

Multimed 2019; 23(4)

Julio - Agosto

Caso Clínico

## **Carcinoma Bilateral de la mama. Presentación de un caso**

Bilateral carcinoma of the breast. Presentation of a case

Carcinoma bilateral da mama. Apresentação de um caso

Esp. II Cirg. Gral. Juan Manuel Vargas Oliva. <sup>1</sup>\*

Esp. I Cirg. Gral. Arlene Arias Aliaga. <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Hospital General Provincial Universitario Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma. Cuba.

\*Autor para la correspondencia. Email: [adrianiven.grm@infomed.sld.cu](mailto:adrianiven.grm@infomed.sld.cu)

### **RESUMEN**

El Cáncer de mama Bilateral, es una entidad clínico patológica especial de presentación del cáncer de mama. Por lo que realizamos la presentación de un paciente con esta rara afección así como una revisión del estado actual de esta enfermedad.

**Palabras clave:** Neoplasias de la Mama.

### **ABSTRACT**

Bilateral breast cancer is a special pathological clinical entity presenting breast cancer. So we made the presentation of a patient with this rare condition as well as a review of the current status of this disease.

**Key words:** Breast Neoplasms.

## **RESUMO**

O câncer de mama bilateral é uma entidade clínica patológica especial que apresenta câncer de mama. Por isso, fizemos a apresentação de um paciente com esta condição rara, bem como uma revisão do estado atual desta doença.

**Palavras chave:** Neoplasias da Mama.

Recibido: 9/4/2019

Aprobado: 16/5/2019

## **Introducción**

Desde el punto de vista patológico, el cáncer de mama puede ser una enfermedad multicéntrica y bilateral. La enfermedad bilateral es, en cierto modo, más frecuente en las pacientes con carcinoma lobulillar infiltrante.<sup>(1,2)</sup> A los diez años del diagnóstico, el riesgo de cáncer de mama primario en la mama contralateral oscila entre 3 y 10%, si bien el tratamiento endocrino disminuye el riesgo. La presentación de cáncer de mama contralateral se relaciona con un mayor riesgo de recidiva a distancia.<sup>(2)</sup> Cuando las portadoras de mutaciones en BRCA1 o BRCA2 recibieron un diagnóstico antes de los 40 años, el riesgo de cáncer de mama contralateral alcanzó casi 50% en los siguientes 25 años.<sup>(3)</sup>

Las pacientes con cáncer de mama se someterán a mamografía bilateral en el momento del diagnóstico para descartar una enfermedad sincrónica.<sup>(2,3)</sup> A fin de detectar recidivas en la mama ipsilateral de las pacientes sometidas a cirugía con conservación de la mama o un segundo cáncer primario en la mama contralateral, las pacientes continuarán sometiéndose a mamografías y exámenes físicos de mama con regularidad.<sup>(4)</sup>

La función de las IRM en los exámenes de detección para la mama contralateral y los controles de las mujeres en tratamiento con terapia para conservar la mama continúan

en evolución.<sup>(1,2,3)</sup> Debido al aumento de la tasa de enfermedad mamográficamente oculta, se usan, con mayor frecuencia, las IRM como prueba de detección adicional, a pesar de la ausencia de datos aleatorizados y controlados.<sup>(5)</sup> Se recomienda la confirmación patológica antes del tratamiento, ya que solo 25% de los hallazgos positivos de las IRM presenta malignidad.<sup>(5)</sup> No se sabe si este aumento de la tasa de detección se traducirá en una mejora del resultado del tratamiento.<sup>(6)</sup>

### Presentación de caso

Se trata de paciente femenina de 80 años de edad, raza blanca, procedencia urbana, con antecedentes de HTA, Glaucoma. Acude a consulta de Oncomastología porque refiere hace aproximadamente un mes se notó aumento de volumen en la mama izquierda, por lo que acude a consulta, durante el interrogatorio se exploran factores de riesgos tales como menarquia precoz, menopausia tardía, número de hijos, partos antes de los 30 o después de los 30 años, antecedentes de afecciones benignas o malignas sobre las mamas, antecedentes de primera línea de cáncer de mama, ovario colon tiroides, uso o no de tabletas anticonceptivas o Hormonas durante el climaterio. Después del adecuado interrogatorio se realiza examen físico céfalo\_ caudal que muestra a nivel de la mama izquierda: Lesión nodular de 2x2 cm a nivel de CIE de bordes irregulares, móvil no dolorosa a la palpación, no fija a planos profundos, pétreo, axila libre, en la mama Derecha se encuentra presencia de Lesión nodular de 1.5x1.5cm de bordes irregulares, móvil, no fija a planos profundos, mal definida, no dolorosa a la palpación, axila negativa.

