



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CENTRO MEDICO NACIONAL
"20 DE NOVIEMBRE"
I.S.S.S.T.E.

**CANCER DE MAMA BILATERAL: REVISION DE 5 AÑOS EN
EL CENTRO MEDICO NACIONAL
"20 DE NOVIEMBRE". I.S.S.S.T.E.**

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO
EN LA SUBESPECIALIDAD DE:

CIRUGÍA ONCOLÓGICA

PRESENTA:

DR. JOSE MANUEL BALBOA CANO



ISSSTE

México, DF., Enero del 2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE:

Página

1. RESUMEN.....	
2. PROBLEMA.....	
3. HIPOTESIS.....	
4. ANTECEDENTES.....	
5. OBJETIVO.....	
6. JUSTIFICACION.....	
7. MATERIAL Y METODOS.....	
8. DISEÑO METODOLOGICO.....	
9. DISCUSION.....	
10.ANALISIS.....	
11.RESULTADOS.....	
12.CONCLUSIONES.....	
13.BIBLIOGRAFIA.....	

RESUMEN

El cáncer de mama bilateral, o presencia de una neoplasia maligna, primaria e independiente, en cada mama, es una entidad afortunadamente menos frecuente que la unilateral, pero que debido a la mayor supervivencia de las mujeres con cáncer de mama, esa frecuencia va en aumento de ahora en adelante, reportándose en la literatura oscilar entre el 1 al 3%.

Los factores de riesgo documentados son: predisposición genética (10% de los casos) autosómico dominante, edad (perimenopáusicas), ventana estrogénica prolongada (menarca temprana, menopausia tardía), terapia hormonal de reemplazo y uso de anticonceptivos orales por más de 5 años, estilo de vida (alcoholismo, tabaquismo, dieta, obesidad), è incluso factores ambientales, tales como variación geográfica.

La edad promedio al momento del diagnóstico es de 55 a 57 años. El tipo histológico predominante es el carcinoma lobulillar infiltrante, seguido del canalicular infiltrante.

El sistema de etapificación usado en la actualidad es el TNM, y, la etapa clínica al momento del diagnóstico no difiere de los casos de cáncer de mama unilateral.

El diagnóstico se realiza por examen físico, así como estudios de imagen, siendo los más utilizados el ultrasonido de mama, y la mastografía, siendo ésta última el método diagnóstico de la enfermedad en ambas mamas en 35% de los casos.

El tratamiento en general es multimodal a base de cirugía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia, y, depende de la etapa clínica, edad, estado funcional de la paciente entre otras cosas; el tratamiento quirúrgico vá desde una cirugía conservadora (lumpectomía ò cuadrantectomía con disección linfática axilar), hasta la cirugía radical (mastectomía radical modificada).

Las metástasis a distancia son a pulmón, hueso, hígado y SNC, y, las recaídas a tejidos blandos (local), y, posteriormente a distancia.

PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia de cáncer de mama bilateral en un periodo de 5 años en el servicio de cirugía oncológica del Centro Médico Nacional “ 20 de Noviembre “ del I.S.S.S.T.E. ?

ANTECEDENTES

El Cáncer de mama es la neoplasia diagnosticada con mayor frecuencia en las mujeres norteamericanas y la segunda causa más frecuente de muerte por cáncer. En las últimas décadas se ha registrado un aumento bastante estable é importante de la incidencia de la enfermedad.

En México, ocupa actualmente el segundo lugar en las neoplasia malignas ginecológicas, casi a la par del cáncer cervico-uterino.

El riesgo de muerte por cáncer de mama a lo largo de la vida es del 3.16%

Durante muchos años el tratamiento local fue considerado competencia del cirujano. Sin embargo, los cambios experimentados en los conocimientos de la biología de la enfermedad, la detección de tumores más pequeños, el mayor énfasis colocado en el tratamiento sistémico, la mayor participación del paciente en el proceso de toma de decisiones, ha cambiado radicalmente el enfoque del tratamiento local del cáncer de mama durante los últimos 20 años.

