

**Universidad Nacional Autónoma de México
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Gineco Obstetricia No.3 C.M.N. La Raza
“Dr. Victor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez”**

**PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN:
“ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL CÁNCER DE MAMA BILATERAL EN UN
CENTRO HOSPITALARIO DE TERCER NIVEL”**

Registro: R-2011-3504

**Tesis de alumno de especialidad en Ginecología y Obstetricia:
Dra. Erika Nájera Arroyo.³**

Investigador Responsable: Dra. Patricia Alanís López.¹

Investigador adjunto: Dr. Nicolás Ramírez Torres.²

1. Investigadora Adscrita al servicio de Oncología Quirúrgica del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 (HGO 3) de la Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico Nacional La Raza, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

2. Investigador Adscrito al servicio de Oncología Quirúrgica del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 (HGO 3) de la Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico Nacional La Raza, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

3. Médico Residente de cuarto año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia del HGO No. 3, de la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE), Centro Médico Nacional La Raza, del Instituto Mexicano Del Seguro Social (IMSS).

Correspondencia: drapatriciaalanís@yahoo.com.mx y eri_cris@live.com.mx. Tel. 01 55 57245900 ext. 23626.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Gineco Obstetricia No.3 C.M.N. La Raza
“Dr. Victor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez”**

HOJA DE APROBACIÓN

Dr. Juan Carlos Hinojosa Cruz

DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD
MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD. CENTRO MÉDICO NACIONAL “LA RAZA”
“HOSPITAL GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA NO. 3”

Dra. María Guadalupe Veloz Martínez

JEFE DE DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD MÉDICA DE
ALTA ESPECIALIDAD. CENTRO MÉDICO NACIONAL “LA RAZA”
“HOSPITAL GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA NO. 3”

Dra. Rosa María Arce Herrera

JEFA DE LA DIVISION DE EDUCACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD MÉDICA DE
ALTA ESPECIALIDAD. CENTRO MÉDICO NACIONAL “LA RAZA”
“HOSPITAL GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA NO. 3”

Dra. Patricia Alanís López

INVESTIGADOR RESPONSABLE, ADSCRITA AL SERVICIO DE ONCOLOGÍA
QUIRÚRGICA DE LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD. CENTRO
MÉDICO NACIONAL “LA RAZA”
“HOSPITAL GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA NO. 3”

Dedicado a todos aquellos que por su infinito amor, apoyo incondicional, esfuerzo constante, alta estima y dedicación, así como por su gran paciencia y comprensión, hicieron posible la culminación de este logro.....

A Jehová mi Dios

A mi amado regalo, mi esposo Cristian Said

A mi mayor logro y orgullo, mi amada hija Erika Shirel

A mis amados y ejemplares padres Eleuteria y Esteban

A mis queridos suegros Luz María e Ismael

A mis muy queridos hermanos, concuña, cuñados, y mis pequeños sobrinos.

MUCHAS GRACIAS

Porque este también es su logro.

AGRADECIMIENTOS

A Jehová Dios, gracias bondadoso padre celestial, por darme la vida, por cuidarme durante todo el largo camino recorrido hasta el día de hoy, aún cuando yo no sabía que lo hacías, y después por darme la oportunidad de conocerte mucho más, al grado de poder decir lo que Job 42:5 “De oídas he sabido de ti, pero ahora mi propio ojo de veras te ve”, porque verdaderamente has estado conmigo en todo momento, sosteniendo mi mano en los momento de mayor incertidumbre y miedo Isa 41:10,3 “No tengas miedo, porque estoy contigo. No mires por todos lados, porque soy tu Dios. Yo ciertamente te fortificaré. Yo cierta y verdaderamente te ayudaré. Sí, yo verdaderamente te mantendré firmemente asido con mi diestra de justicia”, “Porque yo Jehová, tu Dios, tengo agarrada tu diestra, Aquel que te dice: no tengas miedo. Yo mismo ciertamente te ayudare”. Me has regalado todo lo que tengo, haz llenado mi vida de todo lo que tú, solo tú podrías darme y que sabias que necesitaba, de personas hechas a mi medida, y estoy segura de que me has dado más de lo que podría esperar, imaginar, desear y merecer, Pr 10:22 “La bendición de Jehová eso es lo que enriquece, y él no añade dolor con ella”, por eso puedo decir que soy una persona dichosa, llena de gozo y muy feliz Sl 1:1-3,144:15. Por lo que no tengo palabras para agradecerte tanto lo me haz obsequiado, como de lo que me haz permitido obtener y conservar, pero finalmente tu puedes ver en mi corazón lo agradecida que estoy. Solo espero jamás decepcionarte padre, y te pido perdón por las fallas que tengo y las que tenga. Espero con este logro que me haz permitido obtener, ser la herramienta útil que necesitas, para ayudar a quien lo requiera, y seguir dando gloria a tu nombre, por eso te pido ayuda, porque el camino apenas comienza, y el recorrerlo contigo a mi lado me mantendrá siempre segura Sl 4:8 “En paz ciertamente me acostaré y también dormiré, porque tú, si, tú solo, oh Jehová, me hace morar en seguridad”. Muchas gracias amado padre.

A mi amado esposo Cristian Said, gracias, muchas gracias, por apoyarme, por aceptar sacrificar incluso tu felicidad por mi deseo, por estar conmigo siempre, por nunca reprocharme nada, por soportar y aguantar tantas cosas que implica estar al lado de alguien que realiza una residencia. Gracias por confiar siempre en mi, no es nada fácil estar al lado de una persona que está la tercera parte de su tiempo en casa, y que cuando está ahí esta cansada, con sueño y otras miles de tareas y cosas que hacer, sin embargo tú como el mejor de todos los seres, el mejor de todos los esposos, lo haz soportado, y no solo eso, si no que, además me dabas ánimos, y unos cálidos brazos para reconfortarme. Perdóname por no haber estado todo este tiempo en casa, lejos de ti, espero no haberte decepcionado a lo largo de este tiempo. Al ver el sacrificio tan grande que has aguantado por mí, me hace recordar lo que dice, 1Co13:4-8 “El amor es sufrido y bondadoso. El amor no es celoso, no se vanagloria, no se hincha, no se porta indecentemente, no busca sus propios intereses, no se siente provocado. No lleva cuenta del daño. No se regocija por la injusticia, sino que se regocija con la verdad. Todo las cosas las soporta, todas las cree, todas las espera, todas las aguanta. El amor nunca falla”, y hasta hoy jamás me haz fallado tu, si tú amor mío, haz puesto por obra cada uno de estos versículos, te haz portado a la altura del gran hombre que eres, por eso sé que eres mi regalo,

mi obsequio de parte de Jehová, Snt1:17, eres mi hombre perfecto, mi compañero, mi inspiración Can5:10-16. Muchas gracias mi amado esposo, por tanta alegría, y felicidad, porque ya hemos superado un obstáculo más de los muchos, que aún le faltan a nuestro matrimonio. Pero este largo tiempo está por concluir y la espera que con gran paciencia llevaste, ha terminado, la culminación de esta meta sin lugar a dudas ha sido posible gracias a ti, por eso puedo decirte que esté también es tu logro, no solo porque me ayudaste a cumplirlo, sino porque tú y yo somos uno mismo, un solo ser, un solo sentir. No bastándote de la dicha que me da tu compañía, amor mío, me haz dado a la persona que llega a ser como lo más dulce de nuestra vida y se llega a convertir en algo tan indispensable como el aire que respiramos, nuestra amada hija, muchas gracias amor, gracias por amarme tanto, muchas gracias por todo. Te amo.

