

Carcinoma en mujer joven. A propósito de un caso de carcinoma ductal infiltrante en mujer de 28 años

C. Carbonell Martínez,
F. Tomás Bosch,
R. Carbonell Vayá,
J. A. Martín Jurado,
E. Fuster Diana

SUMMARY

The breast cancer increases with the age. The disease, in women under 25 years of age, is quite infrequent, and the incidence has increased the last years.

The difficulty for the mammography detection for these young women becomes problematic because the increased breast density, characteristic of the age, which doesn't allow to discard safely the existence of nodule, requiring a complementary biopsy.

The prognostic is a controversial point for these young women too. The treatment is conservative surgery if possible.

Hospital General Universitario
de Valencia.

Correspondencia:
Carmen Carbonell Martínez.
San Vicente, 161, pta. 16.
46007 Valencia.

Palabras clave

Cáncer de mama, Mujer joven menor de 30 años, Incidencia, Mamografía.

Key words

Breast neoplasm, Young woman under 30, Incidence, Mammography.

INTRODUCCION

Los tumores mamarios en mujeres menores de 25 años suelen ser benignos, por lo general fibroadenomas. Su frecuencia es del 72,16% de la patología mamaria benigna.¹

La incidencia del cáncer de mama aumenta con la edad. Según diversos autores, antes de los 25 años la enfermedad es muy infrecuente; entre los 20-24 años está comprendida entre 0 y 1,3 casos en 100.000 mujeres.² El carcinoma mamario se torna un poco más frecuente entre los 25-30 años, oscilando entre 0,3 y 2,7%, según diferentes estudios.³ La incidencia del cáncer de mama para este grupo ha aumentado según diferentes autores en los últimos años.^{4,5}

El cáncer de mama constituye todavía la primera

causa de muerte por cáncer en la mujer, siendo su incidencia de un 12,9% de todas las muertes producidas por tumores malignos.

El presente trabajo expone un caso de patología mamaria, que tiene interés por darse en una paciente de 28 años con carcinoma ductal infiltrante y por su tratamiento conservador con mastectomía subcutánea radical y cirugía plástica en la misma intervención.

CASO CLINICO

Paciente de 28 años que consulta por tumoración en mama derecha desde hace 4-5 meses descubierto por la enferma. Desde hace 1 año notó un dolor puntitivo en mama derecha sin más sintomatología.



Fig. 1.

Trae mamografías realizadas 2 meses antes en las que se observa una zona de microcalcificaciones amplias muy sospechosas (figs. 1 y 2).

Entre sus antecedentes ginecológicos destaca menarquía a los 15 años, con menstruaciones normales, habiendo utilizado anticonceptivos orales durante 2 años. Tiene un hijo vivo nacido de parto eutócico a los 25 años y lactancia artificial inhibida con parlo-del.

Entre los antecedentes familiares destaca una prima hermana paterna afectada de cáncer de mama. En la exploración clínica, mamas simétricas, tumoración de 4-5 cm localizado en mama derecha LICS, dura, bien delimitada, regular y fijo a glándula, doloroso, sin retracción de pezón ni alteración de piel, con 1 adenopatía de 1,5 cm de diámetro, móvil y consistencia dura. La mamografía confirmó la existencia del nódulo localizado en LICS (fig. 3).



Fig. 2.

Se realiza punción-aspiración que muestra un fondo hemático y abundantes placas epiteliales, en ocasiones tridimensionales, con marcada tendencia a la disociación celular y marcado polimorfismo celular.

Los frotis correspondientes a adenopatía axilar muestran igualmente fondo hemático y se encuentran constituidas por placas epiteliales de celularidad atípica (figs. 4 y 5).

En el diagnóstico citológico clase 4, carcinoma en ambas muestras.

