

Carcinoma primitivo bilateral de mama

Por el Dr.:

ENRIQUE MESA ZARATE⁵

Mesa Zárate, E. *Carcinoma primitivo bilateral de mama*.
Rev Cub Med 19: 2, 1980.

Se revisa la incidencia del carcinoma primitivo bilateral de mama registrada en la literatura. Se describen brevemente las posibilidades de un segundo tumor en la mama opuesta o restante. Se exponen los criterios diagnósticos de *Robbing y Berg*, así como la existencia de un grupo de elevado riesgo para desarrollar un nuevo cáncer primitivo en la glándula mamaria opuesta o restante. Se estudian 20 casos de carcinoma primitivo bilateral de mama, de acuerdo con los criterios diagnósticos aplicados. La incidencia de bilateralidad primitiva es de 0,9%; de presentación simultánea 2 (0,1%) pacientes y no simultáneos o sucesivos 18 (0,8%). El 15% tenía el antecedente de cáncer en la familia y el 60% padeció su primer carcinoma primitivo de la mama antes de los 50 años de edad. La supervivencia estudiada por el método de observación lineal es del 68,6% a los cinco años de tratado el segundo carcinoma primitivo de la mama.

INTRODUCCION

El carcinoma de mama es la enfermedad neoplásica maligna más frecuente en la mujer. Su incidencia tiende a aumentar en las últimas décadas de la vida llegando a producir problemas de salud al nivel mundial. Para algunos países es la primera localización de cáncer en la mujer, y en otros ocupa una de las primeras cinco localizaciones más frecuentes^{1,2}.

En nuestro país según el Registro Nacional del Cáncer³ en su informe del trienio 1964-1966, el carcinoma de

mama en la mujer ocupaba el segundo lugar, con una tasa de incidencia de 21 X 100 000 habitantes, solamente precedido por el cáncer de útero. En su informe más reciente en el quinquenio 1968-1972 el carcinoma de mama ocupa el primer lugar en la mujer cubana con el 22,7 por 100 000 habitantes. Este informe nos permite conocer que la incidencia del carcinoma de mama en Cuba se encuentra en aumento.

Las mamas son un órgano par, ambas guardan una relación estrecha por su formación embriológica, anatómica y fisiológica. Los factores causales que intervinieron en la génesis de un carcinoma en la primera mama persisten para la mama restante, de manera que una paciente con mastectomía unilateral por un carcinoma, puede presentar otro carcinoma primitivo en la mama

⁵ Especialista de I grado en oncología. Departamento de radioterapia. Instituto de Oncología y Radiobiología d§ La Habane, F y 89, Vedado,

Se encontraron 33 pacientes con diagnóstico de carcinoma primitivo de la mama que fueron tratados en ese período y los 5 años siguientes.

Para definir el carcinoma primitivo bilateral de la mama aplicamos los siguientes criterios a las 33 pacientes encontradas:

- a) Que en el momento del diagnóstico y tratamiento del segundo tumor no existiera manifestaciones de recidiva o metástasis.
- b) El diagnóstico histórico es de carcinoma de mama, que consta en el informe de anatomía patológica de la historia clínica.
- c) Que el tiempo de aparición entre el primer y segundo carcinomas es de 5 años o más.

RESULTADOS

Según los criterios mencionados resultó seleccionado un grupo de 20 pacientes (60,6%) de los 33 que fueron operados por carcinoma bilateral de mama.

Las 20 historias clínicas correspondientes a estos casos constituyen el 0,9 de las 2220 pacientes de ese período.

Todas fueron mujeres, 18 cubanas, 1 española y otra japonesa. Estas dos últimas residentes en Cuba desde hace muchos años; 15 fueron casadas, 3 unidas y 2 solteras.

La paridad fue de 6 pacientes con dos partos. Dos con tres y una con uno. En total parieron 9 para el 45%. No parieron 5 (25%) y el resto no se pudo determinar por no estar registrado dicho dato.

Lactaron a sus hijos 6 (30%) sin poder conocerse si fue suficiente o insuficiente. No lactaron a sus hijos 4 (21%) y el resto se ignora.