En la actualidad, el tratamiento local del cáncer de mama exige un esfuerzo de colaboración entre cirujanos, radiólogos, anatomopatólogos, radio-oncólogos, cirujanos reconstructivos y oncólogos médicos, trabajando todos ellos en colaboración con el paciente.

Desde el tratamiento quirúrgico radical ancestral de Halsted, la tendencia actual es de realizar cirugía conservadora siempre y cuando esté indicada bajo criterios clínico-radiológicos, ofreciendo ello una menor morbilidad y mejor efecto estético con el mismo beneficio.

OBJETIVOS

GENERAL

Conocer la frecuencia de cáncer de mama bilateral en un período de 5 años en el servicio de cirugía oncológica del Centro Médico Nacional “ 20 de Noviembre “ del I.S.S.S.T.E.

ESPECIFICOS

1. Determinar la edad promedio al momento del diagnóstico de cáncer de mama bilateral
2. Determinar la localización del cuadrante mayormente afectado en el cáncer de mama bilateral
3. Determinar el TNM y la etapa clínica al momento del diagnóstico
4. Determinar el tratamiento quirúrgico y complementarios utilizados para el paciente con cáncer de mama bilateral
5. Determinar las complicaciones quirúrgicas presentes en las pacientes objeto de estudio
6. Enumerar la frecuencia de recaídas documentadas, así como el tratamiento de las mismas
7. Determinar la sobrevivencia de las pacientes con cáncer de mama bilateral durante el tiempo de estudio

HIPOTESIS

La frecuencia de cáncer de mama bilateral en un período de 5 años en el servicio de cirugía oncológica del Centro Médico Nacional “ 20 de Noviembre “ del I.S.S.S.T.E. es igual a la reportada en la literatura mundial.

JUSTIFICACION

Se desconoce a la fecha la frecuencia de cáncer de mama bilateral en la población derechohabiente del Centro Médico Nacional “ 20 de Noviembre “ del I.S.S.S.T.E. en México.

MATERIAL Y METODOS

Se incluyeron en el estudio, por medio de la revisión de los expedientes clínicos, a las pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama bilateral (dos primarios), ambos o al menos uno de ellos (el segundo primario) diagnosticado(s) en el Centro Médico Nacional “ 20 de Noviembre “ del I.S.S.S.T.E., en el período comprendido de Enero del 2000 a Diciembre del 2005.

Se tomó una muestra de 27 pacientes con cáncer de mama bilateral, de un total de 1791 pacientes con patología mamaria (benigna y maligna) atendidas en el Centro Médico Nacional “ 20 de Noviembre” del I.S.S.S.T.E. en el período comprendido de Enero del 2000 a Diciembre del 2005, excluyéndose a 77 pacientes con diagnóstico de patología mamaria benigna, así como a 1687 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama unilateral.

DISEÑO

El presente estudio realizado es de tipo retrospectivo y observacional según el tiempo en que ocurre el estudio, y, descriptivo, según el análisis de los resultados, utilizando cuadros y gráficas para porcentajes, así como un intervalo de confianza del 95% para las variables numéricas (edad y sobrevida).

DISCUSION

El cáncer de mama bilateral es una patología con una frecuencia de presentación bastante variable, que oscila entre el 0,2 y el 6,5% a los 10 años, considerando como normal nuestra cifra de 1,57% durante el período de estudio.

Se ha documentado en la literatura mundial la mayor frecuencia de cáncer lobulillar como tipo histopatológico predominante en el cáncer de mama bilateral comparado con el canalicular infiltrante, no evaluado en éste estudio debido a la falta de información al respecto en los expedientes clínicos, así como tampoco los factores de riesgo no obstante documentados en literatura mundial.

En México según el registro histopatológico de neoplasias malignas publicado en el año 2000, el cáncer de mama ocupa el 2do. Lugar en neoplasias malignas ginecológicas, sin embargo no se especifica la frecuencia de cáncer de mama bilateral.

