

CÁNCER DE MAMA BILATERAL

María Forno,* Paula Martínez Vázquez,** Flavia Ward,*** Luis Alejandro Pepa,*
Santiago Nelson Sánchez,* Marcelo Pannunzio.****

RESUMEN

Introducción

El cáncer de mama bilateral se define como la presencia de un tumor primario e independiente en cada mama. A pesar de que los factores ambientales, genéticos y bioquímicos, afectan ambas mamas por igual y cada vez son más las mujeres tratadas por cáncer de mama, la incidencia del cáncer de mama bilateral continúa siendo baja.

Objetivo

El objetivo del presente trabajo es describir las características de las pacientes con carcinoma de mama bilateral tratadas en el Servicio de Ginecología y Mastología del Hospital Municipal Prof. Dr. Bernardo Houssay de Vicente López, en los últimos 15 años.

Material y métodos

Entre enero de 1996 y diciembre de 2011, en el Servicio de Patología Mamaria del Hospital Municipal Prof. Dr. Bernardo Houssay de Vicente López, fueron tratadas 931 pacientes con cáncer de mama. Se realizó un estudio retrospectivo basado en datos de 28 historias clínicas de pacientes con cáncer de mama bilateral.

Se analiza incidencia, edad y forma de presentación, características clínicas e histológicas, intervalo entre el primero y el segundo tumor y su relación con el control, compromiso axilar y tratamientos realizados.

Resultados

La incidencia de cáncer de mama bilateral en nuestro servicio es del 3%. El 57,1% de carcinomas sincrónicos y 42,9% de metacrónicos. La edad promedio de aparición de los sincrónicos fue de 65,75 años y su forma de presentación más frecuente fue la de tumor palpable bilateral. En los metacrónicos, la edad promedio de aparición fue de 56,75 años y su forma de presentación más frecuente fue la de tumor palpable, tanto en el primer tumor como en el segundo tumor; con un período promedio de aparición entre el primero y el segundo de 105,75 meses.

El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante, tanto en los simultáneos como en los sucesivos.

El tratamiento es independiente en cada mama y está regido por el estadio tumoral, sin ser la bilateralidad un factor determinante de éste. Todas las pacientes fueron pasibles de tratamiento quirúrgico.

* Servicio de Ginecología y Mastología del Hospital de Vicente López.
** Servicio de Ginecología y Mastología del Hospital de Pacheco.
*** Servicio de Ginecología del Hospital de Clínicas.
**** Jefe del Servicio de Ginecología y Mastología del Hospital de Vicente López.
Correo electrónico de la Dra. María Forno: mariaforno@hotmail.com

Palabras clave

Cáncer de mama bilateral.

SUMMARY

Introduction

Bilateral breast cancer is defined as the presence of a primary tumor and independently on each breast. Although environmental, genetic and biochemical factors affect both breasts equally, and even more women are treated for breast cancer, the incidence of bilateral breast cancer remains low.

Objective

The aim of this paper is to describe the characteristics of patients with bilateral breast carcinoma treated at the Servicio de Patología Mamaria of the Hospital Municipal Prof. Dr. Bernardo Houssay of Vicente Lopez, in the last 15 years.

Material and methods

Between January 1996 and December 2011, in Servicio de Patología Mamaria of the Hospital Municipal Prof. Dr. Bernardo Houssay of Vicente Lopez, 931 patients were treated with breast cancer. We performed a retrospective analysis of data from 28 clinical records of patients with bilateral breast cancer.

We analyze incidence, age and presentation, clinical and histological characteristics, interval between the first and the second tumor and its relation to control, axillary involvement and treatments performed.

Results

The incidence of bilateral breast cancer in our hospital is 3%, The 57.1% synchronous and 42.9% of metachronous. The average age of onset was 65.75 years in synchronous and the most common presentation was that of bilateral palpable tumor. In metachronous, the average age of onset was 56.75 years and the most common presentation was palpable tumor, both in the first and second tumor; with an average period of appearance between the first and the second tumor of 105,75 months.

The most common histologic type is infiltrating ductal carcinoma in both simultaneous and successive.

Treatment is independent for each breast and is ruled by the tumoral stage without bilaterality being a determining factor. All patients underwent surgical treatment.

