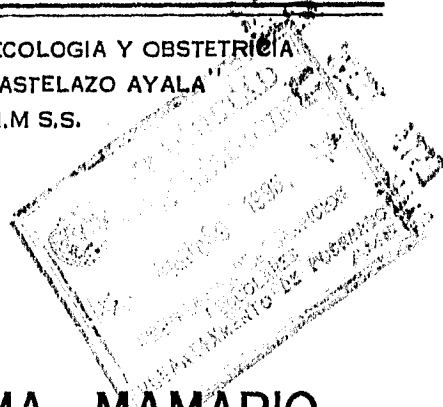


11217 91 2y



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
"DR. LUIS CASTELAZO AYALA"
I.M.S.S.



CARCINOMA MAMARIO BILATERAL

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:
DR. EFREN O. MENDEZ TREVI^{claviano}LLA



IMSS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ASESOR: DR. FEDERICO HERNANDEZ ESCORZA



MEXICO D. F. "LUIS CASTELAZO AYALA"
IMSS

1996



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CARCINOMA MAMARIO BILATERAL

INTRODUCCION:

La primera publicación acerca de un carcinoma mamario bilateral la realizó William Nisbett en 1800 (1). Kilgore en 1921 publicó un estudio mas detallado (2). Bloodgood (3), en el mismo año demostró que casi 7% de las pacientes con cáncer del seno tratadas con mastectomía presentaban ulteriormente un tumor en la mama opuesta. Foote y Stewart en 1945 (4), describieron su multicitada frase de que "El antecedente mas frecuente de cáncer en un seno es la historia de haber tenido cáncer en el seno opuesto".

El cáncer de mama puede ser sincrónico o simultáneo y metacrónico o sucesivo (3,5). El primero se define como aquel que se diagnostica simultáneamente o dentro del primer mes siguiente al diagnóstico del primero.

Chaudary y cols. (1), establecieron el diagnóstico diferencial entre un segundo primario y una metástasis mediante los siguientes criterios:

1. La presencia de carcinoma in situ en el tumor contralateral es una prueba absoluta de que la lesión contralateral es un tumor primario.
2. El tumor en el segundo seno corresponde a un nuevo primario si el tipo histológico es diferente del cáncer del primer seno.

3. El carcinoma en el segundo seno se considera como segundo primario si el grado de diferenciación histológica es distinto o mayor que el de la lesión primaria.

4. En ausencia de diferenciación histológica definitiva un carcinoma del seno es compatible con una lesión independiente en ausencia de metástasis locales, regionales o distantes.

5. El patrón mastográfico también es diferente ya que el tumor metastásico tiende a ser menos difuso, se asocia a edema de la mama, no presenta microcalcificaciones y carece de proyecciones digitiformes.

La frecuencia del carcinoma mamario bilateral, Kilgore y Cols (2) la establecieron entre 7 y 10%, Rutqvist y cols. (6) en pacientes a quienes se les dio tamoxifén como terapia adjuvante, encontró 7% de carcinoma bilateral. Leis y cols. (7,8) en un resumen de 22 artículos publicados antes de 1965, encontraron una incidencia de 1 a 20% de cáncer de mama bilateral. La presentación sincrónica ocurrió en 0.1% a 2.0% mientras que la enfermedad metacrónica se presentó en 1 a 12% de los casos, con un promedio de 7%. Esta variación entre ambas estuvo en función del seguimiento. Robbins y Berg (2) notaron que 1% de las pacientes desarrollaron un cáncer en el seno contralateral por cada año de sobrevivida siguiente al tratamiento para el cáncer del primer seno, y que el riesgo total de desarrollar un cáncer en el segundo seno era cinco veces mayor que en la población general.

FACTORES DE RIESGO:

EDAD: Las pacientes que desarrollan un carcinoma bilateral generalmente son mas jóvenes, Bodian y Haagensen (9) Y Robbins y Berg (2) en un estudio a largo plazo en pacientes tratadas con mastectomía notaron que las pacientes que desarrollaron su cáncer inicial antes de los 50 años tenían un riesgo 10 a 14 veces mayor de desarrollar cáncer en el seno contralateral, comparadas con mujeres de 70 años cuyo riesgo fue 2 veces mayor. En el estudio del Birmingham Regional Cancer Center el riesgo fue de 5.6 para pacientes de 15 a 44 años, de 3.7 para mujeres de 45 a 59 años y de 1.8 para pacientes de 60 años o mas. En un estudio del SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results) publicado por Hankey y cols (10) en 1994, el riesgo para mujeres de 20 a 29 años fue de 79.6, y de 1.8 para enfermas de 50 años. Después de 10 años de la presentación del primario, el riesgo fue de 15.4 para las mas jóvenes y de 1.6 para las de mayor edad.

HISTORIA FAMILIAR.

Haile y cols (11) encontraron una alta prevalencia de carcinoma mamario bilateral entre 35 familias con carcinoma familiar premenopáusicas y Anderson y cols (12) observaron datos similares entre familiares de primer grado con cáncer del seno. Chaudary y cols (13) en 54 mujeres con historia familiar de cáncer del seno tuvieron 45% de carcinoma

bilateral en contraste con 23 % de pacientes con carcinoma unilateral.

PATOLOGIA:

Rosen (14) encontró 9% de bilateralidad del carcinoma lobulillar in situ. Leis y cols (15) y Pressman (16) describieron una tasa de bilateralidad de 25 a 40% detectada por varios métodos diagnósticos incluyendo mastectomías profilácticas y biopsias electivas del seno contralateral. Los carcinomas lobulillares se presentaron en 28% y los ductales en 22%. Curiosamente los carcinomas medulares y los carcinomas ductales de bajo grado tuvieron una bilateralidad mas frecuente.

RECEPTORES ESTROGENICOS.

Kiang y cols (17) reportaron 11 pacientes con cánceres del seno simultáneos y 8 tuvieron receptores estrogénicos positivos en ambos tumores, 2 fueron negativos en ambos sitios y uno asimétrico. Por otra parte 5 de 7 carcinomas bilaterales metacrónicos tuvieron receptores negativos. En pacientes con carcinomas bilaterales metacrónicos si los Receptores progesteracionales fueron positivos en ambos tumores el intervalo entre ambos carcinomas fue mayor que cuando ambos fueron negativos o discordantes (18).

DETECCION:

Los principales medios de detección del carcinoma del seno bilateral son el examen clínico la mastografía y la biopsia.

Seguimiento:

Adair en 30 años de seguimiento encontró 3.8% de cáncer contralateral de 0 a 4 años, 3.1% de 5 a 9 años y 1.6% de 25 a 29 años.

Mastografía.