A mi amada hija Erika Shirel, gracias, gracias princesita hermosa, gracias por soportar mi larga ausencia y ser tan paciente para mi llegada. Sabes cuantas veces pensé en ti antes de saber que existieras. Te imaginé tantas veces. Pensaba que sería un embarazo perfecto, y físicamente lo fue, Jehová jamás nos abandonó, pero aunque físicamente siempre nos encontramos bien, el estar trabajando para llegar a la meta, me quitó tiempo, tiempo que era tuyo, por lo que te pido perdón. Perdón porque si hay alguien que ha sentido más que nadie, el tiempo invertido para este objetivo, haz sido tú. Perdóname por sacrificarte, quizá algún día lo entiendas, quizá jamás lo hagas, o mejor aún, quizá jamás tengas la necesidad de hacerlo. Col 3:13a De lo que si te puedo asegurar, es que todas cosas que me han hecho sentir satisfacción, de todo el esfuerzo que he puesto en cada uno de mis objetivos, ninguno me llena de tanto orgullo como tú, tú eres mi mejor logro, el más grande de todos. Sl 127:3 Eres mi corazón, mi alegría, mi inspiración. Me encanta verte sonreír, feliz, vigorosa llena de vida y sana, eres alguien que llegó a darle alegría a mi vida, a iluminar cada uno de los momentos de mi existencia, eres muy importante para mí, y estoy segura que piensa lo mismo tu papá. Pr 23:15 No imagino mi vida sin tí, por primera vez entiendo el amor de Jehová Dios, porque si yo te puedo amar tanto, como jamás pensé amar, no imagino cuanto más nos ama él a nosotros. Eres la persona más inteligente, divertida, ingeniosa, animosa, cariñosa y bondadosa que conozco, eres una gran persona, y espero lo seas por toda la eternidad, sé muy bien que lo harás, pues tienes cualidades tan hermosas como las de tu padre, y cualidades mías, pues sería imposible negar que te pareces a mí, y el verdadero secreto de que sigas siendo así, es mantenerte en la regulación mental de Jehová Sl 1:1-3, Sl128:1-6, Pr 3:1-2,5-6,13-15,17-18,21-26. Jamás olvides que te amo hija mía, y que todo lo que hago, lo hago pensando en ti, pues ya no solo somos yo y tu papá, sino que ahora somos una familia, y todo lo que hacemos es para ti, por tu bien, porque te amamos. Gracias por todo mi amada princesa. Pr 27:11a “ Sé sabio hijo mío, y regocija mi corazón”.

A mis amados padres, muchas gracias, primero agradeceré a Dios por haberme obsequiado a tan esplendidos padres Snt1:17 “Toda dádiva buena y todo don perfecto desciende desde arriba, porque desciende del padre de las luces.”, aquellos que me enseñaron todo lo que sé, los que se sacrificaron por mí, para que yo fuera,

la persona que ahora soy. Lu 6:40 “El alumno no es superior a su maestro, pero todo el que esté perfectamente instruido será como su maestro”, por eso jamás seré más que ustedes sino igual que ustedes. Aquellos que me enseñaron a luchar por mis sueños, a que no importa que tan difícil sea una situación, siempre se puede salir adelante, ustedes son mi ejemplo, y yo soy el reflejo perfecto de su educación, empeño, dedicación, ánimo y amor. Pr 17:6b “La hermosura de los hijos son sus padres”. Gracias por amarme tanto, por ser capaces de dar todo por mí, por confiar siempre y en cada momento en mí. Gracias por siempre estar a mi lado, por todo el apoyo que me han brindado, aún en los momentos más difíciles, y aún cuando para ustedes no sea fácil. Gracias por instruirme desde pequeña y disciplinarme al tiempo apropiado Pr 22:6 “Entrena al muchacho conforme al camino para él; aun cuando se haga viejo no se desviara de él”, por saberme dirigir en cada una de las etapas de mi vida, Sl 127:3-5 “¡Miren! Los hijos son una herencia de parte de Jehová, el fruto del vientre es un galardón. Como flechas en la mano de un hombre poderoso, así son los hijos de la juventud. Feliz el hombre físicamente capacitado que ha llenado su aljaba de ellos. No serán avergonzados.”. Gracias por soportar mis arrebatos, porque los tuve y le cause sufrimiento, y sin embargo ustedes como buenos padres, Col 3:12b “Vístanse de los tiernos cariños de la compasión, la bondad, la humildad, la apacibilidad y la gran paciencia”, siempre estuvieron dispuestos a perdonarme, consolarme y continuar confiando en mí y ayudándome. Col 3:13a “Continúen soportándose unos a otros y perdonándose liberalmente unos a otros si alguno tiene causa de queja contra otro”. Sin lugar a duda si el día de hoy culminó una meta más, es por haber escuchado sus sabios consejos toda mi vida. Pr 23:22 “Escucha a tu padre, que causo tu nacimiento, y no deprecias a tu madre simplemente porque ha envejecido”. Espero no haberlos decepcionado nunca, y pueden estar seguros de que siempre, de que cada meta que he cumplido y cada logro que he obtenido, siempre han estado en mi mente, siempre se los he dedicado, pues siempre he deseado ser un orgullo para ustedes, y darles más alegrías que tristezas o preocupaciones, siempre he deseado ayudarlos tanto como ustedes siempre me ayudaron a mí. Ef 6:1-3 “Hijos sean obedientes a sus padres en unión con el Señor, porque esto es justo. Honra a tu padre y a tu madre, que es primer mandato con promesa. Para que te vaya bien y dures largo tiempo sobre la tierra”. Por eso amados padres la culminación de esta meta es por ustedes y para ustedes, muchas gracias. Pr 23:24-25 “Sin falta el padre de un justo estará gozoso, el que llega a ser padre un sabio también se regocijara en él. Tu padre y tu madre se regocijarán, y la que te dio a luz estará gozosa”.

A mis queridos hermanos, gracias. Muchas gracias Saúl, porque tú sin saber has sido un ejemplo para mí, el verte remontar el vuelo en tu vida, observar todo la fuerza, ánimo, dedicación y constancia que has puesto en tus metas, me enseña, que siempre se puede cambiar, que siempre puedes ser mejor, solo es cuestión de que tú lo quieras, y verdaderamente me llena de orgullo ver la vida que llevas, el que ayudas a mis padre, y la hermosa familia que haz creado. Y tu Juan, sé que eres inteligente, que eres una persona útil, dedicada, animosa, optimista, sabes el valor de las cosas, y más me gusta la vida sencilla que te agrada llevar, de la cual he aprendido, eres joven hermano, te falta mucho por vivir, tomar decisiones, tanto buenas como malas, me agradecería mucho más que siempre fueran buenas, te

agradezco que cuidas a nuestros padres, y yo sé que esto te lo pagará Jehová, espero que siempre te vaya bien en la vida, y verte con una vida plena llena de felicidad y satisfacción en el futuro. Y más aún me gustaría verlos a ambos así como a mis padres en la vida que realmente vale la pena vivir, gracias por su ejemplo y al llegar al término de este objetivo, ustedes estuvieron ahí conmigo, gracias por todo hermanos.

A mis queridos suegros, gracias, porque me abrieron las puertas de su casa y no solo eso, sino también las de su corazón. Siempre les he admirado su hospitalidad y más porque me ha tocado en carne propia vivirla, sigan siendo así porque como dice . Hb13:12 “No olviden la hospitalidad por que por ella algunos, sin saberlo, hospedaron a ángeles”. Son grandes personas y tengo la dicha de tenerlos por suegros, ya que desde que llegue a su casa me han tratado no como a una amiga, o conocida, sino como a una hija. Nos han apoyado, ayudado, y cuidado siempre y en todo momento, sabemos que contamos con ustedes y han cuidado de lo más importante para nosotros, de nuestra hija, y lo han hecho muy alegres y con gran ánimo, así como con mucho amor, por eso su nieta los ama tanto como nosotros. Y sé muy bien que este logro que hoy alcanzo es también por ustedes y para ustedes, muchas gracias.

A mis muy queridos hermanos y amigos, Yeimy e Iván, gracias, muchas gracias, porque me conocen desde hace suficiente tiempo, me ayudaron desde entonces, y en todo momento difícil estuvieron ahí, así como en mis grandes alegrías, porque ustedes más que ayudarme en aspecto seglar, me han ayudado por la bondad inmerecida de Jehová a tener la oportunidad en un futuro no muy lejano, de vivir la vida que realmente vale la pena vivir, me enseñaron la senda de luz, por la cual estoy viviendo y soy tan feliz, han salvado mi vida y eso no tiene precio, muchas gracias amigos. Pr 17:17.

A todos mis profesores, muchas gracias, porque por su enseñanza, su dedicación, su ánimo y el tiempo invertido en nosotros, es lo que realmente nos permite avanzar y cumplir nuestros objetivos, como lo es la terminación de esta meta, muchas gracias y recuerden Lu 6:40 “El alumno no es superior a su maestro, pero todo el que esté perfectamente instruido será como su maestro”, muchas gracias por todo.

INDICE

1. Resumen	1-2
2. Antecedentes	2-6
3. Justificación	7
4. Planteamiento del problema	8
4.1 Pregunta de investigación	8
5. Objetivo general	9
5. 1 Objetivos específicos	9
6. Diseño de investigación	10
6.1 Material y métodos	10
6.2 Tipo de estudio	10
6.3 Características de la población de estudio	10
6.4 Tamaño de la muestra	10
6.5 Variables de estudio	11
7. Descripción del estudio	12
8. Análisis estadístico	12
9. Factibilidad	12
10. Aspecto éticos	13
11. Recursos humanos físicos y financieros	13
12. Resultados	14-24
13. Discusión	25-27
14. Conclusiones	28-29
15. Bibliografía	30-32
16. Anexos	33-35

1. RESUMEN

ANTECEDENTES: El panorama epidemiológico de esta patología en la población mexicana se transformo en los últimos 50 años y el cáncer mamario ha pasado a ser un problema de salud pública. En México se ha convertido en la segunda causa de muerte entre la población de 30 a 59 años, en los últimos tiempos afectando sobre todo a la población joven; lo cual coincide con los datos encontrados en nuestro Instituto.

