



# XXX REUNIÓN SOCIEDAD GINECOLÓGICA MURCIANA CARTAGENA



Hospital General Universitario  
Santa Lucía

## CARCINOMA DE MAMA BILATERAL

Gutiérrez de Rubalcava Subiela, L; Maqueda Martínez, IM; Diago Muñoz DM; Beltrán Sánchez, A; Peñalver Yepes, N; Rubio Ciudad, M; Martínez Pérez, B; Ortega Quiñonero, P.

### INTRODUCCIÓN:

La incidencia de cáncer de mama bilateral (CMB) varía del 1.4 al 12% (1), teniendo un riesgo cinco veces mayor que la población general para padecer un segundo carcinoma en la mama contralateral la mujer que ha padecido un cáncer de mama (2). El cáncer de mama bilateral puede ser sincrónico, entendido como presencia de tumores primarios en ambas mamas que son diagnosticados simultáneamente (3) o en los 6 primeros meses posteriores al diagnóstico o, metacrónico, cuando no cumple dichos criterios.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Mujer de 45 años, con antecedente de madre y tías maternas con cáncer de mama antes de los 50 años, que es valorada por retracción del pezón derecho. En la exploración de la mama izquierda (MI) se palpa nódulo duro móvil en cuadrante inferior interior (CII). Se solicita mamografía y ecografía, informándose de un nódulo oval hipoeocóico de 1,5x 0,9 cm en CII izquierdo. La punción aspirativa con aguja fina confirma positividad para células neoplásicas, solicitándose biopsia con aguja gruesa (BAG) que informa de cilindros de tejido mamario con carcinoma infiltrante moderadamente diferenciado. El estudio inmunohistoquímico (IHQ) muestra receptores de estrógeno (RE) positivo intenso (>90%), receptores de progesterona (RP) negativo, Ki67 30-35%, CK19 positivo y Her2/neu dudoso. La resonancia magnética nuclear (RMN) informa de lesión BI-RADS categoría 6 en CII de MI y nódulo BI-RADS categoría 4 en mama derecha MD en CII subcutáneo. La BAG ecoguiada de MD informa de cilindros de tejido mamario con carcinoma infiltrante moderadamente diferenciado. Estudio IHQ: E-cadherina positivo (áreas de morfología ductal) y negativo (áreas de morfología lobulillar), RE positivo intenso (>90%), RP positivo intenso (>90%), Ki67 <10%, CK positivo y Her2/neu negativo.

Se programa intervención realizándose mastectomía radical izquierda con linfadenectomía axilar izquierda, ya que la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) resulta positiva y, mastectomía conservadora con reconstrucción con prótesis de MD por cirugía plástica. BSGC negativa. Posoperatorio inmediato sin complicaciones.

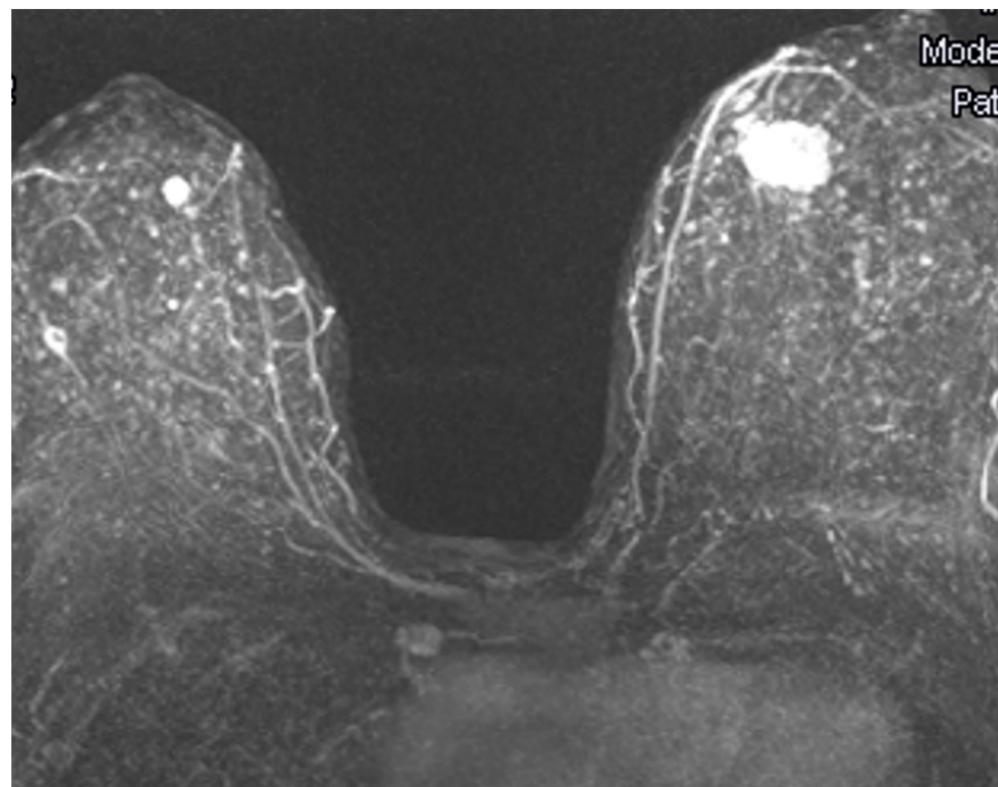


Imagen 1: RMN de mama.