La mastografía constituye uno de los principales elementos para diagnosticar oportunamente el cáncer del seno contralateral, Mellink (19) en 880 pacientes con cáncer del seno encontró 3% de carcinomas en el seno opuesto de 1975 a 1987 y en 411 pacientes de 1971 a 1984, 35% de las pacientes tuvieron un carcinoma de menos de 10 mm o in situ y 75% de estas tuvieron ganglios negativos. De esto se concluye que la mastografía anual es un método útil para la detección temprana del cáncer del seno bilateral comparado con el seguimiento por examen físico.

Biopsia contralateral:

La bilateralidad del cáncer del seno ha sido reportada en 14%. La mayoría de los cánceres son in situ. Pressman (16) seleccionó 651 pacientes tratadas de carcinoma del seno, para biopsia contralateral y encontró una incidencia de cáncer bilateral de 16.7%, de estas 12.5% fueron carcinomas infiltrantes y 87.5% fueron carcinomas in situ. Urban por su parte encontró 15% de incidencia de cáncer del seno contralateral en su serie de pacientes que sobrevivieron a la mastectomía radical extendida por 10 años (2, 22).

Pronóstico.

En un reporte reciente, por Fracchia y cols (20), 403 pacientes con carcinoma mamario bilateral fueron observadas al menos durante 10 años después del tratamiento del segundo primario. Pacientes con cáncer simultaneo bilateral etapa I, tuvieron una tasa de recurrencias total de 29% comparada con 16% a 10 años de tasa de recurrencias para carcinomas unilaterales estadio I. No obstante en general la mayoría de los autores están de acuerdo en que el pronóstico es similar tanto en pacientes con carcinomas unilaterales como en pacientes con carcinomas bilaterales sincrónicos o metacrónicos (21, 22).

MANEJO DEL SENO CONTRALATERAL:

Al momento del manejo de un carcinoma del seno debe ser cuidadosamente evaluado el seno contralateral tanto por examen clínico como por mastografía. En el caso de que existan lesiones sospechosas estas deben ser evaluadas mediante biopsia. El tratamiento para las pacientes con carcinoma mamario sincrónico o metacrónico es igual que para aquellas que con carcinoma unilateral dependiendo de la etapa clínica y de las indicaciones y contraindicaciones para cirugía conservadora.

PROPOSITO.

Determinar las características clínicas del carcinoma mamario bilateral para poder detectar mas oportunamente al segundo carcinoma y consecuentemente tener una mayor sobrevivida de las pacientes afectadas de esta patología.

OBJETIVOS:

1. Determinar la frecuencia del carcinoma bilateral en el Hospital de Gineco obstetricia "Luis Castelazo Ayala".
2. Identificar los factores de riesgo de esta patología
3. Analizar el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de estas pacientes.
4. Proponer métodos para el diagnóstico temprano de esta entidad clínica.
5. Comparar nuestros resultados con los de la bibliografía mundial.

MATERIAL Y METODOS:

Se analizaron los expedientes de 60 enfermas con carcinoma mamario bilateral tratadas en este hospital desde el 1° de enero de 1986 hasta el 1° de enero de 1994. Se evaluaron:

1. Frecuencia del carcinoma mamario bilateral sincrónico.
2. Frecuencia del carcinoma mamario bilateral metacrónico.
3. Factores de riesgo como edad, menarca temprana, nuliparidad, paridad tardía, menopausia tardía e historia familiar de cáncer del seno.

4. Fecha del diagnóstico del primario, etapa clínica, tipo histológico y tratamiento.

5. Fecha del diagnóstico del segundo primario, etapa clínica, tipo histológico, tratamiento, intervalo libre de enfermedad y sobrevida.

MATERIAL DE INVESTIGACION:

1. Expedientes clínicos y hojas de información de patología.

Criterios de Inclusión:

a. Todas las pacientes con diagnóstico de carcinoma mamario bilateral atendidas en esta unidad.

b. Todas las pacientes con el diagnóstico del primario en otras instituciones pero que ulteriormente fueron tratadas en este hospital.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Todas las pacientes con metástasis locorregionales o a distancia en el momento del diagnóstico del segundo primario.

RESULTADOS:

De 1986 a 1994 se atendieron un total de 3,366 pacientes con carcinoma mamario, de estas presentaron carcinoma mamario bilateral, lo que nos da una frecuencia de 1.78 %. De estos 23% fueron sincrónicos o simultáneos y 77% metacrónicos o subsecuentes (Fig 3).

El promedio de edad de las pacientes fué de 53.65 años, con un rango de 25 a 77 años. Predominaron las pacientes de 50 a 64 años de edad con 41.66 % del total. Mujeres

premenopáusicas representaron 43.33% de las pacientes y mujeres postmenopáusicas 56.66%. (fig 1).

FACTORES DE RIESGO:

La historia familiar de carcinoma mamario se presentó en 26.6% de las enfermas; menarca temprana, es decir antes de los 12 años en 28.3%; nuliparidad en 14 de las mujeres; y paridad tardía, menopausia tardía y uso prolongado de hormonales orales en 12 pacientes (20%) (fig.2).

El tumor primario se presentó en 50% de las pacientes en el seno izquierdo, en 27% en la mama derecha y 23% fue bilateral o sincrónico (fig.4).

Los segundos primarios como es obvio se presentaron en la misma proporción en la mama contralateral (Fig 5)

ETAPA CLINICA:

En los carcinomas primarios hubo un franco predominio de las etapas II B, IIIA y IIIB (58.3%). Las etapas 0, I y IIA se presentaron en 20% de las pacientes. En proporción muy similar se presentaron las pacientes que no fueron etapificadas por haber sido tratadas fuera de nuestro Hospital. En ellas incluimos 2 casos de carcinoma inflamatorio que aunque corresponde a la etapa IIIB por sus características particulares se separó del grupo. Lo mismo hicimos con la enfermedad de Paget que aunque se presento en un solo caso, no fue etapificada (Fig 6).

Las etapas I, IIA y IIB e incluso la etapa 0 fueron las mas frecuentes en el diagnóstico del carcinoma bilateral metacrónico (71.6%) (fig 7). Hubo pocos casos de las etapas IIIA y IIIB, pero hubo un incremento de los carcinomas inflamatorios (10%). y de los carcinomas en etapa 0 (8.3%).

El tipo histológico predominante fue el carcinoma ductal infiltrante sin patrón específico (76.6%), otros tipos histológicos como el medular, mucinoso, carcinoma apocrino, Paget, lobulillar y ductal in situ fueron mínimos (fig.8).

El tipo histológico de los carcinomas metacrónicos vario en la frecuencia. El Ductal sin patrón específico disminuyó a 60%, y el lobulillar con patrón clásico se incrementó a 20%, También hubo un leve incremento de los carcinomas ductales in situ (6.6%), y del carcinoma inflamatorio (fig 9).