El Cáncer de Mama Bilateral tiene una prevalencia del 5 al 15%. Quirúrgica del hospital de Se puede presentar de dos formas, sincrónico o metacrónico, dependiendo del tiempo de presentación. El hecho de que el cáncer de mama se presente cada vez más frecuente en las últimas décadas en personas jóvenes, da la oportunidad, de desarrollar un cáncer de mama bilateral.

OBJETIVO: Conocer los Aspectos Epidemiológicos del Cáncer de Mama Bilateral, en el Servicio de Ginecología Oncológica, del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3, Centro Médico Nacional “La Raza”.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se efectuó un estudio clínico, retrospectivo, de 2005 a 2010, de todos los expedientes de las pacientes con el diagnóstico cáncer de mama bilateral, en el servicio de Ginecología Oncológica del Hospital de Ginecología y Obstetricia No.3, del Centro Médico Nacional “La Raza”, del IMSS. Se analizaron las siguientes variables: tipo de cáncer de mama bilateral, tipo histológico, edad de presentación y factores de riesgo. El análisis estadístico se realizó utilizando medidas de tendencia central.

RESULTADOS: Se encontraron treinta y cuatro pacientes con el reporte de cáncer de mama bilateral en los expedientes, ocho pacientes fueron excluidas, cuatro porque tuvieron en la mama contralateral enfermedad benigna y en las otras cuatro, se reportó enfermedad metastásica, finalmente fueron incluidas para el análisis 26 pacientes. El grupo de edad que predominó fue de los 41 a los 50 años, representando un 27%, la paciente más joven tuvo 35 años y 87 años la de mayor edad. El cáncer de mama bilateral sincrónico fue el más común en un 44.11% y el tipo histológico más frecuente fue el ductal infiltrante, con un 65% en el bilateral, seguido del lobulillar infiltrante. Dentro de los factores de riesgo más importantes para este grupo, se encontró el antecedente de cáncer de mama, la menarca temprana en un 23% y menopausia tardía en un 23%. El 34.61% de las pacientes tuvo una mastografía reportada como BIRADS IV, la etapa clínica más frecuente en mama derecha fue la IIIA y para la mama izquierda fue la IIIB. El tratamiento inicial en el 73% fue la quimioterapia, especialmente en los sincrónicos. La cirugía que se realizó en el 65.38% de los casos, fue la mastectomía tipo Madden.

CONCLUSIONES: El Cáncer de Mama Bilateral está presente en menos del 5% de las pacientes con cáncer de mama, en nuestro centro hospitalario, predominando la forma sincrónica sobre la metacrónica. Además de ser una patología que se presenta con mayor frecuencia en edades menores de 50 años, por lo que es importante hacer énfasis en la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, para disminuir la morbimortalidad causada por esta enfermedad.

2. ANTECEDENTES

El cáncer de mama es la segunda causa de muerte a nivel mundial (después de la diabetes y las cardiopatías). El riesgo de padecer cáncer de mama es del 8-12% y el morir 3.6-4%. (1) La incidencia se ha incrementado 5% anualmente en las últimas cinco décadas, así como la mortalidad. Entre 1955 y 1960 se reportaban de dos a cuatro muertes por 100, 000 mujeres, y a partir de 1990 y hasta la fecha, se llegan a reportar hasta nueve muertes por 100, 000 mujeres. (1) Convirtiéndose para el 2006, en la segunda causa de muerte en México.

Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social ocupa el segundo lugar de mortalidad entre el grupo de edad de los 30 a los 59 años. Existen varios factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama, uno de los más importantes y que reporta cerca del 30% de los casos, son la mutación en los genes BRCA 1 y BRCA2, que requiere de pruebas especiales y de difícil acceso para su determinación. (1).

El cáncer de mama Contralateral es definido como la presencia de un nuevo tumor en la mama previamente sana, en pacientes con antecedente de cáncer de mama, o la presencia de un tumor en cada mama. Este puede ser una lesión metastásica o un segundo tumor primario. El Cáncer de Mama Bilateral se considera a toda lesión maligna, primaria, independiente en cada mama.

La incidencia del cáncer de mama varía dependiendo de la zona geográfica, llegando a reportarla hasta del 4 al 20%. (2, 3, 4, 5). En el estudio realizado por Robins y Berg (6), concluyeron que existe un riesgo cinco veces mayor de contraer un nuevo cáncer en la mama contralateral. También se ha observado que la sobrevida es inversamente proporcional al tiempo de aparición del nuevo tumor. (7, 8, 9, 10, 11). Su frecuencia

aumenta hasta el 30% en pacientes con antecedente de cáncer de mama único. (12,13). Se ha asociado a un alto riesgo en pacientes con mutaciones de los genes BRCA1 y BRCA2. (14,15). Los factores de riesgo que predisponen a la aparición de cáncer de mama bilateral son: cáncer de mama hereditario o familiar, antecedente personal de cáncer de mama, edad menor de 50 años en el diagnóstico del primer tumor, tipo histológico de cáncer de mama, multicentricidad, la presencia de las mutaciones de los genes BRCA1 y BRCA2 y la exposición a radiación (2,3, 14, 16, 17). El cáncer de mama bilateral puede ser sincrónico o metacrónico. Se ha definido como cáncer de mama metacrónico a la presencia de un segundo tumor maligno primario en un periodo mayor de 6 meses y al sincrónico cuando aparece de forma simultánea o en un periodo menor a 6 meses. La incidencia del cáncer de mama de tipo metacrónico es del 1 al 12% con un promedio de 7%. (18). El riesgo de presentar un segundo tumor primario de tipo metacrónico es de 2 a 6 veces más alta en pacientes con antecedentes de cáncer de mama que en la población normal. P. Burns refiere que aumenta hasta nueve veces la probabilidad de presentar un cáncer de mama metacrónico, en pacientes con cáncer de mama bilateral. (19). El cáncer de tipo sincrónico es menos frecuente, del 0.7 al 3% de los casos reportados de cáncer mamario. Las pacientes tienen una supervivencia significativamente menor, un riesgo mayor para metástasis a distancia y una disminución del control local, en comparación con pacientes con cáncer de mama unilateral o metacrónico. (19)

Es clínicamente difícil diagnosticar el origen de un nuevo tumor en la mama contralateral, y no existen datos radiológicos que ayuden a diferenciar lesiones metastásicas de lesiones primarias. (20) Debido a eso, Chaudery y cols. (20) describieron los criterios necesarios para diagnosticar el cáncer de mama bilateral; para

distinguir si se trata de una metástasis o un nuevo tumor primario; basado en gran medida en criterios histopatológicos, como:

- a) Tipo histológico: cuando en segundo tumor es de otro tipo histológico, se trata de un nuevo tumor primario. La literatura confirma que en más del 70% corresponde al tipo histológico del primer tumor.
- b) Localización del tumor. Las metástasis se diseminan con mayor frecuencia a la axila, por lo regular son múltiples y crecen de forma expansiva.
- c) Grado de diferenciación tumoral. En las metástasis no es muy diferente el grado de diferenciación nuclear con respecto al tumor primario.
- d) Presencia de hiperplasia epitelial. Los tumores primarios presentan focos de hiperplasia epitelial o carcinoma in situ.
- e) Tiempo de aparición. Para algunos autores después de un periodo de 5 años de la aparición del primero tumor y libre de enfermedad, se considera como un nuevo tumor primario, además de la presencia de metástasis locales, regionales o sistémicas.
- f) En caso de no hallarse una diferencia histológica, la presencia de metástasis podría hacer la diferencia. (20).

