



## VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica y I Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet

Del 1 al 31 de octubre de 2005



### Cáncer de Mama bilateral. Estudio clínico-patológico de 30 años.

Dr. José María González Ortega\*, Dr. Mario Michel Gómez Hernández\*, Dra. Zoraida Caridad López Cuevas\*, Dr. Mario Miguel Morales Wong\*, Dra. Madelín Irma Fernández Martell\*

\* Hospital Universitario "Dr. Mario Muñoz". Colón. CUBA

#### Resumen

**INTRODUCCION:** Ambas mamas constituyen globalmente un sistema único, teniendo anatómicamente las mismas vías vasculares y linfáticas y funcionalmente los mismos estímulos genéticos y hormonales, de lo anterior se deduce que aunque se extirpe una de las mamas por una enfermedad cancerosa, persisten los mismos factores que actuaron sobre la primera mama y que continuarán actuando sobre la mama restante si estos no fueran modificados. **MATERIAL Y METODOS:** En este trabajo además de hacer una revisión de la literatura sobre el Cáncer de Mama Bilateral, analizamos su incidencia en un universo de 516 pacientes femeninas diagnosticadas y tratadas por cancer de mama en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario "Dr. Mario Muñoz Monroy", Colón, Provincia Matanzas, Cuba, en el período comprendido desde Enero/1974 hasta Diciembre/2004, encontrando en dicho universo un total de 20 pacientes con Cáncer de Mama Bilateral. **RESULTADOS:** Hallamos una incidencia del 3,8 %, correspondiendo el 1,2 % a los tumores sincrónicos y el 2,9 % a los tumores metacrónicos. El diagnóstico del primer tumor se hizo en pacientes con una edad media de 50 años, el segundo tumor se diagnosticó en enfermas de 54 años como edad promedio. El diagnóstico en etapas tardías del primer tumor (el 80 % estaban entre las Etapas II y III), influyó en la aparición del segundo tumor. El 40% de las enfermas tenían el mismo tipo histológico en ambas mamas, en el resto existían estirpes diferentes. **CONCLUSIONES:** Padecer de un cáncer de mama conlleva a que la mama contralateral tenga un riesgo de también enfermar 5 veces mayor, por lo que el seguimiento exhaustivo de las pacientes mastectomizadas según la mayoría de los autores debe mantenerse de "por vida".

#### Introduccion

El cáncer de mama ocupa el 2do. lugar en la incidencia global de cualquier registro sobre cáncer y constituye la 1ra. localización de cáncer femenino en Cuba <sup>(1)</sup>.

Como la mama es un órgano par y la presencia de cáncer en esta glándula es frecuentemente multicéntrico, no es rara la aparición del Cáncer de Mama Bilateral (CMB). Según Robins y Berg, la mama contralateral tiene un riesgo 5 veces mayor de contraer un cáncer primitivo que la mama de la población normal <sup>(2,3)</sup>. El riesgo de desarrollo de un 2do. cáncer (metacrónico) de la mama contralateral ha oscilado hasta 9 veces mayor como lo reporta P. Burns en Canadá <sup>(4)</sup>.

Existen informes relacionados con la incidencia del CMB los cuales tienen un rango muy amplio, que va del 1 al 20% <sup>(1,5-7)</sup>.

El CMB puede ser simultáneo o sincrónico, no simultáneo o metacrónico y metastático o secundario:

Ø Simultáneo o sincrónico: Cuando aparece al mismo tiempo en ambas

mamas y según Mc Credie durante los 6 primeros meses siguientes al diagnóstico del tumor primario <sup>(8)</sup>. Heron considera sincrónicos aquellos en que el cáncer contralateral se detecta dentro del primer año del diagnóstico inicial <sup>(9)</sup>.