TRATAMIENTO:

En el tratamiento del primario la mastectomía radical modificada y la mastectomía tipo Halsted se emplearon en 81.66 % de las pacientes, en tanto que la cuadrantectomía con disección radical de axila y radioterapia solo se realizó en 6 pacientes (10%) (fig.10). En el tratamiento del segundo primario o carcinoma metacrónico la mastectomía disminuyó a 60% y la cuadrantectomía se incremento a 31.6%, La mastectomía radical de tipo Halsted se redujo a la mitad.

INTERVALO ENTRE EL DIAGNOSTICO DEL PRIMARIO Y EL METACRONICO.

La mayoría de los carcinomas metacrónicos se presentaron dentro de los 10 meses subsiguientes al tratamiento o los 10 años ulteriores (51.66%), Los restantes se presentaron, entre 11 y 30 años mas tarde (18.3%) (Fig 12).

SOBREVIDA:

La sobrevida después del diagnóstico del segundo primario es de 85%, Nueve pacientes fallecieron por metástasis pulmonares y hepáticas, Una paciente con mets. cerebrales continua sin actividad encefálica después de 6 años de haber recibido radioterapia para las metástasis cerebrales. Tenemos dos pacientes con metástasis cutáneas en coraza cuyo estado general se ve muy deteriorado. Cuatro pacientes con recurrencias locales o regionales después de cuadrantectomía o tumorectomía fueron tratadas con mastectomía radical modificada o con mastectomía total (fig.13).

DISCUSION:

En nuestro estudio encontramos que el promedio de la edad de presentación del segundo primario fue de 53.6 años es decir similar al de los carcinomas unilaterales. Otros autores como Smith y cols (23) han encontrado un promedio de edad de 48 año, pero otros autores como Robins y Berg (2), McSweeney e Egan (24) y Adami y cols (25) encontraron un promedio de 54.7 y 53.5 años. Horn y Thompson (26) encontraron datos similares.

La frecuencia del carcinoma mamario bilateral en este hospital fue de 1.78%. Smith y cols. (23) encontró una incidencia de 2%. Leis y Urban (3,5,7,8,15) encontraron una frecuencia de 0.2 a 2% en los carcinomas bilaterales sincrónicos, con un promedio de 0.5% y de 7% para los carcinomas metacrónicos. La frecuencia se incrementó alrededor de 1% por año de sobrevivida. En el estudio del National Surgical Adjuvant Breast Project en el seguimiento de 1 a 67 meses encontraron únicamente 52 casos que equivale a 1.9%, es decir tasa muy similar a la encontrada por nosotros.

El factor de riesgo mas importante para que una paciente presente un segundo carcinoma en la otra mama es el antecedente de carcinoma en un seno (4).

La historia familiar de carcinoma mamario en nuestro estudio fue de 26.6%. Chaudary y cols (13), encontraron una frecuencia de carcinoma mamario bilateral de 44%. Horn y Thompson señalaron un Riesgo Relativo para un segundo primario, de 1.4 a 4.6 para familiares con cáncer del seno en primer grado y de 1.1 a 5.7 para familiares de segundo grado. Cuando el antecedente es en la madre el riesgo es de 1.7, pero cuando es en la madre y la hermana se incrementa de 1.3 a 5.4. Esto indica que el efecto de la hermana es significativamente mayor que el de la madre.

Haile y cols (11) encontraron un riesgo muy alto para

carcinoma mamario bilateral en 35 familias cuyo análisis cromosómico demostró una alteración del gene localizado en la banda D17S74 del cromosoma 17q. Eng y cols (27) han señalado una fuerte asociación entre cáncer del seno bilateral familiar, mujeres premenopáusicas, o jóvenes y múltiples primarios. La mayoría de estas pacientes son menores de 30 años, En su etiología esta involucrado el gen BRCA1.

La nuliparidad, menarca temprana, menopausia tardía, y uso prolongado de hormonales orales son factores de riesgo, para carcinoma mamario pero también tienen una gran influencia en el origen del carcinoma mamario bilateral.

La frecuencia mas alta encontrada en nuestro estudio de los carcinomas en la mama izquierda es mas bien casual ya que no existen otros estudios que describan estos hallazgos.

La etapa clínica en el diagnóstico del primer carcinoma fue mas alta que para el diagnóstico del segundo primario. En el primer caso predominaron las etapas IIB, IIIA y IIIB, en tanto que en los segundos, las etapas I, IIA y IIB, esto es natural ya que estas pacientes generalmente están bajo vigilancia estrecha, los casos en los cuales la paciente no acudía con regularidad a sus citas fueron los que llegaron en etapas avanzadas. En el diagnóstico temprano definitivamente el examen clínico y la mastografía son las armas mas importantes, y ello se debe a que en la mayoría

de los centros oncológicos, la detección es temprana. Nielsen y cols. (28) encontraron en el examen postmortem de 71 autopsias, microcalcificaciones, densidades asimétricas y cambios radiológicos en 24 pacientes con carcinomas in situ y en 22 con carcinomas infiltrantes ductales o lobulillares. Metástasis las encontraron en 12 pacientes y ausencia de cambios malignos en 13. El examen físico demostró que 87% de los casos eran lesiones ocultas. Esto nos confirma la importancia de la mastografía en la evaluación de la otra mama.

Si bien en nuestro estudio no hubo grandes cambios en el tipo histológico en relación al primario, si es de notar que aumentó la frecuencia de los carcinomas in situ y del lobulillar. El primero como consecuencia de la vigilancia radiológica y el segundo por su mayor frecuencia de bilateralidad.

El tratamiento instituido a nuestras enfermas, para el carcinoma primario fue mas radical debido fundamentalmente a que muchas de ellas fueron tratadas no solo fuera de la unidad sino antes de 1982, cuando aun no se iniciaba en México el tratamiento conservador del cáncer del seno. En el tratamiento del segundo primario la cuadrantectomía con D.R.A. y radioterapia se efectuó con mas libertad debido a que muchas pacientes se encontraban en etapas clínicas tempranas. Las terapias adjuvantes para las etapas I y II

del cáncer del seno estuvieron en función del tipo de tratamiento, el tipo histológico del tumor, la presencia de ganglios axilares metastásicos y la edad de la paciente; de tal suerte que muchas pacientes recibieron radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia. La misma situación se observó en los carcinomas metacrónicos.

El intervalo entre la enfermedad inicial y la secundaria varió considerablemente, sin embargo un hecho evidente que obliga a vigilar mas estrechamente a las pacientes es que muchas de ellas desarrollaron el carcinoma metacrónico, después de los 10 años, y algunas aun después de los 20. De tal forma que el considerar a una paciente curada cuando ha rebasado los 10 años post-tratamiento es una falacia que puede retrasar el diagnóstico y el tratamiento en aquellas pacientes con vigilancia anual. La sobrevida de 85% en nuestras pacientes es alta pues debemos considerar que había un grupo grande de enfermas con etapas IIIA y IIIB Esto puede deberse al corto periodo de vigilancia después del tratamiento del segundo primario. Nos falta evaluar a largo plazo la sobrevida después del tratamiento del segundo primario ya que en este la mayoría de las pacientes se encuentran por abajo de los 5 años de vigilancia.

