

## **Cáncer de mama en mujeres menores de 35 años: nuestra experiencia en 50 casos**

**Tipo:** Presentación Electrónica Científica

**Autores:** **Begoña Iturre Salinas**, Diana Gorostiza Laborda, Patricia Cobos Baena, Ainhoa Diaz De Otalora Serna, Gaizka Mallabiabarrena Hormaechea, Maider Bringas Veiga

### **Objetivos**

Analizar los hallazgos radiológicos, características biológicas y manejo terapéutico de los cánceres de mama invasivos diagnosticados en mujeres menores de 35 años.

### **Material y métodos**

Se realiza un estudio retrospectivo de los casos de cáncer de mama invasivos diagnosticados en el Hospital de Cruces desde enero del 2007 hasta diciembre del 2014 en mujeres "muy jóvenes" con edad inferior a 35 años.

Se han analizado mediante tablas de frecuencia el motivo de exploración, los hallazgos radiológicos, método de biopsia empleado, estadio al diagnóstico, características biológicas (tipo histológico, grado tumoral, receptores hormonales y sobre-expresión her2), manejo terapéutico y evolución de los mismos.

### **Resultados**

De las 1785 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama entre los años 2007-2014, el 2,8 % (n=50) tenían edad inferior a 35 años.

La edad oscilaba entre 24 y 34 años, con mediana n=33.

45 pacientes (90%) consultaron por nódulos detectados en la autoexploración, 3 (6%) por retracción del pezón y 2 pacientes (4%) por telorragia ([Fig. 1](#)).

A todas se les realizó una mamografía y ecografía al diagnóstico. En 15 casos se realizó una RM mama y en 1 caso una galactografía.

Los hallazgos radiológicos fueron clasificados según la 5ª edición del ACR BI-RADS. El 85% (n=43) de las lesiones fueron clasificadas como BI-RADS 5 y un 15 % (n=7) como BI-RADS 4. Los hallazgos mamográficos más frecuentes fueron nódulo en 46 pacientes, distorsión en 2 y microcalcificaciones pleomórficas también en 2 pacientes ([Fig. 2](#)). En la ecografía los hallazgos más frecuentes fueron nódulo en 44 pacientes, calcificaciones en 4 y características asociadas (distorsión, cambios en ductos) en 2 pacientes ([Fig. 3](#)). El hallazgo más frecuente en la RM fue nódulo, visualizado en el 80% de los casos (12 pacientes) seguido del realce no masa, objetivado en el 20% (3 pacientes). [Ver fig. 4](#).

El método de biopsia más empleado fue la BAG ecoguiada en el 96% (n=48). En el 4% (n=2) de las pacientes se realizó estereotaxia.

El estadio al diagnóstico se resume en la [Fig. 5](#), donde se objetiva que el 80% son T1-T2 pero en más del 50% de los casos la axila está afectada.

El tipo histológico ([Fig. 6](#)) más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante, que se objetivó en 43 pacientes (86%). En un 84% de los casos (42 pacientes) eran tumores de alto grado (G2-G3).

El tratamiento ([Fig. 7](#)) fue cirugía de inicio en el 82%, lo más frecuente cirugía conservadora. En 8 pacientes (17,8%) el tratamiento de inicio fue la quimioterapia.

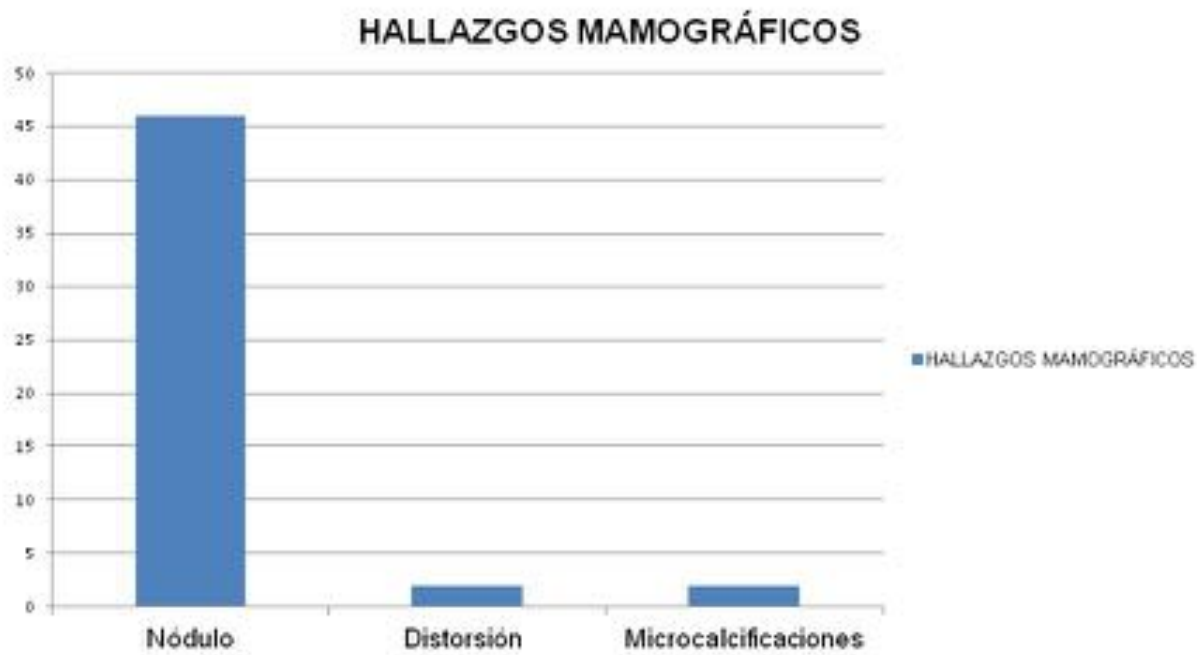
En cuanto a la evolución, el 89% (n = 45) están actualmente en remisión completa de su enfermedad, cinco han recaído y 4 han fallecido. 4 pacientes presentaron un debut metastásico al diagnóstico.

