

A. Gulias Piñeiro,
C. Sogo Manzano,
B. Acea Nebril,
A. Parajo Calvo,
R. Gayoso García,
L. Taboada Filgueira,
D. Gómez Rodríguez

Cáncer de mama en mujeres menores de 36 años

SUMMARY

We have reviewed the cases of breast neoplasm treated in our department between 1976 and 1990, studying the ones that were diagnosed in women with 35 years of age or less. We have found 22 patients in this situation (4,4% of the total number) and we could study 15. We have investigated, specially, tumoral, localization, tumor TNM classification, anatomo-pathological characteristics, and axillar lymph node affection; and we expose our results for its comparison with another reports about this theme.

Palabras clave

Cáncer de mama, Edad, Mujer joven.

Key words

Breast neoplasms, Age, Young women.

Hospital Juan Canalejo.
Servicio de Cirugía General «A».
Xubias de Arriba, 84.
15004 La Coruña

Correspondencia:
A. Gulias Piñeiro.
Avda. Ernesto Che
Guevara, 8A, 1.º dcha.
Perillo. Oleiros.
15172 La Coruña.

INTRODUCCION

El cáncer de mama se ha erigido, desde hace algún tiempo, en la neoplasia que con mayor frecuencia aparece entre las mujeres de los países desarrollados^{1,2} y en la principal causa de muerte de dichas mujeres entre los 35-50 años de edad¹ (40-44 años según H. P. Leis Jr²).

El riesgo global que tiene una mujer de padecer cáncer de mama a lo largo de su vida es de un 10%,² y si se considera desde el momento de su nacimiento hasta los 110 años de edad, es del 12%.³ A esto hay que añadir el hecho de que en los últimos años se está incrementando el número de casos observados de esta neoplasia, tanto en los países con baja como con alta incidencia de la misma, a expensas de mujeres menores de 50 años de edad (en las décadas de los 20 y 30 años sobre todo).^{2,4,5} Asimismo se ha visto que el pronóstico del cáncer de mama en las pacientes jóvenes era peor que en las viejas,^{6,7} siendo este hecho atribuido a dos causas

fundamentales:⁸ la mayor afectación de los ganglios axilares en las pacientes jóvenes y la mayor velocidad de crecimiento tumoral en las enfermas de menor edad.

Otro aspecto de esta enfermedad, que está suscitando un especial interés en todo el mundo, reside en la existencia de casos de historia familiar de cáncer de mama, el cual se presenta en mujeres más jóvenes.^{2,9}

Por otra parte, la neoplasia que se presenta en mujeres jóvenes plantea problemas específicos de estas pacientes, tales como la posibilidad de la coincidencia de la neoplasia con un embarazo, circunstancia en la cual el pronóstico de la enfermedad es peor al desarrollarse en un ambiente hormonal desfavorable.⁴ Esto se complica aún más al ser de mayor dificultad la detección mamográfica del tumor al estar incrementada la densidad de las mamas durante la gravidez y la lactancia.¹⁰ Aunque la coincidencia de embarazo y neoplasia mamaria pudiera parecer excepcional, hemos de tener en cuenta que representa

el 26% de los cánceres de mama en mujeres menores de 35 años de edad y que éstos son, a su vez, el 2% del total de cánceres de mama.¹⁰

Una particularidad de la neoplasia mamaria de especial importancia terapéutica radica en la presencia o ausencia de receptores estrogénicos en el tejido tumoral. Debemos recordar que éstos suelen ser negativos en mujeres jóvenes con neoplasia de mama,⁸ lo cual se acompaña de un peor pronóstico, puesto que la ausencia de dichos receptores suele asociarse con tumores más agresivos y poco diferenciados.^{2, 8} Se ha observado que la presencia de receptores estrogénicos (más frecuentes en mujeres posmenopáusicas) aumentan el intervalo de tiempo libre de enfermedad tras el tratamiento, así como la supervivencia y la respuesta a la hormonoterapia.¹¹

En este trabajo se estudian 15 cánceres de mama en mujeres de 35 años de edad o menos, vistas en nuestro departamento, exponiendo los resultados clínicos, anatomopatológicos y terapéuticos para su comparación con los obtenidos en otros centros.