CONCLUSIONES

1. El carcinoma mamario bilateral se presenta a una edad similar a la del carcinoma unilateral.
2. La edad promedio es de 53.65 años.
3. Los Factores de Riesgo no son diferentes que los del carcinoma mamario unilateral, pero si se observa una mayor frecuencia de pacientes jóvenes, con una latencia muy prolongada.
4. El diagnóstico oportuno del carcinoma bilateral se basa fundamentalmente en el control mastográfico periódico, ya que el examen físico solo descubre lesiones grandes.
5. La etapa clínica generalmente es mayor cuando se diagnostica el primer carcinoma que cuando se diagnostica el segundo.
6. El tipo histológico varia en cuanto a frecuencia, ya que en el primario existen pocos carcinomas in situ y lobulillares, en el carcinoma metacrónico se incrementan los carcinomas ductales in situ, los lobulillares y los inflamatorios, probablemente por la falta de una vigilancia estrecha.
7. En el tratamiento del carcinoma mamario bilateral tiene un lugar preponderante la cirugía conservadora siempre y cuando

se tengan los recursos para efectuar un buen seguimiento de las pacientes.

8. La vigilancia mas estrecha de las pacientes con cáncer del seno tanto clínica como mastográfica permitirá detectar oportunamente los carcinomas metacrónicos.

9. El Pronóstico para el carcinoma bilateral es equiparable al del carcinoma unilateral.

10. La detección de carcinomas in situ permitirá una sobrevida mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CHAUDARY, M.A., MILLIS, R.R., HOSKINS, E.O.L. ET AL. BILATERAL PRIMARY BREAST CANCER: A PROSPECTIVE STUDY OF DISEASE INCIDENCE. BR. J. SURG.,1984; 71:711-114.
2. ROBINS, F.G., AND BERG, W.J. BILATERAL PRIMARY BREAST CANCERS. CANCER;1964;17:1501-1527.
3. URBAN, J.A. BILATERALITY OF CANCER OF THE BREAST. CANCER,1967;20:1867-1870.
4. FOOTE FW AND STEWART FW. COMPARATIVE STUDIES OF CANCEROUS VS NONCANCEROUS BREASTS I AND II. ANN SURG 1945, 191: 6 PART I, 197: PART II.
5. URBAN A J, BILATERAL BREAST CANCER. CANCER, 1969, 24: 1310-1313.
6. RUTQVIST EL, CEDERMARK B, GLAS U. ET AL. CONTRALATERAL PRIMARY TUMORS IN BREAST CANCER PATIENTS IN A RANDOMIZED TRIAL OF ADJUVANT TAMOXIFEN THERAPY. J NATL CANCER INST. 1991, 83:1299-1306.
7. LEIS HP. JR. BILATERAL BREAST CANCER . SURG CLIN NORTH AM 1978;58:833-841.
8. LEIS HP JR. URBAN JA. THE OTHER BREAST. IN GALLAGER HS, LEIS HP JR SNYDERMAN RK, URBAN JA EDS. THE BREAST. ST LOUIS :CV MOSBY CO, 1985;487-496.
9. BODIAN C, HAAGENSEN CD. BILATERAL CARCINOMA OF THE BREAST IN: HAAGENSEN CD, ED: DISEASE OF THE BREAST, ED PHILADELPHIA WB SAUNDERS, 1986, 440-461.

10. HANKEY FJ, MILLER B, CURTIS R,M AND KOSARY C. TRENDS IN BREAST' CANCER IN YOUNGER WOMEN IN CONTRAST TO OLDER WOMEN. J NCI. MONOGRAPHS NO 16, 1994; 7-14
11. HAILE WR, CORTESSIS KV, MILIKAN R. ET AL. A LINKAGE ANALYSIS OF D17S74 (CMM86) IN THIRTY-FIVE FAMILIES WITH PREMENOPAUSAL BILATERAL BREAST CANCER. CANCER RES 1993;53:212-214.
12. ANDERSON DE, BADZIOCH MD. BILATERALITY IN FAMILIAL BREAST CANCER. CANCER 1985;56:2092-2098.
13. CHAUDARY MA, MILLIS RR, PATH MRC ET AL. FAMILY HISTORY AND BILATERAL PRIMARY BREAST CANCER. BREAST CANCER RES AND TREAT. 1985;5:201-205.
14. ROSEN, P.P. GROSHEN,S., KINNE, W.D. CONTRALATERAL BREAST CARCINOMA. SURGERY, 1989;106:904-910.
15. LEIS PH. SELECTIVE, ELECTIVE, PROPHILACTIC CONTRALATERAL MASTECTOMY. CANCER, 1971;28:956-961.
16. PRESSMAN IP. SELECTIVE BIOPSY OF THE OPPOSITE BREAST. CANCER 1986;57:577-580.
17. KIANG DT, KENNEDY BJ, SNOVER DC. BIOLOGICAL AND HISTOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SIMULTANEOUS BILATERAL BREAST CANCER . LANCET 1980;2:1105-1107, 1980.
18. HOLDAWAY IM, MASON BH, BENNETT RC, ET AL ESTROGEN RECEPTORS IN BILATERAL BREAST CANCER. CANCER, 1988;62:109-113
19. MELLINK WAM, HOLLAND R, HENDRIKS JHCL. ET AL. THE CONTRIBUTION OF ROUTINE FOLLOW-UP MAMMOGRAPHY TO AN EARLY

DETECTION OF ASYNCHRONOUS CONTRALATERAL BREAST CANCER.
CANCER, 1991;67:1844-1848.

20. FRACCHIA AA, ROBINSON D, LEGASPI A, ET AL. SURVIVAL IN
BILATERAL BREAST CANCER. CANCER 1985;55:1414-1421.

21. FISHER ER, FISHER B, SASS R ET AL. PATHOLOGIC FINDINGS
FROM THE NATIONAL SURGICAL ADJUVANT BREAST PROJECT (
PROTOCOL BO4) XI. BILATERAL BREAST CANCER. CANCER
1984;54:3002-2011.

