

**¿Existen diferencias en la forma de
presentación de la recurrencia
del cáncer de mama
entre pacientes con tratamiento conservador y
no conservador?**

M^a Victoria Torres Isidro, Ana Fernández Lozoya, M^a Dolores Sánchez García, José Fernando Antezana Tapia, José Antonio Feria Herrera.

Hospital Universitario de Móstoles. Madrid.

Objetivos

- Averiguar si existen diferencias en la forma de presentación de la recidiva tumoral del cáncer de mama entre pacientes con tratamiento conservador o no conservador.

Material y métodos

- Se revisaron las historias clínicas de las pacientes con antecedente personal de cáncer de mama y diagnóstico histológico de segunda neoplasia de mama realizado en nuestro hospital entre los años 2012 y 2016.
- Se divide las pacientes en 2 grupos en función del tratamiento conservador (TC) o no conservador (TNC) y se compara la forma de presentación de la recidiva mamaria en los dos grupos.

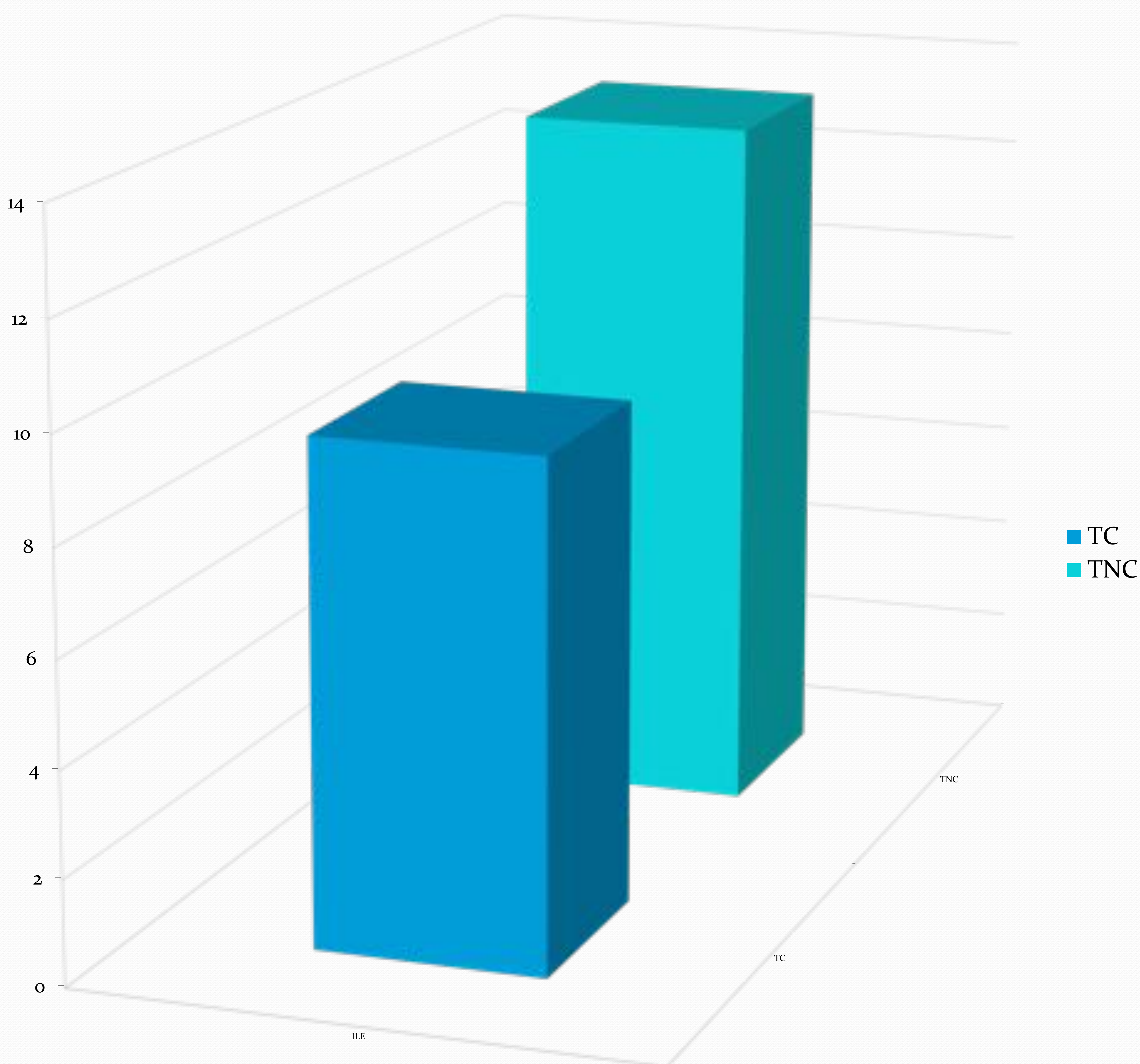
Resultados

| N=26 | TC (16) | | TNC (10) | |
|--|---------|------|----------|----|
| | N | % | N | % |
| Edad diagnóstico cáncer primario | | | | |
| ▪ < 50 años | 7 | 43,7 | 6 | 60 |