Con estas características se procede al diagnóstico imagenológico, ultrasonido de mama y mamografía que informa BIRADS V para ambos estudios por lo que se procede a realizar citología por aspiración con aguja fina de ambas lesiones, que informa positivo de células neoplásicas (C5), para ambas mamas. Teniendo en cuenta las características clínicas, hallazgos imagenológicos y la citología se decide realizar estadiamiento, indicando exámenes de sangre, Hemograma completo, Coagulograma completo, Hemoquímica, Rayos X de tórax P.A de pie, Ultrasonido abdominal que se informan por

el servicio de Imaginología negativos, Vista especial de axila negativa, además de Parcial de orina, Serología, VIH, Grupo y factor y Ecocardiograma.

**Etapas Clínicas:**

- ✓ Mama I T2 N0 M0 Etapa IIA.
- ✓ Mama D T1c N0 M0 Etapa IA.

Se opera y se realiza Tumorectomía con margen del nódulo presente en la mama derecha que informa positivo de células neoplásicas sin precisar tipo histológico y ganglio centinela negativo, en la mama derecha se realiza de igual manera tumorectomía y ganglio centinela y envían a anatomía patológica que informan positivos, por lo que se procede a la realización de la mastectomía radical modificada.

**Diagnostico histológico:** Carcinoma ductal infiltrante pobremente diferenciado, de mama izquierda y moderadamente diferenciado de mama derecha.

Grano Nuclear: III. Grado Histológico: III

Mama D: Tamaño de tumor: 1.5 x 1.5 cm. Mama I: Tamaño del tumor 1.5cmx1.5cm

**Bordes de sección quirúrgica:**

Todos los bordes a más de 1 cm. Invasión linfática: Si. Invasión a la grasa: Si. Invasión sanguínea: No. Necrosis central: Si. Invasión Peri neural: No .Grado histológico: III. Grado nuclear: III Ganglios linfáticos. Niveles I \_II 16 ganglios positivo 1 (0.2\_2cm) con invasión a la cápsula, sin ruptura capsular.

**Inmunohistoquímica:**

- ✓ RE: 80%. RP: 20%. KI67:5%. Her2 Negativo.
- ✓ Mama D p T 1c N0 M0 Etapa IA. Mama I pT 1c N1 M0 Etapa IIA

## Referencias bibliográficas

1. López Cuevas ZC, González Ortega JM, Amador García RA, Lorenzo Rivera O, Herrera Fernández L, Bello Ávila LB. Cáncer de mama en mujeres jóvenes. Presentación de dos casos. Rev.Med.Electrón. 2018; 40(4): 1186-96.

2. Ramos Águila YC, Marimón Torres ER, Crespo González C, Junco Sena B, Valiente Morejón W. Cáncer de mama, su caracterización epidemiológica. Rev Ciencias Médicas 2015; 19(4): 619-629.
3. Gómez Mora L. El proceso del cáncer de mama: valoración, diagnóstico y planificación de cuidados [Tesis]. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2017. [citado 9/7/2019]. Disponible en:  
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/11761/G%C3%B3mez%20Mora%20Lorena.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
4. Martínez Navarro J, Rodríguez Pino M, Martínez Navarro V, Fumero Roldán L. Carcinoma papilar invasor de la mama. Presentación de un caso. Medisur 2017; 15(4): 550-6.
5. Carrión Peñalver RE, Castellanos Carmenate T, Pérez Salinas L, Agüero Martín R. Incidencia de algunos factores sociales en el incremento del cáncer de mama. MEDISAN 2017; 21(3): 298–304.
6. Sánchez C, Acevedo F, Petric M, Domínguez F, León A, Razmilic D, et al. Características clínico-patológicas y sobrevida de pacientes con cáncer de mama bilateral sincrónico. Rev Chil Cir 2014; 66(3): 236-240.

**Conflictos de intereses**

Los autores no declaran conflictos de intereses.