ANALISIS

De un total de 27 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama bilateral, ninguno fue del sexo masculino. La edad promedio al momento del diagnóstico del 2do. primario de mama fue de 56.6 años, con una desviación estándar de 9,72 con un intervalo de confianza de 3,66 al 95%.

La localización del tumor por cuadrantes fue en el caso del primario (entendido como el primer primario de mama) de la siguiente manera: CSE (cuadrante supero externo) 15%, CIE (cuadrante infero-externo) 3.6%, CSI (cuadrante supero-interno) 3.6%, CII (cuadrante infero-interno) 3.8%, y, desconocido en 74%, ésta última cifra debido a falta de información en los expedientes clínicos revisados; y, en el caso del secundario (entendido como el segundo primario de mama) fue de la siguiente manera: CSE 66%, CIE 8%, CSI 4%, CII 4%, y, desconocido de 18%.

El resultado aplicando la clasificación de TNM en el caso del primario fue como sigue: T2 N0 M0: 8%, T3 N1 M0: 15%, NC (No clasificable): 77%; y, en el caso del secundario fue de: Tis N0 M0: 8%, T1 N0 M0: 8%, T1 N1 M0: 3,25%, T2 N0 M0: 30%, T2 N1 M0: 3,25%, T3 N0 M0: 15%, T3 N1 M0: 11%, T3 N2 M0: 3,25%, y, NC: 3,25%.

El resultado por etapa clínica de acuerdo al TNM fue en el caso del primario de: IIA: 8%, IIIA: 8%, IIIB: 8% y, NC: 76%; para el secundario: Tis: 8%, I: 8%, IIA: 32.75%, IIB: 15%, IIIA: 18%, IIIB: 15%, y, NC: 3.25%.

El tratamiento quirúrgico consistió en el caso del primario de: MRM (mastectomía radical modificada): 63%, CC+DRA (cuadrantectomía con disección radical de axila): 21%, Lumpectomía: 8%, No especificado: 8% de los casos, de acuerdo a la etapa clínica; y, en el caso del secundario fue de : MRM: 66%, CC+ DRA: 26%, y Lumpectomía: 8%.

Los tratamientos complementarios estudiados fueron la quimioterapia y la radioterapia, encontrándose que los esquemas de quimioterapia utilizados fueron en el caso del primario: FEC (5-Fluorouracilo, Epirubicina y Ciclofosfamida) 4 ciclos adyuvante: 51.75%, FEC 4 ciclos neoadyuvante y 4 adyuvante: 3.25%, FEC 6 ciclos adyuvante: 8%, CMF (Ciclofosfamida, Metotrexate y 5-Fluorouracilo) 6 ciclos adyuvante: 7.4%, Ninguno: 29.6%; en el caso del secundario: FEC 4 ciclos adyuvante: 73.75%, FEC 4 ciclos neoadyuvante y 4 ciclos adyuvante: 8%, EC 3 ciclos adyuvante: 3.25%, y, Ninguno: 15%. El esquema de radioterapia utilizado fue de ciclo mamario completo 50 Gys en 25 fracciones, siendo recibido por 13 pacientes (48.14%) en el caso del primario, y, 16 (59.25%) en el caso del secundario.

Las complicaciones quirúrgicas en el caso del primario no se encontraron documentadas, y, en el caso del secundario fueron: seroma en 2 pacientes (7.4%), linfedema en 1 paciente (3.7%), y, dehiscencia parcial de la herida quirúrgica en 1 paciente (3.7%).

Las recaídas documentadas fueron: local en 1 paciente (3.7%) manejada con lumpectomía, a hueso en 1 paciente (3.7%), manejada con radioterapia a columna, y, a pulmón en 1 paciente (3.7%), manejada con quimioterapia a base de taxanos.