| ▪ >50 años | 9 | 56,3 | 4 | 40 |
| Localización segunda neoplasia | | | | |
| ▪ Ipsilateral | 10 | 62,5 | 5 | 50 |
| ▪ Contralateral | 6 | 37,5 | 5 | 50 |
| ILE | | | | |
| ▪ <5 años | 5 | 31,2 | 4 | 40 |
| ▪ 6- 10 años | 5 | 31,2 | 1 | 10 |
| ▪ >10 años | 6 | 37,5 | 5 | 50 |
| Forma diagnóstico segunda neoplasia | | | | |
| ▪ Clínico | 5 | 31,3 | 4 | 40 |
| ▪ Radiológico | 11 | 68,7 | 6 | 60 |

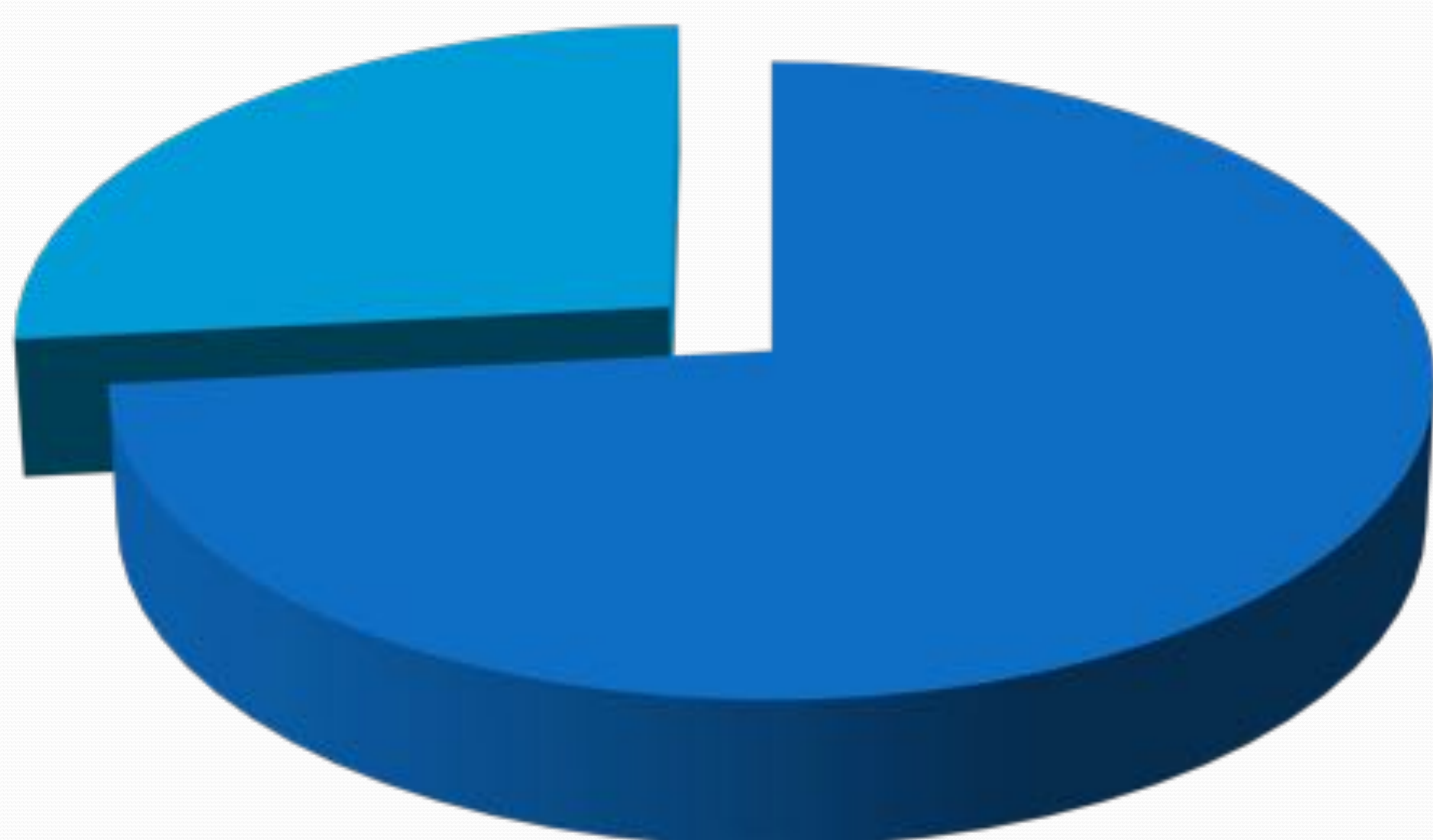
| | TC | TNC |
|--|-----------|---------|
| Edad media diagnóstico primera neoplasia | 55,2 años | 51 años |
| ILE | 9,56 | 13,3 |