El diagnóstico es primordial debido a que el tratamiento del cáncer de mama contralateral es diferente, ya sea que se trate de una metástasis o un nuevo tumor primario, pues uno requiere de quimioterapia y el otro dependiendo del estadio, de cirugía, quimioterapia, o radioterapia respectivamente. La importancia que ha adquirido en los últimos años el cáncer de mama, ha creado la necesidad, de realizar énfasis en la prevención, a través de la utilización de medidas de tamizaje, como la mastografía, y en algunos casos extremos, la utilización de técnicas radicales como:

mastectomías bilaterales profilácticas, en algunas pacientes con mutaciones de BRCA1 y BRCA2. (21). La importancia del cáncer de mama bilateral radica en que el cáncer de mama es una patología en la cual no es suficiente el diagnóstico y el tratamiento, ya que existe una supervivencia a largo plazo, en la cual existe la probabilidad de presentar un nuevo tumor. (22)

El Hospital de Ginecología y Obstetricia No.3 (Servicio de Ginecología Oncológica), se considera uno de los centros hospitalarios de mayor importancia en el país, en cuanto al número de pacientes que reciben atención por el diagnóstico de cáncer de mama, reportándolo como la primera causa de mortalidad, por enfermedad oncológica, cerca del 41% de su población con cáncer de mama es menor de 50 años, y reporta una prevalencia aproximadamente del 5% de cáncer de mama bilateral. (23) Por tanto considerando que uno de los factores de riesgo más importante para la presencia de cáncer de mama bilateral es el antecedente personal de cáncer de mama y la edad menor de 50 años en relación a la aparición del primer tumor, es importante conocer los aspectos epidemiológicos del cáncer de mama bilateral en las pacientes del Hospital de Ginecología y Obstetricia No.3, para que con esta información se pueda realizar el seguimiento adecuado de las pacientes, y lograr un diagnóstico oportuno así como brindar el mejor tratamiento a las pacientes con Cáncer de Mama Bilateral.

3. JUSTIFICACIÓN

Este estudio se realizó porque existe una alta frecuencia de pacientes jóvenes con cáncer de mama, en el Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital de Ginecología y Obstetricia No.3.

Cerca del 41% del cáncer de mama se presenta en pacientes menores de 50 años y es la misma población que tiene el riesgo de presentar cáncer de mama bilateral, reportado hasta en un 5%. Este estudio nos ayudara a analizar las características epidemiológicas del cáncer de mama bilateral en la HGO3 como son: tipo de cáncer de mama bilateral, tipo histológico más frecuente, edad de presentación, así como los factores de riesgo que se detectaron. Siendo el servicio de Ginecología Oncológica y el HGO3 uno de los centros hospitalarios más importantes a nivel nacional, en donde se diagnostican y tratan pacientes con cáncer de mama bilateral, resulta imprescindible tener un registro de estas pacientes. La trascendencia de conocer estos aspectos epidemiológicos será que al compararlos con los de los registros internacionales, nos ayudaran a realizar propuestas para un mejor seguimiento, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, especialmente en pacientes jóvenes.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de mama es una enfermedad que durante las últimas cinco décadas se ha incrementado, pasando de 2 - 4 por cada 100, 000 a 9 de cada 100, 000 mujeres en México desde el año 2006. Es la segunda causa de muerte en mujeres en el grupo de edad de los 30 a los 54 años a nivel mundial, de igual forma en el Instituto Mexicano del Seguro Social, y cada vez es más común en mujeres jóvenes. La probabilidad de desarrollar cáncer de mama aumenta con la edad, el cáncer es más agresivo en pacientes que lo presentan a edades más tempranas, y no solo eso sino que entre más temprano se presente el cáncer de mama, aun cuando reciba tratamiento, existe más probabilidad de desarrollar un nuevo tumor primario, debido a factores hereditarios y genéticos, así como al tipo histológico de cáncer mamario que presente. En el HGO3 el 41% de las pacientes con cáncer de mama son menores de 50 años, por tanto es la misma población con riesgo de desarrollar cáncer de mama bilateral, la cual se reporta en esta institución con una frecuencia de menos del 5%, pero no se conocen con exactitud las características epidemiológicas de esta entidad en nuestro servicio, por ello es necesario estudiarlo.

4. 1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuales son los aspectos epidemiológicos del cáncer de mama bilateral en la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3?

5. OBJETIVO GENERAL

1. Evaluar los aspectos epidemiológicos del cáncer de mama bilateral en la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3

5. 1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el tipo de cáncer de mama bilateral mas frecuente.
2. Conocer los tipos histológicos más frecuentes de cáncer de mama bilateral.
3. Determinar la edad mas frecuente de aparición del cáncer de mama bilateral.
4. Evaluar los factores de riesgo que presentaron las pacientes con cáncer de mama bilateral.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realizara en el servicio de Ginecología Oncológica de la Unidad Médica de Alta Especialidad UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 (HGO No. 3) a través de la revisión de expedientes, a partir de enero de 2005 hasta diciembre de 2010, de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama bilateral.

6.2 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal.

6.3 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama bilateral.
- Con edad mayor de 18 años y del sexo femenino y masculino.
- Con o sin patología sistémica agregada.
- Que cuenten con reporte histopatológico.

Criterios de exclusión

- Paciente con información incompleta en el expediente clínico.

6.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Muestreo no probabilístico de casos consecutivos.

6.5 VARIABLES DE ESTUDIO.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALAS DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
Cáncer de mama bilateral	Presencia de un tumor maligno primario independiente en cada mama de acuerdo a los criterios de Chaudary et al. Se dividen dependiendo el tiempo de aparición si es mayor o menor de 6 meses en sincrónico o metacrónico.	Conclusión a la que se llegó en el expediente de acuerdo a la revisión del RHP y la clínica.	Cualitativa Nominal	1) Metacrónico *** 2) Sincrónico ***
Tipo histológico	Es el tipo de estirpe celular del tumor.	Se tomara del reporte de patología que exista en el expediente.	Cualitativa Polinomial	Se reportaran como <ul style="list-style-type: none"> • In situ <ol style="list-style-type: none"> 1) ductual 2) lobulillar • invasor <ol style="list-style-type: none"> 3) Ductal 4) Lobulillar 3) Tubular / 6) Cribiforme 7) Coloide (Mucinoso) 8) Medular 9) Papilar
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Se tomara la edad en la que se diagnóstico el cáncer de mama bilateral	Cuantitativa Discreta	Se medirá en años
Factores de riesgo	Atributo que aumenta la probabilidad de padecer una enfermedad	Se consideraran los factores que predispongan a cáncer de mama bilateral descritos en la literatura	Cuantitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - edad - tipo histológico <p>antecedentes familiares de cáncer de mama</p> <ul style="list-style-type: none"> - antecedente personal de cáncer de mama - radiación - estadio clínico del cáncer de mama

*** Ver glosario de términos

7. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se incluyeron los expedientes completos de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama bilateral, de cualquier edad, con o sin comorbilidad, desde enero de 2005 hasta diciembre de 2010, del Servicios de Oncología del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3. Se excluyeron las pacientes que tuvieron diagnóstico de cáncer de mama y patología benigna en la mama contralateral o que cuenten con el expediente completo para recolectar los datos necesarios. Se recabaron los siguientes datos: tipo de cáncer de mama bilateral, tipo histológico, factores de riesgo, edad más frecuente. Todos los datos fueron recolectados en una hoja de cálculo, fueron procesados y analizados con estadística descriptiva. Y finalmente, con los resultados obtenidos se realizaron las conclusiones.

8. ANALISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó estadística descriptiva, como frecuencias, tasas y proporciones, así como porcentajes, moda y razón, y se presentaron los resultados en gráficos de barra o pastel.

9. FACTIBILIDAD

Fue posible realizarlo dado que no se trata de una intervención terapéutica, no se requiere la presencia física de la paciente, todos los datos se pueden obtener del expediente. Los datos de las pacientes se obtuvieron a través de la revisión de los censos del servicio de oncología y de la base de datos no publicados con las que cuenta el servicio, proporcionado por el jefe del servicio, no requiere gasto extra para su estudio.

10. ASPECTOS ÉTICOS

Se respeta la confidencialidad y los datos personales de todas las pacientes incluidas en la investigación. Este estudio no requirió de consentimiento informado por tratarse de un diseño retrospectivo, toda la información fue tomada de los expedientes clínicos.

11. RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS

Recursos Humanos:

Investigador y Asesores.

Recursos Físicos:

Expedientes clínicos existentes, papelería y computadora de los investigadores.

Recursos Financieros:

Quedaron a cargo de los investigadores.

12. RESULTADOS

De las treinta y cuatro pacientes que se reportaban con cáncer de mama bilateral, todas tuvieron el antecedente de un cáncer de mama, sin embargo cuatro tuvieron, de acuerdo al reporte histopatológico, enfermedad benigna y cuatro pacientes mas tuvieron enfermedad metastásica en la mama contralateral, por lo que fueron excluidas del estudio. (Tabla 1). Debido a esto, la muestra se redujo a 26 pacientes. (Tabla 2).