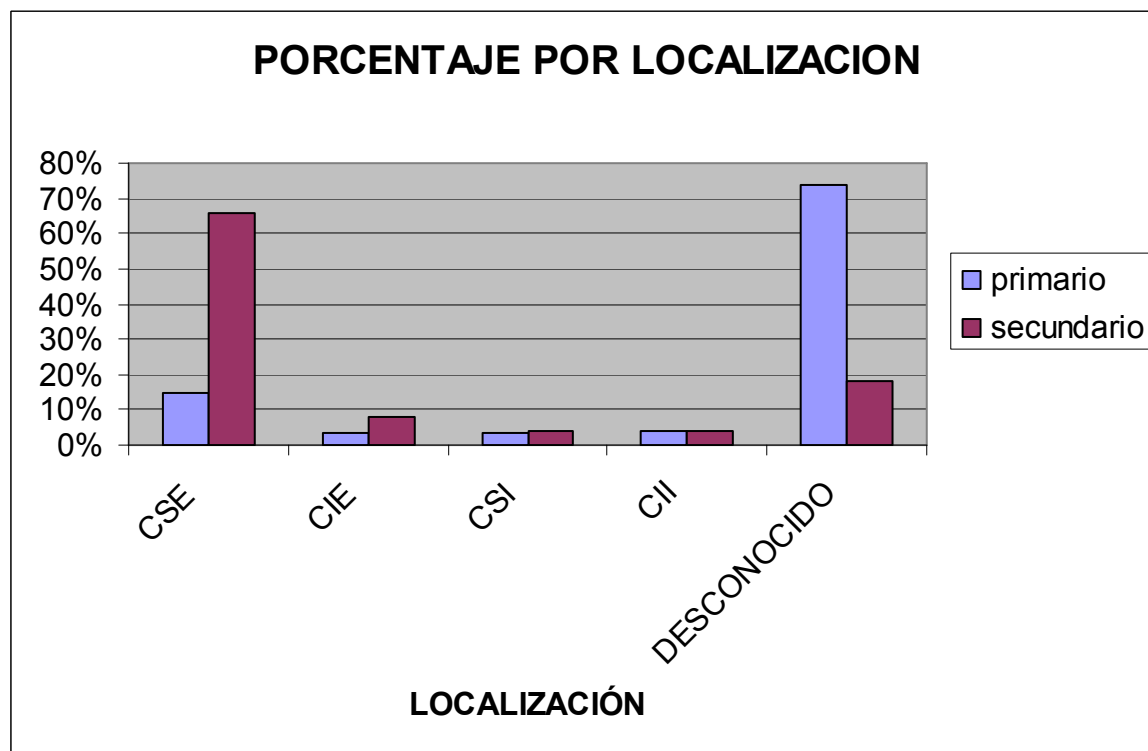
En el caso del primario, se observó asociación a otro primario en 1 paciente (3.7%), localizado en lengua.

La supervivencia promedio durante el tiempo de estudio, fue en el caso del primario de 3 años, con una desviación estándar de 1.54, con un intervalo de confianza de 0,581 al 95%, y, en el caso del secundario: de 2.59 años, con una desviación estándar de 0.85, y, un intervalo de confianza de 0,321 al 95%.