- Un 34 % de las recidivas se diagnosticaron en los 5 primeros años y un 42 % tras diez años.

ILE

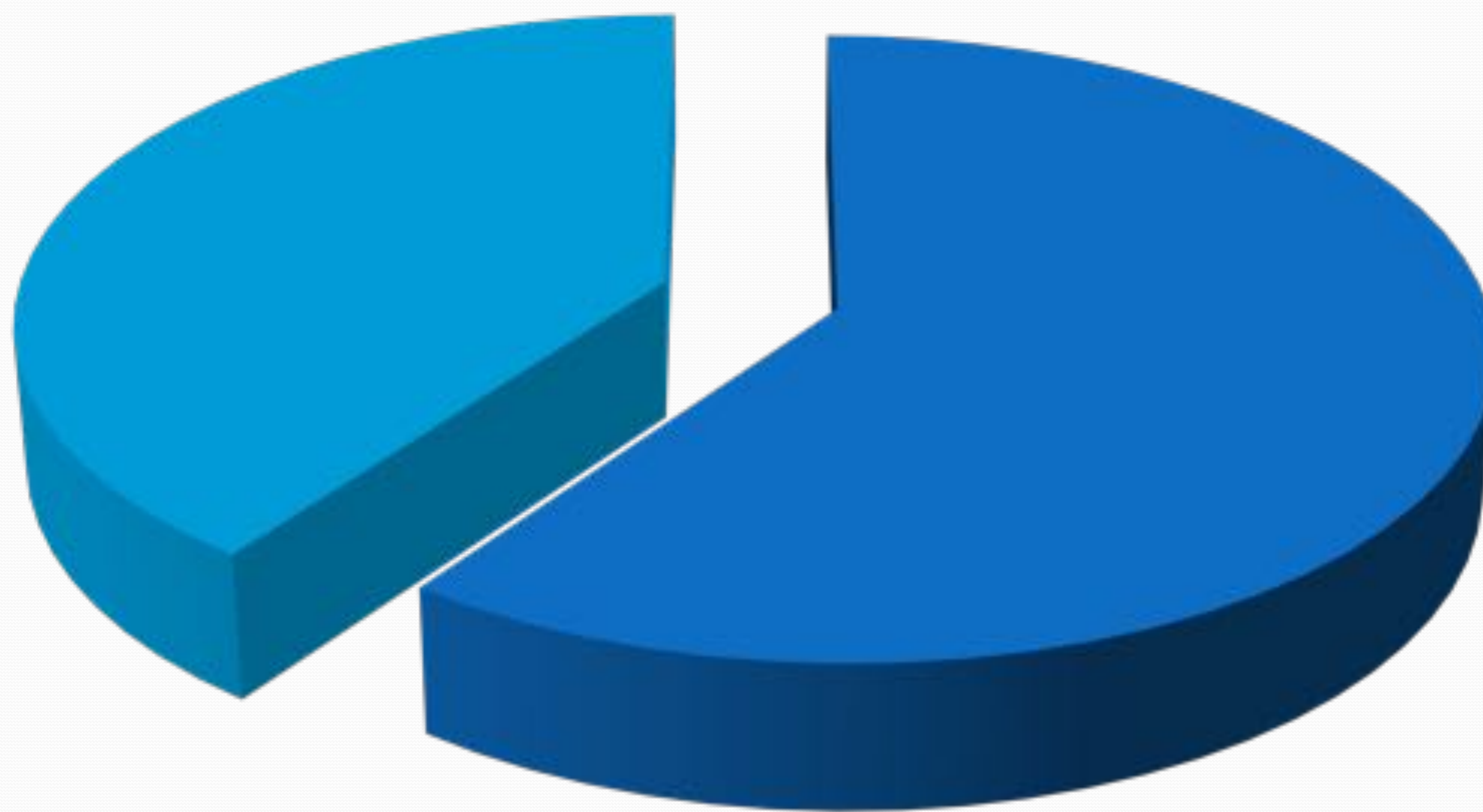


TC



- Dx radiológico
- Dx clínico

TNC



Análisis de los resultados

- El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer. La probabilidad de padecerlo aumenta con la edad, los antecedentes personales y familiares de cáncer de mama, o de mutaciones genéticas heredadas (BRCA₁, BRCA₂).
- El cáncer de mama es la principal causa de muerte en las mujeres de 35-54 años de edad. En 2012 causó 521.907 muertes en el mundo y 131.347 en Europa.
- En España es la primera causa de mortalidad por cáncer en la mujer.

- Según las estimaciones del grupo EUROCCARE-5, la tasa relativa de supervivencia a los 5 años se ha incrementado en Europa a lo largo del tiempo, con una media del 81,8% (76-86%).
- Las terapias sistémicas han sido, junto con el cribado mamográfico, los responsables del descenso de la mortalidad por cáncer de mama.
- Como resultado del aumento de supervivencia aumenta el número de pacientes con historia de cáncer de mama[1].

- En las pacientes con cáncer de mama existe un riesgo aumentado de desarrollar segundos tumores.
- Segundo tumor maligno más frecuente: Ca mama contralateral[2].
- En la literatura se describen distintas variables que parecen producir un aumento en el riesgo de aparición de recidiva mamaria.
- Según estudios recientes las que parecen presentar mayor asociación estadística son la alta densidad mamaria y el tener familiares de primer grado con cáncer de mama (especialmente si 2 ó más familiares y si la edad al diagnóstico en éstos fue temprana)[3,4].