El antecedente de cáncer en la familia se detectó claramente en 3 pacientes para el 15% de este grupo seleccionado. La distribución es como sigue:

- Dos pacientes tuvieron antecedentes de cáncer en la madre, una

de ellas en la mama y otro de distinta localización. La tercera refirió tener un hermano con cáncer sin precisar localización o tipo histórico de la afección.

- La edad de la paciente al presentar el primer carcinoma fluctuó entre la 3ra. hasta la 7ma. décadas de vida; la más joven con 28 años y la de edad más avanzada con 79 años de edad. El promedio fue de 50 años de edad.

Cuando se presentó el carcinoma en la otra mama, las pacientes se hallaban comprendidas desde la 4ta. a la 8va. décadas de vida, la más joven con 35 años y la más senil con 78 años de edad. El promedio de edad fue de 63 años.

El 2do. carcinoma primitivo fue más frecuente en la mama izquierda con 12 (60%); 6 (30%) en la mama derecha; de presentación simultánea 2 pacientes para el 10%.

El nódulo se presentó en 13 pacientes para el 65%; el resto se dividió como sigue: 1 con retracción de la piel y tumor; 1 con telerragia sin conocerse las características y otro con retracción del pezón con una frecuencia del 5% para cada uno; el resto, 20%, se ignora.

La localización del tumor en la glándula mamaria fue como sigue: 9 pacientes (45%) en el cuadrante supero- externo; 2 (10%) en el hemisferio superior; 1 (5%) que tomaba toda la glándula; otra (5%) subareolar. En 7 pacientes el dato no estaba registrado.

El tamaño del tumor fue no mayor de 2 cm en 3 pacientes (15%). Entre 2 y 5 en 4 pacientes (20%) y con tumor de más de 5 cm en 4 pacientes para el 20%. Los 9 (45%) restantes se ignoró su tamaño.

El examen físico detectó adenopatías metastásicas en axila homolateral en 4 pacientes para el 20%. Once pacientes (55%) no tenían adenopatías. En las 5 (25%) restantes, dicho dato no aparecía registrado en la HC.

