

Hospital Universitario “Comandante Manuel Fajardo”

## Cáncer de mama bilateral en el Hospital Universitario “Comandante Manuel Fajardo”, 1982-2003

Dr. Alexis Cantero Ronquillo,<sup>1</sup> Dr. Kai Chen Hung Chang,<sup>2</sup> Dr. Juan Carlos Barrera Ortega,<sup>3</sup> Dr. Orestes Noel Mederos Curbelo,<sup>4</sup> Dr. Carlos Romero Díaz<sup>5</sup> y Dr. Jorge Álvarez Bermejo<sup>6</sup>

### RESUMEN

En 1945, *Foote y Stewart* plantearon que “el antecedente más frecuente de cáncer en un seno es haber tenido una neoplasia en el seno contrario”. Se realizó un estudio sobre los casos de cáncer de mama bilateral atendidos en nuestro servicio entre 1982 y 2003. Métodos: El universo de nuestro trabajo está compuesto por 25 pacientes que fueron atendidas en los últimos 20 años por cáncer de mama bilateral, la mayoría de ellos metacrónicos (21 casos). En cada caso se analizó edad, etapas clínicas al momento del diagnóstico, tratamiento utilizado, tipo histológico y evolución, entre otras variables. Resultados: Se observó la mayor incidencia de esta enfermedad en la 5ta. y 6ta. décadas de la vida, con predominio de los tumores en etapa II. El tipo de operación más realizado fue la mastectomía radical modificada de *Patey* y prevalecieron las técnicas más conservadoras en la segunda operación. Siete de las pacientes fallecieron por la enfermedad. Conclusiones: El pronóstico de las mujeres con cáncer de mama bilateral suele ser favorable y depende de la etapa de desarrollo de éste al momento del diagnóstico. El tratamiento del segundo primario fue más conservador que el primero. El seguimiento estricto y el uso de la ingeniería genética son elementos fundamentales para el diagnóstico precoz.

*Palabras clave:* Cáncer de mama bilateral, diagnóstico precoz.

En 1945, *Foote y Stewart* plantearon que “el antecedente más frecuente de cáncer en un seno es haber tenido una neoplasia en el seno contrario”. La presencia de un tumor maligno primario independiente en cada glándula mamaria es conocida como cáncer de mama bilateral, el cual puede ser sincrónico o metacrónico (figura). Se conoce como cáncer bilateral sincrónico a los tumores primarios en ambas mamas, que son diagnosticados simultáneamente. En tanto, los metacrónicos son el segundo tumor que se detecta en el seno contrario en cualquier momento después de diagnosticado el primero.



Fig. Cáncer de mama bilateral  
A) Metacrónico; B) Sincrónico.

En ocasiones existen dudas a la hora de precisar si un cáncer mamario es primario o metástasis de un primer tumor contralateral para lo que *Chaudary, Millis* y otros<sup>1</sup> establecieron algunos criterios para definir el segundo primario:

1. La demostración de un cambio *in situ* en el tumor contralateral se considera prueba absoluta de que esa lesión es una neoplasia primaria.
2. Se considera que el cáncer en el segundo seno es un nuevo primario si histológicamente es distinto del que se detectó en el primer seno.
3. El carcinoma del segundo seno es un nuevo primario si el grado de diferenciación histológica es mucho mayor que el de la lesión del primer seno.
4. En caso de no hallarse una diferencia histológica neta, se considera que un carcinoma contralateral es compatible y representa una lesión independiente, siempre que no haya signos de metástasis locales, regionales o distantes en relación con el cáncer en el seno ipsilateral.

## MÉTODOS

Se revisaron los expedientes clínicos de todos los pacientes operados por cáncer de mama durante el período de 1982 a 2003. Estos fueron en total 590 pacientes, 25 de los cuales fueron diagnosticados de cáncer bilateral de mama. De ellos se recogió toda la información y constituyeron el universo de nuestro trabajo. En cada caso se analizó la edad, etapa clínica, procedimientos terapéuticos aplicados, evolución, intervalo libre de enfermedad, metástasis, etc.

## RESULTADOS

Los pacientes de la serie se encontraban todos en edades superiores a los 40 años. La mayor cantidad de estos se hallaba en el grupo de los 40 a 51 años (12 pacientes); 4 en el grupo de 51 a 60 años; 7 de los 61 a 70 y sólo 1 paciente en ambos grupos de menores de 40 y

mayores de 70. La incidencia de cáncer de mama bilateral con respecto a los 590 pacientes diagnosticados de cáncer de mama resultó del 4,2 % (25 pacientes). Se excluyeron 3 casos pues se trataba de mastitis carcinomatosa contralateral metastásica.