Key words

Bilateral breast cancer.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama bilateral se define como la presencia de un tumor primario e independiente en cada mama. A pesar de que los factores ambientales, genéticos y bioquímicos afectan ambas mamas por igual, y cada vez son más las mujeres tratadas por cáncer de mama, la in-

cidencia del cáncer de mama bilateral continúa siendo baja, entre un 2% a 12%.^{1,2}

El cáncer de mama bilateral puede ser de presentación simultánea, llamado sincrónico, o de presentación sucesiva también llamado metacrónico. El período necesario para definirlo como sincrónico o metacrónico varía según los distintos autores.

La primera serie fue publicada por Kilgore en 1921,³ quien definió al carcinoma sincrónico como aquél en el que se diagnostican ambos tumores en el mismo momento. En 1971 Haagensen,³ introdujo por primera vez el concepto de un intervalo entre la aparición de ambos tumores. Este lapso fue establecido de manera arbitraria por distintos autores, desde un mes hasta cinco años.

En Argentina, el Dr. J. V. Uriburu,⁴ definió a los tumores bilaterales como sincrónicos si aparecen dentro de los primeros doce meses y metacrónicos después de dicho período.

El otro criterio a tener en cuenta para la definición del carcinoma de mama bilateral, además del tiempo de aparición, es la diferenciación entre un segundo tumor primario y la aparición en la mama contralateral de metástasis del primer tumor.

Para certificar que la bilateralidad es verdadera y no metastásica o invasiva, distintos autores han propuesto varios criterios. Según lo definen Chaudary y col.,⁵ el segundo cáncer primario verdadero puede identificarse en forma absoluta por la presencia de un componente de tumor in situ y en forma relativa por la presencia de un patrón histológico diferente, un mayor grado de diferenciación o la falta de evidencia de enfermedad local/regional o a distancia del primer cáncer. Todos coinciden en que en ausencia de otros sitios de enfermedad, el cáncer de mama contralateral debe tratarse siempre como una enfermedad primaria nueva.^{3,6}

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre enero de 1996 y diciembre de 2011, en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Municipal Prof. Dr. Bernardo Houssay de Vicente López, fueron tratadas 931 pacientes con cáncer de mama. Se realizó un estudio retrospectivo basado en datos de 28 historias clínicas de pacientes con cáncer de mama bilateral.

Los datos fueron volcados en una base de datos (tipo Excel) y luego analizados empleando un microprocesador Intel Core Duo E8200 2.66 GHz y el paquete estadístico: SPSS 16 by SPSS Inc (1989-2007). Se determinaron las estadísticas descriptivas adecuadas para cada variable según su escala de medición y distribución.

Definimos al carcinoma de mama bilateral sincrónico, como aquel que se presenta en forma simultánea en ambas mamas o hasta doce meses luego del primer diagnóstico. El carcinoma metacrónico se diagnostica en la mama contralateral luego de doce meses con respecto al primero.

Se analiza incidencia, edad y forma de presentación, características clínicas e histológicas, intervalo entre el primero y el segundo tumor y su relación con el control, compromiso axilar y tratamientos realizados.

RESULTADOS

Cáncer simultáneo o sincrónico (n=16)

La edad promedio de aparición del carcinoma simultáneo es de 65,75 años con un rango de edades de 44 a 83 años. Al momento del diagnóstico, el 81,3% (13 pacientes) eran posmenopáusicas y 18,8% (3 pacientes) eran premenopáusicas.

Presentaron antecedentes familiares de cáncer de mama 5 pacientes (31,25%), de las cuales 4 casos fueron de primer grado (80%) y sólo una de segundo grado (20%).

La forma de presentación más frecuente fue como tumor palpable bilateral en 11 pacientes (68,75%), 2 pacientes (12,5%) presentaron tumor no palpable bilateral y 3 pacientes (18,75%) tumor palpable unilateral, con un tamaño tumoral promedio de 2,39 cm.

El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante, de presentación bilateral en 7 pacientes (43,75%) (Tablas I y II).