Por todo ello se decidió el ingreso de la paciente, realizándose una mastectomía subcutánea radical. Se realizó incisión lanceolar sobre la tumoración de 3x8 cm que se prolonga hacia axila. Mastectomía subcutánea radical con extirpación de los 3 niveles de Berg y Rotter. Toma de muestra para receptores hormonales. En el momento de la intervención se practicó cirugía plástica con implantación de prótesis,

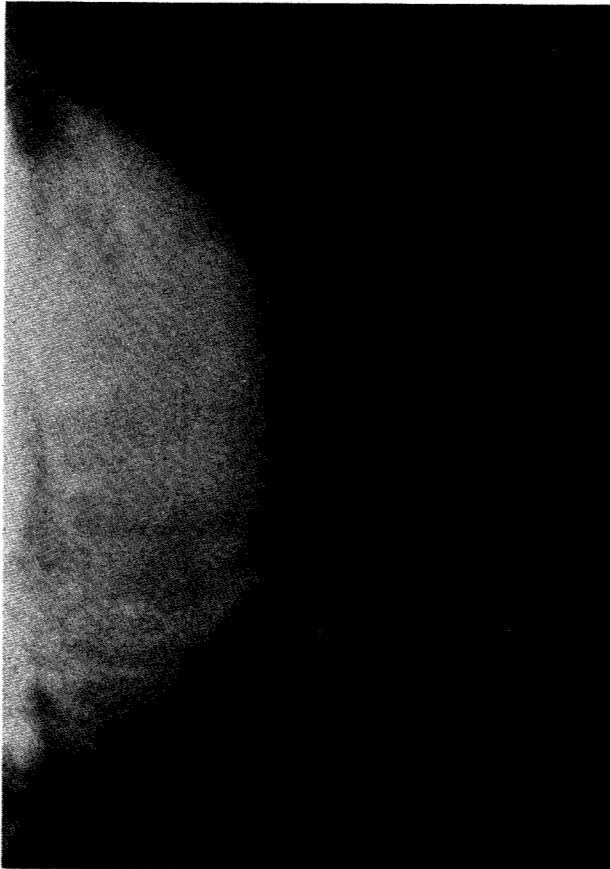


Fig. 3.

con apertura de un bolsillo subpectoral, introduciéndose prótesis texturada, inyectándose 275 cc de suero fisiológico. Reconstruyéndose pezón con ceto-plastia doble y bolsa de tabaco.

Resumen. Mastectomía subcutánea radical con implantación simultánea de prótesis.

El informe anatomopatológico definitivo confirmó el diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante con metástasis. Descripción macroscópica: mama de $14 \times 9 \times 6$ cm recubierta por zona de piel de forma romboidal de 7×2 cm macroscópicamente no infiltrada. Tumora-ción de 6×3 cm no encapsulada, cuyo límite superior está a 0,5 cm de la superficie externa. El estudio en profundidad muestra que está bien delimitado, no infil-trando músculo. El resto de la mama no es fibromatoso.

Descripción microscópica. Proliferación tumoral ma-ligna que conserva su imagen intracanalicular com-puesta por células grandes polimorfas que recuerdan

las apocrinas y que en algún punto infiltran estroma vecino, teniendo sobre todo gran tendencia a la pene-tración de los vasos linfáticos tumorales (figs. 6 y 7).

El estudio de los bordes de la pieza están libres.

Características histológicas. Infiltración dermis, só-lo se encuentra un vaso linfático dérmico permeabili-zado. Infiltración linfática, sí. Bordes tumorales cir-cunscritos.

Los 11 ganglios linfáticos aislados, sólo 2 afectados y con ruptura capsular en el nivel 1 de Berg, con reac-ción estroma ganglionar.

Se contacta con el Servicio de Oncología para com-pletar estudio de extensión (normal) y tratamiento.

Tratamiento PQT adyuvante. CMF $\times 6$ en 4 meses. Rastreo óseo, negativo. PT 3. PN 1. PM \times .

Determinación de receptores de estrógenos y pro-gesterona:

Método empleado, enzimoimmunoanálisis.

Rango de normalidad: 0-3 fmol/mg proteína, nega-tivo; 3-10 fmol/mg proteína, límite de positividad; 10 o más fmol/mg proteína, positivo.

Resultados: R de estrógeno, 4,1 fmol/mg; R de progesterona, 5,5 fmol/mg.