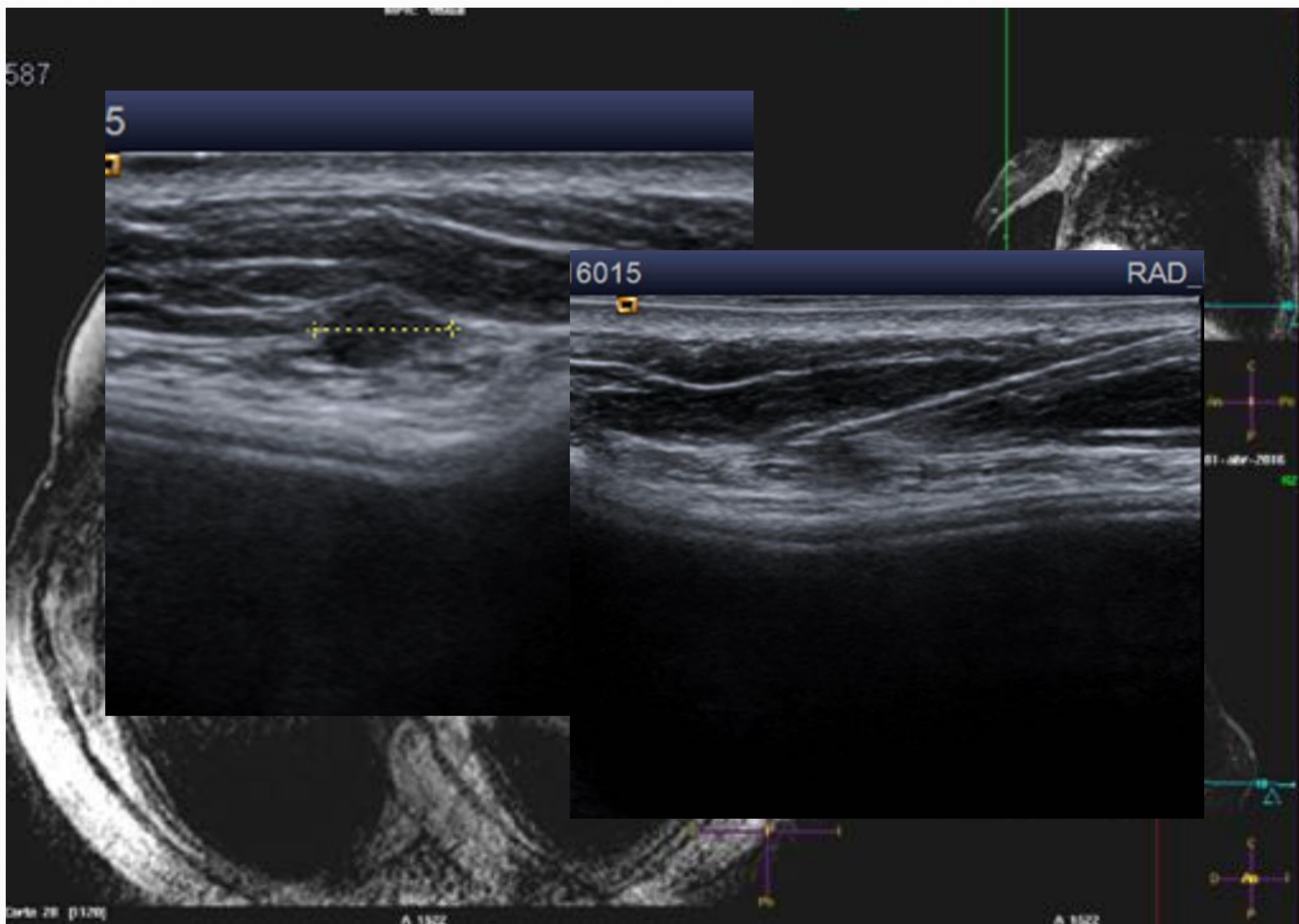
- En la historia clínica electrónica de nuestras pacientes no se recogen estos datos por lo que no hemos podido incluirlos en el análisis.
- En cuanto a la edad en el momento del diagnóstico del primer cáncer existe controversia, algunos autores encuentran asociación y otros no[5,] aunque parece existir una mayor probabilidad de aparición de segundas neoplasias cuando el primer tumor se diagnostica antes de los 50 años[6]
- En nuestra serie existe un porcentaje similar de pacientes con un diagnóstico inicial por debajo y por encima de 50 años, lo que sugiere que es probable que exista mayor riesgo de segunda neoplasia mamaria con el diagnóstico temprano del primer cáncer.

- En nuestra serie el ILE es muy elevado comparado con lo descrito en la mayoría de estudios, probablemente se deba a que nuestro estudio es retrospectivo y a los avances terapéuticos de los últimos años.
- No obstante hay estudios en los que se describe un riesgo de recurrencia mantenido en el tiempo de hasta 15 años[5], que concuerda con nuestros resultados.
- El ILE es alto en ambos grupos, con un alto porcentaje de recurrencias tras 10 años, superior cuando se realizó tratamiento no conservador
- ILE superior a 10 años representa el 50% de las segundas neoplasias en el grupo de TNC. Estos datos podrían estar en relación con un mayor porcentaje de tratamiento sistémico en estas pacientes pero no disponemos de datos para valorar esta hipótesis.