El CMB sincrónico es poco frecuente, siendo la incidencia del mismo del 1 al 2,6% entre todas las pacientes con cáncer mamario, las pacientes que padecen de enfermedad sincrónica tienen una sobrevida global significativamente peor, un riesgo mayor para las metástasis a distancia y una disminución en el control local cuando se les compara con los CMB metacrónicos o con los cánceres mamaros unilaterales. Se aprecia que mientras más corto es el intervalo de tiempo entre la presentación de los carcinomas, la supervivencia es más corta <sup>(9-11)</sup>.

- Ø No Simultáneo o metacrónico: Es un tumor primario en la mama opuesta que aparece tardiamente, más del tiempo indicado en el sincrónico. El riesgo de desarrollar una 2da. lesión en la mama contralateral es de 2 a 6 veces más alta que en los sujetos controles, la incidencia de la enfermedad metacrónica tiene un rango de 1 a 12% y promedio del 7% <sup>(12,13)</sup>.
- Ø Metastásico o secundario: Se produce por la extensión del tumor mamario primario a la otra glándula mamaria, esto puede ocurrir precoz o tardíamente.

Para la identificación de un tumor mamario primitivo o metastático hay que tener en cuenta los siguientes factores:

- I. Tipo Histológico: Cuando el 2do. cáncer es de otro tipo histológico, se trata de un nuevo tumor primitivo, la literatura confirma que en más del 70% de los casos corresponde al mismo tipo histológico del tumor inicial <sup>(13,14)</sup>.
- II. Localización del Tumor: Las metástasis son más frecuentes en la grasa de la prolongación axilar de la mama (cola de Spencer), estas son generalmente múltiples y crecen de manera expansiva. El tumor primario es un foco único, espiculado y de crecimiento infiltrante <sup>(1)</sup>.
- III. Grado de diferenciación tumoral: En las metástasis no es muy diferente el grado de diferenciación nuclear con respecto al tumor primario.
- IV. Presencia de Hiperplasia Epitelial: Los tumores primarios presentan histológicamente focos de hiperplasia epitelial o carcinoma in situ alrededor de los cánceres infiltrantes mientras que los tumores

metastáticos carecen de tales focos.

V. Tiempo de aparición: La aparición del 2do. tumor después de 5 años del primero, lo etiquetan como nuevo primitivo.

A estos aspectos añaden los Dres. Moreno de Miguel y Arroba Centeno <sup>(1)</sup> que en el momento de la aparición del 2do. tumor pueden existir o no signos de recurrencia o metástasis.

Con la realización de la mamografía no se ha podido establecer patrones radiológicos que diferencien las lesiones metastásicas de las primarias <sup>(15)</sup> . Con todos estos antecedentes, nos decidimos a realizar la presente investigación que determine el comportamiento del CMB en nuestro medio.

#### **Material y Métodos**

Se diseñó un estudio, de tipo descriptivo, corte transversal y retrospectivo sobre el cáncer mamario bilateral, realizado en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario "Dr. Mario Muñoz Monroy" del Municipio de Colón, Provincia de Matanzas, en el período comprendido entre Enero/ 1974 hasta Diciembre/ 2004, ambos incluidos.

Nuestra Muestra de estudio estuvo comprendido por todas la mujeres que durante ese período de 29 años fueron intervenidas quirúrgicamente por Cáncer Mamario Bilateral, resultando un total de 20 pacientes, en las cuales se estudiaron las siguientes variables: Incidencia del CMB sincrónico y metacrónico, Edad de aparición del primer y segundo tumor, Tipo histológico y Estadiamiento Postoperatorio de ambos tumores.

Los datos fueron tomados de las Historias Clínicas de las pacientes y de los Informes de Biopsia en los Departamentos de Archivo y Anatomía Patológica respectivamente, el procesamiento de la información se realizó mediante una Microcomputadora Pentium II, utilizando los programas Microsoft Access y Microsoft Word del Paquete Microsoft Office XP en un ambiente de Windows XP. Los resultados se presentan en tablas para su mejor comprensión.

#### **Resultados**

De un total de 485 mujeres operadas por cáncer mamario durante el período en estudio de 29 años, encontramos a 20 pacientes con CMB, lo que representa una incidencia global del 4,1% (20

pacientes/485) (Tabla No.1 y Tabla No.2).