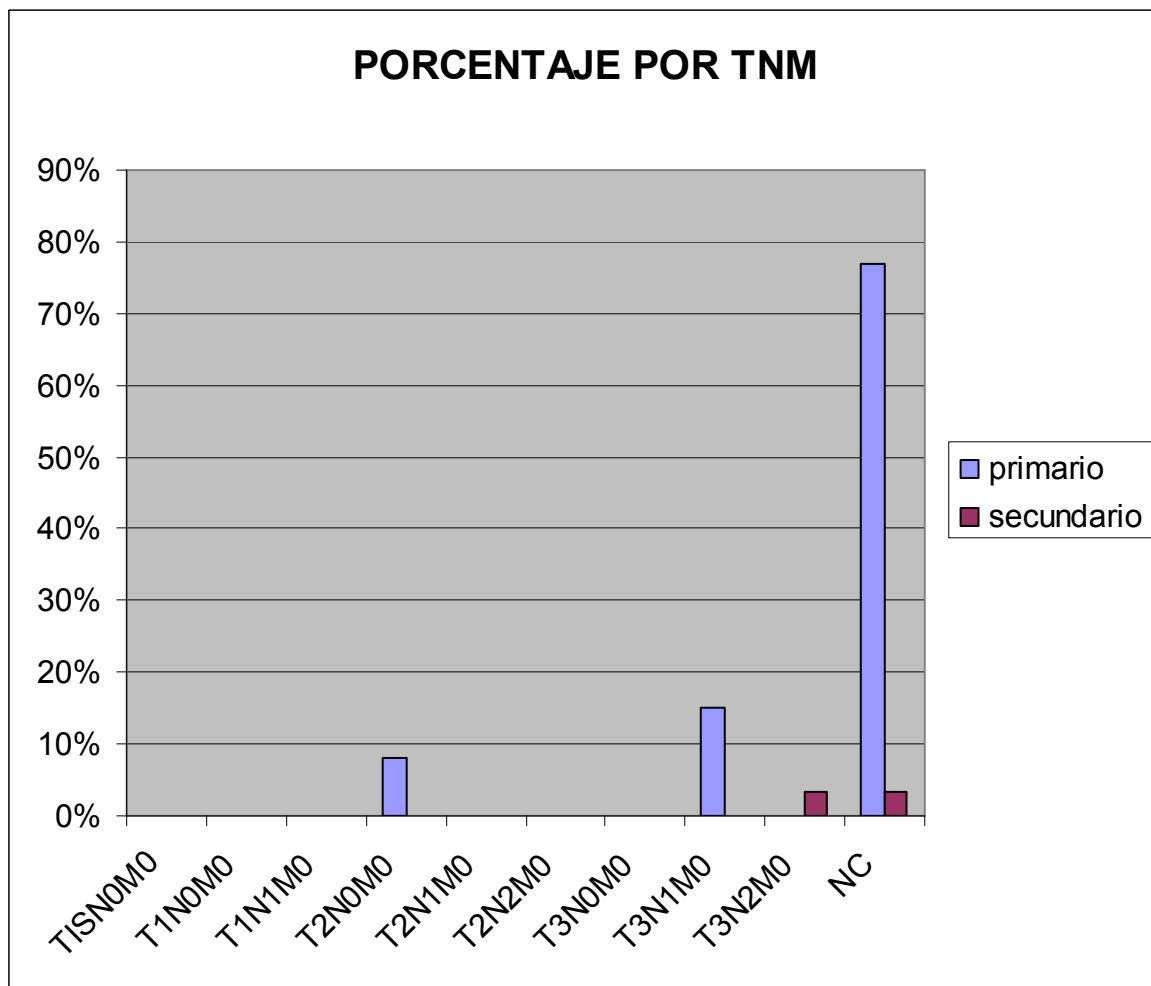
RESULTADOS

	Promedio	DE	IC. 95%
Edad	56,5	9,72	3,66

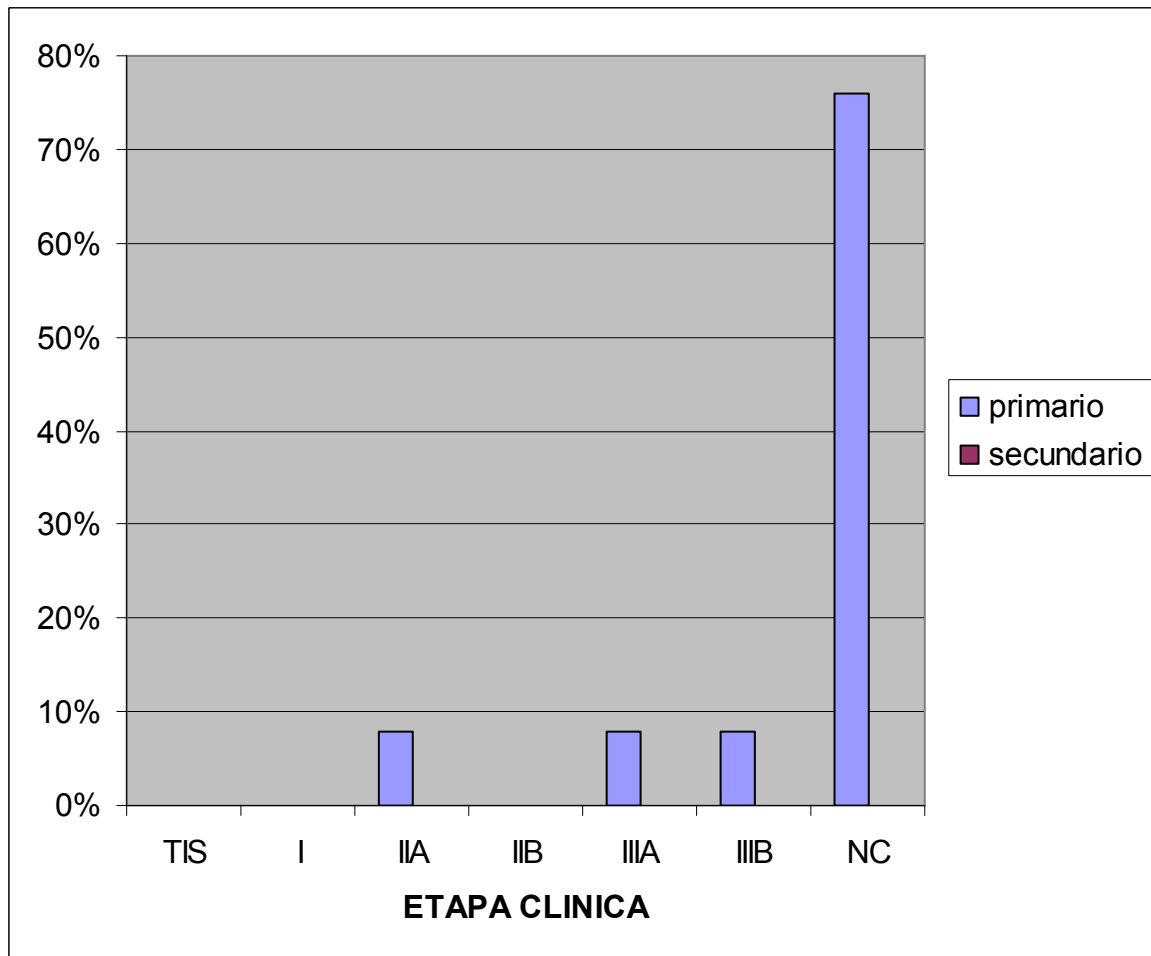
Localización	Primario	Secundario
CSE	15%	66%
CIE	3,60%	8%
CSI	3,60%	4%
CII	3,80%	4%
DESCONOCIDO	74%	18%



