

Cáncer de mama bilateral sucesivo

Bres. J. Freddy Borges, Juan Favat, Sergio Ramos y
Dres. Miguel Mate y Julio C. Priario*

Se estudian los cánceres bilaterales de mama del Hospital de Clínicas en un período de 20 años —entre 1953 y 1973— comprobándose una incidencia de 0.65 % para el bilateral simultáneo y 1.3 % para el bilateral sucesivo, sobre un total de 921 cánceres mamarios registrados en ese lapso. Los estudios histopatológicos mostraron que en la mayoría de los casos, los tumores de ambas mamas eran diferentes entre sí. La aparición del segundo tumor ocurrió por término medio unos 12 meses luego de tratado el primero y en general llegó a la consulta en un estadio evolutivo más avanzado. En base a estos datos se considera la conducta con la mama remanente luego de mastectomía radical y se concluye que no está justificada la mastectomía profiláctica contralateral.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Breast neoplasms/therapy. Neoplasms, multiple primary. Mastectomy.

El interés de esta comunicación surge de la realidad clínica del cáncer de mama bilateral. Aunque poco frecuente y de incidencia variable según los distintos autores, su existencia debe ser conocida. Es así que diferentes escuelas preconizan variadas conductas con respecto a la mama supuestamente sana en una enferma portadora de cáncer mamario.

Bucalossi y col. (1) encuentran que de cada 100 casos de cáncer bilateral de mama, 26 son simultáneos y 74 sucesivos. Farrow (3) en una serie de 6.675 pacientes con cáncer de mama operable observó un 0,4 % de tumores bilaterales simultáneos y un 3,2 % de neoplasias sucesivas.

Moertel y Soule (9) en 2.945 pacientes sometidas a mastectomía por cáncer mamario, comprueban en un 3,7 % de los casos un carcinoma en la segunda mama interpretado como tumor independiente.

Urban (14) en oportunidad del tratamiento del cáncer mamario realiza una biopsia amplia en el cuadrante superoexterno de la mama clínicamente normal. En el 10 % del grupo de enfermas así tratadas detecta un cáncer bilateral simultáneo. Asimismo, en un seguimiento de 10 años en enfermas sometidas a mastectomía radical unilateral encontró en un

Clinica Quirúrgica "B" (Prof. Dr. Jorge Pradines). Seccional de Oncología. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo.

9 % un segundo tumor primitivo en la mama remanente.

Robbins y Berg (11) sostienen que el 1 % de las pacientes que consultan anualmente por cáncer unilateral, desarrollan cáncer del otro seno. Este mismo autor afirma que la predisposición de una enferma para desarrollar un segundo tumor primitivo en la mama restante es 5 veces mayor que la esperada para el resto de la población femenina sana.

En los últimos años existiría un incremento del cáncer bilateral de mama. Sin embargo este aumento no correspondería sólo a una incidencia ascendente de la afección, sino también a los progresos en los métodos de diagnóstico y control.

El estudio radiológico sistemático de ambas mamas pone de manifiesto tumores clínicamente inaparentes.

El seguimiento regular y periódico de las pacientes mastectomizadas permite descubrir precozmente un segundo cáncer en la otra mama.

El cáncer bilateral de mama puede adoptar tres formas de presentación diferentes:

1. Doble lesión simultánea.
2. Dos lesiones distintas, apareciendo un segundo neoplasma primitivo en la mama contralateral tiempo después de descubierto el primer tumor.
3. Aparente metástasis en la mama opuesta de un tumor primitivo de la otra.

Inicialmente frente a un cáncer bilateral de mama, el segundo tumor era considerado como metástasis del primero. En el momento actual existen evidencias histopatológicas de tumores diferentes en una y otra mama. Esto determina la aceptación de tumores originados independientemente.

MATERIAL Y METODO

Se ha estudiado la casuística del Hospital de Clínicas entre los años 1953 - 1973.

Se estima que en ese lapso han ingresado 15.227 enfermos portadores de tumores malignos. Se han registrado 921 casos de cáncer de mama que representan el 6 % del total de neoplasmas. De ellos, 12 corresponden a enfermas con cáncer bilateral sucesivo (12/921 igual a 1,3 %) y 6 casos de cáncer bilateral

Presentado como Tema Libre al XXV Congreso Uruguayo de Cirugía, el 2 de diciembre de 1974.