Tipo histológico	Número de casos
CDI tipo NOS	22
CDIS	3
CLI	4
Carcinoma papilar infiltrante	1
Carcinoma mucinoso	1
Carcinoma apocrino	1

CDI: Carcinoma ductal infiltrante.
CDIS: Carcinoma ductal in situ.
CLI: Carcinoma lobulillar infiltrante.

Tabla I. Tipos histológicos en carcinomas sincrónicos.

La axila fue positiva en 8 pacientes (50%); en 3 pacientes (37,5%) en forma bilateral y en 5 pacientes (62,5%) positiva unilateral.

La distribución de acuerdo a los estadios tumorales determinó: 5 pacientes en estadio IA, 4 pacientes en estadio IIA, 3 pacientes en estadio IIIB, 2 pacientes en estadio IIB, 1 paciente estadio IIIC y 1 paciente no evaluable para su estadio.

En cuanto a los factores de pronóstico y predicción se determinaron receptores hormonales de estrógeno y progesterona en las 16 pacientes, en 13 pacientes (81,25%) fue positivo en ambas mamas, en 1 paciente (6,25%) negativo bilateral y en 2 pacientes (12,5%) positivo unilateral.

El HER2/neu fue determinado en 13 pacientes (81,25%), siendo negativo bilateral en 11 pacientes (84,61%) y positivo unilateral en 2 pacientes (15,38%). Las 16 pacientes fueron pasibles de tratamiento quirúrgico. El mismo se de-

Tipo histológico	Número de casos (n=16)	%
CDI NOS bilateral	7	43,75
CDI NOS + CDIS	3	18,75
CDI NOS + CLI	3	18,75
CDI NOS + otros infiltrantes	2	12,50
CLI + otros infiltrantes	1	6,25

Tabla II. Asociaciones histológicas en carcinomas sincrónicos.

Tipo histológico	Número de casos
Madden	9
Mastectomía simple	4
Mastectomía + GC	2
Cuadrantectomía + linfadenect. axilar	11
Cuadrantectomía + GC	4
Tumorectomía	2

Tabla III. Procedimientos quirúrgicos utilizados en los carcinomas sincrónicos.

terminó según el estadio tumoral, independiente en cada mama (Tablas III y IV).

Como tratamiento adyuvante, 7 pacientes (43,75%) recibieron quimioterapia, 12 pacientes (75%) radioterapia, 15 pacientes (93,75%) hormonoterapia y 2 pacientes (12,5%) trastuzumab. Dos pacientes recibieron tratamiento neoadyuvante (12,5%).

En este grupo fueron detectados 3 óbitos (18,75%), 3 recidivas sistémicas (18,75%) y 1 recaída local (6,25%).

Cáncer sucesivo o metacrónico (n=12)

La edad promedio de aparición del primer tumor en las pacientes con carcinoma metacrónico es de 56,75 años, con un rango de edades de 40 a 75 años.

El 58,3% (7 pacientes) eran posmenopáusicas al momento de diagnóstico y 41,7% (5 pacientes) eran premenopáusicas.

Presentaron antecedentes familiares de cáncer de mama 3 pacientes (25%); todos fueron de primer grado.

La forma de presentación más frecuente fue como tumor palpable bilateral en 7 pacientes (58,33%) y las restantes 5 pacientes (41,66%) presentaron primer tumor palpable y el segundo tumor no palpable.

El período promedio entre la aparición del primer y segundo tumor fue de 105,75 meses, con un intervalo entre 21 y 168 meses.

El tamaño tumoral promedio para el primer tumor fue de 1,95 cm (desv. típ. 0,60) con un

Asociaciones quirúrgicas	Número de casos (n=16)	%
Madden bilateral	3	18,75
Madden + mastectomía simple	1	6,25
Madden + cuadrantectomía con GC	1	6,25
Madden + cuadrantectomía con linfadenectomía	1	6,25
Mastectomía simple bilateral	1	6,25
Mastectomía con GC + mastectomía simple	1	6,25
Mastectomía con GC + cuadrantectomía con GC	1	6,25
Cuadrantectomía + GC bilateral	1	6,25
Cuadrantectomía + linfadenectomía bilateral	4	25,00
Cuadrantectomía con linfadenectomía + tumorectomía	2	12,50

Tabla IV. Asociaciones de procedimientos quirúrgicos utilizados en los carcinomas sincrónicos.

rango de 1,2 cm a 3,0 cm. Para el segundo tumor fue de 2,45 cm (desv. típ. 1,8) con un rango entre 1,2 cm y 6,0 cm.

