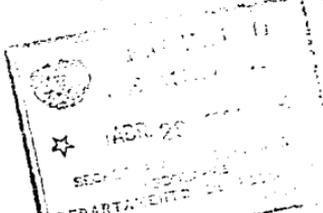




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

217
69
2e

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO "LA RAZA"



CARCINOMA BILATERAL DE MAMA EN EL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN GINECO OBSTETRICIA

P R E S E N T A
EDUARDO TRINIDAD GARCIA LOPEZ



MEXICO, D. F.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



1994

CENTRO MEDICO LA RAZA
Hosp. de Gineco-Obstetricia
Instituto de Enseñanza e Investigación



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 está 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.

T E S I S

CARCINOMA BILATERAL DE MAMA EN EL HOSPITAL DE GINECO
OBSTETRICIA 3 CENTRO MEDICO LA RAZA I.M.S.S.

ASESOR DE TESIS: DR. FIDEL NAVARRO MUÑOZ.

PATOLOGO DEL HOSPITAL GINECO OBSTETRICIA 3
CENTRO MEDICO LA RAZA I.M.S.S.

PRESENTA: DR. EDUARDO TRINIDAD GARCIA LOPEZ
PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECO OBSTERICIA.

MEXICO D.F.

1994

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES.

POR ENSEÑARME QUE LA DISCIPLINA, CONSTANCIA Y AMOR SON
VALORES NECESARIOS PARA PODER HACER REALIDAD MI SUEÑO.

A MI ESPOSA.

POR DARME SU APOYO, COMPRENSION Y AMOR .

A MIS HIJAS.

QUE CON SU ALEGRIA Y CARIÑO ALIMENTARON MI SER PARA QUE
SE HICIERA REALIDAD MI SUEÑO.

A MI HERMANA PATY.

**SIN SU APOYO, AYUDA Y COMPRENSION NO HUBIERA SIDO POSIBLE
TERMINAR MI ESPECIALIDAD.**

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Es generalmente aceptado que la mujer tratada con cancer de mama tiene una alta frecuencia de desarrollar un nuevo tumor en la mama contralateral, en comparación con las mujeres de la población general.

La frecuencia de cancer de mama contralateral ha sido determinada por múltiples investigadores. Estos estudios se han basado en materiales seleccionados, así como distribución por grupo de edad y periodos de observación(1). El carcinoma de mama ha sido convencionalmente catalogado como sincrónico o metacrónico, siendo más frecuente el metacrónico; reportandose en un 8%, apareciendo entre los 5 primeros años después del tratamiento de la lesion inicial (2).

La presencia de un tumor sincrónico bilateral es raro, tan es así que se presenta 1 en 1000 (3). Se han desarrollado diferentes estudios para determinar la incidencia de carcinoma bilateral. Desde biopsia en espejo durante una mastectomía o en estudios postmorten (4,5,6). Se postulan ciertos criterios para diferenciar carcinoma secundario a metastasis de un primario; segun Robbins y Berg y los cuales son:

SITIO:

El carcinoma bilateral primario se localiza principalmente en tejido glandular a diferencia de las metastasis que se localizan en tejido graso. El cuadrante superior externo es el sitio más usual, las metastasis pueden ocurrir en cualquier sitio , pero principalmente en la región interna

de la mama.

PATRON DE CRECIMIENTO:

El cancer bilateral secundario es una lesión multicéntrica; el cancer por metastasis es multiple.

RELACION CON CARCINOMA LOBULAR IN SITU:

El cancer bilateral primario está a menudo asociado con carcinoma in situ , no existiendo lesiones metastásicas.

TIEMPO:

Un tumor que ocurre en la mama opuesta después de 5 años o más posterior a la mastectomía sin otra incidencia de metastasis, es más seguro que se trate de un primario bilateral no simultáneo.

Los resultados histopatológicos muestran que el carcinoma intraductal no aparece estar asociado con un incremento en la frecuencia de carcinoma contralateral de mama, el carcinoma lobular in situ está asociado con un incremento estadístico significativo para desarrollar carcinoma de mama contralateral, sin embargo la frecuencia de carcinoma invasor parece ser relativamente baja. El diagnóstico de carcinoma in situ no parece afectar la supervivencia a 10 años del tratamiento inicial (8) . Así mismo la evidencia de hiperplasia ductal atípica se considera como lesión premaligna particularmente en pacientes jóvenes (9).

La ocurrencia de carcinoma bilateral por grupo de edad ha mostrado que las mujeres de 50 años presentaron un riesgo mayor, comparado con mujeres de 60 años y más (10).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Estos datos apoyan la necesidad de conocer la incidencia del carcinoma bilateral de mama en nuestro Hospital; con la finalidad del diagnostico temprano de lesiones cancerosas en mama opuesta y determinar la influencia a la sobrevida.