**Se presentan posteriormente una serie de casos: CASO 1 ([Figs. 8,9](#)); CASO 2 ([Figs. 10,11,12](#)); CASO 3 ([Fig. 13](#)); CASO 4 ([Figs. 14,15](#)); CASO 5 ([Figs. 16,17](#)); CASO 6([Figs. 18,19](#)).**

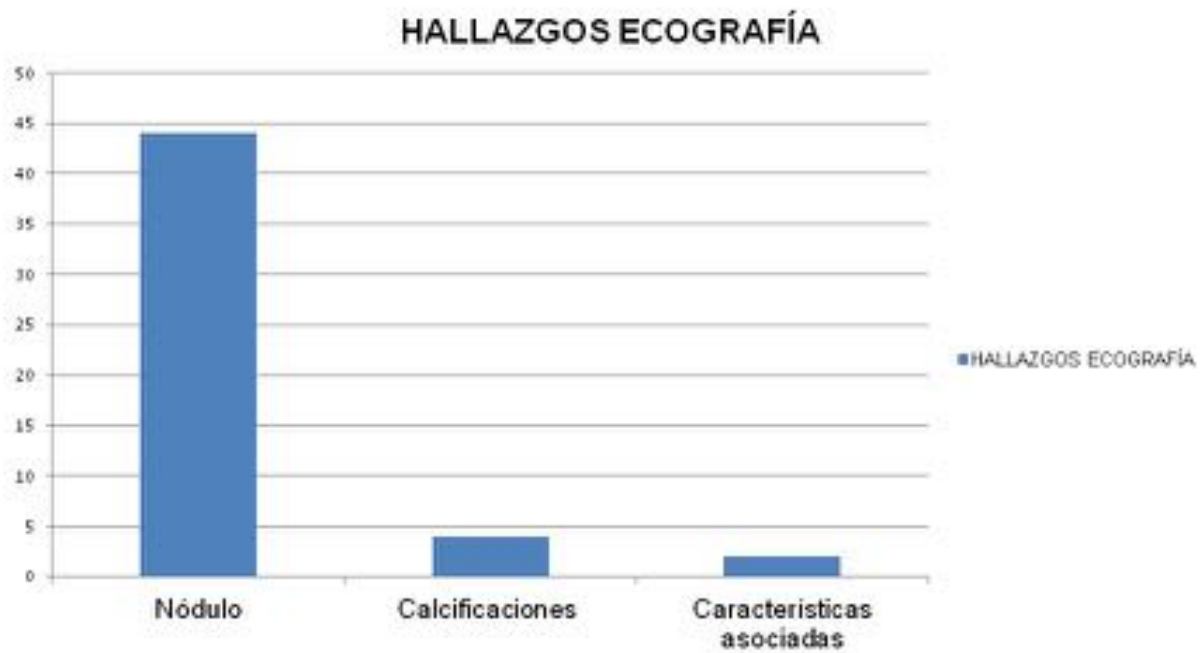
**Imágenes en esta sección:**



**Fig. 1:** Motivo de consulta.



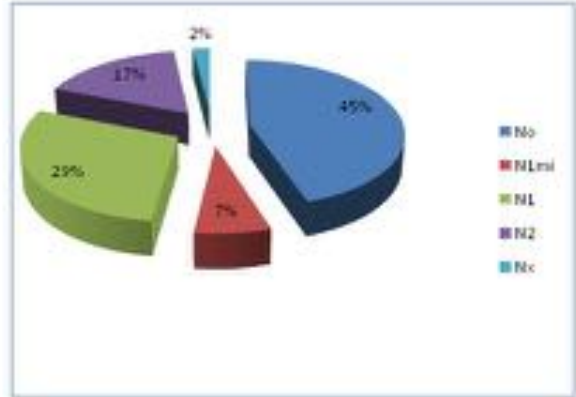
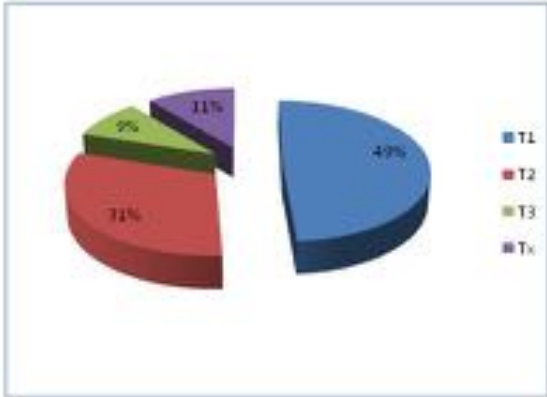
**Fig. 2:** Hallazgos mamográficos.



**Fig. 3:** Hallazgos ecografía.



**Fig. 4:** Hallazgos en RM



**Fig. 5:** Distribución del tamaño tumoral y la afectación ganglionar al diagnóstico.

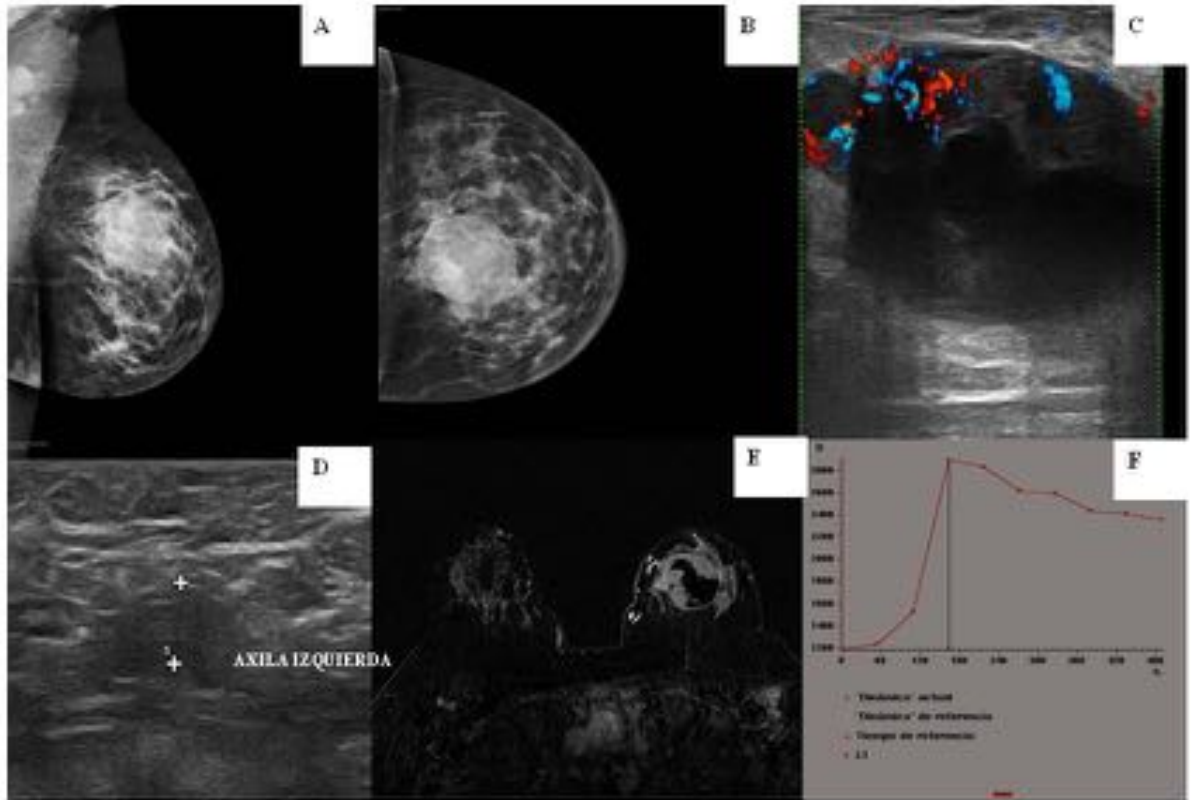
<b>TIPO HISTOLÓGICO</b>	
Ductal infiltrante	43 (86%)
Lobulillar	1 (2%)
Otros (medular, coloide)	6 (12%)
<b>GRADO</b>	
1	1 (2%)
2	21 (42%)
3	21 (42%)
<b>DESCONOCIDO</b>	7 (14%)
<b>RECEPTORES ESTROGENO (+)</b>	26 (57,8%)
<b>RECEPTORES PROGESTERONA (+)</b>	23 (51,1%)
<b>SOBRE-EXPRESIÓN HER2</b>	18 (40%)