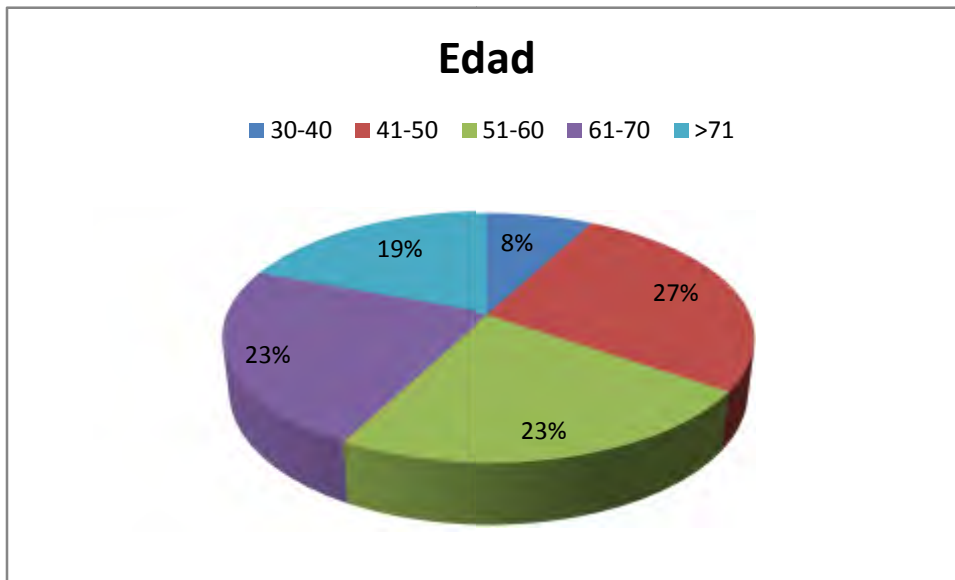
Tabla 1. Pacientes excluidas del estudio

Cáncer bilateral	26
Metastásico	4
Cáncer con tumor benigno	4
Total	34

Tabla 2. Tipo de cáncer bilateral

Tipo de cáncer bilateral	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sincrónico	15	57.70
Metacrónico	11	42.30
Total	26	100.00

En nuestra población de estudio, se observó que la edad más frecuente del cáncer de mama bilateral fue el grupo de 41-50 años de edad, representando un 27%, el segundo grupo con mayor frecuencia fue el de las pacientes de 51-60 años y de 61-70 años, ambos con un 23%. La paciente mas joven tuvo 35 años y la de mayor edad fue de 87 años. (Grafica 1)



Gráfica. 1. Edad del cáncer de mama bilateral

De forma general podemos observar que en el cáncer de mama bilateral sincrónico los grupos de edad de mayor presentación fueron los de 41-50 años y de 51-60 años, los dos pacientes más jóvenes presentaron este tipo de cáncer bilateral. En el cáncer metacrónico el grupo de edad más frecuente fue el de 61-70 años. (Tabla 3)

Tabla 3. Tipo de cáncer de mama bilateral de acuerdo al grupo de edad

Edad	Sincrónico	Metacrónico
30-40 años	2	0
41-50 años	4	3
51-60 años	4	2
61-70 años	2	4
>70 años	3	1
Total	15	11

El estado civil que presentaron la mayoría de nuestra población estudiada fue la de casada, solo 3 solteras, una divorciada, una viuda y dos en unión libre. (Tabla 4.)

Tabla. 4. Estado Civil

Estado Civil	Frecuencia
Casada	19
Divorciada	1
Soltera	3
Unión libre	2
Viuda	1
Total	26

Tabla 5. Comorbilidad

Enfermedad	Frecuencia
Hipertensión	12
Diabetes Mellitus	7
Cardiopatía	2
Insuficiencia Venosa periférica	2
Esquizofrenia	1
Condromalacia de rodillas	1
Ninguna	9

De las enfermedades que presentaban las pacientes, la más común fue la hipertensión, seguida de la diabetes mellitus, y solo 4 de nuestras pacientes presentaban ambas enfermedades, y 9 pacientes se encontraban sin comorbilidad. (Tabla 5)

Otro de los factores de riesgo a considerar fue la menarca temprana, la cual estaba presente en el 23% de nuestra muestra, mientras el 34.6% presento su periodo

menstrual a los 12 años, la menor edad fue a los 9 años y la mayor a los 18 años.

(Tabla 6)

Tabla 6. Edad de presentación de menarca.

Edad	Frecuencia
9	1
10	1
11	4
12	9
13	3
14	2
15	3
16	2
18	1
Total	26

La menopausia tardía considerada como factor de riesgo para cáncer de mama bilateral se encontró presente en un 23%, mientras la edad promedio de presentación de la menopausia fue de 48 años, no se presentó menopausia precoz. (Tabla. 7)

Tabla 7. Edad de presentación de la menopausia.

Edad	Frecuencia
35	1
40	1
44	1
45	1
47	1
48	4
49	4
50	7
51	2

52	3
53	1
Total	26

En el 53.84% de nuestra población se presentó multiparidad, mientras que un 11.5% de las pacientes fueron nuligestas. La paciente con mayor número de gestaciones tuvo 10 embarazos, de los cuales, ocho fueron partos y dos abortos. (Tabla 8)

Tabla. 8. Numero de gestaciones

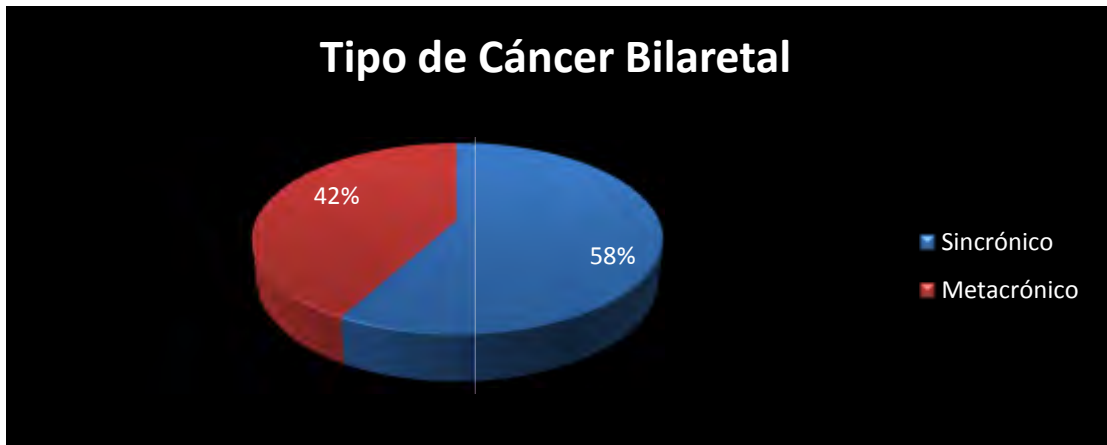
Embarazos	Frecuencia
Nuliparidad	3
De 1-3 embarazos	9
Multiparidad (> 3 embarazos)	14
Total	26

De un total de 26 pacientes el 69.23 % lactó, el 23.07% no lactó y solo en un 7.69% no se pudo encontrar el dato en expediente. (Tabla.9)

Tabla. 9 Lactancia

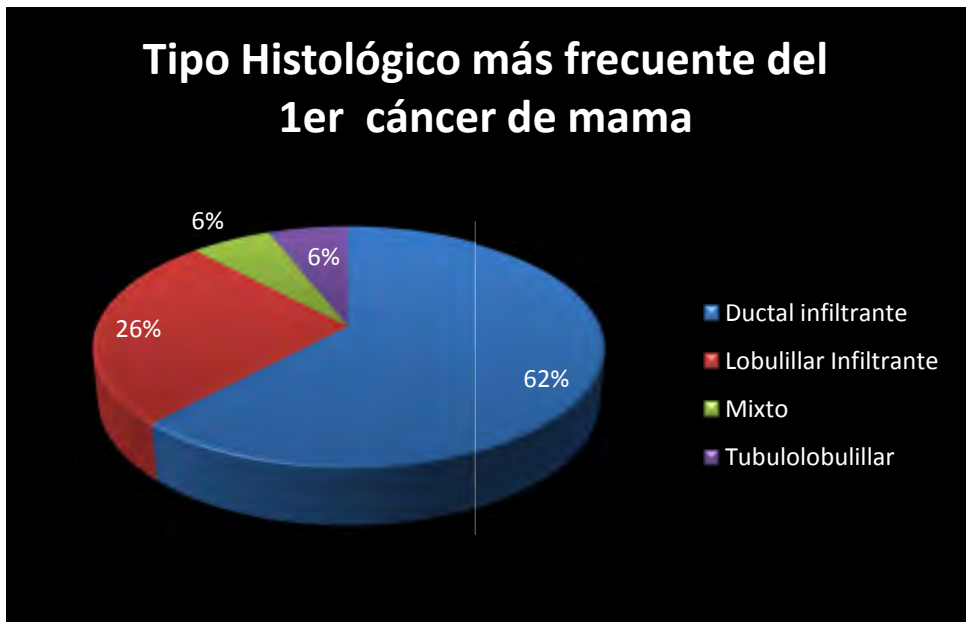
Lactancia	Frecuencia
Si	18
No	6
Dato no disponible	2
Total	26