El cáncer de mama bilateral sincrónico estuvo presente en 5 pacientes (20 %) y el metacrónico en 20 (80 %). El segundo tumor apareció como promedio a los 7 años después del primero, el más temprano a los 4 meses (¿“oculto”?) y el más tardío a los 18 años.

La mayoría de los tumores fueron diagnosticados a partir de la etapa IIb en adelante, incluso en el segundo tumor de los metacrónicos, lo cual evidencia la importancia del autoexamen mamario, del seguimiento de por vida después del diagnóstico y tratamiento de un tumor primario y del examen periódico de la mama residual (tabla 1) Las metástasis aparecieron en diferentes localizaciones, principalmente en pulmón y pleura (4), ganglios (3), huesos (2), hígado (2), cerebro (1) y suprarrenales (1). Varios pacientes presentaron más de una metástasis.

Tabla 1. *Etapas clínicas*

Sincrónicos			Metacrónicos		
Caso tumor	D	I		1er tumor	2do tumor
1	I	IIIa	I	2	2
2	IIa	IIa	IIa	8	5
3	IIb	IIb	IIb	5	6
4	IIb	IIIa	IIIa	5	6
5	IIIa	IIIa	IIIb	-	1
<b>Total</b>				<b>20</b>	<b>20</b>

El diagnóstico histológico abarcó diferentes tipos, pero predominó el carcinoma ductal infiltrante, seguido por el lobulillar y el medular (tabla 2).

Tabla 2. *Diagnóstico histológico*

Histología	Vivos	Fallecidos	Total
Carcinoma ductal infiltrante	11	4	15
Lobulillar	3	2	5
Papilar	2	-	2
Medular	1	-	1
Pleomórfico	-	1	1
Neuroendocrino	-	1	1
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>8</b>	<b>25</b>

La mortalidad se comportó de manera diferente en cada grupo; sin embargo, la escasez de la muestra no permite arribar a conclusiones. En los tumores en los sincrónicos esta fue del

60 % (3 fallecidos) y en los metacrónicos del 25 % (5 fallecidos). De forma global la mortalidad se mantuvo igual que en el cáncer unilateral de la mama.

Solo han presentado recidiva local tres de las pacientes vivas y una fallecida. La técnica quirúrgica y el tratamiento oncoespecífico estuvieron condicionados por la etapa clínica para cada mama sin que ello afectara la evolución de las enfermas.

## DISCUSIÓN

La incidencia de cáncer en el segundo seno es aproximadamente del 1 % por año después del diagnóstico del primer tumor y los factores de riesgo a tener en cuenta son :

- Cáncer de mama diagnosticado.
- Edad en el momento del diagnóstico del primer tumor.
- Supervivencia larga.
- Carcinoma lobulillar *in situ*.

Las mujeres premenopáusicas tienen el doble de riesgo que las posmenopáusicas. Los tumores anaplásicos representan mayor riesgo de un segundo cáncer si se les compara con los de bajo grado histológico. También existe un riesgo mayor en las pacientes que presentan cáncer primario múltiple en el primer seno.<sup>2,3</sup>

El paso más importante en el tratamiento de esta situación es la detección temprana y el inicio de la terapéutica apropiada según la etapa del tumor. El pronóstico de la enfermedad suele ser favorable y depende del estadio en que estén uno y otro tumor.<sup>4</sup>

En un serie de casi 1 000 pacientes con cáncer de mama existía, en el segundo seno, un carcinoma primario sincrónico en el 12,5 % y una mastopatía precancerosa en el 9,8 %. En esta misma serie, de 143 mastectomías totales profilácticas contralaterales, el 21 % tenía un carcinoma y 15 % adicional, una lesión precancerosa. A pesar de un examen físico normal y mamografía negativa; el 60 % de los tumores fueron *in situ*.<sup>2</sup> Los clínicos tienden a evitar irradiar la mama en los carcinomas pequeños por el temor al aumento de la incidencia de cáncer en la mama contralateral.<sup>5</sup>

Existen varias enfermedades genéticas que aumentan el riesgo del padecimiento de cáncer bilateral, por ejemplo los pacientes con mutaciones de ATM, BRCA1 y BRCA2, CHEK2 y p53, en quienes el uso de mastectomía profiláctica contralateral es una opción válida, y sobre todo, la detección temprana de un posible carcinoma de mama en el resto de la familia.<sup>6-9</sup>

*Heaton* y otros,<sup>10</sup> demostraron que hasta la cirugía conservadora es un método razonable y seguro en los pacientes con cáncer de mama bilateral, tanto sincrónico como metacrónico, en una serie de 63 pacientes y 134 meses de seguimiento, con tasa de recurrencia del 16 % desde el diagnóstico del primer tumor y del 5 % después de diagnosticado el segundo. Sus resultados fueron iguales a los del cáncer unilateral.