Colaboradores no médicos de la Clínica Quirúrgica "B", Asistente Supervisor de Semiología Quirúrgica, Profesor Adjunto de Cirugía.

Dirección: Verona 5785, Montevideo (Dr. Priario).

CUADRO 1

CANCERES DE MAMA BILATERALES

Casuística del Hospital de Clínicas (1953-1973)

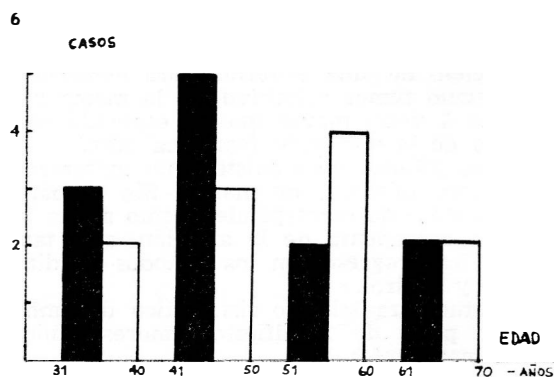
Total tumores malignos	15.227		
Total cánceres de mama	921 (15.227/921	6	%)
Cánceres de mama bilaterales simultáneos	6	(6/921	0,65 %)
Cánceres de mama bilaterales sucesivos	12	(12/921	1,3 %)

CUADRO 2

CANCERES DE MAMA BILATERALES SUCESIVOS

Histograma Etario

(en negro: 1er. tumor; en blanco: 2º tumor)



simultáneo (6/921 igual a 0,65 % de los cánceres mamarios) cuadro N° 1.

Todos los 12 casos de cáncer bilateral sucesivo corresponden al sexo femenino.

El primer tumor aparece promedialmente a los 46 años, con una incidencia máxima entre la tercer y cuarta década de la vida. La edad promedio de aparición del segundo tumor es a los 50 años y prevalece en la cuarta y quinta década (Cuadro N° 2).

Estadio evolutivo de la enfermedad a la primera consulta.

En 6 pacientes el primer tumor pertenecía a los estadios I y II; en 4 al estadio III y en una al estadio IV. Un caso permanece sin catalogar por insuficiencia de datos clínicos.

Es de destacar que para el segundo tumor el estadio más frecuentemente observado en la primera consulta fue el IV (5/12 casos). De las restantes enfermas: en 1 caso correspondió al estadio I; en 3 al estadio II y 3 pacientes consultaron con un estadio III (Cuadro N° 3).

Histología de ambos tumores.

El estudio histopatológico comparado de ambos procesos señala que, en 5 casos la histología fue diferente, en 4 casos no se pudo

CUADRO 3

CANCERES DE MAMA BILATERALES SUCESIVOS

Extensión lesional a la primera consulta

Estadios	1er. tumor	2do. tumor
I	3 casos	1 caso
II	3 casos	3 casos
III	4 casos	3 casos
IV	1 caso	5 casos
Sin datos	1 caso	

CUADRO 4

CANCERES DE MAMA BILATERALES SUCESIVOS

Histopatología tumoral

Diferente histología	5 casos
Igual histología	2
Histología imprecisa	4
Excluido por falta de datos	1

concluir sobre la diferencia o similitud de los tumores. Por último en 2 casos la histología resultó similar en ambos procesos. Se ha excluido un caso por falta de datos (Cuadro N° 4).

Evolución.

El tiempo transcurrido entre la finalización del tratamiento del primer carcinoma y la aparición de la enfermedad en la otra mama osciló entre un mínimo de 3 meses (1 caso) y un máximo de 15 años (también 1 caso). Descartado este último, el tiempo promedio libre de enfermedad es de 12 meses entre uno y otro tumor.

DISCUSION

Constituyen puntos de controversia:

- 1) La frecuencia del cáncer bilateral sucesivo de mama.
- 2) La naturaleza independiente o no del segundo tumor.
- 3) La conducta terapéutica.
- 4) Las razones de la consulta tardía.