OBJETIVO

Determinar la incidencia de carcinoma de mama bilateral en el Hospital de Gineco-Obstetricia 3 Centro Médico la Raza, en pacientes con diagnostico previo de un primario de mama en un lapso de 6 años.

HIPOTESIS

El carcinoma de mama bilateral es más frecuente que la lesión metastásica en el Hospital de Gineco Obstetricia 3 Centro Médico la Raza.

El carcinoma de mama bilateral no es más frecuente que la lesión metastasica en el Hospital de Gineco Obstetricia 3 Centro Médico la Raza.

MATERIAL Y METODO

Se efectuó revision de reportes anatomopatológicos de aquellas pacientes a las cuales se les diagnostico en una o ambas mamas carcinoma. Durante el periodo comprendido de 1988 a 1993. Asi mismo se efectuó revisión del expediente en los casos de carcinoma bilateral.

La etapificación de los pacientes se realizó de acuerdo a la clasificación otorgada por la UICC-AJC en 1977

Tumor primario (T)

T0 No evidencia de un tumor primario.

T1-T4 i: tumor menor de 0.5 cm

ii: tumor de 0.5 cm-0.9cm

iii:tumor de 1.0cm-1.9cm

Compromiso ganglionar.

N0 No metástasis a ganglios axilares homolaterales.

N1 Nodulo movable homolateral sin metástasis en otros sitios.

N1a Nodulos con crecimiento metastásico solamente.

N1b Crecimiento metastásico en ganglios

i Micrometástasis menores a 0.2 cm.

ii Metástasis mayores a 0.2 cm.

iii Metástasis en 4 o más nodulos

iv La extensión de las metástasis alrededor de la capsula nodular.

v Cualquier nodule mayor de 2 cm de diámetro.

RESULTADOS

Se encontró en el periodo de tiempo determinado 1089 pacientes con diagnóstico de carcinoma de mama.

De las cuales correspondieron a los de estirpe epitelial (Carcinoma ductal y Carcinoma canalicular ambos infiltrantes sin patron específico). 1051

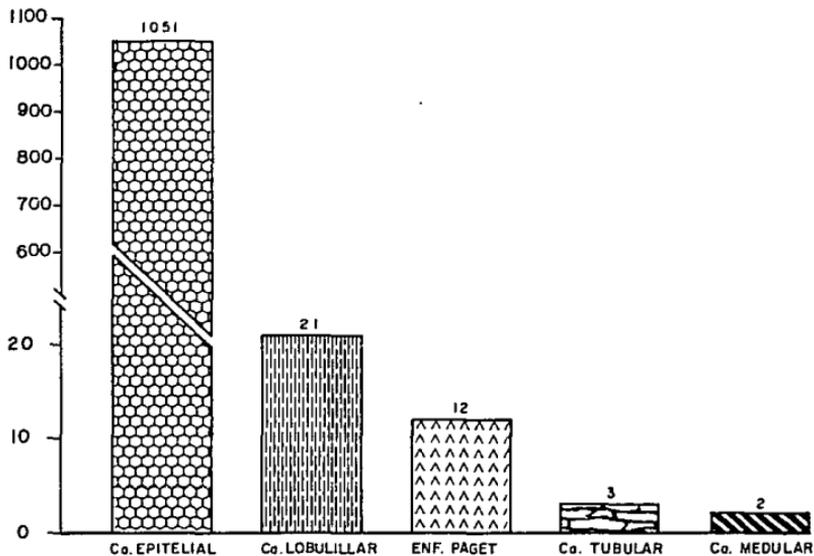
Carcinoma lobulillar sin patron específico 21

Enfermedad de Paget 12

Carcinoma Tubular 3

Carcinoma Medular 2

ESTIRPE HISTOLOGICO DE Ca. DE MAMA EN PERIODO ESTUDIADO



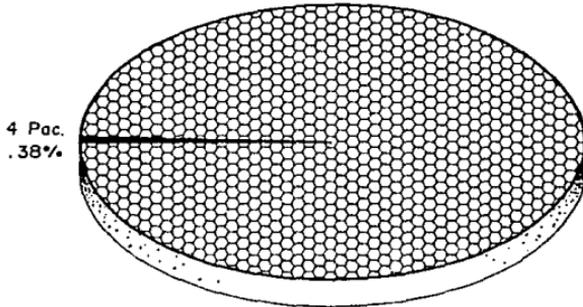
Se encontraron 4 pacientes con carcinoma de mama contralateral dentro del total estudiado.

Representando un porcentaje del .37 %.