MATERIAL Y METODOS

Se recogieron las neoplasias mamarias vistas en nuestro departamento entre los años 1976 y 1990 y del total de éstas se extrajeron los datos correspondientes a los cánceres de mama en mujeres que tenían 35 años o menos en el momento del diagnóstico, prestando especial atención a la localización tumoral, clasificación del mismo con arreglo al sistema TNM, características anatomopatológicas del tumor y afectación ganglionar axilar, así como al tratamiento realizado.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 500 cánceres de mama diagnosticados y tratados en nuestro departamento entre 1976 y 1990; de éstas, se presentaron 22 casos en mujeres con una edad igual o inferior a 35 años cuando se les diagnosticó su proceso maligno (4,4% del total), de las cuales sólo se pudieron estudiar 15, con edades comprendidas entre los 25 y los 35 años, siendo la media de las edades de 31,6 años. Se localizaron 7 en la mama derecha (46,6%) y 8 en la izquierda (53,3%). En cuanto a la localización

tumoral por cuadrantes mamarios se vio que en cuadrantes superoexternos se localizaron 8 casos (53,3%), en cuadrantes superointernos 2 (13,3%), un caso en cuadrantes inferoexternos (6,6%), un caso fue de localización retroareolar (6,6%) y en 3 casos el tumor se extendió a lo largo de 2 cuadrantes a la vez.

Atendiendo a la clasificación TNM, observamos que no se diagnosticó ningún tumor en estadios 0 y IIIA, en estadio I se diagnosticaron 5 casos (33,3%), en estadio IIA hubo 2 casos (13,3%), 4 en el IIB (26,6%), 2 (13,3%) en el IIIB y un solo caso en el IV (6,6%).

En cuanto a la histología nos encontramos con que todos fueron carcinomas, exceptuando un caso diagnosticado de angiosarcoma (6,6%) que se presentó en la mama izquierda y que, al cabo de un año, recidivó en la derecha. De los 14 carcinomas diagnosticados, 10 (66,6%) fueron del tipo ductal infiltrante, 3 (20%) fueron lobulillares infiltrantes y uno (6,6%) fue mixto (ductal infiltrante y lobulillar infiltrante). En 3 casos el carcinoma ductal infiltrante coincidió con mastopatía fibroquística.

Se realizó estudio histológico de axila en 14 de las 15 pacientes. El número de ganglios investigados por axila osciló entre 6 y 28, con una media de 14,2. La axila se encontró afectada en 7 casos (50%), siendo la media de ganglios afectados de 6,7. Con 1 a 3 ganglios invadidos hubo 2 pacientes (14,28% del total), con más de 3 ganglios infiltrados hubo 5 casos (35,71% del total), sólo en un caso todos los ganglios investigados fueron positivos (13 ganglios afectados de 13 estudiados).

Con respecto al tratamiento debemos destacar que todas las pacientes fueron sometidas a procedimientos quirúrgicos, de los cuales el más frecuentemente realizado fue la cuadrantectomía con vaciamiento axilar, que se practicó en 5 pacientes (33,3%), las siguientes en frecuencia fueron las operaciones de Madden y Patey (realizadas en 3 casos cada una de ellas —20%—) y, por último, la tumorectomía con vaciamiento axilar y la técnica de Halsted (en 2 enfermas cada una de ellas —13,3%—).

Todas las cuadrantectomías y tumorectomías se acompañaron de radioterapia postoperatoria, exceptuando una tumorectomía en la que el tratamiento complementario fue ooforectomía. Las técnicas de Madden se complementaron con quimioterapia (en 2 casos) y con radioterapia en un caso. Las operaciones de Patey lo fueron con ooforectomía (en un ca-

so), quimioterapia (en otro caso) y quimioterapia intraarterial (que se realizó en el angiosarcoma). Las técnicas de Halsted se complementaron con radioterapia en ambos casos y, además, con ooforectomía en una de las pacientes y quimioterapia en la otra. Resultando, por lo tanto, que la ooforectomía se realizó en 3 casos (20%), quimioterapia en 5 casos (33,3%) y radioterapia en 9 casos (60%).

DISCUSION

Aunque el número de casos que se estudian es pequeño, ello no es óbice para que del mismo no se puedan extraer ciertas conclusiones que pasamos a analizar.

En primer lugar observamos que el porcentaje de cánceres de mama en mujeres de 35 años o menos vistas en nuestro departamento (4,4%) es similar al que se presenta en diversos artículos.

Como es sabido, existen un gran número de factores pronósticos reconocidos para el cáncer de mama, entre los que cabe destacar el tamaño tumoral, el contorno del tumor (regular o irregular), la presencia o ausencia de adenopatías axilares, la localización de la neoplasia, el tipo y grado histológico, el grado nuclear de diferenciación, la presencia o ausencia de necrosis tumoral y la edad,² siendo este último objeto de controversia, puesto que existen trabajos tanto señalando un peor pronóstico para las pacientes con cáncer de mama a edades tempranas^{2, 5, 6} como afirmando que éstas tienen un mejor pronóstico.¹¹ En un estudio realizado en nuestro servicio no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la supervivencia a corto plazo entre mujeres jóvenes y ancianas aquejadas de neoplasia mamaria.¹²

En nuestro estudio se observa la tendencia, observada en otros estudios y en concreto en el de A. Herruzo,¹³ a localizarse la patología mamaria maligna fundamentalmente en los cuadrantes mamaros externos (preferentemente en el superoexterno).