1. Las distintas estadísticas otorgan una frecuencia variable entre el 1,1 y 12 % (6). Estudios realizados por la UICC demuestran que el riesgo de aparición de un cáncer de mama uni o bilateral es diferente según el país considerado (13).

En nuestro medio las facilidades de seguimiento de una paciente alejada de los grandes centros hospitalarios no es sencillo; pero con el esfuerzo coordinado del equipo sanitario, es posible superar alguno de estos inconvenientes. Por lo anterior, creemos que parte de nuestra baja incidencia en la bilateralidad del cáncer mamario refleja un seguimiento incompleto. El buen control de las pacientes que han padecido alguna vez la enfermedad, debe

incluir exámenes clínicos periódicos y por lo menos una radiografía al año de la mama remanente (6, 15).

2. El segundo punto en discusión es la naturaleza del tumor aparecido en la mama restante: ¿es éste una metástasis del primero o es un tumor independiente?

En nuestra casuística, el estudio histopatológico de los tumores de ambas mamas parece estar de acuerdo con lo demostrado por otros autores (9). Se comprueba que en la mayoría de los tumores bilaterales sucesivos existe una histología diferente en el primer y segundo tumor, lo que lleva a concluir que en un alto porcentaje de casos los tumores son independientes, no siendo el segundo neoplasma una metástasis del primero.

3. Esta independencia del segundo tumor con respecto al primero, nos lleva a plantear la conducta terapéutica que se debe seguir. Ante la aparición de un segundo tumor primario, debe hacerse un planteamiento terapéutico como si no hubiera existido un anterior neoplasma mamario. La conducta terapéutica ha de ser entonces quirúrgica, quirúrgica y radiante, etc., de acuerdo al estadio evolutivo que presente el segundo tumor mamario.

Algunos autores han llegado a plantear la *mastectomía profiláctica*. Pack (10) y Trout (12) consideran que en virtud del alto riesgo que corren las pacientes de presentar un segundo tumor mamario y basados además en algunos hallazgos anatomopatológicos en la mama considerada sana, donde se descubre un segundo cáncer no sospechado clínicamente, preconizan la *mastectomía profiláctica*. Contribuiría a esta conducta lo que se entiende por *paciente de alto riesgo* (7, 8), esto es, enferma menor de 50 años portadora de un neoplasma mamario en estadios I o II y antecedentes familiares de cáncer mamario. Sin embargo otros autores como Herrmann (6), cuestionan el verdadero valor del llamado *alto riesgo cancerígeno* en enfermas portadoras de cáncer mamario. Para dicho autor la aparición del segundo tumor es ajeno a los factores señalados.

Por las consideraciones precedentes y por la baja frecuencia del cáncer bilateral sucesivo de la mama en nuestro medio, la actitud del médico frente a una paciente mastectomizada unilateralmente por neoplasma, debe ser solamente de atenta vigilancia, es decir, efectuará exámenes clínicos completos en forma periódica y una mamografía anual de la mama remanente (6, 15).

¿La aparición de un neoplasma en la mama restante ensombrece el pronóstico?

Las cifras dadas por los diferentes autores son dispares (2, 5, 8, 11), y como nuestra estadística dispone de pocos casos, no podemos contestar a la interrogante planteada.

4. La casuística demuestra que en la primer consulta por el segundo tumor el estadio clínico es más avanzado que en oportunidad del primero.

Contribuyen a la demora en el diagnóstico:

1º) La actitud del médico que considera al segundo tumor como metastásico, y por lo tanto cataloga a la paciente como fuera de los recursos terapéuticos.

Ha sido determinado por Gateño y col. (4) que en el 10 % de los casos, los retardos en el diagnóstico son de causa iatrogénica.

2º) La actitud de la enferma que teme a una nueva mutilación y crea entonces un mecanismo psicológico de defensa, negando sus síntomas tumorales y absteniéndose por ello de consultar precozmente.

