

J. de Cózar Duch,
N. Estol Pérez,
F. Sala Xasacante,
J. Roca Closa,
J. Verge Schulte-Eversum

Carcinoma bilateral de mama

SUMMARY

The possibility of that a woman present a bilateral breast cancer synchronous or metachronous is well known and it seems every time more frequent.

We present our experience in the department of Surgery of Hospital General de Vic in the last 12 years, a revision of 238 patients with breast carcinoma, reveals 14 cases with bilateral affection, 5 of them synchronous.

The surgical treatment usually has been a radical mastectomy (Madden) with axilar lymphadenectomy, and less frequently conservative treatment with radiotherapy.

The prognosis in the bilateral affection has been significantly worst than the patients with unilateral carcinoma.

Palabras clave

Cáncer bilateral de mama.

Key words

Bilateral breast cancer.

Hospital General de Vic.

INTRODUCCION

Fue aproximadamente a mediados del presente siglo cuando cobró importancia el concepto de cáncer bilateral de mama o cáncer de la segunda mama.

Desde 1945 con Stewart y Foote¹ han aparecido múltiples estudios en los que se resalta la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz de esta segunda neoplasia para alargar la expectativa de vida de las pacientes.

Entenderemos como cáncer bilateral de mama el que se presenta simultáneamente en ambas mamas, de forma independiente en cada una (forma simultánea o sincrónica) o el que aparece a lo largo del tiempo en la mama restante (sucesivo o metacrónico). La frecuencia de la bilateralidad en esta entidad varía entre las diversas series, oscilando entre un 45 y un 12%,² siendo más frecuente la variedad metacrónica (7%) que la sincrónica.

MATERIAL Y METODOS

En el Hospital General de Vic, entre los años 1978 y 1980, han sido tratados un total de 238 pacientes con neoplasia de mama.

Hemos encontrado 14 enfermas con un segundo cáncer en la mama contralateral, representando un 5,8% del total.

Cinco enfermas presentaron neoplasias sincrónicas (intervalo de aparición del segundo cáncer de menos de 6 meses) y 9 cánceres de mama bilateral metacrónico.

Detallamos la edad media de aparición de las primeras neoplasias, intervalo de aparición de la segunda neoplasia, tamaño, tipo histológico, clasificación TNM, tratamiento quirúrgico en cada caso, tratamiento complementario y evolución de las pacientes (tabla I).

RESULTADOS

La edad media de aparición de la primera neoplasia fue de 56 años, con un rango de 30 a 88 años,

TABLA I
EVOLUCION Y SUPERVIVENCIA EN MESES

Caso n.º	Edad 1.ª neo.	Edad 2.ª neo.	Tamaño en cm	TNM	Histol.	Tto.	Evolución	Supervivencia
1	30	36	3/inf.	T ₂ N ₁ M ₀ T ₂ N ₀ M ₀	CDI LINF	QTT BIOP	ILE: 9 M: OS, GL, P	108 Exitus
2	50	61	4/0,8	T ₃ N _{1B} M ₀ T ₁ N ₁ M ₀	CDIm CDIm	MT QTT	ILE: 120 M:/	120
3	54	66	2/0,9	T ₂ N ₀ M ₀ N ₂ N ₀ M ₀	CDI C. LOBUL	TMT MT	ILE: 7 6 M: RL	180
4	55	60	3/1,2	T ₃ N ₀ M ₀ T ₂ N _{1A} M ₀	CDI CDI	MT MT	ILE: 52 M:/	84
5	60	62	2/1,1	T ₂ N ₀ M ₀ T ₁ N ₀ M ₀	CDI CDI	MT MT	ILE: 79 M:/	108
6	61	67	1,5/1	T ₁ N ₁ M ₀ T ₁ N ₁ M ₀	CDIm CDI	QTT QTT	ILE: 101 M: GL, OS	120 Exitus
7	64	64	4/3	T ₄ N ₁ M ₀ T ₃ N ₁ M ₀	CDI CDI	MTB	ILE: 7 M: GL, OS	48 Exitus
8	69	71	3/2	T ₃ N ₁ M ₀ T ₂ N ₀ M ₀	CDI CDI	MT TMT	ILE: 132 M: RL	168
9	72	72	5,5/3	T ₄ N ₁ M ₀ T ₂ B ₀ M ₀	CDI C. LOBUL	MTB	ILE: 30 M: RL, GL, P	60 Exitus
10	43	73	2/1	T ₂ N ₀ M ₀ T ₁ N ₁ M ₀	CDI CDI	MT MT	ILE: 27 M: PL	420 Exitus
11	73	73	4/3	T ₃ N ₁ M ₀ T ₃ N ₀ M ₀	PAP. INF DUC. INF	MTB	ILE: 43 M: CUT	72
12	69	79	4/3,5	T ₄ N ₁ M ₀ T ₄ N ₀ M ₀	CDI CDI	MT MT	ILE: 5 M: OS, PL	120 Exitus
13	88	88	2/0,3	T ₃ N ₁ M ₀ T ₂ N ₀ M ₀	CDI CDI	BIOP	ILE: 0 POSTCIR	Exitus
14	40	40	3/1,5	T ₃ N ₁ M ₀ T ₂ N ₀ M ₀	INTRADm LOBULm	MTB	ILE: 98 M:/	48