El tipo histológico más frecuente fue al carcinoma ductal infiltrante, de presentación bilateral en 6 pacientes (50%), el resto de las asociaciones se presentan en las Tablas V y VI.

Se observó compromiso axilar en 3 pacientes (27,27%) para el primer tumor, la misma cantidad que para el segundo tumor. Dos pacientes (18,18%) presentaron axila negativa para el primer tumor y positiva para el segundo tumor.

El estadio más frecuente en el primer tumor fue el IIA en un 41,7% y en el segundo tumor fue el IA en el 50% de los casos.

Tipo histológico	Número de casos
CDI tipo NOS	17
CDIS	1
CLI	3
CLIS	1
Carcinoma mucinoso	1
Carcinoma papilar intraquístico	1
CDI: Carcinoma ductal infiltrante. CDIS: Carcinoma ductal in situ. CLI: Carcinoma lobulillar infiltrante. CLIS: Carcinoma lobulillar in situ.	

Tabla V. Tipos histológicos en carcinomas metacrónicos.

En cuanto a los factores de pronóstico y predicción se determinaron receptores hormonales de estrógeno y progesterona en las 12 pacientes; en 8 pacientes (66,66%) fueron positivos en el primer y segundo tumor, en 1 paciente (8,33%) negativo en ambos tumores y en 3 pacientes (24,99%) positivos en forma unilateral.

El HER2/neu fue determinado en 4 pacientes (33,33%) en el primer tumor, siendo positivo en el 25% de los casos. En el segundo tumor el HER2/neu fue determinado en 11 pacientes (91,66%) siendo en 10 pacientes (90,90%) negativo.

Las 12 pacientes fueron pasibles de tratamiento quirúrgico en ambos tumores. El mismo se determinó según el estadio tumoral, independiente en cada mama (Tablas VII y VIII).

Como tratamiento adyuvante, 7 pacientes (58,33%) recibieron quimioterapia, 10 pacientes

Tipo histológico	Número de casos (n=12)	%
CDI NOS bilateral	6	50,00
CDI NOS + papilar intraq.	1	8,33
CDI NOS + CLI	2	16,66
CDI NOS + otros infiltrantes	1	8,33
CDI NOS + CLIS	1	8,33
CLI + CDI	1	8,33

Tabla VI. Asociaciones histológicas en carcinomas metacrónicos.

Procedimientos quirúrgicos utilizados	Número de casos
Madden	4
Mastectomía simple	1
Cuadrantectomía + linfadenect. axilar	13
Cuadrantectomía + GC	5
Tumorectomía	1

Tabla VII. Procedimientos quirúrgicos utilizados en los carcinomas metacrónicos.

(83,33%) hormonoterapia y 1 paciente (8,33%) trastuzumab. Todas las pacientes recibieron radioterapia. Se detectó un caso de recidiva local (8,33%).

DISCUSIÓN

El cáncer de mama es una enfermedad cada vez más frecuente; sin embargo, la incidencia del carcinoma bilateral sigue siendo baja. Su incidencia difiere a lo largo de la literatura, lo que probablemente se deba a la falta de acuerdo sobre la definición de simultaneidad.⁵

El tiempo para definir al cáncer bilateral como sincrónico o metacrónico varía de acuerdo a distintos autores. La frecuencia de presentación varía entre 2% a 12%, observándose la variante metacrónica en el 1% al 12% y la variante sincrónica en el 0,1% al 2,0%.^{1,2,7}

En nuestra población de 931 pacientes con carcinoma de mama, la frecuencia de los carcinomas bilaterales fue de 3% (28 pacientes), siendo sincrónicos el 57,1% (16 pacientes) y

metacrónicos el 24,9% (12 pacientes). Esto corresponde a una prevalencia de 1,71% de carcinomas sincrónicos y 1,28% de carcinomas metacrónicos, coincidente con la literatura mundial.