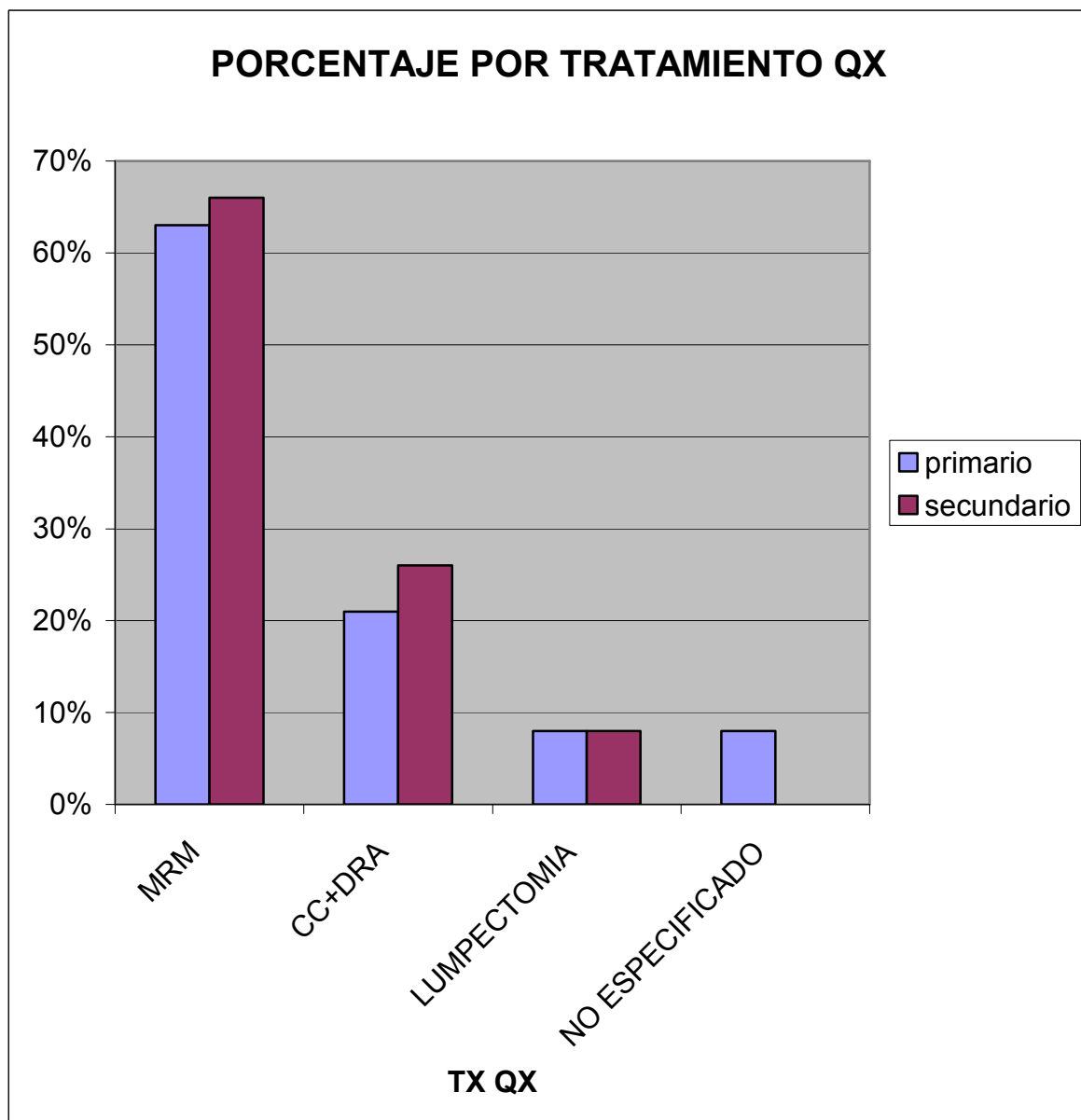
TNM	Primario	Secundario
T1S0M0	0%	8.00%
T1N0M0	0%	8.00%
T1N1M0	0%	3.25%
T2N0M0	8%	30.0%
T2N1M0	0%	15.0%
T2N2M0	0%	3.25%
T3N0M0	0%	15.0%
T3N1M0	15%	11.0%
T3N2M0	0	3,25%
NC	77%	3,25%



Etapa clínica	Primario	Secundario
TIS	0%	8.0%
I	0%	8.0%
IIA	8%	32.75%
IIB	0%	15.0%
IIIA	8%	18.0%
IIIB	8%	15.0%
NC	76%	3.25%



Quirúrgico	Primario	Secundario
MRM	63%	66%
CC+DRA	21%	26%
Lumpectomía	8%	8%
No Especificado	8%	0%