LINF: Linfangitis. CDI: Carcinoma ductal infiltrante. CDIm: Carcinoma ductal multifocal. C. LOBUL: Carcinoma lobulillar. PAP. INF: Carcinoma papilar infiltrante. DUC. INF: Carcinoma ductal infiltrante. INTRADm: Carcinoma intraductal multifocal. LOBULm: Carcinoma lobulillar multifocal. QTT: Cuadrantectomía. MT: Mastectomía total. TMT: Tumorectomía. BIOP: Biopsia. MTB: Mastectomía total bilateral. ILE: Intervalo libre de enfermedad. M: Metástasis. OS: Oseas. RL: Recidiva local. P: Pulmonares. GL: Ganglionares. PL: Pleurales.

apareciendo el segundo cáncer en una edad media de 62 años.

En las neoplasias sincrónicas la edad media de aparición del tumor fue de 62 años.

El intervalo medio de aparición del segundo cáncer fue de 6 años.

El tamaño medio del primer tumor fue de 2,6 cm, mientras que el del segundo, de 1,5 cm. En las neoplasias sincrónicas el tamaño medio fue de 3,5 cm.

El tipo histológico más frecuente hallado ha sido el carcinoma ductal infiltrante, seguido del carcinoma lobulillar (tabla II).

En cuanto al estadiaje hemos encontrado estadios

avanzados en la primera neoplasia (II-III), mientras que en la segunda se han detectado estadios más precoces (I-II).

A la hora de decidir el tratamiento se ha considerado por separado el estadio clínico de cada tumor. En los 5 casos de cáncer bilateral sincrónico se efectuó una mastectomía radical modificada bilateral en un sólo tiempo, asociando en todos ellos tratamiento adyuvante, con radio y quimio u hormonoterapia.

En los 9 casos de neoplasia anacrónica, el tratamiento aplicado fue una cuadrantectomía seguida de radioterapia en 4 casos de las primeras neoplasias y en 2 casos de las segundas neoplasias. En los casos

TABLA II

Caso n.º	Tipo histológico	
	1.ª neoplasia	2.ª neoplasia
1	CDI	Linfang. carc.
2	CDI multif.	CDI multif.
3	CDI	C. lobulill.
4	CDI	CDI
5	CDI	CDI
6	CDI multif.	CDI
7 sincrónico	CDI	CDI
8	CDI	CDI
9 sincrónico	CDI	C. lobulill.
10	CDI	CDI
11 sincrónico	Papilar infiltr.	CDI
12	CDI	CDI
13 sincrónico	CDI	CDI
14 sincrónico	Intrad. multif.	C. lobulill.

restantes se aplicó una mastectomía radical clásica. En función del estadiaje definitivo, edad y receptores hormonales se añadió radio o quimioterapia.

Siete de las 14 pacientes se encuentran libres de enfermedad tras un intervalo medio de 42 meses.⁶

Dos de las pacientes han presentado una recidiva local a los 23 y 48 meses tras la última intervención. Cinco pacientes presentaron metástasis a distancia, destacando una paciente cuya metástasis apareció a las pocas semanas de la intervención. Tanto las pacientes con recidiva local como aquellas que presentaron metástasis han fallecido a pesar del tratamiento administrado.

DISCUSION

Según Haagensen,³ el principal factor de riesgo para desarrollar una segunda neoplasia en la mama contralateral es, al parecer, el cáncer de la primera mama. La predisposición a una segunda neoplasia oscila entre 1,7 y 4,8 veces la incidencia en pacientes que nunca han tenido la enfermedad.

Otro factor de riesgo es padecer el cáncer primario en edades tempranas de la vida. Autores como Hubbard, Slack, Prior y Waterhouse⁴ demuestran que cuanto más joven es la paciente en el momento del carcinoma inicial, mayor es la predisposición. Según los estudios de Birmingham las pacientes menores de 45 años tienen un mayor riesgo a adquirir un nuevo carcinoma primario en la mama contralateral si se

comparan con sus equivalentes de la población general.

En cuanto a la histología se ha encontrado una correlación entre focos de multicentricidad de la primera neoplasia y la posibilidad de aparición de una segunda. Igualmente resulta significativa la variedad histológica de tipo lobulillar y la posibilidad de aparición de una segunda tumoración.⁵

Persiste la controversia en cuanto a que la segunda neoplasia, sea realmente otra neoplasia o la posibilidad de que se trate de una metástasis de la primera. Haagensen³ considera fundamental la ausencia de invasión de los linfáticos de la piel en la línea media e interpreta como simultáneos a los tumores con intervalo libre menor de 6 meses. Robbins y Berg^{6,7} sobre una serie de 94 cánceres bilaterales exponen que para considerar un segundo tumor como primario, éste ha de ser de tipo histológico diferente al primero, estar localizado en el espesor de la mama y no en su entorno y presentar áreas de carcinoma «in situ» en la segunda mama. Para Leis⁸ es importante un mayor grado de diferenciación celular en el segundo tumor.