22. DONEGAN WL, PEREZ-MEZA CM, LOBULAR CARCINOMA- AN
INDICADOR FOR ELECTIVE BIOPSY OF THE SECOND BREAST. ANN SURG
1972;176:178-

23. SMITH, L.B., BERTAGNOLLI, M. KLEIN, B.B. ET AL.
EVALUATION OF THE CONTRALATERAL BREAST. ANN SURG,
1992;216:17-21

24. MCSWEENEY AND EGAN R.L. BILATERAL BREAST CARCINOMA.
CANCER RES, 1984;90:41-48.

25. ADAMI, H.O., BERGSTROM, R., HANSEN, J. AGE AT FIRST
PRIMARY AS A DETERMINANT OF THE INCIDENCE OF BILATERAL BREAST
CANCER. CANCER, 1985;55:643-647.

26. HORN, P., THOMPSON, D. RISK OF CONTRALATERAL BREAST
CANCER. ASSOCIATIONS WITH FACTORS RELATED TO INITIAL BREAST
CANCER. AM J EPIDEMIOLOGY, 1988;128:309-323.

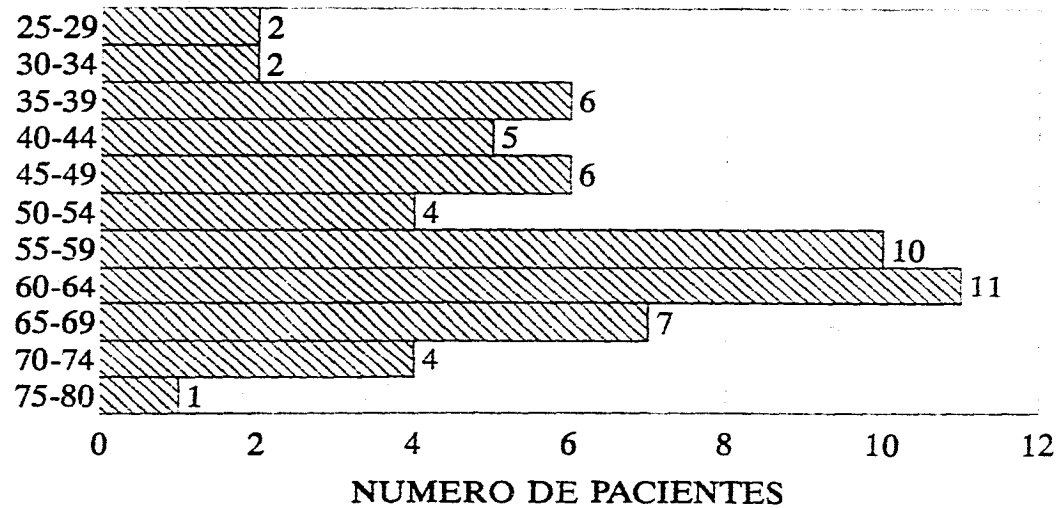
27. ENG, CH., STRATTON, M., PONDER, B., MURDAY, V. ET AL.
FAMILIAL CANCER SYNDROMES. THE LANCET, 1994;343:709-713.

28. CHRISTENSEN , N.M., ANDERSEN, J.A. CONTRIBUTIONS TO THE
DIAGNOSIS OF CONTRALATERAL MALIGNANCIES IN WOMEN WITH
INVASIVE BREAST CANCER. CANCER RES. 1987;105:124-129.

