

seram

Sociedad Española de Radiología Médica

34

Congreso Nacional

PAMPLONA $\frac{24}{27}$ MAYO 2018

Palacio de Congresos Baluarte

23 mayo Cursos Precongreso

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS
SEGUNDAS NEOPLASIAS DE MAMA
DIAGNOSTICADAS
EN NUESTRO CENTRO DE 2012 A 2016**

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

Hospital Universitario de Móstoles. Madrid.

Objetivos

- Describir las características de las segundas neoplasias de mama diagnosticadas en nuestro hospital entre los años 2012 y 2016 en pacientes en seguimiento por cáncer de mama.

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, sin diferenciar entre recurrencia o segundo tumor.
- Se analiza el intervalo libre de enfermedad, la forma de diagnóstico (clínico o por imagen) y se relaciona con el tratamiento inicial conservador (TC) o no conservador (TNC).

Resultados

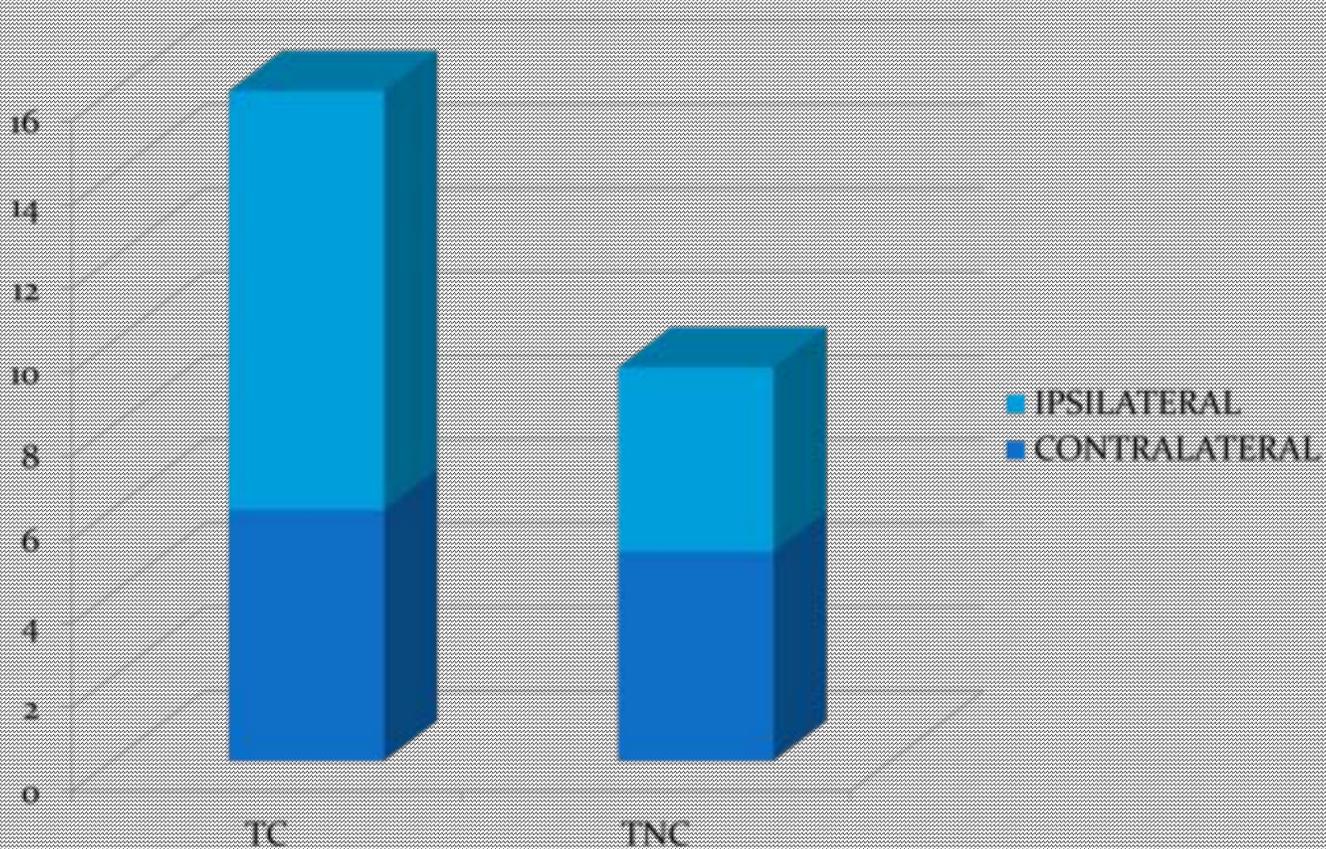
- 26 mujeres con edades comprendidas entre 49 y 88 años en el momento de diagnóstico de la segunda neoplasia.
- ILE de 2 a 40 años con una mediana de 8 años y una media de 11 años
- ILE en pacientes con TNC de 13,3 años vs 9,56 años en pacientes con TC.
- 9 casos con segunda neoplasia en los primeros 5 años.
- 11 casos con ILE superior a 10 años. Suponen en 37,5% de los casos en TC y el 50% en TNC.
- Ci. 4,2 años ILE.