CONCLUSIONES

Por lo reducido de nuestros casos sentar una conducta doctrinaria es aventurado, no obstante consideramos de importancia los siguientes puntos:

1º) Una enferma sometida a una mastectomía radical debe permanecer bajo estricta vigilancia. Se debe realizar un examen clínico y radiológico de la mama remanente por lo menos anualmente.

2º) El segundo tumor no significa incurabilidad. Diagnosticado precozmente se debe proceder y encarar su terapéutica radical, como si fuera el primer tumor.

3º) La consulta es corrientemente tardía y muchas veces de causa iatrogénica.

4º) No surge de nuestro estudio la necesidad de la mastectomía profiláctica.

RÉSUMÉ

Cancer du sein bilatéral successif.

Étude des cancers bilatéraux du sein de l'Hôpital de Cliniques sur une période de 20 ans (1953-1973), où l'on observe une incidence de 0,65 % pour le bilatéral simultané et de 1,3 % pour le bilatéral successif, sur un total de 921 cancers mammaires pour la période considérée. Les études histopathologiques montrent que dans la plupart des cas les tumeurs des deux seins étaient différentes l'une de l'autre. L'apparition de la seconde tumeur eut lieu en moyenne 12 mois après le traitement de la première et à un stade évolutif plus avancé lors de la consultation. Sur la base de ces données on considère la conduite à suivre avec le deuxième sein après mastectomie radicale et on conclut que la mastectomie prophylactique contre-latérale ne se justifie pas.

SUMMARY

Bilateral successive breast cancer.

A total of 921 breast cancers were studied in the "Hospital de Clinicas" during a 20-year period, since 1953 until 1973. The incidence found for the simultaneous bilateral breast cancer was 0.65 %, while the incidence for the successive bilateral cancer was 1.3 %. Histopathologic studies showed that in most cases tumors in both breasts were different from each other.

The second tumor occurred on the average 12 months after treatment of the first, and they generally arrived at the hospital in a more advanced evolutive stage. Based upon these data, behaviour to be observed concerning the remnant breast after radical mastectomy is analyzed, and it is found that prophylactic contralateral mastectomy is not justified.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BUCALOSSI P, CATANIA VC, ROCK T. Considerazioni su 100 casi di cancro bilaterale della mammella. *Tumori*, 42: 538, 1956.
2. CLIFFTON EE, YOUNG LE. Five to twenty-five year follow-up following radical mastectomy. *Am J Surg*, 82: 185, 1951.
3. FARROW JH. Bilateral mammary cancer. *Cancer*, 9: 1182, 1956.
4. GATENO N, BORGES F, FAVAT J, RAMOS S y PRIARIO JC. Retardo en el diagnóstico del cáncer de mama. *Cir Urug*, 42: 406, 1972.
5. HARRINGTON SW. Fifteen year to forty year survival rates following radical mastectomy for cancer of the breast. *Ann Surg*, 137: 843, 1953.
6. HERRMAN JB. Management of the contralateral breast after mastectomy for unilateral carcinoma. *Surg Gynecol Obstet*, 136: 777, 1973.
7. HUBBARD TB (jr). Prophylactic mastectomy for prevention of the second primary. *JAMA*, 201: 530, 1967.
8. KILGORE AR, BELL GH, AHLQUIST RE (jr). Cancer in the second breast. *Am J Surg*, 92: 156, 1956.
9. MOERTEL CG, SOULE EH. The problem of the second breast; a study of 118 patients with bilateral carcinoma of the breast. *Ann Surg*, 146: 764, 1957.
10. PACK GI. Argument for bilateral mastectomy. *Surgery*, 29: 929, 1951.
11. ROBBINS GF, BERG JW. Bilateral primary breast cancer. *Cancer*, 17: 1501, 1964.
12. TROUT HC. The remaining breast after removal of the opposite side for carcinoma. *Trans South Surg Assoc*, 34: 223, 1921.
13. U. I. C. C. —Clinical Oncology—. A manual for students and doctors. New York, Springer - Verlag. 1973.
14. URBAN JA. Bilateral breast cancer. *Cancer*, 24: 1310, 1969.
15. WILSON RE. Mama. Tratado de Patología Quirúrgica Davis - Christopher. México. Interamericana. 1974. 10ª Ed. Esp.