Quimio	Primario	Secundario
FEC 4 Adyuvante	51.75%	73.75%
Ninguno	29.6%	15.0%
FEC 4 Y 4	3.25%	8.0%
FEC 6 Adyuvante	8.0%	0.0%
CMF 6 Adyuvante	7.4%	.0%
EC 3 Adyuvante	0.0%	3.25%

RADIO	PRIMARIO	SECUNDARIO
CMC	13	16

Recaída	Primario	Secundario
Local	1	0
Hueso	1	0
Pulmonar	0	1

Tratamiento	Primario	Secundario
Lumpectomía	1	0
RT a columna	1	0
QT – Taxanos	0	1

Asociación	Primario	Secundario
CA lengua	1	0

Sobrevida	Promedio años	DE	IC, 95%
Primario	3	1,54	0,581
Secundario	2,59	0,85	0,321

CONCLUSIONES

1. La frecuencia de cáncer de mama bilateral en el Centro Médico Nacional “ 20 de Noviembre “ del I.S.S.S.T.E., de Enero del 2000 a Diciembre del 2005 fue de 1.57%.
2. La edad promedio al momento del diagnóstico del segundo primario fue de 56.6 años.
3. La localización tumoral al momento del diagnóstico del segundo primario fue más frecuente en el cuadrante supero-externo en el 66% de los casos, y, desconocida en el 74% de los casos respecto al primer primario, ocupando el cuadrante supero-externo el 2do. lugar.
4. La enfermedad se encontró en el caso del primer primario en etapa clínica no clasificable en el 76% de los casos, ocupando la etapa IIA, IIB Y IIIB el segundo lugar con 8% cada uno, no así en el segundo primario en el que se encontró en etapa clínica IIA en el 32.75% y, no clasificable en el 3.25% de los casos respectivamente.
5. El tratamiento quirúrgico fue con cirugía radical en el 63 y 66% de los casos de primer y segundo primario respectivamente, ocupando la cuadrantectomía con disección radical de axila el 2do. lugar en el 21 y 26% de los casos respectivamente.
6. Los tratamientos estudiados fueron quimioterapia y radioterapia. La primera a base de antraciclinas en ambos casos (primer y segundo primario) ya que es el régimen con mayor eficacia hasta la actualidad, y, en el caso de la Radioterapia utilizándose el ciclo mamario completo en el 48.14 y 59.25% de los casos respecto al primer y segundo primario.
7. Las complicaciones quirúrgicas fueron del orden del 14.8% para los segundos primarios, y, se consideraron menores.
8. Las recaídas se presentaron en 3 pacientes (11.1%), y, fueron a nivel local en 1 paciente (3.7%), y, a distancia en 2 pacientes (7.4%).
9. La sobrevida media observada durante el tiempo del estudio fue de 3 años.

BIBLIOGRAFIA

1. Patrick J. Loehrer, Sr. Robert J. Arceci et al, Year Book of Oncology 2004, Indianapolis, Indiana, pp: 9-12, Mosby, 2004.
2. José Maria deñ Val Gil, Ana Cristina Utrillas y Cols., Cáncer de mama bilateral, Cirugía española 2003; 73 (6): 347- 350.
3. Kaas R, Hart AA, Besnard AP, et al, Impact of mammographic interval on stage and survival alter the diagnosis of contralateral breast cancer. British Journal Surgery 2001; 88:123-7.
4. McPherson, K, Steel, CM, Dixon, JM, et al, Breast cancer – epidemiology, risk factors, and genetics, British Medical Journal, Vol. 321 (7261), 2000, pp:624-28.
5. Palade, R., Vasile, D., Grigoriu, et al, Bilateral breast cancer, The British Journal of Surgery – Supplement, Vol. 84, supplement 2, Jun 97, pp:19.
6. Donovan AJ., Cáncer mamario bilateral, En: Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica, Vol. 5 Editorial Interamericana, S.A. 1999, p. 1151-8.
7. Vincent T. DeVita, JR, Samuel Hellman Et al,: CANCER: principios y práctica de oncología; Vol. 2, 5ta. Edición, Panamericana; pp. 1557-85.