En el 87,5% de las pacientes con carcinoma simultáneo el diagnóstico fue al mismo tiempo, sólo 2 pacientes tuvieron un intervalo de 9 y 11 meses, respectivamente. La mayor frecuencia del cáncer metacrónico en la literatura mundial se debe a que el antecedente de riesgo oncológico más frecuente es el cáncer de la mama opuesta, aumentando el riesgo entre un 0,5% a 1,0% por año, dependiendo de la edad de la paciente y otros factores de riesgo asociados.⁸

En nuestra serie se presentan con mayor frecuencia los simultáneos, probablemente debido a las características socioculturales de nuestras pacientes que inducen a producir una demora en la primera consulta. El promedio de edades a la primer consulta fue significativamente inferior entre las pacientes con cáncer sucesivo ($T=2,08$; $p=0,047$). La diferencia media de edades fue de 9 años (95% IC: 0,139-17,861 años). Coincide con lo que afirmaron Foote y Stewart, entre otros,¹⁰ acerca de que el riesgo de cáncer bilateral aumenta con la menor edad de la paciente, ya que esto le permite una mayor perspectiva de supervivencia y mayor posibilidad de cáncer bilateral.¹¹

Según la literatura internacional el factor de riesgo con más peso para el desarrollo del cáncer de mama es la historia familiar, que se observa en el 20-25% de los cánceres de mama

Asociaciones quirúrgicas	Número de casos (n=12)	%
Madden + cuadrantectomía con GC	1	8,33
Madden + cuadrantectomía con linfadenectomía axilar	3	25,00
Mastectomía simple + cuadrantectomía con linfadenectomía axilar	1	8,33
Cuadrantectomía con GC + cuadrantectomía con linfadenectomía axilar	4	33,33
Cuadrantectomía con linfadenectomía axilar bilateral	2	16,66
Cuadrantectomía con linfadenectomía axilar + tumorectomía	1	8,33

Tabla VIII. Asociaciones de procedimientos quirúrgicos utilizados en los carcinomas metacrónicos.

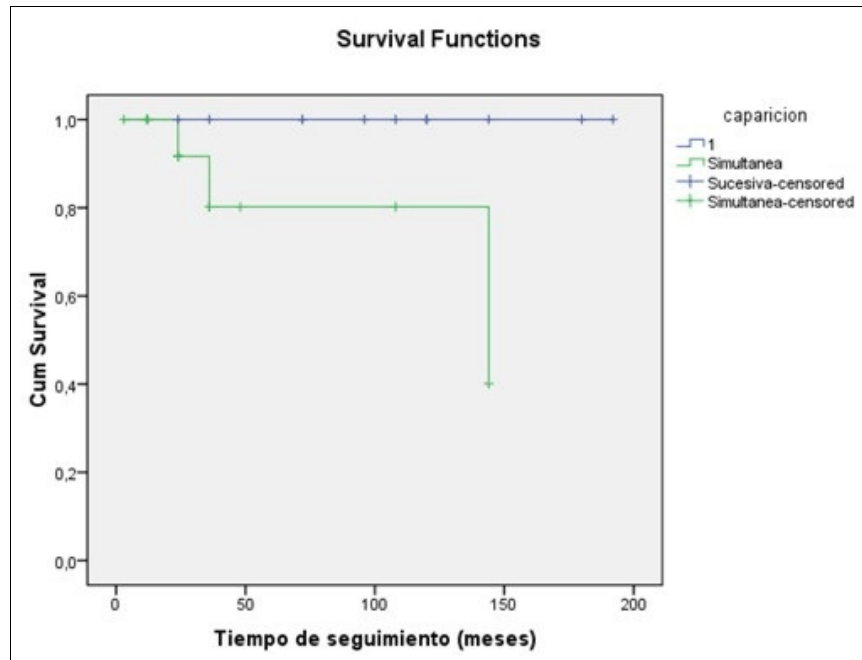


Figura 1

diagnosticados,⁹ coincidente con lo observado en las pacientes con cáncer metacrónico de nuestra serie. Por el contrario, identificamos un porcentaje mayor de antecedentes familiares para el cáncer sincrónico.