CARCINOMA MAMARIO BILATERAL

EDAD

EDAD

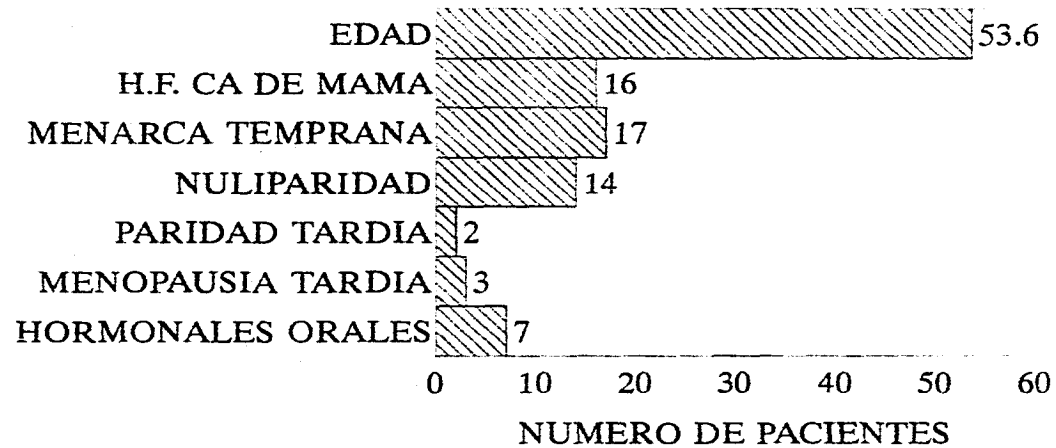


HGO "LUIS CASTELAZO AYALA"
FIG.1

CARCINOMA MAMARIO BILATERAL

FACTORES DE RIESGO

FACTORES DE RIESGO

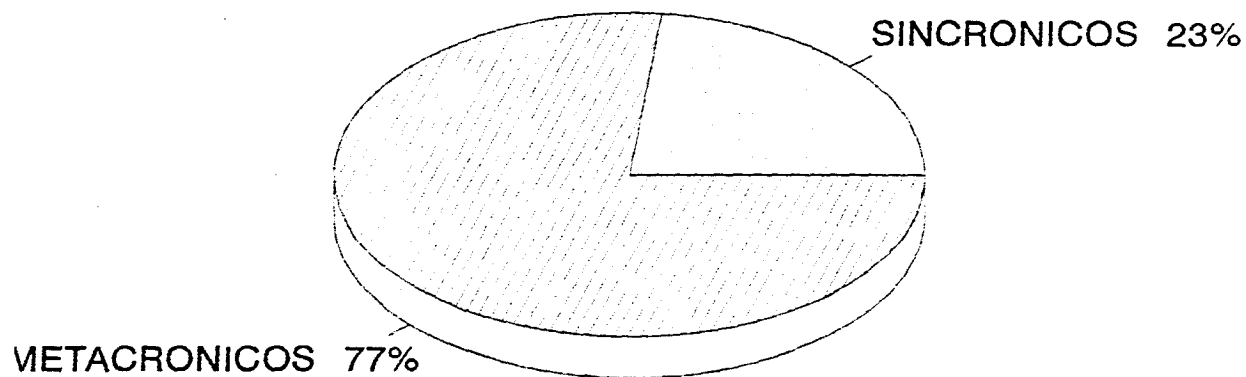


FACTORES 53.6 16 17 14 2 3 7

HGO "LUIS CASTELAZO AYALA"
FIG.2

CARCINOMA MAMARIO BILATERAL

TIPO DE PRESENTACION

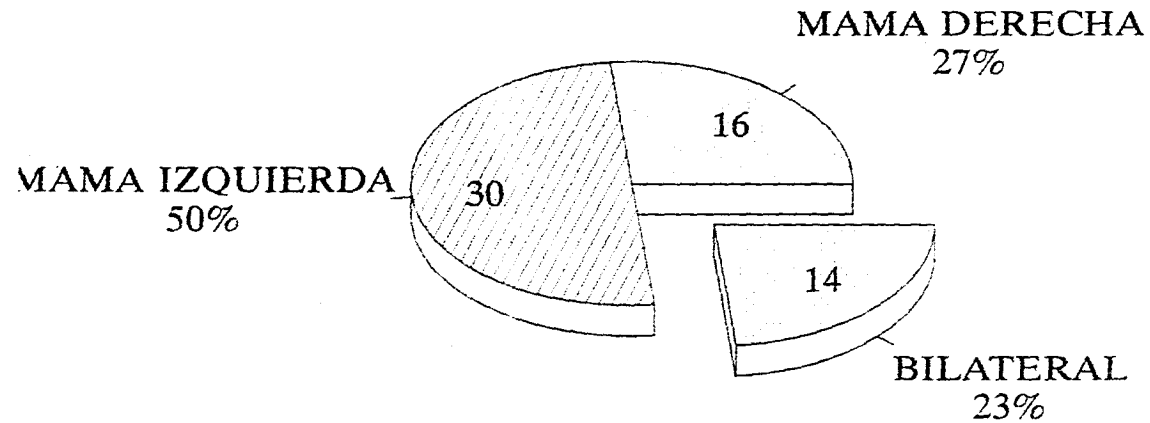


HGO "LUIS CASTELAZO AYALA"