De las pacientes con cáncer de mama bilateral, el 58% fueron sincrónicos y el 42% fueron metacrónicos. En cuanto a los metacrónicos el tiempo transcurrido desde el primer cáncer hasta la aparición del 2do cáncer fue con un promedio de 4.5 años, el menor tiempo transcurrido fue de 6 meses. (Grafica 2)



Grafica 2. Tipo de cáncer bilateral

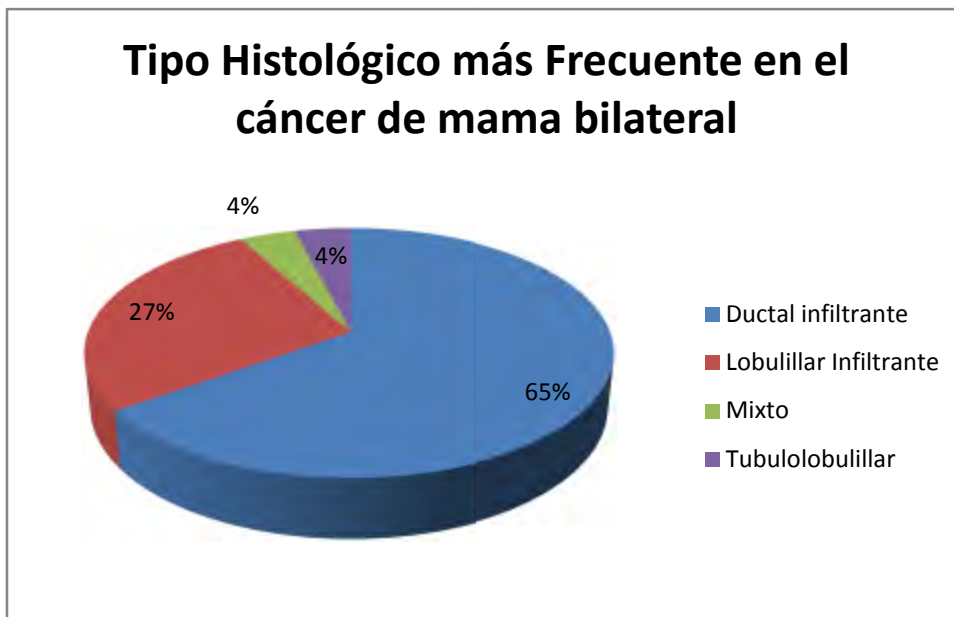
En la muestra inicial de treinta y cuatro pacientes con cáncer de mama, el tipo histológico que predominó fue el carcinoma ductal infiltrante con un 62%, seguido del carcinoma lobulillar infiltrante con un reporte de 26%, un 6% de tipo mixto y un 6% con tipo especial “papilar”. (Grafica 3)



Grafica 3. Tipo histológico más frecuente del 1er cáncer de mama

Del tipo histológico carcinoma ductal infiltrante, el 33% fue poco diferenciado, el 33% fue moderadamente diferenciado y en un 33% no se reporto grado histológico. De los tipos mixtos existieron combinaciones entre carcinoma lobulillar y carciona ductal infiltrante.

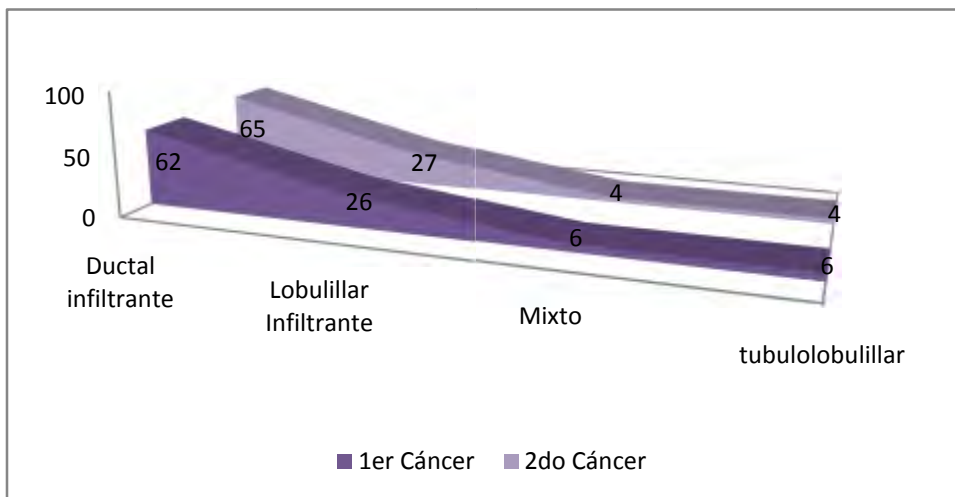
De las veintiséis pacientes con cáncer de mama bilateral el tipo histológico más frecuente también fue el carcinoma ductal infiltrante, seguido del carcinoma lobulillar infiltrante y un tipo especial carcinoma “tubulolobulillar”, mientras que el resto fueron mixtos. (Grafica 4)



Grafica.4 Tipo histológico más frecuente del Cáncer de Mama Bilateral.

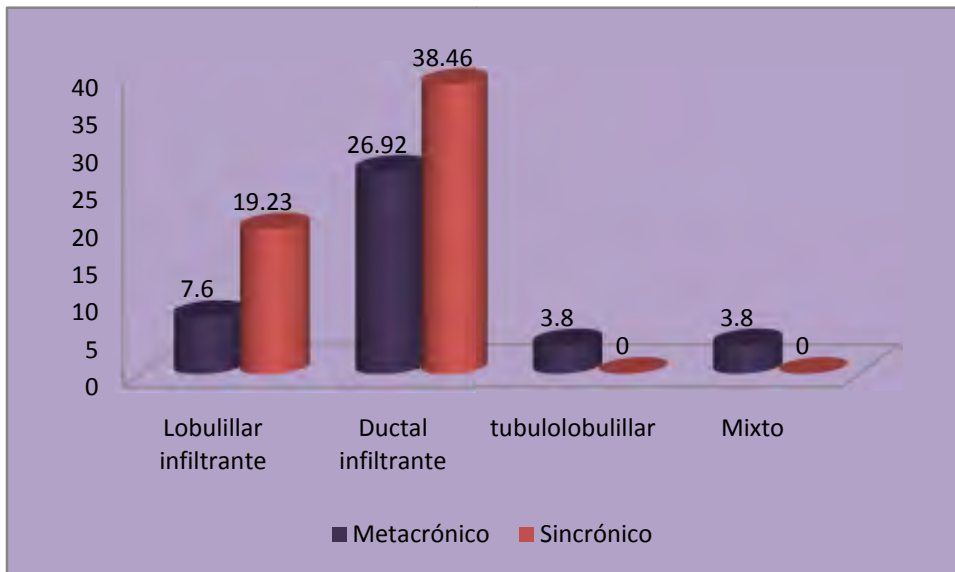
Sabemos que uno de los criterios de cáncer de mama bilateral es el tipo histológico, que al ser diferente entre un tumor y otro asegura que se diagnostique como bilateral el cáncer de mama, por eso en la siguiente gráfica se realiza la comparación entre los diferentes tipos histológicos encontrados entre el primer tumor y el segundo. En los

cuales se observó que finalmente el más común es el carcinoma ductal infiltrante tanto en el primero como en segundo tumor, seguido del carcinoma lobulillar infiltrante. Cabe mencionar que en los tipos especiales, que se presentaron en dos pacientes, una tuvo un carcinoma tubulolobulillar en la mama derecha y en la izquierda un carcinoma ductal infiltrante y la otra paciente tuvo en la mama izquierda un carcinoma tubulolobulillar y en la derecha un carcinoma lobulillar infiltrante, uno fue sincrónico y el otro fue un metacrónico. (Grafica 5)



Grafica. 5. Diferencias histológicas entre el 1er y 2do tumor.

En cuanto al tipo de cáncer de mama bilateral, es decir, sincrónico o metacrónico, la histología más común tanto en uno como en otro fue el carcinoma ductal infiltrante, seguido nuevamente del carcinoma lobulillar infiltrante. (Grafica 6).



Grafica. 6. Histología más frecuente en los tipos de cáncer de mama bilateral.

La mama en la que se observó la presencia del primer cáncer fue en la mama derecha hasta en un 58.8%. (Tabla. 10)

Tabla 10. Lado de la mama afectado por el primer tumor

	Frecuencia	Porcentaje
Derecha	20	58.8%
Izquierda	14	41.2%
Total	34	100.0

Se observó que de 26 pacientes que componen el estudio solo en 57.7% de las pacientes se encontró reporte de mastografía de envió, de las cuales 34.61% se reportaron con BIRADS 4, 11.53% como BIRDAS 5, 3.8% como BIRADS 3, 3.8% como BIRADS 2 y otro 3.8% como BIRADS 0. De los cuales en los sincrónicos se encontró el mismo valor de BIRADS para ambas mamas.