**Fig. 6:** Características biológicas de los tumores.

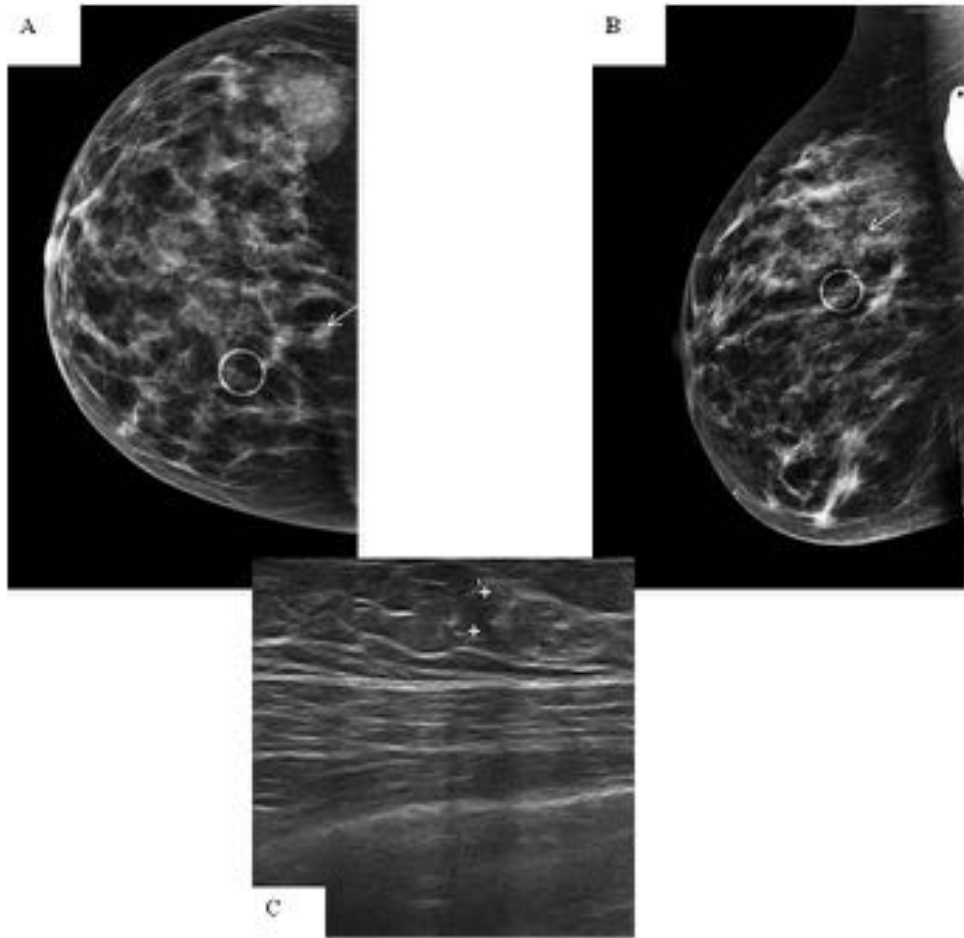


<b>CIRUGÍA</b>	
Mastectomía	14 (26,6%)
Cirugía conservadora	34 (68,9%)
Ninguna	2 (4,4%)
<b>CIRUGÍA AXILAR</b>	
Linfadenectomía axilar	20 (40%)
Ganglio centinela	28 (55,6%)
Ninguna	0 (0%)
<b>RADIOTERAPIA TRAS CIRUGÍA CONSERVADORA</b>	34 (100%)
<b>HORMONOTERAPIA PRIMARIA</b>	0 (0%)
<b>QUIMIOTERAPIA PRIMARIA</b>	8 (16%)
<b>ALGÚN TRATAMIENTO SISTÉMICO ADYUVANTE</b>	
Quimioterapia	22 (44,4%)
Hormonoterapia	2 (4,4%)
Ambas	22 (44,4%)
Ninguna	3 (6,8%)
<b>DEBUT METASTÁSICO</b>	4 (8%)

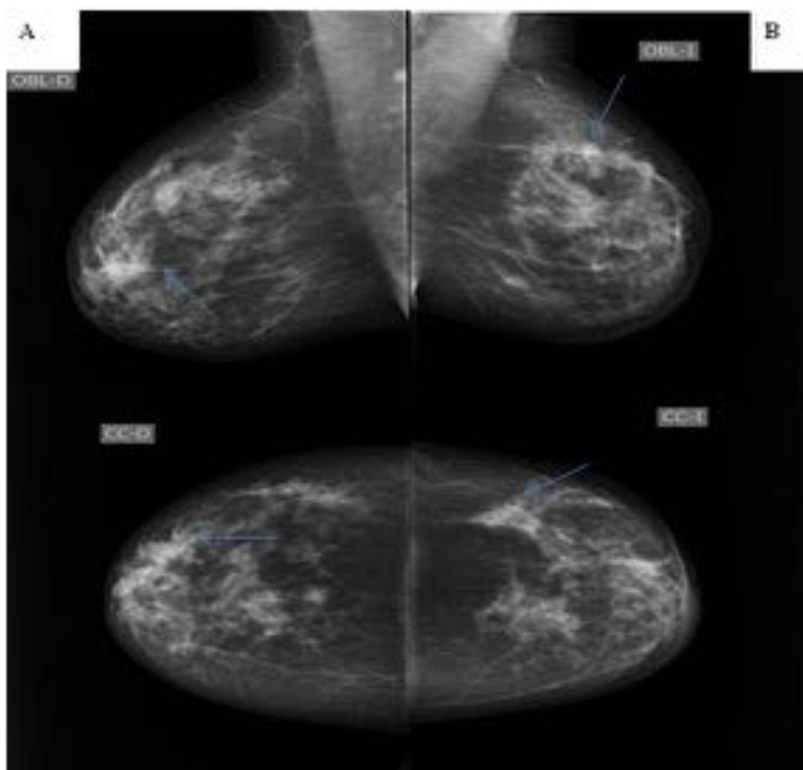
**Fig. 7:** Tratamiento de las mujeres con edad inferior a 35 años.