FIG.3

CARCINOMA MAMARIO BILATERAL

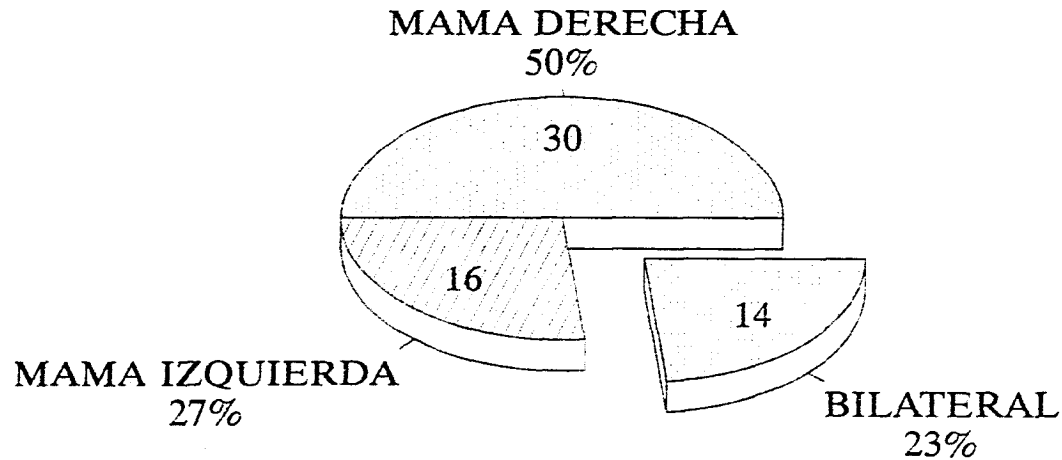
LOCALIZACION DEL PRIMARIO



HGO LUIS CASTELAZO AYALA
FIG. 4

CARCINOMA MAMARIO BILATERAL

LOCALIZACION DEL 2° PRIMARIO



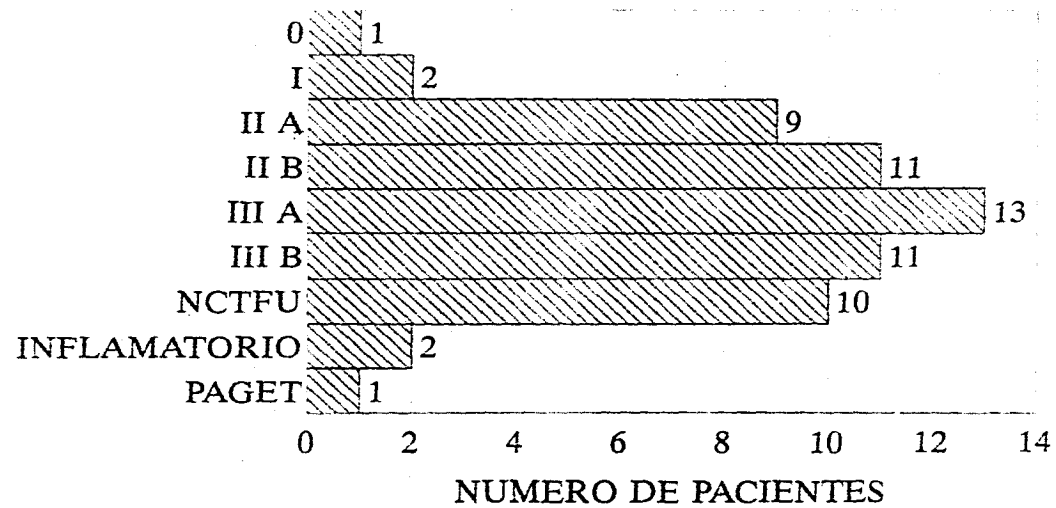
HGO "LUIS CASTELAZO AYALA"
FIG. 5

ESTA FOTOCOPIA
SALIO DE LA
SECRETARIA

CARCINOMA MAMARIO BILATERAL

ETAPA CLINICA DEL PRIMARIO

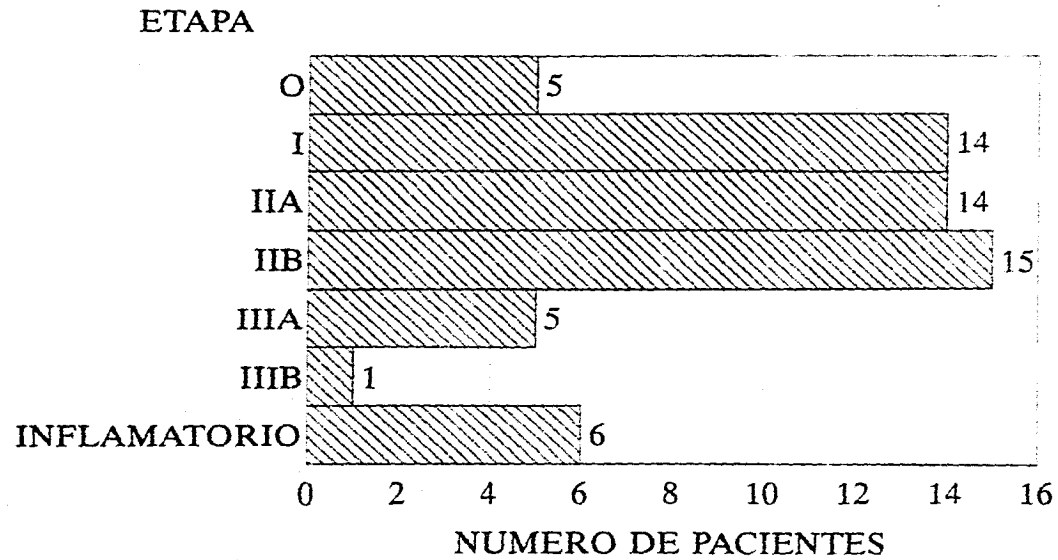
ETAPA CLINICA



HGO "LUIS CASTELAZO AYALA"
FIG.6

CARCINOMA MAMARIO BILATERAL

ETAPA CLINICA DEL 2° PRIMARIO

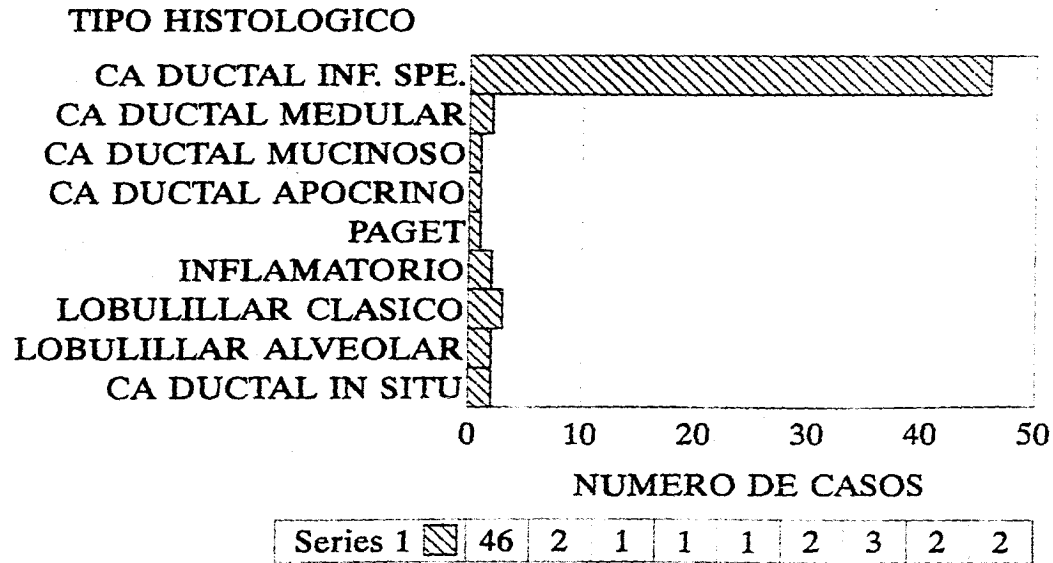


HGO "LUIS CASTELAZO AYALA"