El carcinoma lobulillar invasivo se asocia más con la bilateralidad que el carcinoma ductal, con mayor riesgo de cáncer contralateral principalmente de tipo metacrónico.⁸ En nuestra serie el tipo histológico predominante fue el carcinoma ductal infiltrante, tanto en los simultáneos como en los sucesivos, y el carcinoma lobulillar se presentó en 4 pacientes (25%) de los simultáneos, y en 3 casos (25%) de los sucesivos, siendo todos de presentación unilateral.

Al comparar los tumores sincrónicos con los metacrónicos, no se observó diferencia significativa con relación al tamaño tumoral ($F=0,038$; $p=0,846$), a la forma de presentación y a la expresión positiva de la axila (chi cuadrado 2,4; $p=0,494$) a pesar de la presencia de controles durante su seguimiento ($F=0,199$; $p=0,660$). En los cánceres metacrónicos el tamaño tumoral

promedio del primer tumor fue de 1,95 cm. En aquellas pacientes que realizaron control, el tamaño tumoral promedio del segundo tumor fue de 2,33 cm (desv. típ. 1,87), con un 41,7% de lesiones no palpables y una media de axila positiva de 1,70 (desv. típ. 0,36). En las pacientes que no realizaron controles, el tamaño tumoral promedio fue de 2,57 cm (desv. típ. 1,89).

En cuanto a los estadios, si bien se observó un 41,7% de estadio IIA para el primer tumor y un 50% de estadio IA para el segundo tumor, las diferencias fueron no significativas (chi cuadrado 8,536; $p=0,383$).

Cuando se diagnosticó el cáncer bilateral, tanto sincrónico como metacrónico, el tratamiento local/regional fue independiente en cada mama y el tratamiento sistémico no estuvo condicionado por la bilateralidad, sino por el estadio del tumor más avanzado y por los factores de pronóstico y predicción.

No se logró anticipación evolutiva y de pronóstico en el segundo tumor, probablemente debido a que el 66,66% de las pacientes no rea-

lizaron seguimiento adecuado, pudiendo atribuirse a un período prolongado entre la aparición del primer y segundo tumor, que en nuestra serie fue de 105,75 meses, lo cual hace que las pacientes abandonen los controles periódicos. A pesar de esto, no se detectaron muertes en este grupo de pacientes, y se observó únicamente una recaída local; a diferencia de las pacientes con cáncer sincrónico, donde se observó una tasa de sobrevida del 41% (95% IC: 0,0-98,3%), diferencia estadísticamente significativa (Log Rank 4,256; p=0,039) (Figura 1).

CONCLUSIÓN

- Los carcinomas bilaterales presentan una baja incidencia.
- La frecuencia de los carcinomas bilaterales fue de 3%, siendo sincrónicos el 57,1% y metacrónicos el 24,9%.
- El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante, tanto en los simultáneos como en los sucesivos.
- Los casos que desarrollaron un carcinoma metacrónico fueron significativamente más jóvenes al momento del diagnóstico del primer tumor y presentaron mayor incidencia de axilas negativas, lo que llevó a una mayor sobrevida de éstas.
- El tratamiento es independiente en cada mama y está regido por el estadio tumoral, sin ser la bilateralidad un factor determinante de éste.