Tabla No.1 " Localización del Cáncer de Mama".

Hospital Universitario "Dr. Mario Muñoz Monroy". Colón.  
Período 1974-2002.

Localización del Tumor	Número de casos	Por ciento
Unilateral	465	95,9%
Bilateral:	20	4,1%
■ Sincrónico:	6	
■ Metacrónico:	14	
Total	485	100%

Tabla No. 2 " Incidencia Global del Cáncer Mamario Bilateral relacionado con otras series".

Hospital Universitario "Dr. Mario Muñoz Monroy". Colón.  
Período 1974-2002.

Autor	País	Casos Bilat / Total Casos.	Incidencia (%)
Awad	Egipto	35 / 2238	1,6%
Engin	Turkía	29 / 1208	2,4%
Napolitano	Italia	20 / 700	2,9%
Cucinotta	Italia	7 / 223	3,0%
Kollias	Gran Bretaña	106 / 3210	3,3%
Gulay	Turkía	48 / 1182	4,1%
Skowronek	Polonia	36 / 878	4,1%
Maculotti	Italia	19 / 442	4,3%
Rissanen	Finlandia	49 / 956	5,0%
Gogas	Grecia	78 / 1332	5,9%
González Ortega y cols	Cuba	20 / 485	4,1%

Teniendo en cuenta que el segundo tumor aparece de forma simultánea al primero o en un período de tiempo inferior a los 6 meses del primer diagnóstico, nuestra incidencia de enfermedad sincrónica fue del 1,2% (6 pacientes/485), (Tabla No.3). Vale señalar que en la presente casuística todas las pacientes que fueron clasificadas con una enfermedad sincrónica (6 pacientes), el segundo tumor apareció al mismo tiempo que el primero.

Tabla No. 3 " Incidencia de Cáncer Mamario Bilateral Sincrónico relacionado con otras series".

Hospital Universitario "Dr. Mario Muñoz Monroy". Colón.  
Período 1974-2002.

Autor	País	Bilat-Sinc/ Total Casos	Incidencia (%)
Napolitano	Italia	2 / 700	0,3%
Gulay	Turkía	8 / 1182	0,7%

Kollias	Gran Bretaña	26 / 3210	0,8%
Donovan	USA	17 / 1150	1,5%
Gogas	Grecia	22 / 1332	1,6%
Maculotti	Italia	7 / 442	1,6%
Hungness	USA	51 / 2382	2,1%
Carmichael	Gran Bretaña	43 / 1945	2,2%
González Ortega y cols	Cuba	6 / 485	1,2%

La incidencia del CMB metacrónico en la presente investigación fue del 2,9% (14 pacientes/485), (Tabla No.4).

Tabla No.4 "Incidencia del Cáncer Mamario Bilateral Metacrónico relacionado con otras series".

Hospital Universitario "Dr. Mario Muñoz Monroy". Colón.  
Período 1974-2002.

Autor	País	Bilat-Meta/Total Casos	Incidencia (%)
Kollias	Gran Bretaña	80 / 3210	2,5%
Napolitano	Italia	18 / 700	2,6%
Gulay	Turkía	40 / 1182	3,4%
Gogas	Grecia	56 / 1332	4,2%
Carmichael	Gran Bretaña	91 / 1945	4,7%
Donovan	USA	63 / 1150	5,5%
Tella	Italia	23 / 375	6,1%
González Ortega y cols	Cuba	14 / 485	2,9%

Al analizar la edad de aparición del primer y segundo tumor, el 50% de la serie (10 pacientes/20) se encontraban por debajo de los 50 años al aparecer el primer tumor, con un rango de 31 a 91 años y una edad promedio de 50 años. El rango de edad de aparición del segundo tumor osciló entre 31 y 95 años, con una media de 54 años (Tabla No.5).