Forma de diagnóstico

- El diagnóstico de la segunda neoplasia se realizó de forma mayoritaria mediante seguimiento radiológico (65%).
- En los casos de antecedente de TC un 68,75 % de los diagnósticos fueron radiológicos. En los casos con TNC el 60% .
- En los casos de diagnóstico clínico 7 se realizaron por palpación positiva (casos 5 y 6) 1 por elevación de marcadores tumorales. Todos en mama ipsilateral.
- Casos de diagnóstico radiológico:
 - Microcalcificaciones: 3 (casos 1 y 3)
 - Nódulo en mamografía/ecografía: 13 (casos 2, 4 y 7)
 - Realce en RM: 1 (caso 5)

Localización segunda neoplasia

- 15 tumores en la misma mama y 11 en la mama contralateral
- TC: 6/16 mama contralateral (37,5%)
- TNC: 5/10 mama contralateral (50%)



Cambio tipo histológico

- 15 tumores ipsilaterales
 - Distinta histología: 40%
- 11 neoplasias contralaterales
 - Distinta histología: 54-66%
- TC
 - Ipsilateral 4/10 (40%)
 - Contralateral 4/6 (66%)
- TNC
 - Ipsilateral 2/5 (40%)
 - Contralateral 2/5 En 2 casos no sabemos histología tumor primario.
- 4 carcinomas intraductales in situ.
Todos segunda neoplasia CDI.

Discusión

- El cáncer de mama es la principal causa de muerte por cáncer en mujeres en todo el mundo.
- Principal causa de muerte en mujeres entre 40 y 49 años.
- En los últimos años disminución en la tasa de mortalidad atribuible al cribado y avances terapéuticos. Como resultado del aumento de supervivencia aumenta el número de pacientes con historia de cáncer de mama[1].
- La tasa de recurrencia estará condicionada por el subtipo tumoral, el tratamiento recibido y la respuesta al tratamiento[2].

- En la literatura se describen otras variables que parecen aumentar la probabilidad de desarrollar segundas neoplasias de mama:
 - Edad joven en el momento del diagnóstico del primer cáncer de mama (<40 años o menos de 50 años según series). Controvertido. Parece demostrado en carcinoma in situ[3]. En nuestro estudio un 50% de las pacientes presentaban una edad inferior a 50 años cuando fueron diagnosticadas por primera vez.
 - Antecedentes familiares de primer grado de cáncer de mama (mayor cuando 2 o más familiares) [4].