La mayoría de autores coinciden en que una vez diagnosticada una neoplasia de mama no es necesario realizar biopsias en la mama contralateral para descartar un cáncer sincrónico.⁸ Estas biopsias sólo son aconsejables cuando existan zonas sospechosas especialmente del cuadrante superoexterno o del lugar de imagen en espejo en pacientes que tengan los factores de riesgo antes citados.⁹

Generalmente se considera que el tratamiento a aplicar seguirá los mismos principios que en el cáncer unilateral, considerando independiente el estadio clínico de cada tumor en cada mama.^{8,9,10}

No está contraindicada la cirugía conservadora asociada a terapia coadyuvante (radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia).

En el caso de neoplasias sincrónicas, existe una tendencia progresiva a aplicar el tratamiento en un solo tiempo, incluso cuando se practica una mastectomía radical bilateral. Esta opción estuvo cuestionada durante muchos años, pero en la actualidad es la solución más habitual.

Algunos autores aconsejan una mastectomía profiláctica de la segunda mama en situaciones en que concurren factores de riesgo, pacientes con lesiones de la segunda mama de características de naturaleza dudosa (hiperplasia epitelial atípica), múltiples

biopsias previas o cancerofobia extrema.^{2,8} Otros en cambio, con el fin de evitar el impacto emocional de la mastectomía, aconsejan la práctica de una mastectomía contralateral profiláctica subcutánea.^{10,11}

De todas formas la tendencia actual es la del estudio > en el caso de las mencionadas situaciones, evitando en lo posible la cirugía profiláctica.

Leis⁸ considera que si el cáncer unilateral implica mal pronóstico, en el caso de bilateralidad disminuye de forma considerable la expectativa de vida. Para Robbins y Berg^{6,7} la aparición de una segunda neoplasia reduce a la mitad la esperanza de vida de la enferma. Dicho resultado coincide exactamente con nuestra experiencia.

De todas formas, trabajos recientes⁹ demuestran que en estadios precoces la supervivencia es similar, mientras que cuando están afectadas las cadenas ganglionares, la expectativa de vida se reduce a la mitad.

RESUMEN

La posibilidad de que una mujer presente un carcinoma mamario bilateral sincrónico o anacrónico es un hecho conocido y al parecer cada vez más frecuente.

Revisamos nuestra experiencia recogida en el Servicio de Cirugía en los últimos 12 años, en los que de 238 pacientes afectas de un cáncer de mama, 14 presentaron una afectación bilateral, 5 de las cuales lo hicieron de forma sincrónica.

El tratamiento quirúrgico aplicado ha sido generalmente una mastectomía radical modificada con vaciamiento ganglionar axilar y en menor proporción una cirugía conservadora seguida de radioterapia.

El pronóstico de las pacientes con afectación bilateral ha sido significativamente peor que las pacientes con afectación de un solo lado.

REFERENCIAS

1. Foote FW, Stewart FW. Comparative study of cancerous and noncancerous breast. *Ann Surg* 1945; 121: 197.
2. Borrego Alzaga F, Pérez García M, Pérez García A. Cáncer bilateral de mama. *Cirugía Española* 1986; XL (6): 1368-1373.
3. Haagensen CD. *Diseases of the breast*. Second edit, Philadelphia, London, Toronto. WB Saunders, 1971; 380-465.
4. Hubbard TB. Nonsimultaneous bilateral carcinoma of the breast. *Surgery* 1953; 34: 706.
5. Lesser ML, Rosen PP, Kine DW. Multicentricity and bilaterality in invasive breast carcinoma. *Surgery* 1982; 91 (2): 234-240.
6. Robbins GF, Berg SW. Bilateral primary breast cancers: A prospective clinicopathological study. *Cancer* 1974; 17: 1501.
7. Donegan WL, Sprat JS. Cáncer en la segunda mama. En: *Cáncer de mama*. Donegan WL, ed. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana, 1982; 332-344.
8. García Villanueva A, Cabañas Navarro L, Porrero Carro V, Die Goyanes A. Cáncer bilateral de mama. Nuestro criterio sobre su detección y tratamiento. *Cir Esp* 1983; 37 (1): 20-25.
9. Pressman, PI. Bilateral breast cancer: The contralateral breast biopsy. *Breast* 1979; 5 (3): 29-33.
10. De Wilde R, Hesseling M et al. Psychosocial aspects of bilateral subcutaneous reduction mastectomy in breast cancer. *Zentralb Gynakol* 1989; 111 (9): 604-608.
11. Acea B, Sogo C, Parajo A, Taboada L, Sánchez F, De Juan M. Cáncer bilateral de mama: Estudio de 9 casos. *Rev Senología y Patol Mam* 1991; 4 (2): 107-112.