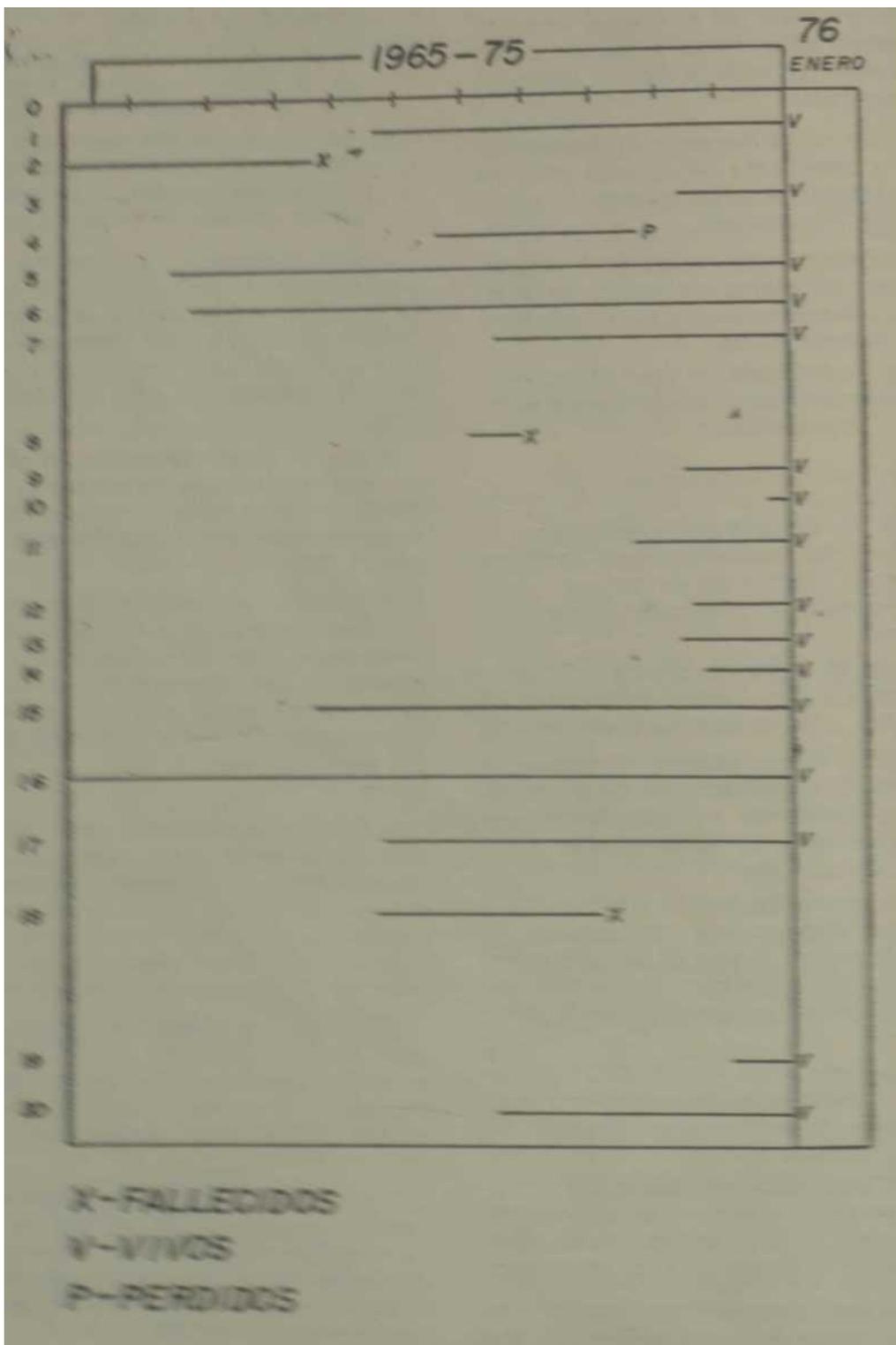
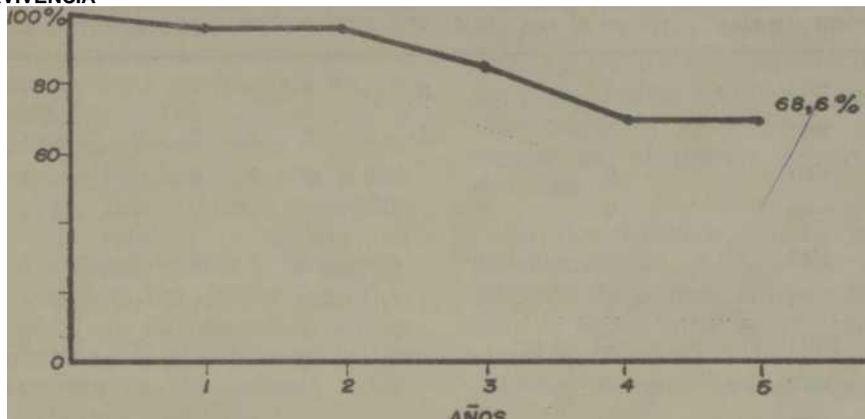


Gráfico 2

SUPERVIVENCIA



Las 4 pacientes positivas de adeno- patías por el examen físico, fueron positivas de metástasis según el informe de anatomía patológica.

Diagnóstico hístico

Seis pacientes presentaron un patrón hístico distinto para ambas mamas (30%). Las de presentación simultánea fueron diferentes, una de ellas tenía un carcinoma infiltrante de conductos en la mama derecha y en la izquierda de comedocarcinoma. En la otra paciente una enfermedad de Paget para la mama derecha y medular para la izquierda. En

6 (30%) pacientes el diagnóstico fue semejante para ambas mamas; 6 (30%) pacientes fueron operadas en otros centros, por lo que el diagnóstico hístico definitivo no aparece en el informe original de anatomía patológica.

