

CANCER DE MAMA

(BREAST CANCER)

Revista Médica Sinergia

ISSN 2215-4523

Vol.2 Num:1

Enero 2018 pp:8 - 12

* Mariangela Espinosa Ramírez

RESUMEN

Cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en mujeres y la primera causa de muerte en países desarrollados. Su incidencia está en aumento pero su diagnóstico precoz ha logrado disminuir la mortalidad. En algunas ocasiones, el cáncer de mama obedece a mutaciones (alteraciones) genéticas heredadas

DESCRIPTORES

Cáncer de mama, tumor maligno, HER2, mamografía, nódulo mamario.

SUMMARY

Breast cancer is the most frequent malignant tumor in women and the leading cause of death in developed countries. Its incidence is increasing but its early diagnosis has reduced mortality. In some cases, breast cancer is due to inherited genetic mutations (alterations)

KEYWORDS

Breast cancer, malignant tumor, HER2, mammography, breast nodule.

*Médico General.
Universidad de Ciencias
Médicas (UCIMED). San
José- Costa Rica.

EPIDEMIOLOGIA

El cáncer de mama es una enfermedad heterogénea causada por la progresiva acumulación de aberraciones genéticas.

Existen múltiples factores que elevan el riesgo de desarrollarlo pero el 50% de los casos no se identifican.

Edad: la incidencia aumenta hasta la menopausia, luego el porcentaje de incremento disminuye aproximadamente en una sexta parte. Ello muestra el papel principal de la actividad ovárica en su etiología.

Predisposición genética: las mutaciones genéticas hereditarias más importantes son

BRCA1 y BRCA2. Corresponden al 10 % de los casos.

Cáncer familiar: comprende el 20 % de los casos.

Factores hormonales: se relaciona con las hormonas reproductivas femeninas Menarquia precoz, nuliparidad, edad tardía en la primera gestación y menopausia tardía elevan el riesgo; en posmenopáusicas, la obesidad y el tratamiento hormonal sustitutivo.

Proliferaciones benignas: la hiperplasia ductal aumenta el riesgo en 1,5-2 veces; la atipia ductal o la hiperplasia lobular 4-5 veces.

Factores Ambientales: la exposición a radiaciones.

CLASIFICACION ANATOMOPATOLOGICA

Según la afección o no de la membrana basal, se clasifican en no invasivos (in situ) o invasivos.

TUMORES NO INVASIVOS

Carcinoma intraductal in situ: La forma más frecuente de presentación es una tumoración palpable. En la mamografía se observa una lesión necrótica central con microcalcificaciones agrupadas en molde.

Carcinoma lobulillar in situ: suelen ser un hallazgo casual de biopsia. Suelen ser bilaterales y multicéntricos. Se tratan mediante biopsia amplia más linfadenectomía y seguimiento posterior. (3)

CARCINOMA INVASIVO

Es aquel que invade más allá de la membrana basal y se introduce en el estroma mamario, desde donde puede llegar a invadir los vasos sanguíneos, ganglios linfáticos regionales y a distancia.

Entre los principales tipos histológicos de carcinoma de mama se encuentran:

- Ductal (79%)
- Lobulillar (10%)
- Tubular (6%)
- Mucinoso (2%)
- Medular (2%)
- Papilar (1%)
- Metaplásico (1%).

Otra forma de clasificar el carcinoma de mama es mediante la utilización de la inmunohistoquímica, que permite detectar proteínas en las células, lo cual ha llevado a categorizar los carcinomas de mama según la expresión de receptores de estrógenos, progesterona y de los

receptores HER2 (factor de crecimiento epidérmico).

Entre el 75% y el 80 % cánceres son positivos para receptores hormonales de estrógenos o progesterona, y entre el 15% y el 20% son positivos para HER2. El porcentaje remanente entre el 10% y el 15% representa los carcinomas de mama triple negativo (CMTN) definidos por la ausencia de expresión de receptores hormonales y de HER2.

Desde el punto de vista de expresión de genes, se dividen en 5 grupos (4):

- Normal
- Luminal A
- Luminal B
- Basal
- HER2

SOSPECHA DE CÁNCER

- Masa con bordes irregulares, adherida a planos profundos palpable, tanto en mama como en axila.
- Secreción del pezón sin masa dominante, persistente y reproducible al examen espontáneo, conducto unilateral.
- Sospecha clínica de cáncer de mama inflamatorio: senos enrojecidos, inflamados y calientes.
- Otros síntomas son pesadez, ardor, dolor, aumento del tamaño del seno, sensibilidad o pezones invertidos.
- Engrosamiento asimétrico nodular. Mujeres menores de 30 años.
- Sospecha clínica de Enfermedad de Paget.
- Mujeres con diagnóstico previo de cáncer de mama.

DIAGNOSTICO

Autoexploración: no se ha demostrado eficaz para disminuir la mortalidad de la enfermedad.

Mamografía: es el método diagnóstico por imagen principal en patología mamaria. Se utiliza en pacientes asintomáticos como método de screening y en sintomáticas, básicamente se realizan dos proyecciones (craneocaudal y oblicua externa a 60 grados).

Son signos de malignidad:

1. Nódulo denso, espiculado, de contornos irregulares.
2. Microcalcificaciones agrupadas finas e irregulares en número superior a seis y no diseminadas.
3. Desestructuración del tejido mamario con pérdida de su arquitectura.