Tabla No.5 " Edad media de aparición del Primer y Segundo tumor relacionado con otras series".

Hospital Universitario "Dr. Mario Muñoz Monroy". Colón.  
Período 1974-2002.

Autor	Primer Tumor (años)	Segundo Tumor (años)	Edad Promedio del cáncer en Total / Serie.
Arroba Centeno	51	56	-
Marco Roselli	50,7	55	57,3
Hans-Olov	59,2	65,2	63,5
González Ortega y col	50	54	59

La estirpe histológica del tumor fue la misma para ambas mamas en el 40% de las pacientes (8 casos), dentro de estos se encontraban las 6 pacientes que tenían los tumores sincrónicos y solo 2 enfermas con tumores metacrónicos, en las restantes 12 pacientes (60%) con enfermedad metacrónica, el tipo histológico del segundo tumor fue diferente al primero.

En relación con el Estadiamiento Tumoral postoperatorio, de los 20 tumores primarios iniciales, solo 1 (5%) fue estadiado como Etapa 0, 3 pacientes como Etapa I (15%), 12 como Etapa II (60%) y 4 como Etapa III (20%).

Las Etapas del segundo tumor quedaron clasificadas como: en Etapa I, 5 pacientes (25%); en Etapa II, 7 casos (35%) y en Etapa III, 8 enfermas para un 40%.

#### Discusión

La incidencia del CMB en nuestra serie (4,1%) coincide con las de otros autores consultados que han informado fluctuaciones entre el 2 – 14% (5,6,11,15,16) . El riesgo de desarrollar un cáncer primario en el seno contralateral es de aproximadamente el 1% al año de la operación inicial, la edad de la paciente (<de 50 años) al momento del diagnóstico del primer tumor y el tipo histológico lobular parecen aumentar este riesgo al 1,5%. Las pacientes portadoras de mutaciones del BRCA-1 y BRCA-2 con antecedentes de cáncer de mama tienen un riesgo del 5% al año, según el Comité Norteamericano Conjunto sobre el Cáncer (1997).

Nuestra incidencia del 1,2% para el tumor sincrónico cae dentro del rango de 0,1-2% encontrado en la literatura mundial revisada (3,5,10,11,13,14) . La tasa de incidencia del 2,9% para la enfermedad metacrónica se comporta similar a la de otros autores (3,5,10,11,13,14) .

El 50% de los pacientes (10 pacientes/20) tenían menos de 50 años en el

momento del diagnóstico del primer tumor, entre los factores que permiten seleccionar a una enferma con mayor probabilidad de padecer un cáncer en la mama contralateral lo constituye el diagnóstico del tumor inicial antes de los 50 años de edad lo cual ocurrió en la mitad de nuestra serie, también es denominador común que el segundo tumor aparezca de 4 a 5 años después del diagnóstico del primero, el desarrollo del segundo tumor a mediano y largo plazo habla a favor de la eficiencia terapéutica que permitió que la enfermedad estuviera controlada por un largo tiempo, esto reafirma el común precepto de la literatura revisada donde se plantea que es indispensable el seguimiento de "por vida" a las pacientes mastectomizadas (15-17).

El haber tenido tan solo el 40% de las pacientes con el mismo tipo histológico en ambos cánceres fue similar a la casuística presentada por Burns (4) quien reportó un 37%, sin embargo es bastante diferente del 70% que reportan otros autores consultados como son Gogas, Hungness y Napolitano (13,14,19).

El 80% de nuestras enfermas se encontraban en Etapas II y III cuando se estadificó el primer tumor, lo cual evidencia el hecho de que al diagnosticar el primer tumor en etapas avanzadas aumenta la probabilidad de aparición del cáncer en la mama contralateral, pues se sobreentiende que es una enfermedad más sistémica o avanzada, en nuestra revisión observamos además que los carcinomas de la mama opuesta no se diagnosticaron en un estadio inicial (el 40% se detectó en Etapa III), en esto puede estar influyendo las dificultades técnicas locales del empleo de la mamografía durante el seguimiento de nuestras pacientes, lo cual no se comporta de igual forma en otras series que reportan Estadios inferiores del cáncer de la mama opuesta (5,15,18).