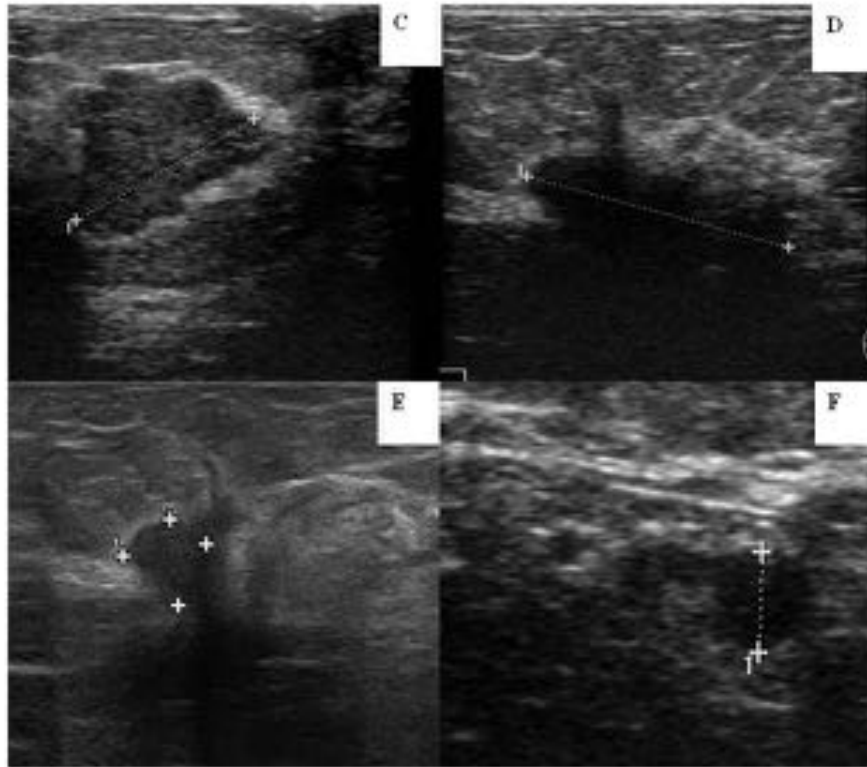
**Fig. 8:** CASO 1. Mujer de 31 años que consulta por nódulo palpable en mama izquierda. En la mamografía (A y B) se objetiva nódulo denso redondeado en LIS y adenopatías axilares. En la ecografía (C y D) se visualiza nódulo de 4cm BIRADS 4 y adenopatías con corticales de hasta 8mm. Se realizó BAG con diagnóstico AP: carcinoma ductal infiltrante con adenopatías infiltradas. T1 supresión grasa con contraste lesión BIRADS 6 única (E) con curva tipo III en estudio dinámico (F).



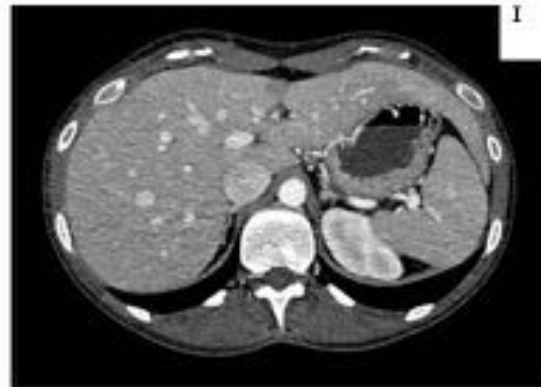
**Fig. 9:** CASO 1. En el estudio genético la paciente era portadora del BRCA1. Tres años más tarde, en la mamografía de control (A y B) de la mama derecha se objetiva un nódulo de márgenes no circunscritos de nueva aparición en CSI que en la ecografía (C) correspondía con nódulo hipocogénico de contornos no circunscritos BIRADS 4. Se realizó BAG ecoguiada. Resultado AP: carcinoma ductal infiltrante.