En el segundo primitivo predomina el carcinoma de conductos en 11 casos, para el 55%. Le sigue en orden de frecuencia el comedocarcinoma en 3 pacientes (15%), la variedad medular en otras 3 pacientes (15%) y por último el adenocarcinoma en 2 pacientes para el 10%; uno con enfermedad de Paget (5%).

Dos pacientes (10%), presentaron además de la enfermedad mamaria bi

lateral estudiada, otra enfermedad maligna. Una un adenocarcinoma de cuello uterino etapa I, que recibió tratamiento ionizante en este centro. La otra un reticulosarcoma de amígdala con tratamiento de fuente externa Co⁶⁰; se mantiene viva sin signos de tumor.

La mastectomía fue el tratamiento que predominó para el segundo tumor. Se empleó en las siguientes modalidades: mastectomía radical en 12 pacientes (60%); simples en 7 (35%) y en otro caso se practicó exéresis del tumor (5%).

El uso de la radioterapia fue en 8 pacientes (40%) como método posoperatorio de la mastectomía radical. En el resto, 12 pacientes, esta técnica no se empleó (60%).

La supervivencia se estudió por el Método de Observación Lineal¹⁰; se obtuvieron los grupos que sobreviven cada año de tratamiento y se calculó las instrucciones al respecto. La supervivencia fue de 68,6% a los 5 años después de tratado el segundo tumor (gráficos 1 y 2, cuadros I y II).

DISCUSION

De los resultados obtenidos en el presente estudio se demuestra la incidencia de bilateralidad primitiva de

CUADRO III

Años en que fueron tratadas	No. de enfermas tratadas en el año	No. de pacientes que vivían al cumplirse los años del tratamiento en los años calendarios									
		1966	67	68	69	70	71	72	73	74	75
1965	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1
1966	2		2	2	2	2	2	2	2	2	2
1967	0			0	0	0	0	0	0	0	0
1968	1				1	1	1	1	1	1	1
1969	3				3	3	3	3	3	3	3
1970	1					1	1	1	0	0	0
1971	3						3	2	2	2	2
1972	0							0	0	0	0
1973	1								1	1	1
1974	5										5

CUADRO II

Años en que fueron tratadas	No. de enfermas tratadas en el año	No. de ellas que sobrevivieron en el aniversario del tratamiento									
		1ro.	2do.	3ro.	4to.	5fo.	6to.	7mo.	8vo.	9no.	10mo.
1965	2	2	2	2	1	1	1	1			1 1 1
1966	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2 2
1967	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1968	1	1	1	1	1	1	1	1			1
1969	3	3	3	3-	2	2	2				
1970	1	1	1	1	0	0					
1971	3	2	2	2	2						
1972	0	0	0	0							
1973	1	1	1								
1974	5	5									
Total	18	17	12	11	8	6	6	4	3	3	1

0,9%. Con presentación simultánea en 2 pacientes (0,1%) y no simultánea o sucesivas en 18 para el 0,8%.

La incidencia de bilateralidad primitiva tiende a elevarse cuando algunos autores^{20,4} estudian la mama opuesta aparentemente sana por biopsia en espejo u orientado por la mamografía, y se han detectado hasta cerca del 50% de carcinomas lobulares *in situ* o microinfiltrantes; una curiosa contradicción entre la relativa frecuencia del carcinoma bilateral latente y la aparente baja frecuencia del cáncer primitivo bilateral de la mama observada en su expresión clínica, y que la explicación científica puede ser la defensa inmu- nológica de estos pacientes.

La literatura revisada²⁵⁻⁷ define un grupo de elevado riesgo que puede desarrollar un carcinoma primitivo en la mama restante. En general son mujeres menores de 50 años, con antecedente familiar de cáncer de mama, en la madre, tías y hermanas, que presentaron un cáncer en la primera mama, en etapa temprana, multicéntrico y con un cuadro hístico de buen pronóstico.

Nuestro estudio demuestra que el 60% de las pacientes presentaron su primer carcinoma antes de los 50 años.

El antecedente de cáncer en la familia estaba presente en 3 pacientes (15%), solamente una con antecedente de carcinoma de mama en la madre.