- En cuanto al diagnóstico, éste se realizó de forma mayoritaria por técnicas de imagen, con un porcentaje ligeramente superior en pacientes con TC.
- Todos los diagnósticos radiológicos se realizaron mediante mamografía, excepto un caso que se diagnosticó por RM (caso 1).
- El diagnóstico clínico incluye autopalpación (caso 2) o exploración positiva en revisión clínica.
- Aunque la sensibilidad de la mamografía disminuye en la mama tratada sigue siendo superior a la de la exploración clínica[7]
- 3 casos se presentaron como microcalcificaciones (caso 3) y el resto como nódulos.
- Los 3 casos que se presentaron como microcalcificaciones se observaron en el grupo de TC ; 2 en la mama contralateral y 1 en la misma mama.

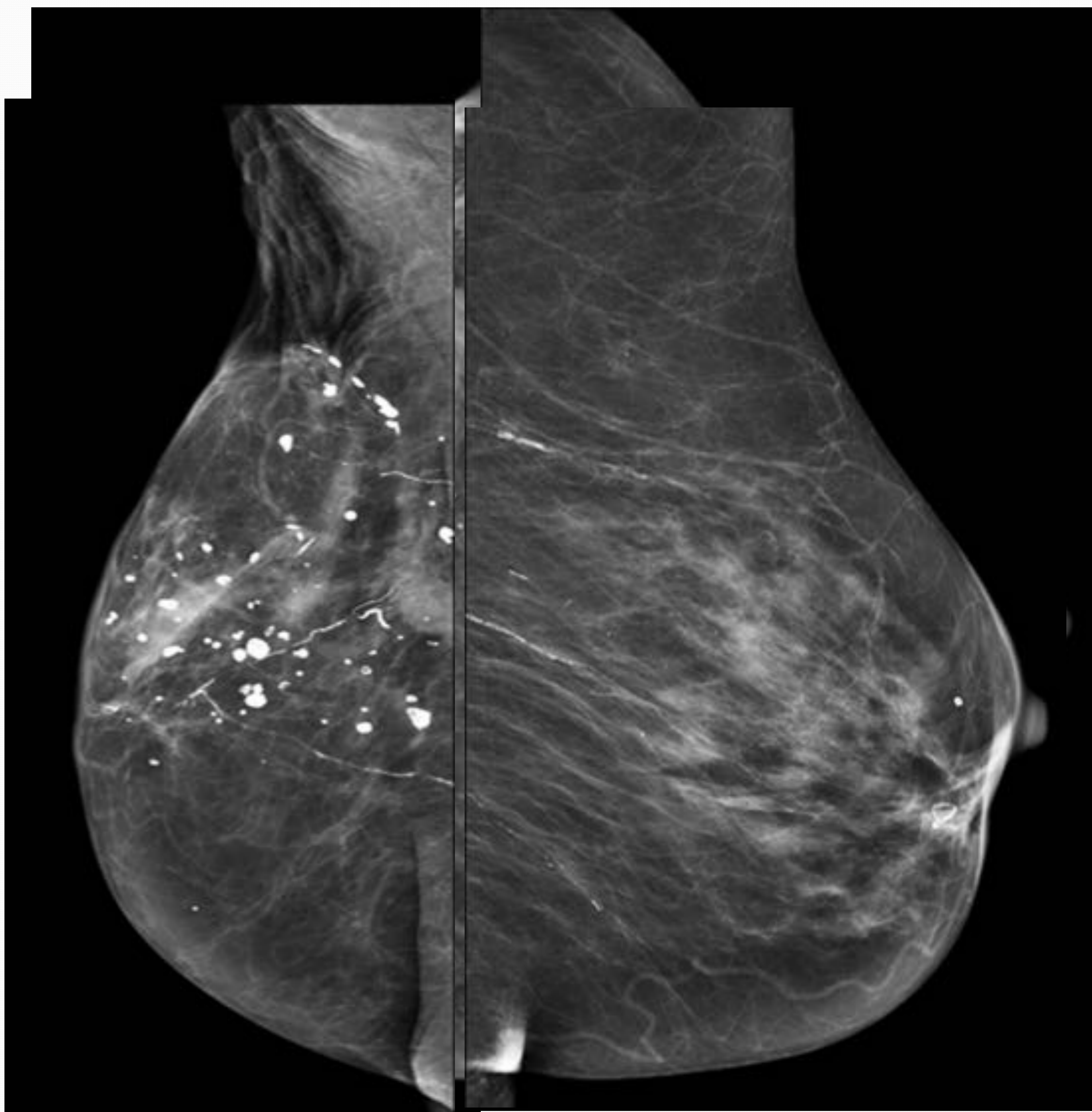
- En nuestra serie hay un porcentaje ligeramente mayor de mujeres menores de 50 años en el grupo de TNC, que podría deberse a un diagnóstico inicial en fases más avanzadas.
- El ILE es alto en los dos grupos, con un alto porcentaje de segundas neoplasias que aparecen tras más de 10 años de intervalo desde el diagnóstico del primer tumor, con un porcentaje ligeramente superior en el grupo de TNC.
- En estudios previos describen 2 picos de incidencia en la aparición de la segunda neoplasia. Un primer pico alrededor de los 2 años y otro entre los 5 y los 7 años[8].
- Otros trabajos describen la posibilidad de recurrencias tardías[9]y especialmente en tumores RH+ y Her2+[10]. Parámetros que no podemos valorar en nuestro estudio.