REFERENCIAS

1. Hartman M, Czene K, Reilly M, et al. Incidence and prognosis of synchronous and metachronous bilateral breast cancer. *JCO* 2007; 25(27): 4210-4216.
2. Carmichael AR, Bendall S, Lockerbie L, et al. The long-term outcome of synchronous bilateral breast cancer is worse than metachronous or unilateral tumours. *Eur J Surg Oncol* 2002; 28: 388-391.
3. García A, Vuoto HD y col. Carcinoma de mama bilateral. *Rev Arg Mastol* 2009; 28(98): 16-31.
4. Uriburu JV. La Mama. 2da edición, Tomo 2. López Editores, 1983.
5. Marrone M. Cáncer de mama bilateral simultáneo y sucesivo. Monografía. *Rev Arg Mastol* 2008; 27(97): 345-374.
6. Cresta Morgado y col. Guía de procedimientos en patología mamaria para diagnóstico y tratamiento. Departamento de Mastología, Instituto Oncológico Ángel H. Roffo. Año 2002; pp.72-73.
7. Heron DE, Komarnicky LT, Hyslop T, Schwartz GF, Mansfiel CM. Bilateral breast carcinoma: risk factors and outcomes for patients with synchronous and metachronous disease. *Cancer* 2000; 88: 2739-50.
8. Ipiña JM, González E y col. Cáncer de mama bilateral. *Rev Arg Mastol* 2007; 26(93): 273-280.
9. Khairy G, Guraya S, Ahmend M, Ahmend A. Bilateral breast cancer. Incidence, diagnosis and histological patterns. *Saudi Med J* 2005; 26: 612-615.
10. Cody H, Borgen P. Cáncer de mama bilateral. En: Bland K, Copeland E. La mama. 2da edición. Editorial Médica Panamericana, tomo II. Buenos Aires 2000; cap. 78: pp. 429-37.
11. Haagensen CD. Disease of the breast. Philadelphia WB Saunders, 1986.

DEBATE

Dr. Lebrón: Interesante el trabajo, pero me parece que el número de pacientes no es muy alto. Sacar tantos porcentajes con un número de pacientes tan bajo no me parece lo más adecuado. Me llamó la atención que en el segundo tumor, en los metacrónicos, el promedio del tamaño del tumor de 2,45 cm era un poco alto. O sea, si ustedes hacen un algoritmo de seguimiento bien ajustado, es decir, hacen mamografía y ecografía anual, como se debe hacer en el seguimiento, no entiendo por qué lo descubren con un tamaño de 2,45 cm, que ya lo puede descubrir la paciente sola. Por eso me interesaría saber cómo hacen el algoritmo de seguimiento en las pacientes que operaron de cáncer de mama.

Dra. Forno: Nosotros intentamos seguir las, mensualmente al principio, y después más espaciado, con mamografías. El problema nuestro es que las pacientes dejan de tener sus controles

periódicos. Justamente lo que estaba contando es que el 66% de las pacientes no hacen bien los controles y tuvimos un período muy largo entre el primero y el segundo tumor, que fue de casi 105 meses. Es verdad que no mejoramos el pronóstico, no encontramos tumores; hubiese sido mejor encontrar tumores no palpables, sólo lo obtuvimos en el 41%. A veces a nosotros se nos dificulta mucho seguir a las pacientes. Muchas veces concurren a la Sección de Patología Mamaria, dejan de concurrir y pasan a ser controladas únicamente por oncología. Vuelven cuando se tocan otro tumor palpable o después de un par de años, cuando otra vez las encontramos, o mediante ginecología.

Dr. Novelli: La observación mía es la misma que hizo el Dr. Lebrón. Si no leí mal en la diapositiva decía: “pacientes bajo control”, diagnosticaron tumores T2.

Dra. Forno: Sí, un control que es mejor que las no controladas, es verdad, pero no es un control como muchas veces nos gustaría a nosotros.

Dr. Novelli: Claro, ¿pero cuál es el control?

Dra. Forno: Apenas termina la cirugía, apenas tienen diagnóstico de cáncer de mama. Nosotros empezamos al principio cada 2 meses y después ya las citamos cada 6 meses.

Dr. Novelli: Pero, ¿qué le hacen?

Dra. Forno: Le hacemos control mamario y mamografía los primeros 6 meses, después que finalizó el tratamiento de radioterapia y después mamografías anuales. Son mamografías analógicas las que tenemos en el hospital.

Dr. Novelli: Entonces quiere decir que hay mucho cáncer en el intervalo porque a 2,33 cm es bastante grande.

Dra. Forno: Sí, es grande.

Dr. Novelli: La segunda pregunta es, ¿si registraron la localización del segundo tumor en los lobulillares?, para reverdecer o no aquello de la recidiva en espejo de los carcinomas lobulillares infiltrantes.

Dra. Forno: No, pero los lobulillares los tuvimos únicamente en presentación unilateral.

Dr. Novelli: ¿Cómo?, sí hay.

Dra. Forno: Los lobulillares nunca fueron bilaterales, siempre fueron de presentación unilateral.