FIG.7

CARCINOMA MAMARIO BILATERAL

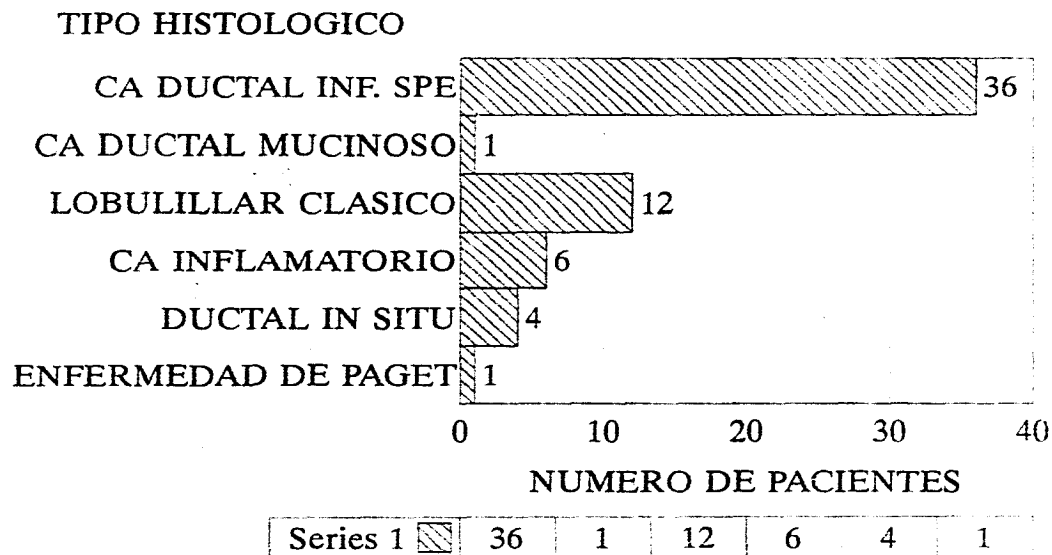
TIPO HISTOLOGICO DEL PRIMARIO



HGO "LUIS CASTELAZO AYALA"
FIG.8

CARCINOMA MAMARIO BILATERAL

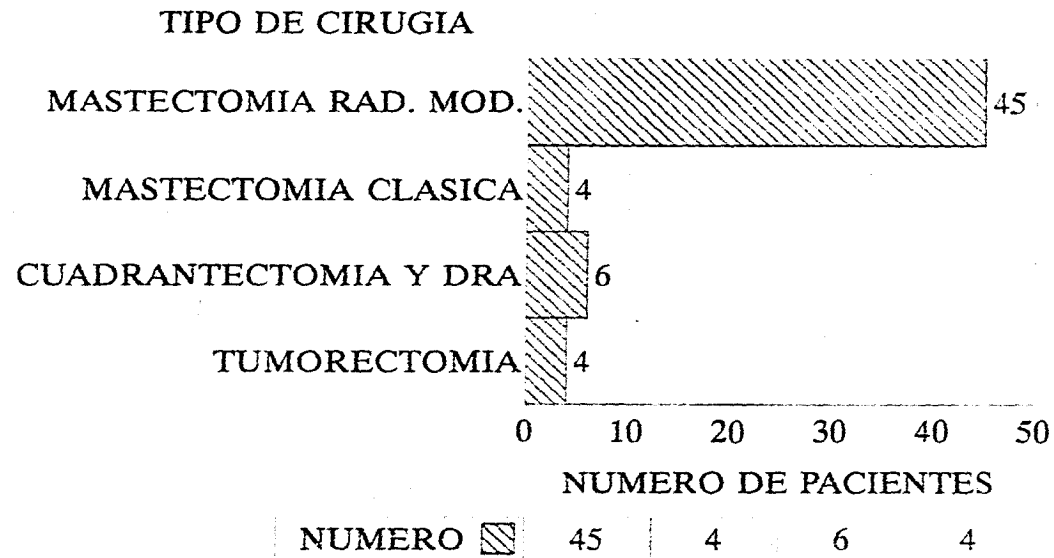
TIPO HISTOLOGICO DEL 2° PRIMARIO



HGO "LUIS CASTELAZO AYALA"
FIG.9

CARCINOMA MAMARIO BILATERAL

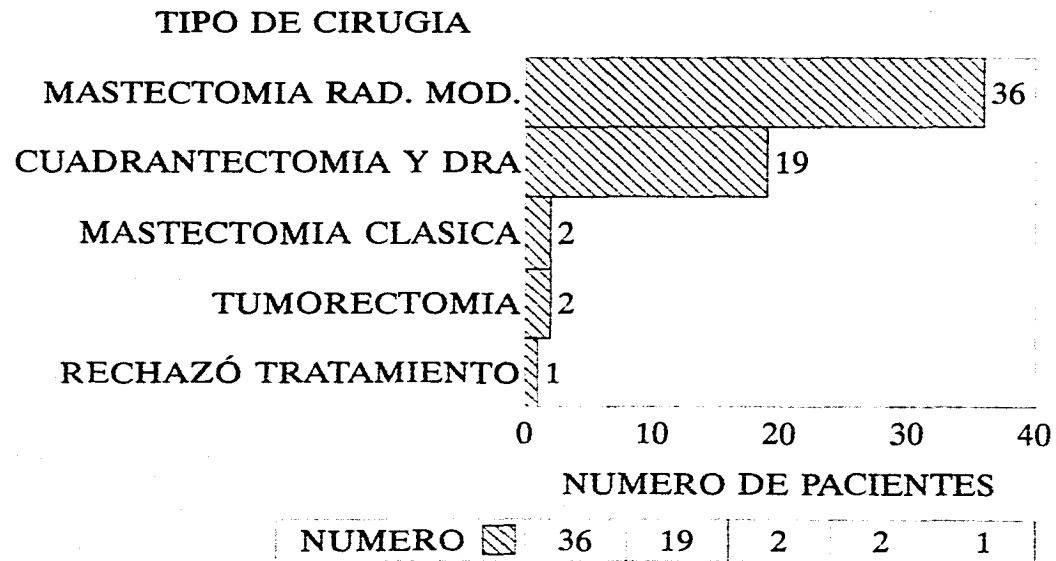
TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL PRIMARIO



HGO "LUIS CASTELAZO AYALA"
FIG.10

CARCINOMA MAMARIO BILATERAL

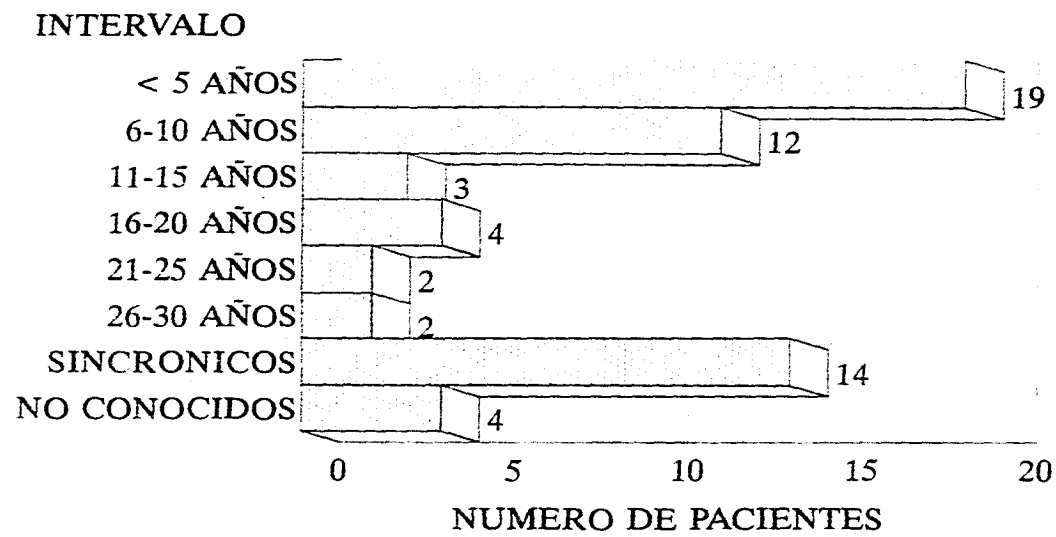
TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL 2° PRIMARIO



HGO "LUIS CASTELAZO AYALA"
FIG.11

CARCINOMA MAMARIO BILATERAL

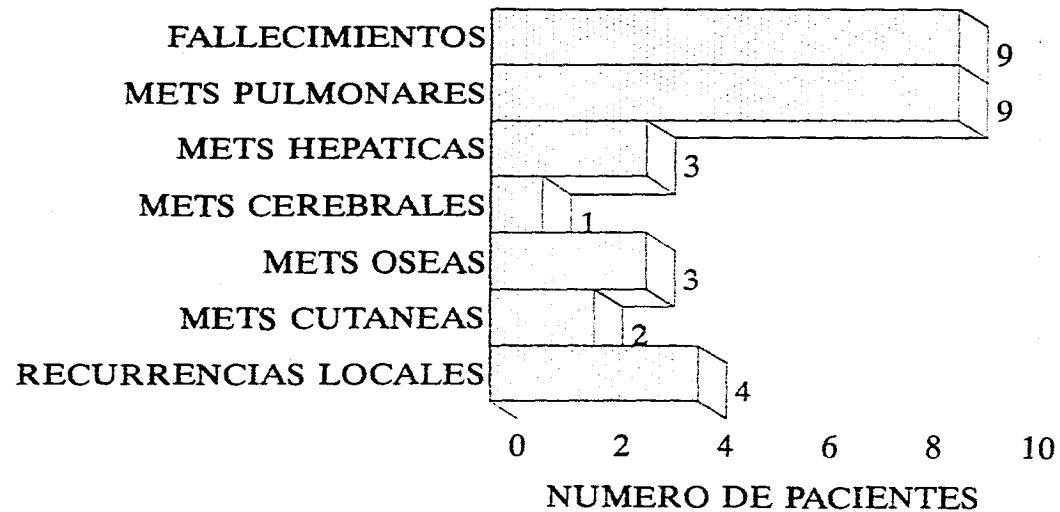
INTERVALO ENTRE EL DIAGNOSTICO DEL PRIMARIO Y EL METACRONICO



HGO "LUIS CASTELAZO AYALA"
FIG. 12

CARCINOMA MAMARIO BILATERAL

LOCALIZACION DE LAS METASTASIS Y MORTALIDAD



HGO "LUIS CASTELAZO AYALA"

FIG. 13