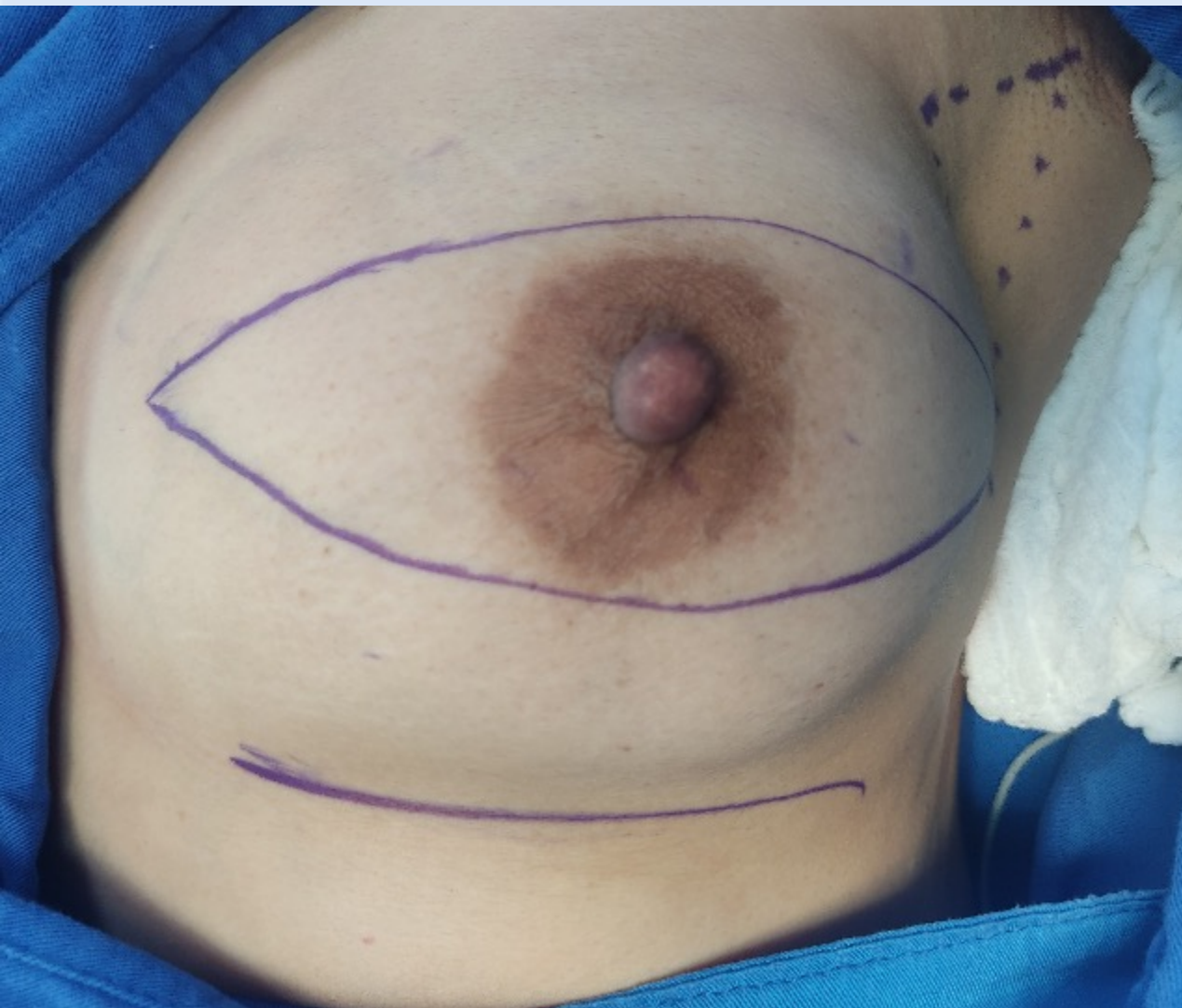


SOLCA
NÚCLEO DE QUITO



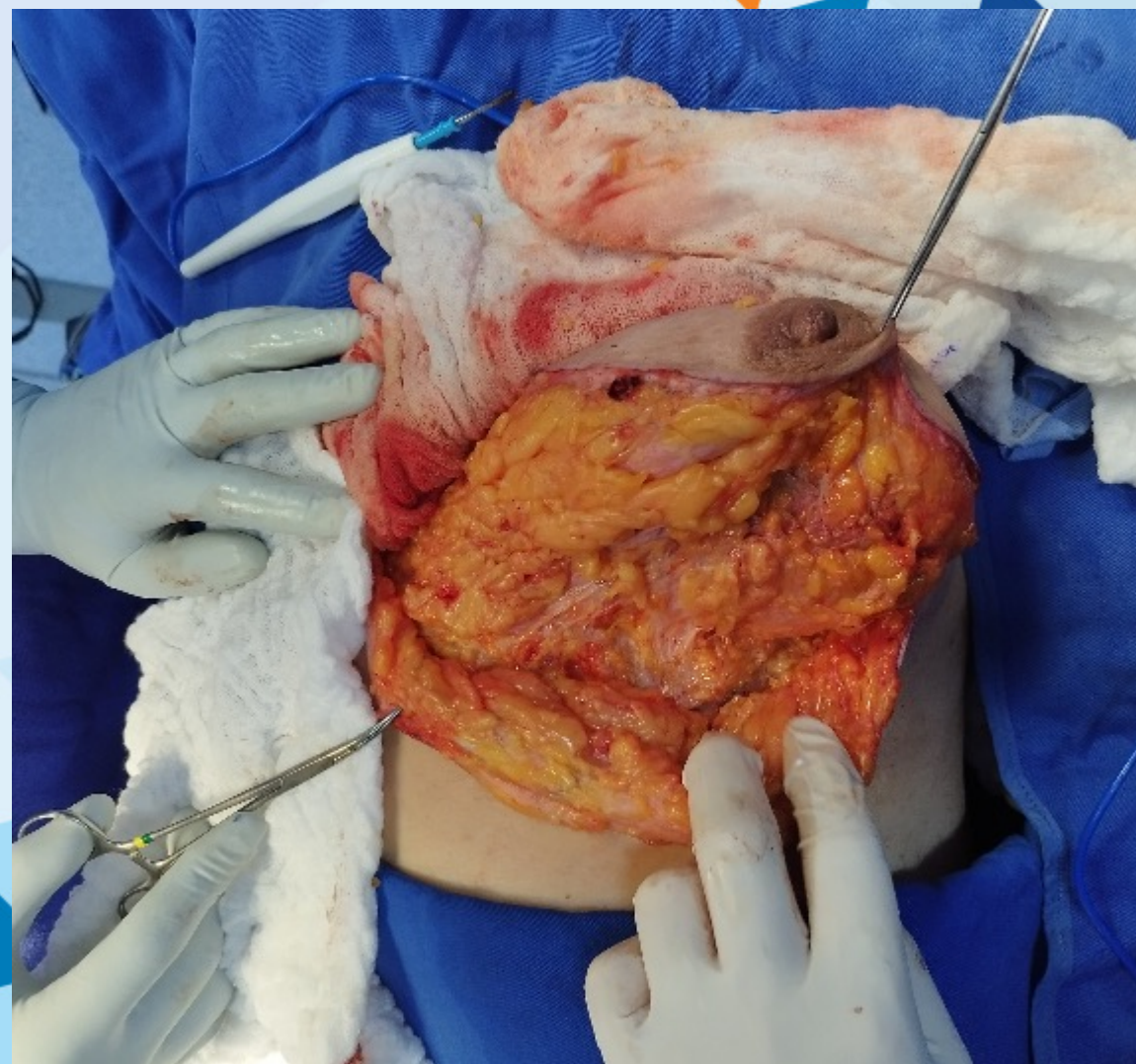