Dr. Elizalde: Podemos pasar la pantalla si quieren.

Dr. Novelli: Sí, porque me pareció que eran lobulillares.

Dr. Elizalde: ¿Se puede pasar la presentación?

Dra. Forno: Nosotros obtuvimos un carcinoma lobulillar en el 25% de las pacientes con carcinoma metacrónico y 25% con carcinomas sincrónicos. Siempre fue de presentación unilateral, nunca fue bilateral.

Dr. Elizalde: Ponga la pantalla.

Dra. Forno: Carcinoma lobulillar invasivo.

Dr. Novelli: Por eso, hay 4 arriba,

Dra. Forno: Estos son los tipos histológicos más frecuentes en las 16 pacientes.

Dr. Novelli: ¿Esos lobulillares infiltrantes recidivaron como ductales o como lobulillares?

Dra. Forno: ¿En la mama contralateral?

Dr. Novelli: Claro.

Dra. Forno: En 3 pacientes fueron ductal invasivo de un lado y carcinoma lobulillar invasivo del otro. Una paciente fue lobulillar invasivo de un lado y fue un carcinoma apocrino del otro lado.

Dr. Novelli: ¿Nunca hubo bilateralidad?

Dra. Forno: No nunca, no tuvimos bilateralidad.

Dr. Novelli: Es un dato de importancia a tener presente.

Dra. Forno: Por eso en la diapositiva si bien el carcinoma lobulillar se asocia con más frecuencia con la bilateralidad que el carcinoma ductal, en nuestra serie se presentó únicamente en el 25% de los casos, tanto sincrónicos como metacrónicos, y siempre de presentación unilateral.

Dr. Lebrón: Les quería decir algo desde la experiencia que uno tiene, después de manejar durante muchos años el seguimiento de cáncer de mama. Si ustedes las derivan a los oncólogos van a tener recidivas y van a tener problemas que van a ser detectados siempre con algún retraso. Los oncólogos no examinan las mamas, no las palpan; y se deben manejar seguramente con mamografías. que no sé si conocen bien el algoritmo. Lo ideal sería que en el equipo de patología mamaria de ustedes tengan algún oncólogo o ginecólogo que haya hecho la especialización en oncología y que esa persona manejara un poco el seguimiento. Además, hay que motivarlas mucho a las pacientes para que vuelvan y hacerles entender que no están definitivamente curadas. El cáncer de mama siempre puede tener una recaída con el tiempo.

Dra. Forno: Eso es lo que nosotros tenemos siempre ganas de armar como un Servicio, pero tenemos una sección solamente dentro del Servicio de Ginecología y los oncólogos están por otro lado. La idea nuestra en algún futuro es poder lograr un Servicio que incluya a los oncólogos, también cirujanos plásticos que están en el hospital, pero todavía no. Y nos pasa eso, un montón de pacientes que se van para el Servicio de Oncología y nos cuesta volver a recibirlos.

Dr. Elizalde: Yo creo que lo peor que le puede pasar a un mastólogo es tener un metacrónico palpable, es la peor situación, porque es un fracaso del seguimiento. Ustedes tienen uno de cada dos palpables según leí. Con lo cual es un fracaso al seguimiento y uno debe cuestionar o repreguntarse si está haciendo bien las cosas. Está trabajando en un hospital público, igual que nosotros y con las mismas dificultades. Es muy difícil a veces el seguimiento porque las pacientes se pierden. Pero cuando uno presenta un trabajo la paciente perdida no se evalúa, no se la ingresa, con lo cual estas son pacientes seguidas, y llama mucho la atención que tenga una media tan alta de tamaño tumoral en el metacrónico; realmente eso llama mucho la atención. Porque ahí hubo una falencia clara en el diagnóstico, es un diagnóstico tardío.

Dra. Forno: Sí, totalmente.

Dr. Elizalde: La Sociedad tiene ya en su web un documento de Unidades de Mastología, que le sugiero que lo lea y que se incorporen, porque es en lo que está trabajando la Sociedad, justamente en formar Unidades de Mastología y no una sección donde se hace mama, otra sección donde se hace oncología y otra sección donde se hace oncoplastia, etc., sino trabajar en forma conjunta como una Unidad.