Caso 1



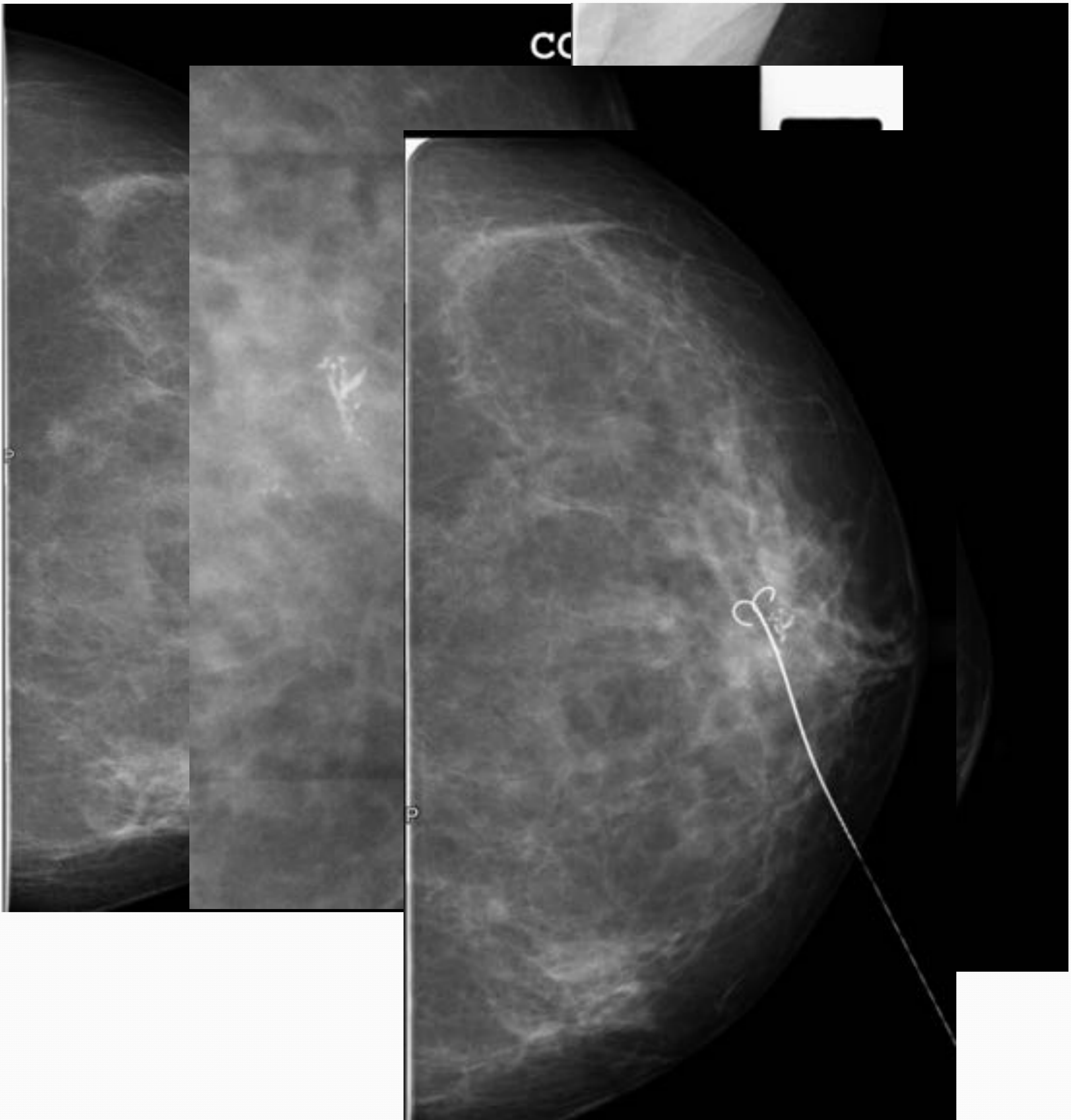
- TNC. 25 años tras diagnóstico inicial. RM control. Realce nodular periprotésico.
- Carcinoma ductal infiltrante.