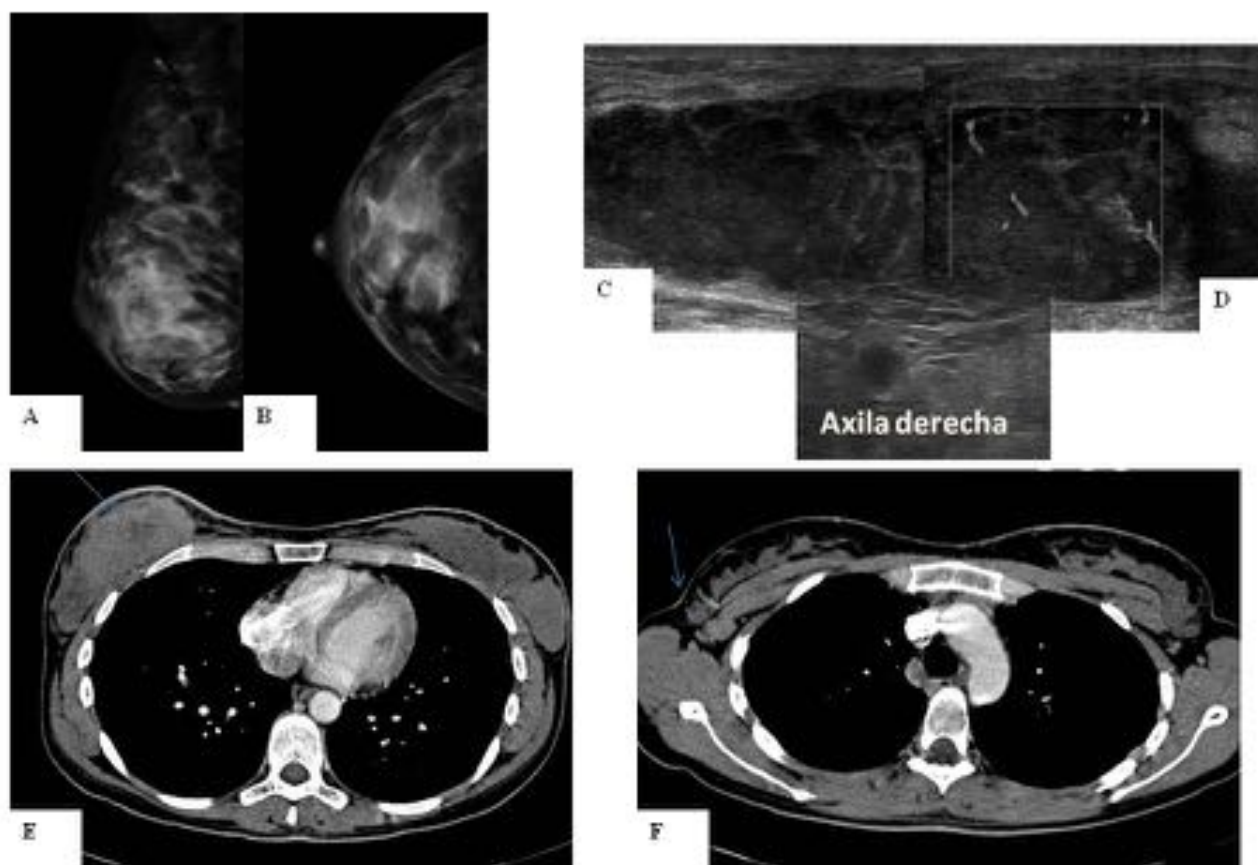
**Fig. 10:** CASO 2. Mujer de 34 años embarazada de 28 semanas que consulta por nódulo palpable en la autoexploración en mama derecha y cefaleas persistentes. En la mamografía (A y B) se objetiva una distorsión en el CSE de la mama izquierda y un nódulo irregular retroareolar derecho con adenopatías axilares derechas (flechas).



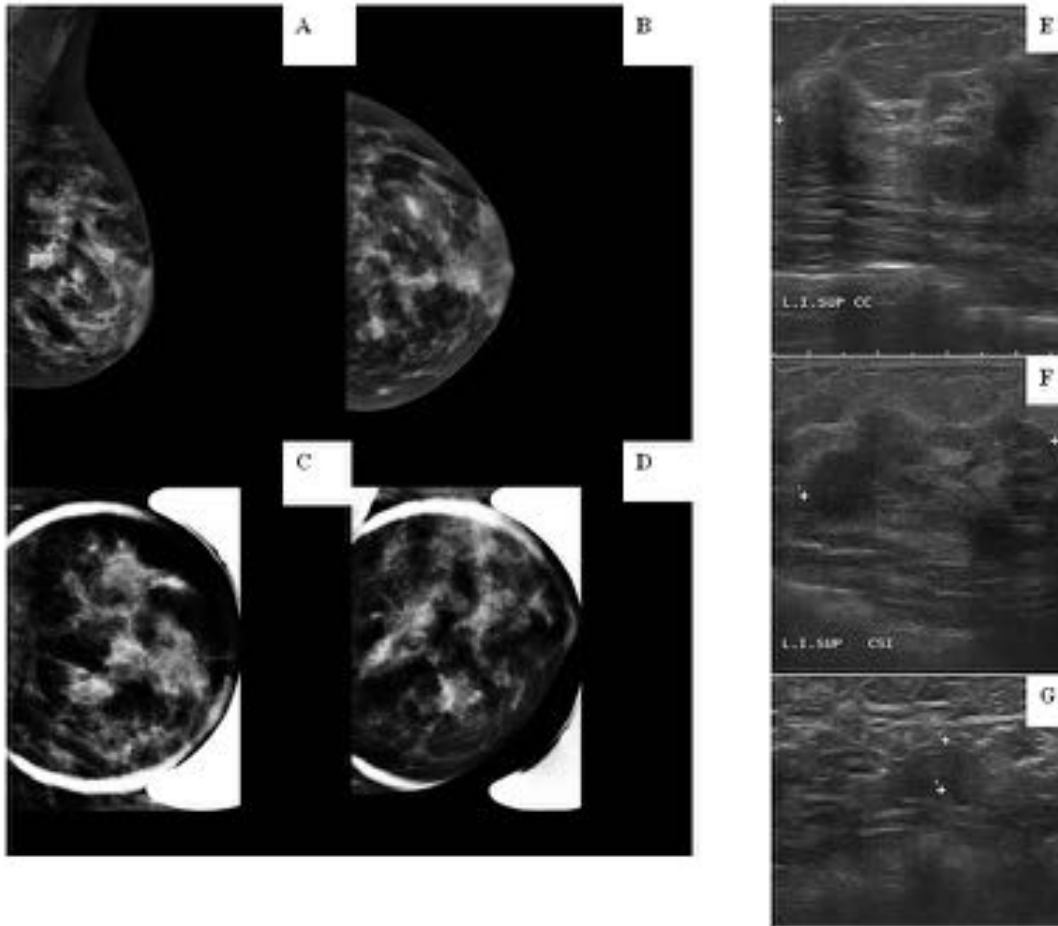
**Fig. 11:** CASO 2. En la ecografía se objetivó un nódulo irregular de márgenes no circunscritos BIRADS 4 retroareolar derecho (C), nódulo hipoecogénico irregular con componente de distorsión y sombra posterior BIRADS 5 en CSE-LIE de la mama izquierda (D), otro nódulo BIRADS 5 en CSE de la mama izquierda (E) y adenopatías axilares sospechosas bilaterales (F). Resultado de AP: carcinoma ductal infiltrante bilateral multifocal en la mama izquierda (2 focos) con adenopatías bilaterales infiltradas.



**Fig. 12:** CASO 2. Por las cefaleas se le realizó también una TAC craneal donde se visualizan metástasis cerebrales en localización temporal (G) y parietal derechas. En la TAC de extensión se visualizaron además adenopatías en cadena iliaca derecha necróticas (H) y metástasis hepática en lóbulo hepático izquierdo (I). Se inició tratamiento QT y la paciente falleció 5 años después del debut.

