

Cáncer de mama en una paciente joven: Reporte de caso

Salinas-Cruz Jorge Alfonso, Zaragoza-Cruz Noel, Velasco-Espinoza María Fernanda y González-Macouzet José.

Autor para correspondencia

Salinas-Cruz Jorge Alfonso. Hospital General 450.
Domicilio: José María Patoni 403, Col. El Ciprés, Durango, Durango C.P. 34206, MX.
Contacto al correo electrónico: j.alfonso.salinas@gmail.com

Palabras clave: Cáncer de mama, carcinoma ductal infiltrante, fibroadenoma.

Keywords: Breast cancer, ductal infiltrating carcinoma, fibroadenoma.



Cáncer de mama en una paciente joven: Reporte de caso

Salinas-Cruz JA^a, Zaragoza-Cruz N^a, Velasco-Espinoza MF^a, González-Macouzet J^b

Resumen

Actualmente, el cáncer de mama se sitúa como la primera causa de mortalidad por cáncer en mujeres mexicanas, desplazando al cáncer cervicouterino. A nivel mundial se presentan 1.67 millones de nuevos casos y 458,000 casos de defunción anuales; en nuestro país las cifras son de 23,764 nuevos casos y 6,591 defunciones anuales, representando un gran problema de salud pública, donde las edades promedio de diagnóstico (58.2) y defunción (58.8) son similares. Sólo alrededor del 6.5% corresponde a pacientes menores de 40 años y el 0.2% a pacientes menores de 25 años. Se presenta el caso de una mujer de 24 años de edad, diagnosticada con carcinoma ductal infiltrante, de baja sospecha clínica por no tener factores de riesgo para la enfermedad.

Palabras clave: Cáncer de mama, carcinoma ductal infiltrante, fibroadenoma.

Female Breast Cancer in a Young Patient: Case Report

Abstract

Nowadays breast cancer is the first cause of mortality caused by cancer in Mexican women, making aside cervix cancer. The worldwide incidence is 1.67 million of new cases and 459.000 deaths every year. In Mexico there are 23.764 new cases and 6.591 deaths every year, becoming a huge health problem. The mean age of diagnosis (58.2 years) and death (58.8) are similar. Approximately 6.5% of the cases belong to women below 40 years and 0.2% to women below 25 years old. We present the case of a 24 year old woman diagnosed with ductal infiltrating carcinoma with low clinical suspicion, since she had no risk factors for this illness.

Key words: Breast cancer, ductal infiltrating carcinoma, fibroadenoma.

a. Servicio de Cirugía General, Hospital General 450, Durango, MX.

b. Servicio de Cirugía Oncológica, Centro Estatal de Cancerología, Durango, MX.

Autor para correspondencia

Salinas-Cruz Jorge Alfonso. Hospital General 450.

Domicilio: José María Patoni 403, Col. El Ciprés, Durango, Durango C.P. 34206, MX.

Contacto al correo electrónico: j.alfonsosalinas@gmail.com

Introducción

A partir del año 2006, el cáncer de mama (CM) se posicionó como la primera causa de mortalidad por cáncer en mujeres mexicanas, desplazando así, al cáncer cervicouterino.¹ Según cifras actuales en GLOBOCAN, se presentan 23,764 nuevos casos y 6,591 defunciones anuales en México,³ mientras de manera global las cifras aumentan hasta los 1.67 millones y 458,000 casos por año respectivamente, con una edad promedio de diagnóstico de 58.2 años.^{7,14} Sólo el 6.5% corresponden a pacientes menores de 40 años, 0.6% a menores de 30 años y el 0.2% a menores de 25 años.^{2,7}

El riesgo de padecer la enfermedad es superior en las mujeres de países con nivel socioeconómico alto, sin embargo, el de fallecer es mayor en los países con un nivel bajo, encontrándose México con tasas de incidencia cuatro veces inferiores a las de Estados Unidos y Europa que alcanzan cifras de 99.4 por cada 100 mil mujeres. Debido a diversos factores, en nuestro país, hasta el 52% de los casos son diagnosticados en etapas tardías, lo cual repercute negativamente en el pronóstico de la enfermedad, reportando una edad promedio de muerte de 58.8 años.⁷

El estirpe histológica más frecuente encontrado es el carcinoma ductal infiltrante, el cual inicia en un conducto galactóforo, penetra la pared del conducto e invade el tejido adyacente, evolucionando a enfermedad metastásica, representando casi el 70% de los casos.¹⁵ No existe consenso sobre edad exacta, para ser considerado paciente joven con CM, ya que varios estudios reportan a pacientes femeninos de entre 35 y 40 años de edad.^{1,2,5}