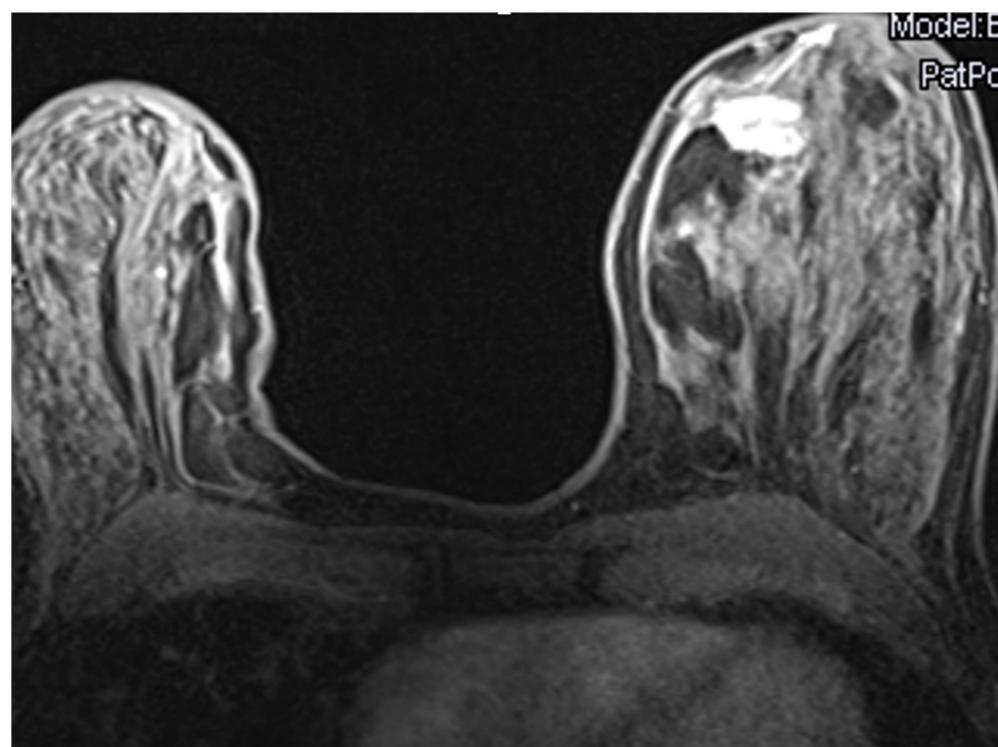


Imagen 2: RMN de mama.

### COMENTARIOS:

- Actualmente la incidencia de CMB está en aumento por el uso de nuevos métodos diagnósticos como la RMN (4). En nuestro caso, fue la prueba que permitió el diagnóstico del carcinoma contralateral.
- El CMB es el hallazgo oncológico más frecuente tras el diagnóstico de cáncer de mama primario: comprende entre el 30 y 50% de los segundos tumores en pacientes con cáncer de mama (5), como es el caso de nuestra paciente.

### Bibliografía:

1. Chen Y, Thompson W, Semenciw R, Mao Y. Epidemiology of contralateral breast cancer. *Cancer Epidemiol Biomark Prev* 1999; 8: 855-861.
2. Robbins GF, Berg JW. Bilateral primary breast cancer. A prospective clinicopathological study. *Cancer*. 1964;7:1501-27
3. Orea Estudillo D, Hernández Rubio A, García Rodríguez FM, Gil García R, Varelas Riojano F, Jiménez Villanueva X. Cáncer de mama bilateral. Experiencia de 10 años en la unidad de Oncología del hospital Juárez de México. *Cirujano general [revista en Internet]*. 2007 [citado 15 May 2011];29(4):[aprox. 15p].
4. Heron DE, Komarnicky LT, Hyslop T, Schwartz GF, Mansfield CM. Bilateral breast carcinoma: risk factors and outcomes for patients with synchronous and metachronous disease.
5. Díaz R., Palomar L., Munarriz B, Montalar J., Santaballa A., Synchronous and metachronous bilateral breast cancer: a long-term single-institution experience. *Med Oncol* 2012; 29: 16-24.