La etapa clínica que más se observó en la mama derecha en los cánceres bilaterales sincrónicos fue el IIIA y el IIIB cada uno con 26.6%, mientras que de la mama izquierda fue el IIIB también con 26.6% seguido del IIA y el IIB ambos con 20%. Solo coincidió la misma etapa clínica en 33.3% de los sincrónicos. Mientras que en el metacrónico la etapa más común del primer cáncer fue la IIA con un 36.36% y del 2do tumor fue la IIIA con 27.27%. De estas, cuatro pacientes presentaron la misma etapa clínica. (Tabla 11 y 12)

Tabla 11. Etapa Clínica del cáncer bilateral sincrónico.

Etapa clínica	Cáncer bilateral sincrónico de mama derecha	Cáncer bilateral sincrónico de mama izquierda
I	1	1
IIA	3	3
IIB	4	3
IIIA	4	1
IIIB	1	4
IIIC	0	1
IV	0	0
NCPFU	2	2
Total	15	15

Tabla 12. Etapa Clínica del cáncer bilateral metacrónico.

Etapa clínica	1er Cáncer bilateral metacrónico	2do Cáncer bilateral metacrónico
I	0	0
IIA	4	1
IIB	0	1
IIIA	0	3
IIIB	4	2
IIIC	0	2
IV	0	0

NCPFU	3	2
Total	11	11

De las pacientes con cáncer de mama metacrónico solo 26.92% habían recibido radioterapia en el primer cáncer.

De las 26 pacientes para el tratamiento del cáncer de mama metacrónico en el primer tumor, se utilizó en 63% de las pacientes cirugía como tratamiento inicial, no así en 27.27% en las cuales por el estadio se requirió primero de quimioterapia neoadyuvante, y en el 9% no se tiene reportado el tratamiento que recibieron. En el caso del segundo cáncer metacrónico se realizó en 63% cirugía y en el 36.33% se administró quimioterapia neoadyuvante como terapia inicial. En las pacientes con cáncer de mama sincrónico, se inició en el 73% quimioterapia neoadyuvante y solo en 20% se realizó cirugía, en 6.6% se administró por la etapa, quimioterapia paliativa.

La cirugía que más se realizó fue la mastectomía radical modificada tipo Madden en el 65.38%, la cuadrantectomía con disección radical de axila en el 7.6%, así como la tumorectomía y en una sola paciente la biopsia escisional. En el 7.6% no se encontró registro de la cirugía realizada.

El 26.9% de las pacientes tuvieron receptores hormonales positivos, 11.53% tuvieron triple negativo, 46.15% de las pacientes no tienen receptores hormonales y 15.38% tienen receptores hormonales aun sin reportarse, solo en el 3.84% no se encontró dato alguno de los receptores.

13. DISCUSIÓN

En nuestra población de estudio, se observó que el cáncer de mama bilateral se presentó en menos del 5%, de un total de 26 pacientes, muy parecido a lo reportado en otras series internacionales como la de Lobato, et al². En el 2009 en España donde reportaron 4.9% de incidencia, o la realizada por Constante, et al⁵. En el 2007 en los Estados Unidos, donde de 969 pacientes con cáncer de mama solo un 3.1% se encontraron con cáncer de mama bilateral.

El tipo de cáncer de mama bilateral más frecuente reportado en nuestro estudio, fue el sincrónico con un 57.7%, mientras que el metacrónico se presentó en un 42.3 %, muy similar a lo reportado en el estudio de Lobato, et al². En donde de 19 pacientes con cáncer de mama bilateral, 11 pacientes presentaron cáncer sincrónico y 8 cáncer metacrónico. Sin embargo, existe una gran diferencia en lo informado en la literatura internacional, ya que como lo muestra el estudio de Soo, et al.⁴ en el 2007 en Corea, de 41 pacientes con cáncer bilateral de mama solo un 14 eran sincrónicos mientras que 27 pacientes tuvieron cánceres metacrónicos, así mismo la respalda el estudio de P. Burns años antes donde reportan que es tres veces mayor la frecuencia de un metacrónico que de un sincrónico. (19)

En cuanto al tiempo de presentación del cáncer metacrónico, en promedio fue en nuestra serie de 4.5 años, muy parecido a lo reportado por Soo, et al.⁴ quien reporta, un periodo de 34 meses en promedio, presentando el menor de 7 meses y el mayor de 209 meses, aunque existen periodos reportados de mas de 5 años entre la aparición de un tumor y otro, considerándolos aun como metacrónico, como en los estudio españoles realizados por Lobato, et al² y Rebasas, et al.³ Aunque este último punto

resulta controvertido, debido a que para algunos autores después de un periodo libre de enfermedad mayor de 5 años, la aparición de un nuevo tumor en la mama previamente sana, aun con el antecedente de cáncer de mama ya no es considerado como un cáncer de mama bilateral sino como otro tumor primario.

El tipo histológico más común tanto en el 1er tumor, como en el cáncer de mama bilateral fue el carcinoma ductal infiltrante en un 62% y 65% respectivamente, seguido del carcinoma lobulillar infiltrante, esto es semejante a lo reportado en Europa, Asia y en el norte de América.

El tipo histológico que predominó tanto en el cáncer de mama bilateral sincrónico como en el metacrónico en nuestro estudio fue el ductal infiltrante, que corresponde a lo que muestra la literatura internacional y mundial. (2, 3, 4, 5,6),

En cuanto a la edad de presentación más común de nuestro estudio fue en el grupo de los 41 a los 50 años, teniendo nuestra paciente más joven 35 años y la mayor 87 años, esto es muy semejante a la literatura, sin embargo otros estudios como los de España, reportados por Lobato, et al.² y el Rebaso, et al.³ refieren una edad promedio de hasta 62 y 58 años, respectivamente, diferentes a estos datos al rango de la estadística internacional como el referido por Soo, et al.⁴ en Corea quien reporta estadísticas muy parecidas a las nuestras con un grupo de edad de los 44 a 47 años con rasgos de 28 a 70 años.

Los factores de riesgo más comunes reportados en nuestra serie fueron la presencia de menarca temprana hasta del 23%, la menopausia tardía con el mismo porcentaje, sin embargo estos factores no fueron evaluados en la mayoría de los estudios, pero son factores de riesgo reportados en la literatura. Otro factor de riesgo es la edad de presentación en pacientes menores de 50 años, el cual cumplió la mayoría de la

población.

La etapa clínica que más se observó en la mama derecha en los cánceres bilaterales sincrónicos fue la etapa IIIA y la etapa IIIB, cada una con 26.6%, mientras que en la mama izquierda fue la etapa IIIB también en un 26.6%. Solo coincidió la misma etapa clínica en 33.3% de los tumores sincrónicos. Mientras que en el metacrónico la etapa más común del primer cáncer fue la IIA con un 36.36% y del 2do tumor fue el IIIA con 27.27%. Estos datos son parecidos a los reportados por Lobato, et al.² en donde la etapa que predominó fue en el tumor inicial III o mayor y el metacrónico el 2do tumor fue la IIA. Con rangos de diferencia en lo reportado por Soo, et al.⁴ que en los metacrónicos diagnosticaron con etapas más tempranas como son las I-II, mientras que los sincrónicos tenían etapas más tardías III.

14. CONCLUSIONES

La frecuencia del Cáncer de Mama Bilateral en el Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital de Ginecología y Obstetricia, fue menor al 5%, hay que destacar que nuestra población presenta un mal pronóstico debido a un cáncer mas agresivo por presentar cáncer de mama bilateral sincrónico más frecuente que el metacrónico, un tercio de las pacientes cáncer de mama bilateral presenta un tipo histológico poco diferenciado y el 10% tiene triple marcador negativo, por lo que debemos ser mas cuidadosos al momento de la detección de cáncer de mama, por que podríamos estar ante un Cáncer de Mama Bilateral desde el primer contacto con la paciente, y si no se realiza de forma adecuada el diagnóstico y el tratamiento, el pronóstico de sobrevivida de la paciente se verá afectado. También durante el seguimiento de las pacientes tendremos que ser muy observadores y realizarles una exploración física adecuada así como solicitarles mastografía o realización de biopsia cuando la situación lo requiere. Trabajar en la detección oportuna del Cáncer de Mama es responsabilidad de los tres niveles de atención, con los que cuenta el IMSS. El el primer y segundo nivel será parte del compromiso el referir adecuadamente a la paciente y en el tiempo ideal (en cuando exista la sospecha o el diagnóstico). Solo así lograremos iniciar un tratamiento oportuno.