El tamizaje se debe realizar a partir de los 40 años.

El sistema BI-RADS se encuentra estandarizado, estableciendo categorías que marcan pautas de actuación, ver *Tabla 1*.

Ecografía: es más útil en mujeres jóvenes debido a la densidad del tejido mamario. Tiene una mayor capacidad para diferenciar lesiones quísticas de sólidas.

Los nódulos malignos se visualizan irregulares, heterogéneos, lobulados y con sombra acústica.

La ecografía mamaria también se emplea para valorar axila en caso de sospecha de afectación ganglionar.

Resonancia Magnética: su indicación principal es la detección de la multifocalidad y en el control de las cicatrices en caso de tratamientos conservadores en pacientes con prótesis mamarias.

En mujeres en edad fértil debe llevarse a cabo entre los días 7 y 15 del ciclo menstrual para reducir la tasa de falsos positivos por estimulación hormonal.

El pronóstico y su tratamiento no solo dependen del grado histológico mencionado sino también de su clasificación TNM, ver *Tabla 2 y 3*.

Tabla 1. Clasificación BI-RADS mamográfico.		
	Lesiones detectadas en mamografía	Riesgo de cáncer %
BIRADS 1	<ul style="list-style-type: none"> • Estudio Negativo 	0
BIRADS 2	<ul style="list-style-type: none"> • Ganglio linfático intramamario • Fibroadenoma hialinizado • Calcificaciones benignas 	0
BIRADS 3	<ul style="list-style-type: none"> • Nódulos bien circunscritos • Asimetrías focales • Microcalcificaciones puntiformes o redondeadas 	<2
BIRADS 4	<ul style="list-style-type: none"> • Nódulos de contornos mal definidos • Microcalcificaciones pleomórficas. 	25- 90
BIRADS 5	<ul style="list-style-type: none"> • Nódulos estrellados • Microcalcificaciones vermiculares 	>90
BIRADS 0	<ul style="list-style-type: none"> • Estudio que es insuficiente para poder dar un diagnóstico 	

Tabla 2. Clasificación TNM.

TUMOR PRIMARIO	
Tx	Tumor desconocido
T0	Sin evidencia de tumor primario
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumor de 2cm o menos en su diámetro mayor
T1mic	Microinvasor de de menos 0,1 cm en su diámetro mayor
T1a	Tumor de 0,5 cm o menos.
T1b	Tumor mayor de 0,5 y hasta 1 cm
T1c	Tumor mayor de 1 cm y hasta 2 cm
T2	Tumor mayor de 2cm y hasta 5 cm
T3	Tumor mayor de 5 cm
T4	Tumor de cualquier tamaño con extensión a pared torácica o a piel.
T4a	Extensión a pared torácica
T4b	Piel con edema, ulceración o nódulos satélites en la mama.
T4c	Suma de a+ b
T4d	
NÓDULOS LINFÁTICOS REGIONALES	
N0	No se palpan ganglios axilares
N1	Ganglios axilares fijos del lado del tumor
N2	Ganglios axilares fijos en el mismo lado en ausencia de metástasis
N3	Metástasis en ganglios infra o supraclaviculares.
METÁSTASIS	
MX	No se pueden evaluar metástasis distantes
M0	No hay metástasis a distancia
M1	Metástasis a distancia

Tabla 3. Estadios de la enfermedad

Estadio I	T1	N0	M0
Estadio IIA	T2	N0	M0
Estadio IIB	T3	N0	M0
Estadio IIIA	T4	N0	M0
Estadio IIIB	Todo T	N1	M0
Estadio IV	Todo T	Todo N	M1

TRATAMIENTO

El abordaje va a depender de la estadificación de la neoplasia según los criterios establecidos. Básicamente se puede dividir en:

Enfermedad temprana: todos los esfuerzos están enfocados en el objetivo de curación, la mayoría de los tumores son abordados quirúrgicamente. Posteriormente mediante a los resultados anatomopatológicos (TNM, grado histológico, invasión a vasos linfáticos y vasculares, sobre expresión de HER-2, índice e proliferación Ki67) se planifica un tratamiento adyuvante con quimioterapia.

Enfermedad localmente avanzada: se da inicialmente una terapia de medicamentos quimioterapéuticos neoadyuvante, con la intención de reducir el volumen tumoral, aumentar las posibilidades de resección, seguida de una intervención quirúrgica.

Enfermedad metastásica: En estos casos todos los esfuerzos están enfocados en el objetivo de la paliación, (Medicina Paliativa) con la intención de aumentar su probabilidad de supervivencia, disminuir los síntomas asociados al tumor y mejorar la calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA

- Farreras, C. Rozman (2012) Medicina Interna XII Edición Barcelona: Elsevier.
- Piris, M .Gómez, N Taramino (2015) Manual AMIR Ginecología y Obstetricia. España: MARBAN.
- Jiménez G. (2010) Folleto Tratamiento Médico del Cáncer Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia. Costa Rica, Editorial Universidad de Costa Rica.
- Quirós – Alpizar , Y. Jiménez- Rodríguez (2010) Carcinomas invasores triples negativos de la glándula mamaria: incidencia y características clínico –patológicas revista vol 52 Revista Acta Médica Costarricense.

Recepción: 30 Noviembre de 2016

Aprobación: 10 Diciembre de 2016