## Conclusiones:

- El carcinoma ductal infiltrante fue la variedad histológica más frecuente de la serie (60 %), seguido por la variedad lobulillar o ductolobulillar (20 %).
- El pronóstico de las mujeres con cáncer de mama bilateral suele ser favorable y depende de la fase en que se encuentren los tumores. El tratamiento del segundo primario debe ser el apropiado para la enfermedad y puede ser más conservador.
- El seguimiento estricto y el uso de la ingeniería genética son elementos fundamentales para el diagnóstico precoz.

## SUMMARY

In 1945, *Foote* and *Stewart* said: “the most frequent antecedent of cancer in a breast is having had a neoplasia in the other breast” A study of the cases of bilateral breast cancer seen in our service between 1982 and 2003 was conducted. Methods: The universe of our work was composed of 25 patients attended in the last 20 years due to bilateral breast cancer. Most of them were metachronic (21 cases). Age, clinical stages at the time of diagnosis, treatment used, histological type and evolution, among other variables, were analyzed. Results: the highest incidence of this disease was observed in the 5th and 6th decades of life, with predominance of stage II tumors. Patev's modified radical mastectomy was the most common operation. The most conservative techniques prevailed in the second operation. Seven of the patients died as a result of the disease. Conclusions: the prognosis of women with bilateral breast cancer is usually favorable and it depends on its development stage at the time of the diagnosis. The treatment of the second was more conservative than the first one. The strict follow-up and the use of genetic engineering are fundamental elements for the early diagnosis.

*Key words:* Bilateral breast cancer, early diagnosis

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chaudary MA, Millis RR, Hoskins EOL. Bilateral Primary Breast Cancer: A prospective study (Protocol No. 4). *Br J Surg.* 1984;71:711-14.
2. Leis HP. Jr., Green, FL; Hilfer SE. Simultaneous primary cancer in the other breast. *Breast Dis.* 1988; 1(2):83-96.
3. El Hanchi Z; Berrada R, Fadli A. Bilateral breast cancer. Incidence and risk factors. *Gynecol Obstet Fertil.* 2004; 32(2):128-34.
4. Senofsky, GM, Wanebo HJ, Wilhelm MC. Has monitoring of the contralateral breast improved the prognosis in patient treated for primary breast cancer? *Cancer.* 1986; 57:597-602.
5. Moffat FJ, Ketchum AS, Robinson DS. Breast cancer management of the opposite breast. *Oncology.* 1988; 2(11):25-33.

6. Utracka-Hutka B, Grzybowska E, Maka B. Sep BRCA1 and BRCA2 mutations as prognostic factors in bilateral breast cancer patients. *Ann Oncol.* 2004;15(9):1373-6.
7. Marchetti P, Di Rocco CZ, Ricevuto E, Bisegna R. Reducing breast cancer incidence in familial breast cancer: overlooking the present panorama. *Ann Oncol.* 2004 ;15(Suppl 1):I27-I34.
8. Bernstein J, Langholz B, Haile RW. Study design: evaluating gene-environment interactions in the etiology of breast cancer - the WECARE study. *Breast Cancer Res.* 2004 ;6(3):R199-214.
9. Vahteristo P, Bartkova J, Eerola H, Syrjakoski K. A CHEK2 (cell-cycle-checkpoint kinase) genetic variant contributing to a substantial fraction of familial breast cancer. *Am J Hum Genet.* 2002;71(2):432-8.
10. Heaton KM, Peoples GE, Singletary SE. Feasibility of breast conservation therapy in metachronous or synchronous bilateral breast cancer. *Ann Surgery Oncol.* 1999;6:102-8.

Recibido: 28 de enero de 2005. Aprobado: 18 de marzo de 2005.

*Dr. Alexis Cantero Ronquillo.* Calle Zapata y D, Municipio Plaza de la Revolución. Ciudad de La Habana. Correo electrónico: [alexisc@infomed.sld.cu](mailto:alexisc@infomed.sld.cu)

<sup>1</sup>Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Auxiliar.

<sup>2</sup>Especialista de I Grado en Cirugía.

<sup>3</sup>Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Asistente.

<sup>4</sup>Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Titular.

<sup>5</sup>Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Auxiliar.

<sup>6</sup>Especialista de I Grado en Cirugía.