En nuestra serie la presentación más frecuente de metacrónicos fue a los 4.5 años en promedio, y la vigilancia en el servicio es de 5 años, por lo que se puede detectar a la mayoría de estas paciente, sin embargo, un menor porcentaje presentará la enfermedad en periodos posteriores, en donde la vigilancia se estará realizando en segundo nivel, y será en estas instituciones en donde presentaran el segundo cáncer

de mama. Lo cual requiere del conocimiento e insumos necesarios para que sean diagnosticadas y contrarreferidas. Representando una debilidad en nuestro sistema institucional de referencia y contrarreferencia, pero también una gran oportunidad de que los médicos de todas las especialidades estén familiarizados para detectar oportunamente un cáncer de mama.

Al ser una población joven y potencialmente productivas, es importante dar prioridad en el diagnóstico oportuno. Son pacientes que aun laboran y no han terminado la educación de su familia. Con un aumento en el número de incapacidad laboral y disminución de la fuerza de trabajo, por lo que el impacto económico y social de esta enfermedad en pacientes tan jóvenes afecta la economía nacional e internacional, no solo por la ausencia laboral que generan, sino también por el gran insumo de los recursos que se requieren en los tratamientos, según la etapa en el diagnóstico.

Las estadísticas que se obtuvieron en esta revisión, , son muy parecidas a las estadísticas internacionales, por lo que concluimos que se deben de tomar como prioridad, la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno del Cáncer de Mama Bilateral, para disminuir la morbi - mortalidad causadas por esta patología.

15. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Knaul MF, Nigenda G, Lozano R. et al. Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud Pública Méx.* 2009; 51(supl 2): s335-s344.
- 2) Lobato JL, Brouard I, Andía D, et al. Cáncer de mama bilateral: aspectos clínicos, biológicos y pronósticos. *Ginecología y Obstetricia Clínica.* 2009; 10(Num.4):s213-s216
- 3) Rebasaa P, Vallverdúa H, Lermab E, at el. Cáncer bilateral de mama. Revisión de las características clínicas e histológicas. *Cirugía Española. Agosto 2001;70(Núm. 2):s347-s350*
- 4) Soo JG, Sun YR, Hei CJ, at el. Bilateral Breast Cancer: Differential Diagnosis Using Histological and Biological Parameters. *Journal Clinics Oncology Japón.* 2007;37(7):s487–s492.
- 5) Lehman CD, Gatsonis C, Kuhl CK. MRI Evaluation of the Contralateral Breast in Women with Recently Diagnosed Breast Cancer. *New England Journal Medics.* 2007;356:s1295-s1303.
- 6) Robbins GF, Berg JW. Bilateral primary breast cancer. A prospective clinicopathological study. *Cancer* 1964; 17: 1501-1527
- 7) Cantero RA, Chen HC, Barrera OJC. Cáncer de mama bilateral en el Hospital Universitario “Comandante Manuel Fajardo”. 1982-2003. *Rev Cubana Cir.* 2004;43(3-4):disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol43_3-4_04/cir03304.pdf

- 8) Min JK, Eun-Kyung K, Jin YK. Bilateral Synchronous Breast Cancer in an Asian Population: Mammographic and Sonographic Characteristics, Detection Methods, and Staging. *AJR*. January 2008;190:s208-s212
- 9) Ciatto S, Houssami N, Martinelli F, Second breast cancers in a Tuscan case series: characteristics, prognosis, and predictors of survival. *British Journal of Cancer*. 2008; 99: s539 – s544.
- 10) Heron DE, Komarnicky LT, Hyslop T, Shwartz GF, Mansfield CM. Bilateral breast carcinoma: risk factor and outcomes for patients with synchronous and metachronous disease. *Cancer*. 2000 Jun; 88(12): s2739-s2750
- 11) Carmichael AR, Bendall S, Lockerbie L, Prescott R, Bates T. The long-term outcome of synchronous bilateral breast cancer is worst than metachronous or unilateral tumours. *Eur J Surg Oncol*. 2002 Jun; 28(4): s388-s381
- 12) Donovan AJ. Bilateral breast cancer. *Surg Clin North Am*. 1990 Oct; 70(5): s1141-s1149
- 13) Soerjomataram, Louwman WJ, Sangen MJC. Increased risk of second malignancies after in situ breast carcinoma in a population-based registry. *British Journal of Cancer*. 2006; 95: s393 –s 397
- 14) Schaapveld M, Visser O, Louwman WJ, Pax HB. The impact of adjuvant therapy on contralateral breast cancer risk and the prognostic significance of contralateral breast cancer: a population based study in the Netherlands. *Breast Cancer Res Treat*. 2008;110:s189–s197
- 15) Sprundel TCV, Schmidt MK, Rookus MA. Risk reduction of contralateral breast cancer and survival after contralateral prophylactic mastectomy in BRCA1 or BRCA2 mutation carriers. *British Journal of Cancer*. 2005; 93:s 287 – s329.

- 16) Hemminki K, Jianguang J, Asta F. Risks for Familial and Contralateral Breast Cancer Interact Multiplicatively and Cause a High Risk. *Cancer Res*. February 2007; 67 (3): s867-s870
- 17) Chougule Arun. Radiation dose to contra lateral breasts during treatment of breast malignancy by radiotherapy. *J. Cancer Res Ther* . March 2007. Vol. 3 (suple 1)
- 18) Tella S, Occhiato R, Speziale AM, Poggi R, Grasso F. Metachronous tumors of the breast. Mammographic findings. *Radiol Med (Torino)*. 1994 Mar; 87(3):s245-s249
- 19) Burns PE, Dabbs K, Way C, Lees AW, Birkett LR. Bilateral breast cancer in Northern Alberta: risk factors and survival patterns. *Can Med Assoc J*. 1984 Apr; 130(7):s881-s886.
- 20) Chaudary MA, Millis RR, Hoskins EOL. Bilateral Primary Breast Cancer: A prospective study (Protocol No.4). *Br J Surg*. 1984;71:s711-s714.
- 21) Veronesi U, Mariani L, Decensi A, Formelli F . Fifteen-year results of a randomized phase III trial of fenretinide to prevent second breast cancer. *Annals of Oncology*. 2006; 17: s1065–s1071.
- 22) Rojas MP, Telaro E, Russo A, Moschetti I, Coe L, Fossati R, Palli D, Roselli del Turco M, Liberati A. Estrategias de seguimiento para mujeres bajo tratamiento por cáncer de mama precoz (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 23) Base datos no publicada proporcionada por la Jefatura del servicio de Oncología Quirúrgica a cargo del Dr. Germán Castelazo.

16. ANEXOS

Glosario de Términos

- Cáncer de Mama contralateral: Es una lesión metastásica o un segundo cáncer primario en la mama previamente sana, en una paciente con antecedentes de cáncer de mama.
- Cáncer de mama bilateral: Presencia de un tumor maligno primario independiente en cada mama de acuerdo a los criterios de Chaudary et al. Se dividen dependiendo el tiempo de aparición.
- Cáncer de mama metacrónico: Es un segundo tumor que se detecta en la mama contralateral después del diagnóstico y tratamiento de un cáncer de mama (para algunos autores con más de 3-6 meses de diferencia).
- Cáncer de mama sincrónico: Cuando ambos tumores de mama primarios son diagnosticados simultáneamente (para algunos autores con menos de 3-6 meses de diferencia).
- Tumor metastásico o secundario: Es la invasión del tumor mamario primario a la otra glándula mamaria previamente sana, esto puede ocurrir precoz o tardíamente.

(GRAFICA DE GANT.)

	Agosto 2010	Sept. 2010	Octubre 2010	Nov-Dic 2010	Ene- Mar 2011	Abril- Julio 2011
Recopilación información bibliográfica	Xxx	Xxx				
Realización protocolo de investigación		Xxx	Xxx			
Registro del protocolo ante el CLIS				Xxx		
Recolección de datos				Xxx	Xxx	Xxx
Análisis estadístico						Xxx
Impresión y entrega de trabajo terminado.						Xxx

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre: _____

No. Afiliación: _____

Edad: _____ Estado civil: _____ Embarazos: _____

Lactancia: _____ Menarca: _____ Menopausia: _____

Fecha de 1er diagnostico: _____

Tipo histológico del primer cáncer de mama: _____

Fecha del diagnóstico del segundo cáncer de mama: _____

Tipo histológico del segundo cáncer de mama: _____

Si se clasificó como bilateral fue: 1) sincrónico 2) metacrónico

Factores de riesgo que presentaba la paciente:

- 1) Edad menor de 50 años
- 2) tipo histológico
- 3) antecedente personal
- 4) antecedente familiar
- 5) radiación
- 6) etapa clínica.