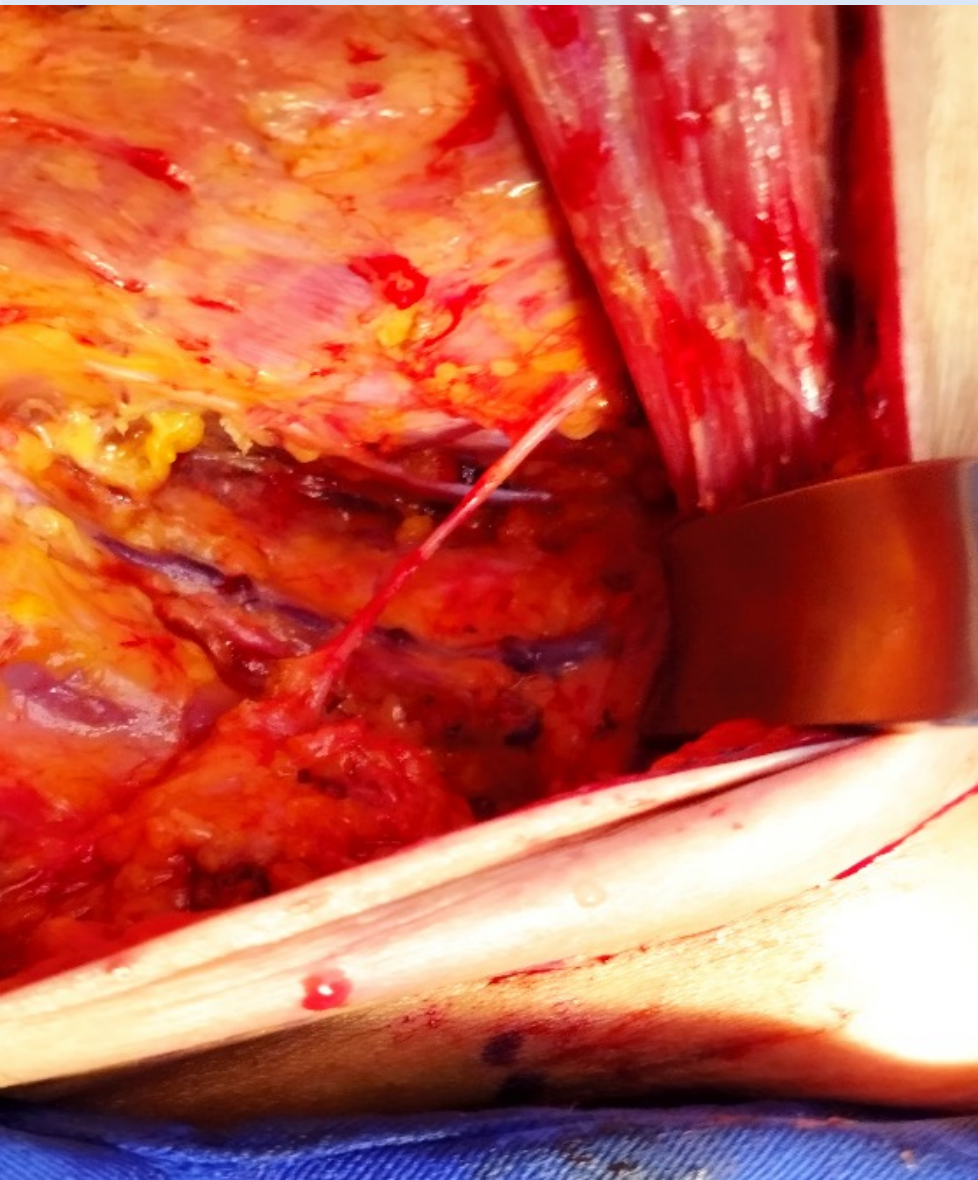
SOLCA
NÚCLEO DE QUITO





SOLCA
NÚCLEO DE QUITO







SOLCA
NÚCLEO DE QUITO



GRACIAS

h Hospital
Metropolitano



SOLCA
NÚCLEO DE QUITO

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