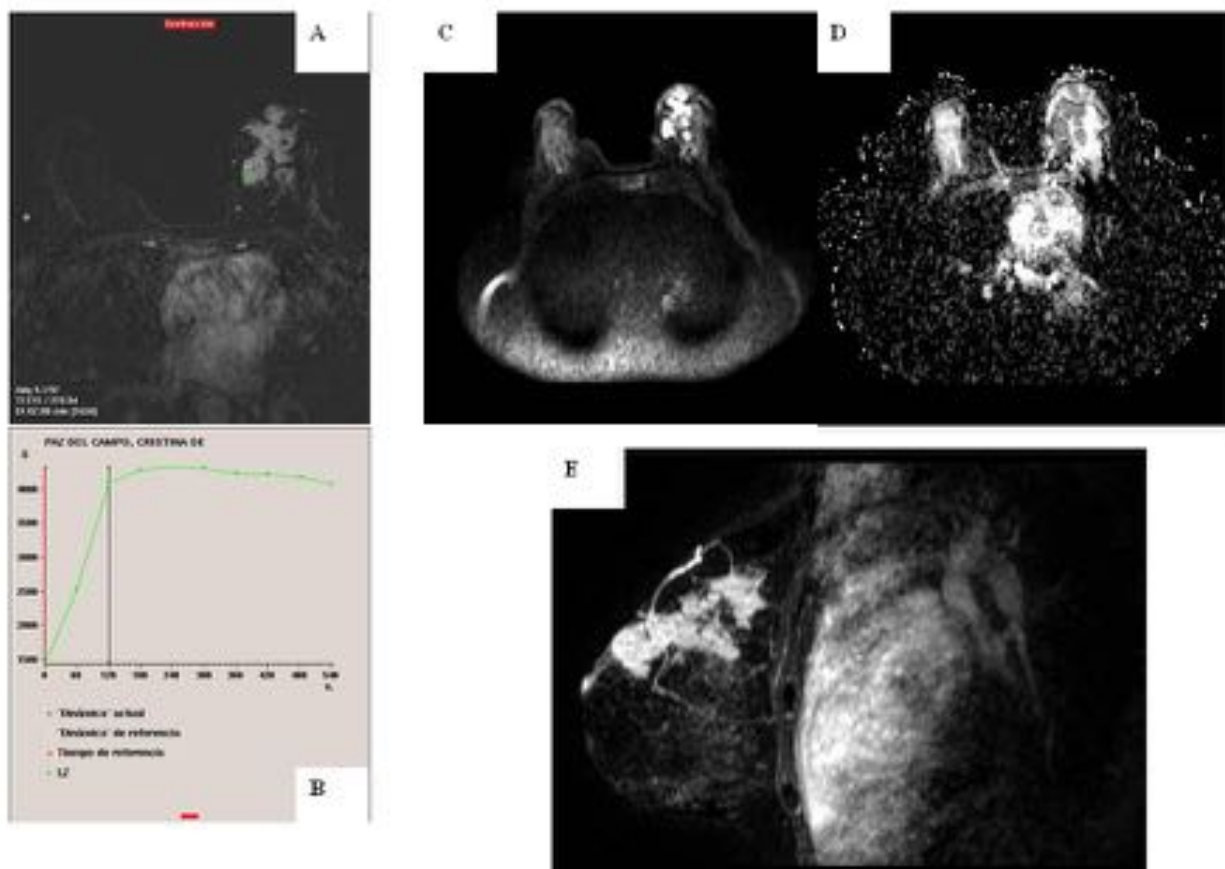


**Fig. 13:** CASO 3. Mujer de 30 años con lactancia materna que presenta tumoración palpable retroareolar derecha. En la mamografía (A y B) se visualiza nódulo ovoideo RTA que en la ecografía (C, D) correspondía con nódulo de márgenes circunscritos y lobulados BIRADS 4 con intensa señal doppler y adenopatía axilar derecha sospechosa. Diagnóstico AP: linfoma mamario con axila infiltrada. En la TC (E,F) sólo había afectación mamaria y axilar.

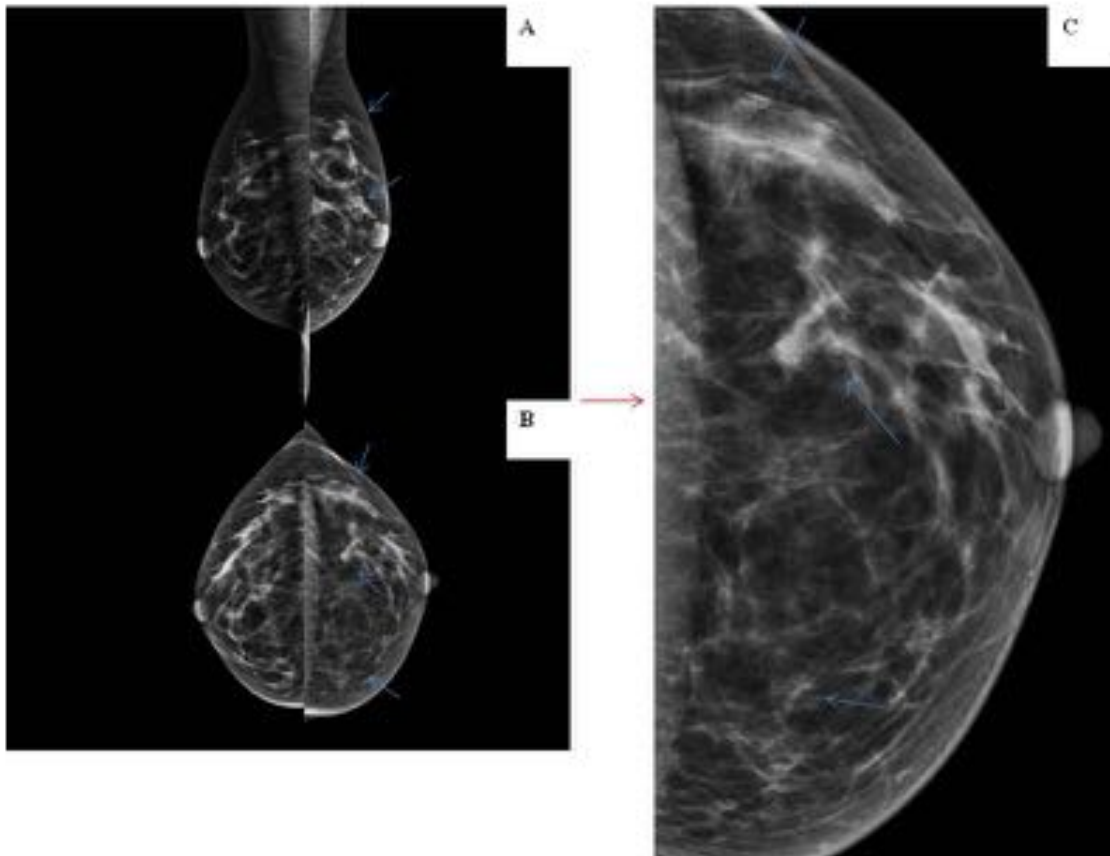


**Fig. 14:** CASO 4. Mujer de 33 años que recibió RT torácica por linfoma hace 10 años. Actualmente en tratamiento de fertilidad. Presenta induración en CSI de mama izquierda. En la mamografía (A, B, C y D) se objetiva una distorsión y nódulos espiculados múltiples en CSI y LIS de mama izquierda que en la ecografía (E, F) corresponden con nódulos hipocogénicos no circunscritos BIRADS 5. Axila derecha (G) con adenopatía sospechosa. Informe de AP: carcinoma ductal infiltrante con axila infiltrada.