Algunos investigadores²⁸⁻³⁰ están de acuerdo en que la incidencia de otro carcinoma primitivo en la mama restante es significativamente elevada, así como la existencia de un grupo con elevado riesgo para desarrollar un segundo carcinoma primitivo en la glándula opuesta, por lo que recomiendan mas-

tectomía profiláctica o demorada⁶⁻¹³. Es importante señalar que no estamos de acuerdo con tal conducta y sí planteamos la necesidad de definir en nuestro medio a los grupos de elevado riesgo, planificando una evolución periódica que incluya un examen físico cuidadoso y de medios auxiliares de diagnóstico como la mamografía cada seis meses en el primer trienio y anual después.

Nuestro estudio demuestra una supervivencia del 68,6% a los cinco años después de tratado el segundo carcinoma; se puede mejorar esta supervivencia si el diagnóstico del segundo tumor primitivo se hace en estadios precoces.

CONCLUSIONES

El carcinoma primitivo bilateral de mama se presentó con una frecuencia del 0,9%; con presentación simultánea en 2 pacientes (0,1%) y no simultánea o sucesivas en 18, para el 0,8%.

La supervivencia es del 68,6% a los cinco años después de tratado el segundo tumor.

El riesgo para el desarrollo de un segundo carcinoma primitivo de la glándula mamaria se presentó en el 60% de las pacientes que presentaron su primer cáncer de mama antes de los 50 años. El 15% tenía el antecedente de cáncer familiar.

Las pacientes que fueron tratadas por un carcinoma se les debe realizar seguimiento periódico que, además del examen físico cuidadoso, debe incluir la mamografía, cada 6 meses en el primer trienio y anual después.

El segundo carcinoma primitivo de mama debe tratarse con intensidad curativa.

SUMARY

Mesa Zarate, E. *Breast primitive bilateral carcinoma*. Rev Cub Med 19: 2, 1980.

The incidence of breast primitive bilateral carcinoma recorded in literature was reviewed. The possibility of a second tumor in the contralateral or the remaining breast is stressed. Robbing and Berg diagnostic criteria are exposed, and it is pointed out the existence

of a high risk group which may develop a new primitive tumor the remaining breast. Twenty cases of breast primitive bilateral bilaterality is according to the applied diagnostic criteria. The incidence $P_{mR0/1} = \frac{2}{20} = 10\%$. 9%; 2 patients (0.1%) had a simultaneous presentation, and 18 (0, 90%) had simultaneous or successive presentations. 15% had familial cancer. 60% had the first breast primitive carcinoma before 50 years old. The survival studied by the linear observation method was 68,6% five years following the treatment second breast primitive carcinoma.

RÉSUMÉ

Mesa Zarate, E. *Carcinome primitif bilatéral du sein*. Rev Cub Med 19: 2, 1980

L'auteur fait une révision portant sur l'incidence du carcinome primitif bilatéral du sein rapportée dans la littérature. Il décrit brièvement les possibilités d'une deuxième tumeur au sein opposé. En outre il expose les critères diagnostiques de Robbins; Berg, ainsi que l'existence d'un risque élevé de développement d'un nouveau carcinome primitif dans l'autre glande mammaire. Vingt cas de carcinome primitif bilatéral du sein sont étudiés selon les critères diagnostiques appliqués. L'incidence de bilatéralité primitive est de 10%; celle de présentation simultanée, 0,1% (2 patientes) et les non simultanés ou successifs, 0,9% (18 patientes). Dans 15% des cas il y avait antécédent de cancer dans la famille et 60% ont présenté le premier carcinome primitif du sein avant l'âge de 50 ans. La survivance étudiée par la méthode d'observation linéaire est de 68,6% cinq ans après avoir traité le deuxième carcinome primitif du sein.