Y con respecto a los carcinomas de estirpe histológica estos cuatro pacientes presentaron lesiones epiteliales en mama contralateral representando un porcentaje del .38 % del total de estirpe epitelial.

CARCINOMA EPITELIAL DE MAMA

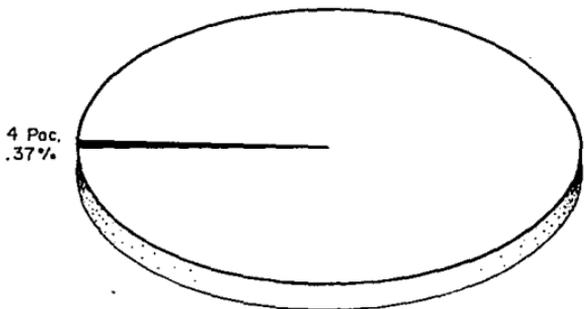
Total Pac. 1051



CARCINOMA DE MAMA CONTRALATERAL

TOTAL DE PACIENTES ESTUDIADAS

Total Pac. 1089



CARCINOMA DE MAMA CONTRALATERAL

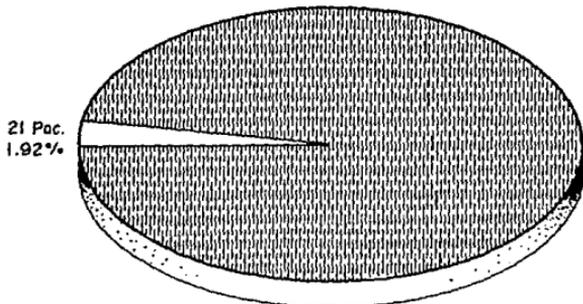
El carcinoma lobulillar el cual presenta una mayor incidencia de lesiones en mama contralateral se presento en un porcentaje del 1.92 % del total de pacientes con carcinoma de mama.

En ningnuna de las pacientes con carcinoma bilateral se presento este carcinoma.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

TOTAL DE PACIENTES ESTUDIADAS

Total Pac. 1089



CARCINOMA LOBULILLAR .

ANTECEDENTES DE LAS PACIENTES CON CARCINOMA EN MAMA
CONTRALATERAL.

Cancino Rodriguez Cutberta reporte Qx 1881-88

Edad 44 años. Antecedentes heredo familiares positivos para carcinoma de mama en madre. Menarca a los 14 años G:V P:II C:III. con antecedente de mastectomía radical derecha en 1985, desconociendose variedad. En 1988 se diagnostica carcinoma canalicular infiltrante sin patron especifico en cuadrante superior externo de mama izquierda. Presentandose carcinoma como bilateral metacrónico de 9x6 clasificación TNM. T4 N0.

Rodriguez Benitez Maria reporte Qx 4227-91

Edad 34 años Antecedentes Familiares sin importancia. Menarca a los 13 años G:III P:III con antecedente de uso de hormonales de deposito por 14 años.

Ier carcinoma diagnosticado en 1989 reportandose como carcinoma ductal infiltrante sin patron especifico de mama izquierda cuadrante superior externo.

2o carcinoma 1991 en mama derecha Carcinoma canalicular infiltrante de .8x.8 cm clasificacion TNM. T1 ii N0. presentandose como doble primario bilateral metacrónico.

Leon Maturano Martha revisión de laminillas RL 3788-93; RL 4340-93; RL 4567-93.

Edad 33 años sin antecedentes familiares de importancia. Menarca a los 13 años G:II P:II lactancia negativa no uso de hormonales.

Ier carcinoma en mama derecha 1992 con diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante. cuadrante superior externo. 2o. 1993 diagnostico de carcinoma in situ de mama izquierda cuadrante superior externo. Clasificación TNM. T1 N0 , Presentandose como bilateral metacrónico.

Zitle Lopez Atilia reporte Qx 115-90; 3899-90; 5242-90.

Edad 65 años sin antecedentes familiares de importancia. Menarca 11 años G:VII P:I A:VI ; lactancia por 3 meses no uso de hormonales. A los 16 años refiere mastectomía izquierda desconociendose variedad en 1990 en mama derecha se diagnostica carcinoma ductal infiltrante escirro de 1.4x.6cm. Clasificación TNM. T1 iii , N0. presentandose como bilateral metacrónico.

HALLAZGOS MAS RELEVANTES

EDAD	AHF	USO HORMONALES	LACTANCIA	ESTIRPE	LOC.
44	+	NO	NO	EPIT	CSE
34	-	SI	NO	EPIT	CSE
33	-	NO	NO	EPIT	CSE
65	-	NO	NO	EPIT	CSE

CONCLUSIONES

Durante el presente estudio se observo una frecuencia baja del carcinoma de mama bilateral en comparación con los porcentajes descritos por diferentes autores (1,2). Este resultado es debido a diferentes factores que analizaran a continuación.