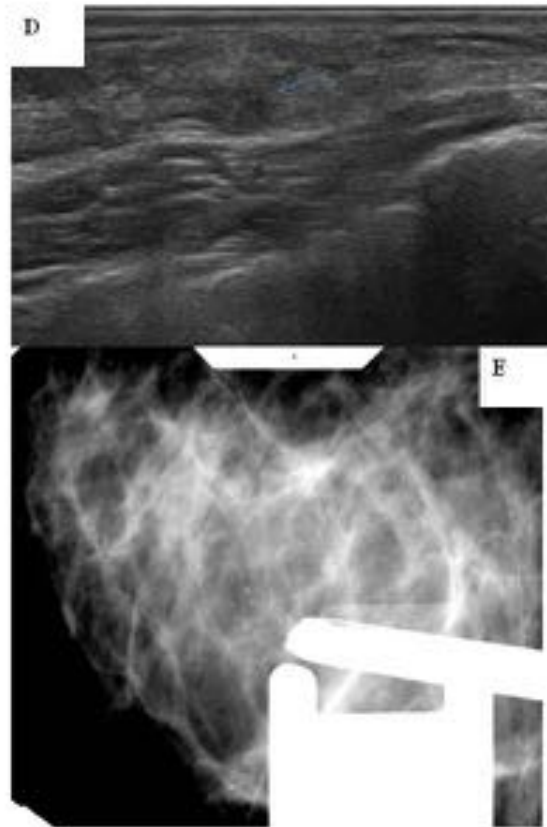




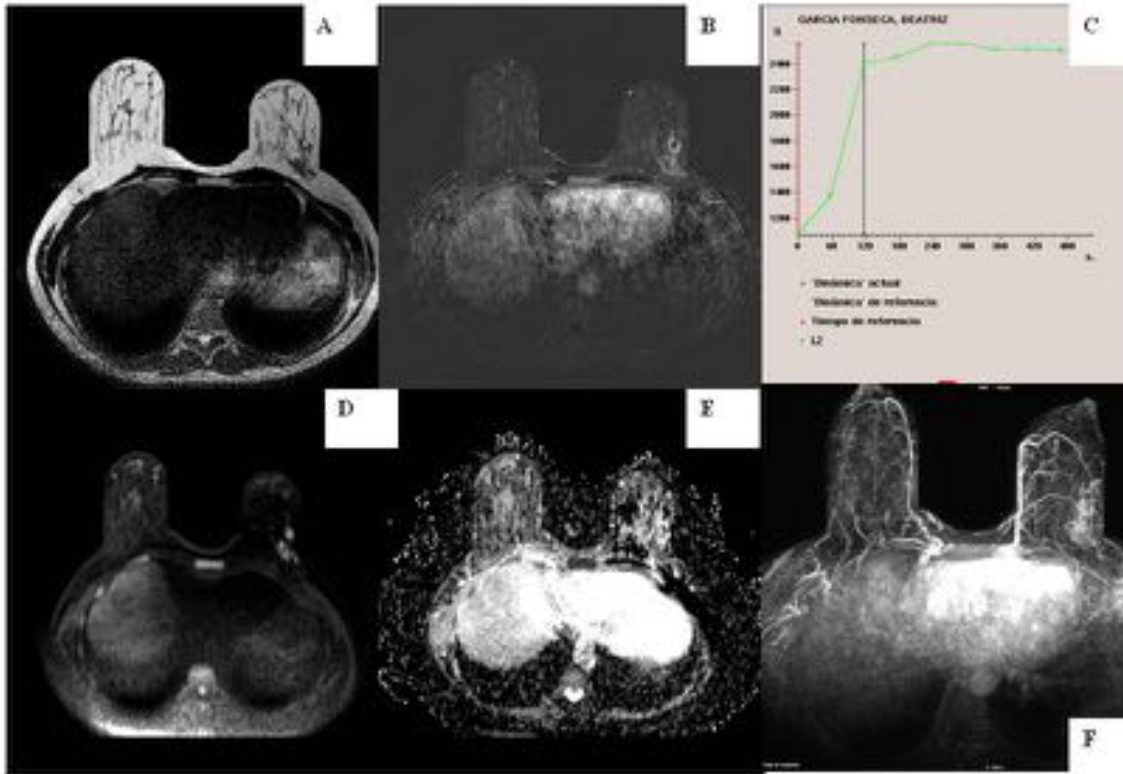
**Fig. 15:** CASO 4. RM previa a la QT. T1 supresión grasa con contraste (A) gran masa en CSI conformada por múltiples nódulos confluentes y espiculados con curvas tipo II en el estudio dinámico (B). Dicha masa restringe en la secuencia de difusión (C, D) y en la reconstrucción MIP sagital (E) se objetiva la gran masa tumoral con el vaso aferente que la irriga.