DISCUSION

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.⁶ En este caso concreto la enferma quiere otro embarazo y está preocupada por su porvenir y por el tiempo que debe esperar para un nuevo embarazo.

Se ha visto que el pronóstico del cáncer de mama en las pacientes jóvenes era peor que en las viejas,^{7,8} siendo este hecho atribuido a 2 causas funda-mentales:⁹ la mayor afectación de los ganglios axilares en las pacientes jóvenes y la mayor velocidad de cre-cimiento tumoral en las enfermas de menor edad.

Otro aspecto de esta enfermedad, que está susci-tando interés en todo el mundo, reside en la existen-cia de casos de historia familiar de cáncer de mama, el cual se presenta en mujeres más jóvenes.^{6,10}

Mayor dificultad de detección mamográfica del tu-mor al estar incrementada la densidad de las mamas debido a la gran cantidad de tejido glandular, propio



Fig. 4.

de su edad. Es difícil descartar la existencia de nódulos^{11, 12} y por su coincidencia durante la gravidez y la lactancia.¹³

Según algunos autores la mamografía es suficiente para la detección del cáncer de mama en mujeres jóvenes, pero se han hecho pocos estudios.¹⁴ Según otros autores es insuficiente, por lo que precisa, además de la mamografía, biopsia y control clínico,¹⁵ de los casos de alto riesgo.

La mamografía puede ser valorable en el *screening* de mujeres jóvenes con alto riesgo de cáncer de mama o para confirmar o sugerir biopsia de una lesión sospechosa.¹⁶

Otra particularidad de la neoplasia mamaria de especial importancia terapéutica radica en la presencia



Fig. 6.

o ausencia de receptores estrogénicos en el tejido tumoral. Debemos recordar que éstos suelen ser negativos en mujeres jóvenes con neoplasia de mama,¹⁰ lo cual se acompaña de un peor pronóstico, puesto que la ausencia de dichos receptores suele asociarse con tumores más agresivos y poco diferenciados. Se ha observado que la presencia de receptores estrogénicos (más frecuentes en mujeres postmenopáusicas) aumenta el intervalo de tiempo libre de enfermedad tras el tratamiento, así como la supervivencia y la respuesta a la hormonoterapia.

Hemos investigado especialmente la localización tumoral, la clasificación TNM del tumor, las características anatomopatológicas y la afectación linfática axilar; la localización en LICS no coincide con auto-

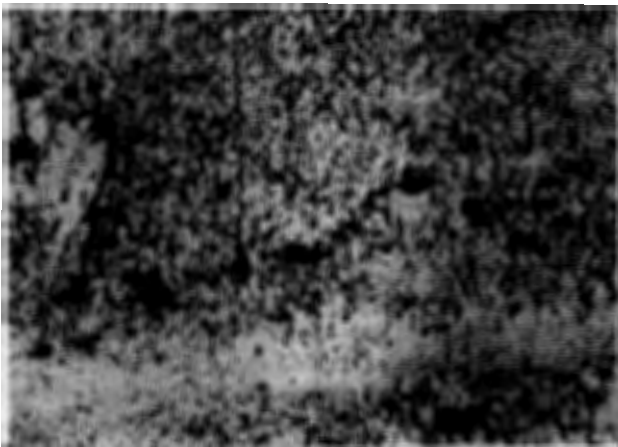


Fig. 5.

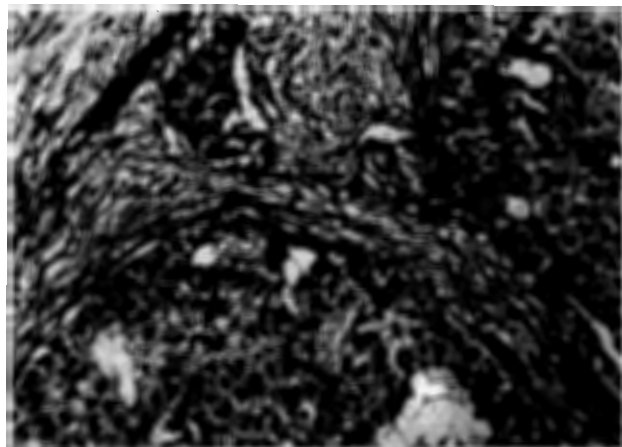


Fig. 7.

res¹² que refieren que se localizan fundamentalmente en CSE.