Si nos atenemos al estadio TNM, nos encontramos con una predominancia de los estadios I y II (33,3 y 40%, respectivamente), cifras que son similares a las presentadas en el estudio de A. Herruzo¹³ y que contrastan con las que obtuvimos en una revisión de las neoplasias de mama en mujeres de 45 años en adelante realizada en nuestro servicio.¹⁴

Para concluir diremos que, aunque las técnicas de tratamiento expuestas son muy variadas, la tendencia actual en nuestro servicio es a realizar cirugía conservadora (tumorectomía o cuadrantectomía complementada con vaciamiento axilar), siempre que ello sea posible, seguidas de radioterapia local como método de prevención de recidivas regionales.

RESUMEN

Hemos revisado los casos de cáncer de mama tratados en nuestro Departamento entre 1976 y 1990, estudiando aquellos que fueron diagnosticados en mujeres con 35 años de edad o menos. Hemos encontrado 22 pacientes en esta situación (4,4% del total) y pudimos estudiar 15. Hemos investigado especialmente la localización tumoral, la clasificación TNM del tumor, las características anatomopatológicas y la afectación linfática axilar; exponemos nuestros resultados para su comparación con otros artículos.

REFERENCIAS

1. Pérez Manga G. Epidemiología-etilogía. En: Pérez Manga G. Cáncer de mama. Editorial MCR. Barcelona, 1989; 1-20.
2. Leis HP Jr. Prognostic parameters for breast carcinoma. En: Bland KI, Copeland EM III. The breast. Comprehensive management of benign and malignant diseases. Editorial WB Saunders Company. Philadelphia, 1991; 331-350.
3. Henderson IC, Harris JR et al. Cancer, principles and practice of oncology. En: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA. Cancer of the breast. Editorial JB Lippincott Company. Philadelphia, 1989; 1197-1268.
4. Leis HP Jr. Epidemiology in breast cancer. En: Stronbeck JO, Rosato FE. Surgery of the breast, diagnosis and treatment of breast diseases. Editorial Georg Thieme Verlag. Stuttgart, 1986; 100-109.
5. Ranstan J, Janzon L, Olson H. Rising incidence of breast cancer among young women in Sweden. Br J Cancer enero de 1990; 61 (1): 120-122.
6. Host H, Lund E. Age as a prognostic factor in breast cancer. Cancer 1986; 57: 2217-2221.
7. Adami HO, Malke B, Meirik O, Persson I, Bergkvist L, Stone B. Age as a prognostic factor in breast cancer. Cancer 1985; 56: 898-902.
8. Pérez Manga G. Factores pronósticos. En: Pérez Manga G. Cáncer de mama. Editorial MCR. Barcelona, 1989; 97-123.
9. Spratt JS, Donegan WL, Greenberg RA. Epidemiology and etiology. En: Donegan WL, Spratt JS. Cancer of the breast. Editorial WB Saunders Company. Philadelphia, 1988; 46-73.
10. Shaw de Paredes E, Marsteller LP, Eden BV. Breast cancer in women 35 years of age and younger: mam-

- mographic findings. Radiology octubre de 1990; 177 (1): 117-119.
11. Samaan NA, Buzdar AV et al. Estrogen receptor: a prognostic factor in breast cancer. Cancer 1981; 47: 554-560.
 12. Chapuis L, Hessler C. Le cancer du sein avant 36 ans. Helv Chir Acta abril de 1989; 55 (6): 895-902.
 13. Acea B, Sogo C, Parajó A, Sánchez F, Taboada L, De Juan M. Supervivencia y factores pronósticos en el cáncer de mama. Rev Senología y Patol Mam 1990; 3, 3: 137-144.
 14. Herruzo A, Guerra JM et al. Cáncer de mama en mujeres de menos de 30 años de edad. Rev Senología y Patol Mam 1990; 3, 1: 23-29.
 15. Acrea Nebril B, Sogo Manzano C, Parajó Calvo A, Sánchez González F, Taboada Filgueira L, De Juan Martín M. Cáncer de mama en la mujer de edad: supervivencia y características clínicas. Geriatrika 1991; 7 (1): 5.