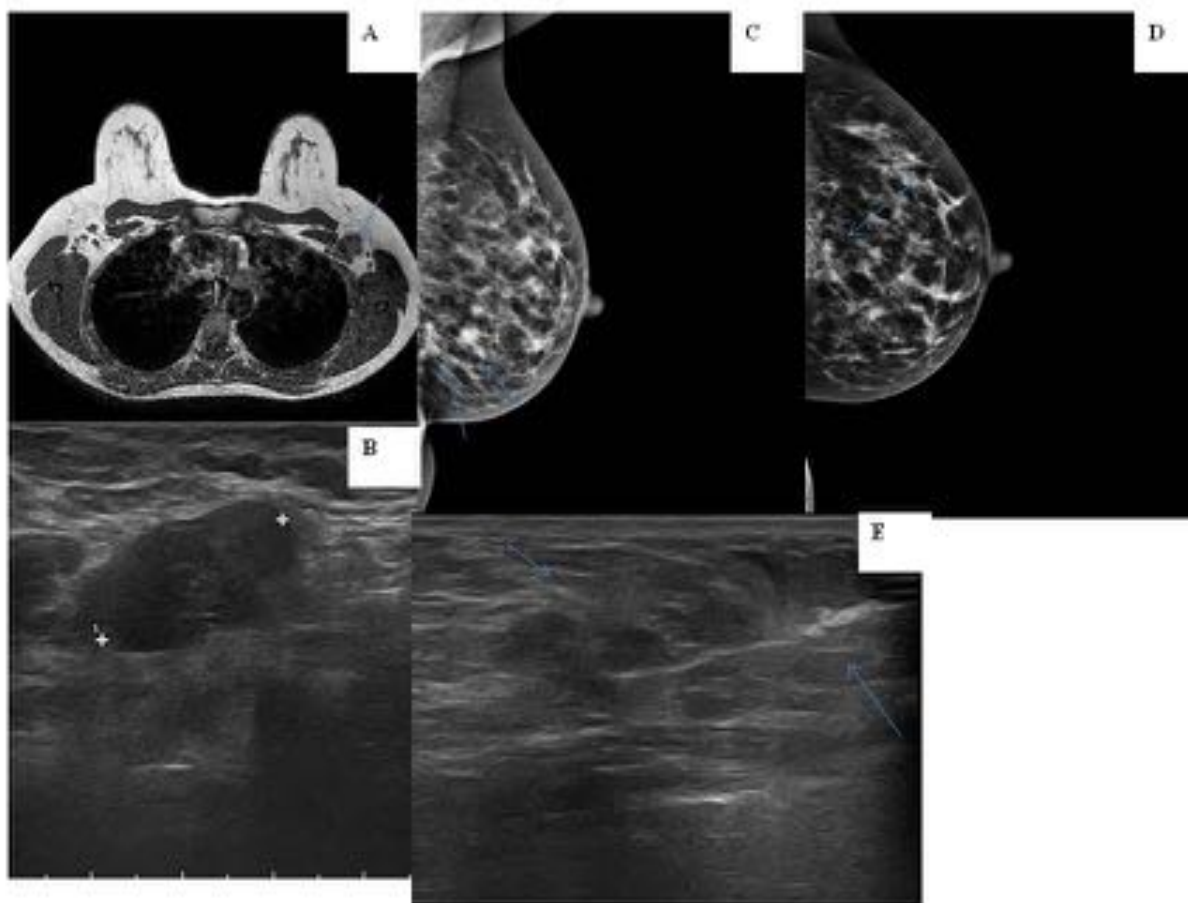
**Fig. 16:** CASO 5. Mujer de 31 años que consulta por nódulo palpable en CSE-cola de mama izquierda. En la mamografía (A, B, C) se objetiva nódulo con microcalcificaciones pleomórficas BIRADS 5 localizado en CSE izquierdo así como otros dos grupos de microcalcificaciones agrupadas BIRADS 4 en CSI y retroareolares .



**Fig. 17:** CASO 5. En la ecografía (D) se objetiva la presencia de un nódulo de márgenes no circunscritos BIRADS 5 en CSE. Se realizó BAG ecoguiada con resultado AP: carcinoma ductal infiltrante. Se realizó asimismo estereotaxia digital (E) de las microcalcificaciones localizadas en CSI con resultado AP de carcinoma intraductal. A la paciente se le realizó una mastectomía.



**Fig. 18:** CASO 6. Paciente de 32 años portadora del BRCA1. RM de screening. En la secuencia morfológica T1 (A) se objetiva gran masa de 4cm BIRADS 5 conformada por nódulos confluentes espiculados que en la secuencia T1 supresión grasa tras contraste (B) presentan intenso realce y curvas tipo II en el estudio dinámico (C). Dicha masa presenta restricción a la difusión (D,E) y en la reconstrucción MIP (F) se objetiva el vaso aferente que la irriga.



**Fig. 19:** CASO 6. En la RM se visualizó también gran adenopatía axilar izquierda (A) de la cual se realizó BAG ecoguiada (B). Se completó el estudio con mamografía (C,D) donde se objetiva la presencia de múltiples nódulos de márgenes no circunscritos y densos en CIE que en la ecografía (E) correspondía con masa hipoeecogénica irregular de contornos no circunscritos BIRADS 5. Resultado AP: carcinoma ductal infiltrante con infiltración axilar.

## Conclusiones

- No existe un cáncer de mama específico de la mujer joven y es poco frecuente en este intervalo de edad. Sin embargo, suelen ser tumores con mayor afectación ganglionar (el 55% de nuestras pacientes), de alto grado histológico (el 84,4% fueron G2-G3), mayor tamaño tumoral (50% tumores >2 cm) y más frecuencia de tumores triple negativos, que coinciden con los datos publicados en la bibliografía.

- El hecho de que no existan a esas edades programas de cribado, la alta agresividad de los tumores y la dificultad en el diagnóstico, debido a la alta densidad del parénquima mamario, hacen que a menudo la mujer consulte cuando la lesión es palpable y en un estadio avanzado, como ocurre en nuestros casos presentados.

•Conocer las formas de presentación más frecuentes del cáncer de mama en mujeres jóvenes y sus características radiológicas es de crucial interés, dado que el riesgo de recaída local es hasta 9 veces mayor cuando se compara con pacientes con edad igual o superior a 60años, pero con similares resultados en cuanto a supervivencia.

## **Bibliografía / Referencias**

- Phoebe E. Freer , Mammographic Breast Density: Impact on Breast Cancer Risk and Implications for Screening *MD AJR* 2015
- Ann H. Partridge,Olivia Pagani, Omalkhair Abulkhair, Stefan Aebi et al. First international consensus guidelines for breast cancer in young women (BCY1) .*The breast* 23 (2014) 209-220.
- Steffi Hartmann, Toralf Reimer, Bernd Gerber.Management of Early Invasive Breast Cancer in Very Young Women (35 years).*Clinical Breast Cancer Vol.11,Nº4.*
- Giuseppe Canello, Emilia Montagna.Treatment of breast cancer in young women: do we need more aggressive therapies?*J Thorac Dis* 2013;5(S1):S47-S54
- José L.Gallo Vallejo et al. Cancer de mama en mujer joven. *Progresos en Obstetricia y Ginecología* 2009
- Cardoso et al. The European Society of Breast Cancer Specialists recommendations for the management of young women with breast cancer *European Journal of Cancer* 48 (2012) 3355-3377