Es necesario efectuar un seguimiento de aquellas pacientes a las que se detecto Carcinoma lobulillar, con la finalidad de detectar lesiones in situ en mama contralateral, y de forma indirecta completar frecuencia en nuestro Hospital del carcinoma de mama bilateral .

A pesar de que se ha reportado en la literatura la frecuencia de carcinoma bilateral y que se han realizado diferentes estudios para detectar lesiones tempranas en mama contralateral como biopsia en espejo, cuadrantectomía así como estudios postmorten (4,5,6). En nuestro medio estos procedimientos no son realizados con mucha frecuencia, por ejemplo solo en una paciente a la cual se le diagnostico porestudio histopatológico transoperatorio carcinoma lobulillar se decidio realizar biopsia en espejo en mama contralateral, a las veinte pacientes restantes no se les efectuó ningun procedimiento diagnostico en mama contralateral durante los 6 años de revisión de este estudio.

Con respecto a las pacientes a las que se les diagnostico carcinoma en mama contralateral se pueden observar los siguientes datos.

La herencia solo se presento como hallazgo importante en una paciente, es reconocido que el antecedente de carcinoma de mama en familiares de rama directa aumenta la frecuencia de padecer carcinoma en mama contralateral con respecto al resto de la población (5).

El artículo de Hans-Olov (1) se reporta que cuando se efectua diagnostico de carcinoma de mama a temprana edad la incidencia de carcinoma en mama contraletaral aumenta. esto se corroboro en esta revisión donde se observo que las cuatro pacientes presentaron el primer carcinoma en promedio a la cuarta decada de la vida. la excepción es la paciente a la cual se le efectuo mastectomia a los 16 años.

Otro dato importante es que ninguna paciente dio lactancia al seno materno excepto una siendo por breve tiempo.

A pesar de ser el carcinoma lobulilar el más frecuente en presentar bilateralidad, se observo en las pacientes detectadas el predominio de carcinoma de origen epitelial en todos los casos, asi como la conducta de presentarse en forma metacrónica uno a tres años después del primer diagnóstico.

Se corrobora que estos tumores no fueron metastasis del primero diagnosticado, ya que se encontro otro diferente en la mama contralateral. Llegando a confirmar la hipotesis de que el carcinoma que afecta a la mama contralateral es más frecuente que sea relacionado con un primario metacrónico que lesiones metastásicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- AGE AT FIRTS PRIMARY AS A DETERMINAT OF THE INCIDENCE OF BILATERAL BREAST CANCER. HANS-OLOV,MD. REINHOLD BERGSTROM, PHD AND JORGEN HANSEN.
CANCER 55: 643-647,1985.
- 2.- PATHOLOGIC FINDINGS FROM THE NATIONAL SURGICAL ADJUVANT BREAST PROJECT. EDWIN R.FIDHER, MD. ET AL. CANCER 54:3002-3011 , 1984.
- 3.- PATHOLOGIC FINDINGS FROM THE NATIONAL SURGICAL ADJUVANT BREAST PROJECT. EDWIN R. FISHER, MD ET AL. CANCER 35;247-254. 1975.
- 4.- CONTRALATERAL CANCEROUS BREAST LESIONS IN WOMEN WITH CLINICAL INVASIVE BREAST CARCINOMA. MAJA NIELSEN,MD. LISE CHRISTENSEN, MD JOHAN ANDERSEN MD CANCER 57:897-903. 1986.
- 5.- BILATERAL CARCINOMA OF THE FEMALE BREAST. THORBJORN BERG AND GOREL OSTBERG. ACTA CHIR SCAND 140: 27-32. 1974.
- 6.- BILATERAL BREAST CANCER.
J.A.URBAN, MD ET AL. CANCER 40: 1968-1973, 1977.
- 7.- BILATERAL BREAST CANCER AT THE JOHNS HOPKINS HOSPITAL. EDWARD F. ET AL CANCER NOV. 1971 vol. 78 1927-1301.
- 8.- RISK OF SUBSEQUENT CONTRALATERAL BREAST CARCINOMA IN A POPULATION OF PATIENTS WITH IN SITU BREAST CARCINOMA. BRUCE L. WEBER, MD CANCER 47:2928-2932, 1981.

9.- SYNCHRONOUS AND METACHRONOUS CARCINOMA OF THE BREAST.

J.KIRK MARTIN JR. ET AL. SURGERY JAN 1982 vol191 no.1
12-16.

10.-BILATERAL PRIMARY BREAST CANCERS.

GUY F. ROBBINS, MD AND JOHN W. BERG , MD CANCER DEC.
1964 vol 17; 1501-1527.