BIBLIOGRAFIA

1. Cancer incidence in five continents. Lyon, I. A.R.C., 1976.
2. Marsillar, J.D. Pesquisas y diagnóstico oportunos del cáncer en la América Latina. Acta Oncol Venez 7(1): 235, 1974.
3. Ministerio de Salud Pública. Registro Nacional del Cáncer, La Habana, Grupo de Estadísticas, 1969.
4. Steward; Foote. Tumor of the breast. Atlas of tumor pathology, Section IX, Forcade 34. Washington, Armed Forces, Institute of Pathology, Dec., 1970.
5. Robbins, G.F.; J.W. Berg. Bilateral primary breast cancer. Cancer 17(12): 1501-27, Dec., 1964.
6. Park, G.T. Argument for bilateral mastectomy. Surgery 29(1): 029-31, 1951.
7. Hubbard, T.B.; A. Montgomery. Nonsimultaneous bilateral carcinoma of the breast. Surgery 34(2): 706-23, 1953.

8. Reese, A. Bilateral carcinoma of the breast. *Br J Surg* 40(163): 428-33, March, 1953.
9. Guiss, L.V.J. The problems of bilateral independent mamary carcinoma. *Am J Surg* 88: 171-75, 1954.
10. Farrow, J.H. Bilateral mamary cancer. *Cancer* 9: 1182-88, 1956.
11. Trushnskova, E.U. Bilateral breast carcinoma. *Problemas de Oncología (Ruso)* 7(12): 51-55, 1961.
12. Urban, J.A. Bilaterality of cancer of the breast. *Cancer* 20(11): 1867-70, Nov., 1967.
13. Lewinson, E.F.; S.N. Abdala. Bilateral cancer of breast, "John Hopkins Hospital". *Cancer* 28(5): 1297-301, Nov.. 1971.
14. Beldarrain, L.E. Estudio epidemiológico del cáncer de la mama en Cuba: Análisis de 1 007 casos. La Habana, Instituto de Oncología y Radiobiología, 1972.
15. Chacón, A.C. y colaboradores. Cáncer de la mama. Resultados del tratamiento quirúrgico (1961-1967). *Rev Cub Cir* 12(4,5,6): 367-74, julio-diciembre, 1973.
16. Brodie, E.M.; E. Richard. Histologically different synchronous bilateral carcinoma of the male breast (a case report). *Cancer* 34(4): 1276-77, Oct., 1974.
17. Moss, N.H. Cáncer de mama en el hombre. En: Ariel, I.M. *Progresos en Cancerología Clínica*, Barcelona, Científico-Médica, 1969, cap. No. 30, pág. 531.
18. Leis, H.P. Selective, elective, prophylactic contralateral mastectomy. *Cancer* 28(4): 956-61, Oct., 1971.
19. Pascua, M. Tasas de supervivencia y método de observación continua o progresiva. *Metodología Bioestadística*. Madrid. Editorial Paz Montalvo, pág. 161, 1965.
20. Hutter, R.U.P.; W.F. Franr. Lobular carcinoma in situ. Long term follow up. *Cancer* 24: 1081-1085, 1969.
21. Warner, E.N. Carcinoma of the breast. *Cancer* 23: 840-847, 1969.
22. Lewison, F.E. Lobular carcinoma in situ of the breast. *Surg Ginecol Obstet* 126: 1280- 1286, 1968.
23. Coldman, R.L. Carcinoma of the breast arising in fibroadenoma with emphasis on lobular carcinoma. *Cancer* 23: 544-550, 1969.
24. Urban, A.J. Bilateral breast cancer. *Cancer* 24: 1310-1313, 1969.
25. Wood, A.D.; H.H. Darling. A cancer family manifesting multiple occurrence of bilateral carcinoma of the breast. *Cancer* 3: 509-514, 1943.
26. Kilgore, R.A.; G.A. Bell. Cancer in the second breast. *Am J Surg* 92: 156-161, 1956.
27. Anderson, D.E. Genetic study of the breast cancer. Identification of a high risk group. *Cancer* 34: 1090-1097, 1974.
28. Anderson, A.D. A high-risk group for breast cancer. *Cancer Bull* 25: 23-26, 1973.
29. Qualkein, R.E.; A.G. Edward. Breast carcinoma with multiple sites of origin. *Cancer* 10: 460-468, 1957.
30. Crile, G. Multicentric breast cancer. *Cancer* 35: 475-477, 1975.