#### **Bibliografía**

- 1) Arroba Centeno E, Moreno de Miguel L. Cáncer de Mama bilateral. Rev Cub Onc May-Ago 1990; 6(2): 177-81
- 2) Robbins GF, Berg JW. Bilateral primary breast cancer. A prospective clinicopathological study. Cancer 1964; 17: 1501-27
- 3) Donovan AJ. Bilateral breast cancer. Surg Clin North Am 1990 Oct; 70(5): 1141-9
- 4) Burns PE, Dabbs K, Way C, Lees AW, Birkett LR. Bilateral breast cancer in Northern Alberta: risk factors and survival patterns. Can Med Assoc J 1984 Apr; 130(7):881-6

- 5) Kollias J, Ellis IO, Elston CW, Blamey RW. Prognostic significance of synchronous and metachronous bilateral breast cancer. *World J Surg* 2001 Sep; 25(9): 117-24
- 6) Skowronek J, Piotrowski T. Bilateral breast cancer. *Neoplasma* 2002; 49(1):49-54
- 7) Urban JA. Biopsy of the "normal" breast intreating breast cancer. *Surg Clin North Am* 1969; 49: 291-4
- 8) Mc Credic JA. Consecutive primary carcinomas of the breast. *Cancer* 1975; 35(6): 1472-5
- 9) Heron DE, Komarnicky LT, Hyslop T, Shwartz GF, Mansfield CM. Bilateral breast carcinoma: risk factor and outcomes for patients with synchronous and metachronous disease. *Cancer* 2000 Jun; 88(12): 2739-50
- 10) Carmichael AR, Bendall S, Lockerbie L, Prescott R, Bates T. The long-term outcome of synchronous bilateral breast cancer is worst than metachronous or unilateral tumours. *Eur J Surg Oncol* 2002 Jun; 28(4): 388-81
- 11) Gulay H, Hamaloglu E, Bulut O, Goksel HA. Bilateral breast carcinoma: 28 years' experience. *World J Surg* 1990 Jul-Aug; 14(4): 529-33
- 12) Tella S, Occhiato R, Speziale AM, Poggi R, Grasso F. Metachronous tumors of the breast. Mammographic findings. *Radiol Med (Torino)* 1994 Mar; 87(3):245-9
- 13) Gogas J, Markopoulos C, Skandalakis P, Gogas H. Bilateral breast cancer. *Am Surg* 1993 Nov; 59(11): 733-5
- 14) Hungress ES, Safa M, Shaughnessy EA, Aron BS, Gazder PA. Bilateral synchronous breast cancer: mode of detection and comparison of histologic features between the two breast. *Surgery* 2000 Oct; 128(4): 702-7
- 15) Rissanen TJ, Makarainen HP, Apaja-Sarkkinen MA, Lindholm EL. Mammography and ultrasound in the diagnosis of contralateral breast cancer. *Acta Radiol* 1995 Jul; 36(4): 358-66
- 16) Cucinotta E, Calbo L, Palmeri R, Pergolizzi FP, Melita G. Bilateral carcinoma of the breast. *Chir Ital* 1997; 49(1): 9-14
- 17) Eugin K. Prognostic factors in bilateral breast cancer. *Neoplasma* 1994; 41(6): 353-7
- 18) Kaas R, Hart AA, Bernard AP, Peterse JL, Rutgers EJ. Impact of mammographic interval on stage and survival after the diagnosis of contralateral breast cancer. *Br J Surg* 2001 Jan; 88(1): 123-7



- 19) Napolitano L, Grossi S, Cianchetti E. Bilateral carcinoma of the breast. *Aun Ital Chir* 1993 Nov-Dec; 64(6): 665-8

Web mantenido y actualizado por el [Servicio de informática](#) uclm. Modificado: 24/09/2005 19:32:59