Presentación de caso

El caso fue sobre una paciente femenina de 24 años de edad, con los siguientes antecedentes ginecoobstétricos: G1 P1 C0 A0, telarca a los 11 años, menarca a los 12 años, ritmo 28x4, IVSA 19 años, PAP 2013 (-), sin antecedentes heredofamiliares predisponentes, con antecedente de mastopatía fibroquística diagnosticada 6 años previos. La paciente acudió a consulta por presentar mastalgia, prurito y la presencia de una tumoración en cuadrante superior externo en porción retroareolar de la mama derecha. Se realizó ultrasonido mamario que reportó una tumoración de 19.2 mm x 12.54 mm retroareolar a las 9 del reloj, vascularizada, con índices de resistencia baja correspondiente a fibroadenoma. En el seguimiento se realizó un segundo ultrasonido en el que la tumoración había aumentado de tamaño a 20.6 mm x 14.6 mm, por el crecimiento se realizó biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) en la que se reportó celularidad sin datos de atipia.

Por continuar con crecimiento, se realizó control ultrasonográfico en el que se encontró a la tumoración en la misma localización con ocupación de los conductos galactóforos, de bordes irregulares de 28.2 mm x 11.3 mm. El doppler reportó un índice de resistencia 1, índice de pulsatilidad de 2.53 y velocidad sistólica de 9.30 cm/seg; sin afectación ganglionar. Se realizó una biopsia de mama derecha con aguja gruesa en la que se encontró carcinoma ductal infiltrante. Fue referida al Centro Estatal de Cancerología, encontrando mamas simétricas, sin afectación

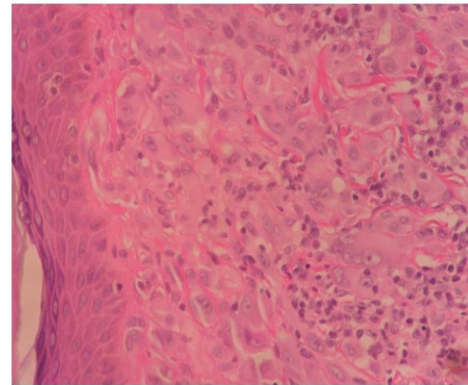


Figura 1. Corte histológico. Adenocarcinoma ductal infiltrante moderadamente diferenciado.

cutánea, con expresión del pezón positiva, ganglios supraclaviculares y axilares no palpables, induración retroareolar a las 9 del reloj en mama derecha, móvil, no dolorosa, de 2x1 cm.

Los estudios de extensión se reportaron negativos, con estadificación de T2, N0, M0 por lo que se realizó mastectomía radical modificada como parte de tratamiento quirúrgico con reporte histopatológico de adenocarcinoma ductal infiltrante moderadamente diferenciado tipo NOS, grado II de Scarff-Bloom-Richardson modificado con infiltración a dermis de pezón y areola de 2x1x1 cm. Límites quirúrgicos libres de tumor con 13 ganglios linfáticos libres de metástasis (Figura 1). El reporte de inmunohistoquímica reportó HER2 (-), RE positivo 75% de las células neoplásicas, RP positivo 40%, Ki-67 positivo 10%. Continuó tratamiento adyuvante con quimioterapia 6 ciclos con esquema de Doxirrubicina y Ciclofosfamida y posterior radioterapia con esquema de ciclo mamario completo, dosis de 50 Gy, 25 sesiones; así como terapia psicológica complementaria.

Discusión y conclusiones

A nivel mundial se han reportado diferentes porcentajes de pacientes jóvenes con cáncer de mama, se concuerda que el cáncer de mama en este grupo etario es más agresivo en comparación con pacientes mayores de 40 años, determinando así, un factor independiente de peor pronóstico.

Se conoce que la edad joven al diagnóstico de CM es señalado como predictor independiente de peor pronóstico,^{1,2} que se asocia a etapa más avanzada al momento del diagnóstico (Tumor: T3; Diámetro 5 cm; Grado histológico III), mayor agresividad, mayor mortalidad, mayor número de ganglios linfáticos metastatizados, márgenes quirúrgicos afectados con mayor frecuencia, receptores de estrógeno y progesterona negativos, además de medios de diagnóstico tradicionales no certeros para este grupo de pacientes.^{1,2,5} Debido al estroma del tejido de la glándula mamaria en una paciente joven, la mamografía pierde bastante sensibilidad, se reemplaza por el ultrasonido como prueba diagnóstica no invasiva más útil,⁶ hasta el 10% de lesiones mamarias malignas son diagnosticadas erróneamente como fibroadenoma, por lo tanto es recomendado realizar un triple