Existen trabajos tanto señalando un peor pronóstico para las pacientes con cáncer de mama en edades tempranas como afirmando que éstas tienen un mejor pronóstico.

Si nos atenemos al estadio TNM nos encontramos con una predominancia de los estadios 1 y 2 (33,3 y 40%, respectivamente), cifras muy similares a las presentadas en el estudio de Erruzo. Las técnicas de tratamiento a realizar es cirugía conservadora siempre que ello sea posible.

RESUMEN

El cáncer de mama aumenta con la edad. Antes de los 25 años la enfermedad es muy infrecuente y la incidencia ha aumentado en los últimos años.

La dificultad en la detección mamográfica en estas mujeres jóvenes está dificultada por estar incrementada la densidad de la mama propia de su edad, que no permite descartar la existencia de nódulos con seguridad, precisando biopsia complementaria.

El pronóstico es también controvertido en estas jóvenes. El tratamiento a realizar es cirugía conservadora siempre que sea posible.

REFERENCIAS

1. Fernández Cid A, Callol MT, Riba M, López-Marín L. Resultados citológicos en patología mamaria. *Prog Obstet Ginecol* 1978; 2/6: 319-328.
2. Walgren A et al. Carcinoma of the breast in women under 30 years of age. *Cancer* 1977; 40: 916.
3. Norris HJ, Taylor HB. Carcinoma of the breast in women less than 30 years old. *Cancer* 1970; 26: 953.
4. Brenner H, Wiebely H, Ziegler H. Incidence and prognosis of breast cancer in young in relation to changes in the risk factor profile, 1990; 9: 683-688.
5. Ranscam J, Janzon L, Olsoson H. Rising incidence of breast cancer among young woman in Sweden. *Sr J Cancer* 1990; 61 (1): 120-122.
6. Leis HP Jr. Epidemiology in breast cancer. En: Strombeck JO, Rosato FE. *Surgery of the breast, diagnosis and treatment of breast diseases*. Editorial Georg Thieme Berlang. Sturgart, 1986; 100-109.
7. Host H, Lund E. Age as a prognostic factor in breast cancer. *Cancer* 1986; 57: 2217-2221.
8. Adami HO, Malke B, Meirik O, Persson I. Stone B age as a prognostic factor in breast cancer. *Cancer* 1985; 56: 898-902.
9. Pérez Manga G. Factores pronósticos. En: Pérez Manga G. *Cáncer de mama*. Editorial MCR. Barcelona, 1989; 97-123.
10. Spratt JS, Donegan WL, Greenberg RA. Epidemiology and ethiology. En: Donegan WL. *Cancer of the breast*. Editorial WB Saunders Company. Philadelphia, 1988; 46-73.
11. Jellis J, Reeve S, Croll, Kosfoff G. Result of echographic examinations in Sydney, Australia, 1972-1979. *Seminars in Ultrasound* 1992; vol. III, 1: 58-62.
12. Herruzo A. Cáncer de mama en mujeres de menos de 30 años. *Rev de Senología y Patología Mamaria* 1990; 3, 1: 23-29.
13. Harper P, Kelly-Fry E, Noe S. Ultrasound breast imaging: The method of choice for examining the young patient. *Ultrasound in Med Biol* 1981; 7: 231-237.
14. Jeffries DO, Alder DD. Mamographic detection of breast cancer in women under the age of 35. *Invest Radiol* 1990; 25 (1): 67-71.
15. Yelland A, Graham MD. Diagnosing breast carcinoma in young women. *BMJ* 1991; 16: 302 (6777): 618-620.
16. Shaw Paredes E. Breast cancer in woman 35 years of age and younger: Mamographic findings. *Radiology* 1990; 177: 117-1197.