Caso 2



- 1987 CA de mama derecha : TC+ RT+QT
- 2015 86 a. Autopalpación nódulo en la cicatriz. CDI G1. Tto hormonal paliativo con Letrozol.

Caso 3



- Ejemplo recidiva ipsilateral.
Microcalcificaciones

Referencias bibliográficas

- 1. Merino Bonilla JA, Torres Tabanera M, Ros Mendoza LH. El cáncer de mama en el siglo XXI: de la detección precoz a los nuevos tratamientos. *Radiologia* 2017;59(5):368-379
- 2. Bazire L, De Rycke Y, Asselain B, et al. Risk of second malignancies after breast cancer treatment: Long-term results. *Cancer/Radiotherapie* 2017;21:10-15
- 3. Chowdhury M, Euhus D, O'Donnell M. Breast Cancer Res Treat. 2018 Mar 6. doi: 10.1007/s10549-018-4736-8. [Epub ahead of print]. Dose-dependent effect of mammographic breast density on the risk of contralateral breast cancer.
- 4. Baglia ML, Tang MC, Malone KE, et al. Family History and Risk of second Primary Breast Cancer after in Situ Breast Carcinoma. *Cancer Epidemiol Biomarkers* 2018 Mar;27(3): 315-320
- 5. Hislop TG, Elwood JM, Coldman Aj, et al. Second primary cancers os the breast: Incidence and risk factors. *Br J Cancer* 1984;49:79-85. 3.

- 6. Punglia RS, Jiang W, Lipssitz SR, et al. Clinical risk score to predict likelihood of recurrence after ductal carcinoma in situ treated with breast-conserving surgery. *Breast Cancer Res Treat.* 2018 Feb;167(3):751-759. doi: 10.1007/s10549-017-4553-5. Epub 2017 Oct 28.
- 7. Robertson C et al. Surveillance mammography for detecting ipsilateral breast tumour recurrence and metachronous contralateral breast cancer: a systematic review. *Eur Radiol* 2011; 21:2484-2491
- 8. Jatoi I, Tsimelzon A, Weiss H, et al. Hazard rates of follow-up diagnosis of primary breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment* 2005;89:173-178.
- 9. Emens LA, Davidson NE. The follow-up of breast cancer. *Semin Oncol.* 2003;30:338-348
- 10. Brewster AM, Hortobagyi GN, Broglio KK, et al. Residual risk of breast cancer recurrence 5 years after adjuvant therapy. *J Natl Cancer Inst.* 2008;100(16):1179.