test (Mastografía + ultrasonido + biopsia percutánea).²

El carcinoma ductal infiltrante es la estirpe histológica más frecuente, del cual el 15.6% corresponde a una combinación triple negativa (receptores hormonales de estrógenos, progesterona y la sobre expresión de HER2/Neu, negativos).¹ Perpetuando así la mala respuesta al tratamiento convencional, por lo que algunos autores sugieren tratamiento radical, ya que el tratamiento conservador presenta la tasa de recurrencia local más alta.² El principal factor de riesgo para presentar CM a edades tempranas es el antecedente de familiar de primer grado con CM en edad joven, posteriormente, de cáncer de ovario, enfermedades genéticas como Cowden o síndrome de Li-Fraumeni, así como supervivientes de enfermedad de Hodgkin infantil tratada con radioterapia. A pesar de lo conocido, la mayoría de los casos suelen ser de origen espontáneo, sin presentar relación a carcinógenos ambientales ni síndromes familiares.⁶

Entre otros factores se encuentra relación con aumento de riesgo de padecer CM con telarca temprana, menarca temprana, periodos más separados entre telarca y menarca, sugiriendo que la etapa de desarrollo de los ductos es el periodo de mayor susceptibilidad para carcinogénesis de la mama.⁸

Como mayor desventaja se presenta dificultad para realizar el diagnóstico, debido a que a menor edad de la paciente el tejido mamario es más denso, la poca experiencia con casos de pacientes jóvenes, que pueden llevar a no realizar los estudios adecuados como el estudio de triple vertiente, favoreciendo a que la atención médica especializada se retrase hasta la presentación evidente de tumoración y su confirmación con biopsia, diagnosticando CM en etapas más avanzadas, como fue el caso de esta paciente.

En cuanto al tratamiento, es necesario preparar a la paciente física y emocionalmente para enfrentar los cambios que se presentarán, tomando en cuenta que el tratamiento implica menopausia temprana, requerimiento de quimioterapia, seguimiento más estrecho si hay embarazo o lactancia, afectación en la fertilidad, estética, dependientes emocionales/económicos,^{6,10,13} siendo un escenario que requiere de un equipo multidisciplinario altamente capacitado.¹

Referencias bibliográficas

- Martínez-Cruz G. et al. Cáncer de mama en mujeres menores de 40 años. Una evolución desfavorable cada vez más frecuente en la práctica clínica. *Gaceta Mexicana de Oncología*. Vol. 9, Núm. 6, Nov-Dic. 2010 ISSN: 1665-9201.
- José L. Gallo Vallejo, et al. Cáncer de mama en la mujer joven. *Prog Obstet Ginecol*. 2010;53(1):24—29.
- http://globocan.iarc.fr/old/burden.asp?selection_pop=126484&Text-p=Mexico&selection_cancer=3152&Text-c=Breast&pYear=3&type=0&window=1&submit=%C2%A0Execute
- Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama en Segundo y Tercer nivel de Atención, México; Secretaría de Salud, 2009.
- Qingli Zhang et al. A retrospective comparative study of clinicopathological features between Young and elderly women with breast cancer. *Int J ClinExpMed* 2015;8 (4): 5869-5875.
- Jay R. Harris. Enfermedades de la mama. Lippincott Williams & Wilkins, Capítulo 92, Cáncer de mama en la mujer joven. 4ta Ed.
- Cárdenas-Sánchez J et al. Consenso mexicano sobre diagnóstico y tratamiento de cáncer mamario, Elsevier, 5ta Ed. 2013.
- Anthony Howell et al. Risk determination and prevention of breast cancer. *Breast Cancer Research* 2014, 16:446.
- A. Scharl et al. The Right Treatment for the Right Patient – Personalised Treatment of Breast Cancer. *GeburtshilfeFrauenheilkd*. 2015 Jul; 75(7): 683–691.
- Christophe V. et al. The subjective experience of young women with non-metastatic breast cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2015; 13:73.
- Danielle H Bodicoat et al. Timing of pubertal stages and breast cancer risk: the Breakthrough Generations Study. *Breast Cancer Research* 2014.
- Linda M Sanders et al. The growing fibroadenoma. *Acta Radiologica Open*. 2015.
- Uwe Gütet al. Family Ties: Young breast cancer patient and their children. *Swiss Wkly*. 2015;145:w14163.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva [Sede Web]. Epidemiología del cáncer de mama [accesado 4 de octubre de 2016] Disponible en: <http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/cama/epidemdelC.pdf>
- Karla Guzmán-Santos et al. Carcinoma ductal infiltrante, el tipo de cáncer de mama más común. *iMedPubJournals*. 2012; 8:1.