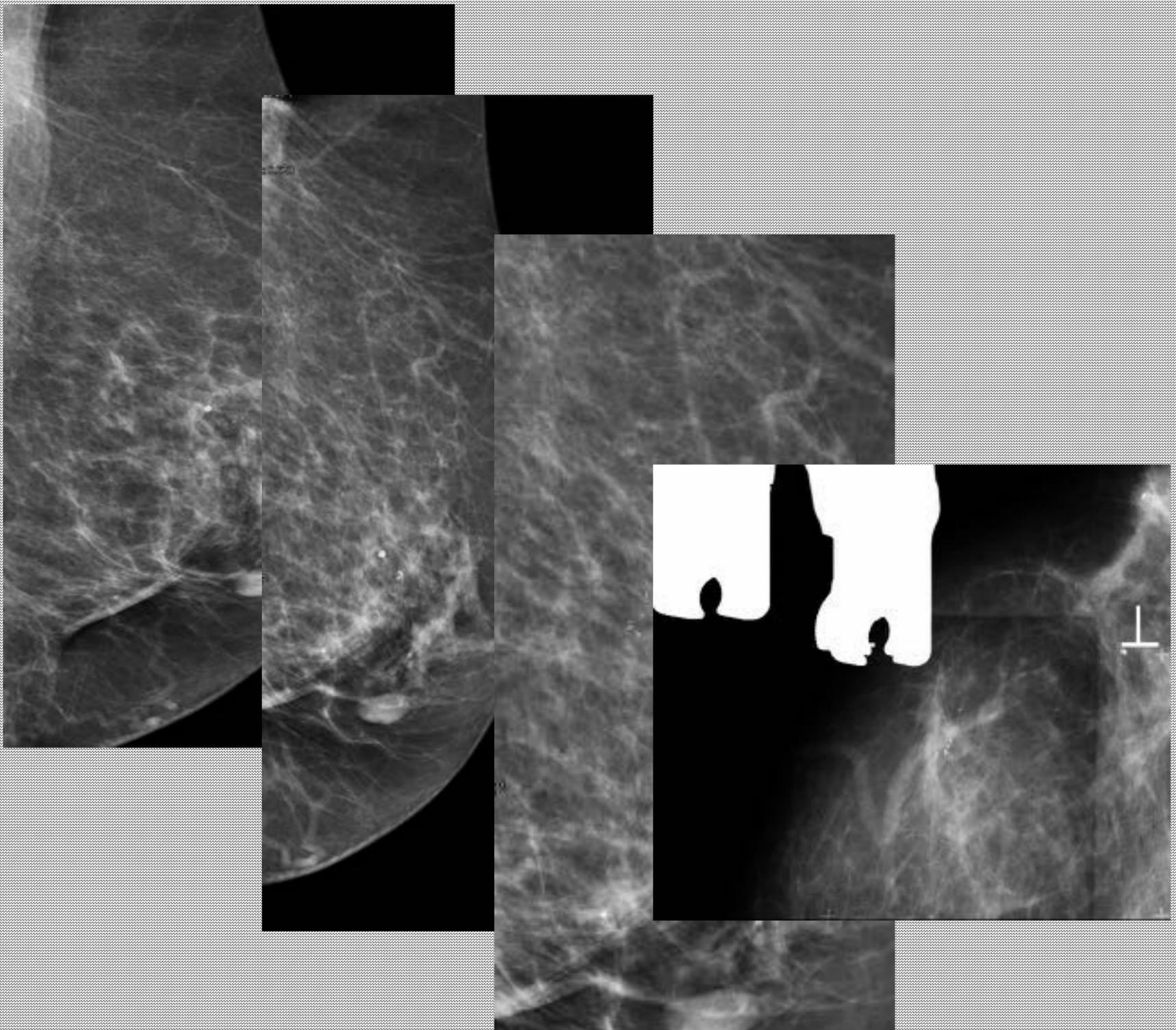
- Alta densidad mamaria[5].
- En nuestro estudio no hemos valorado los AF de cáncer de mama ya que este parámetro no se recoge en la historia electrónica de las pacientes, ni la densidad mamaria.
- Hemos valorado el tipo histológico pero no el cambio en el subtipo molecular, que como sugiere el grupo de McAnena puede afectar a la supervivencia y potenciales opciones terapéuticas[6].

- En nuestro estudio hay un alto porcentaje de segundas neoplasias tras 10 años del diagnóstico inicial, acorde con estudios previos como el de Hislop[7] donde se establece un riesgo de aparición de segunda neoplasia de mama de al menos 15 años tras el diagnóstico inicial.
- Este dato podría estar condicionado porque en nuestra serie hubiera una alta proporción de tumores primarios RH+ y Her2+ ya que en estos tumores se describen recurrencias más tardías[8]. Otro factor que habría que analizar sería la administración de tratamientos sistémicos.

- En nuestro estudio el 65% de las segundas neoplasias se detectaron radiológicamente. Todos los casos se diagnosticaron mamográficamente excepto un caso que diagnosticó por hallazgos de RM.
- Protocolo de seguimiento: Historia clínica, examen físico y mamografías.
- Mamografía a los 6 meses después de completar la RT
- Posteriormente mamografía anual.

- Mamografía y exploración clínica son eficaces en la detección de recidivas.
- Mamografía es más sensible y lo detecta de forma más precoz.
- Los tumores diagnosticados por mamografía suelen ser más pequeños y menos invasivos que los que se diagnostican por exploración clínica.
- Sensibilidad para detección de recidiva está disminuida en la mama operada (s:64-67% al 85-97%) [9].
- RM es la técnica más sensible y específica para el diagnóstico de recurrencia mamaria.

Caso 1



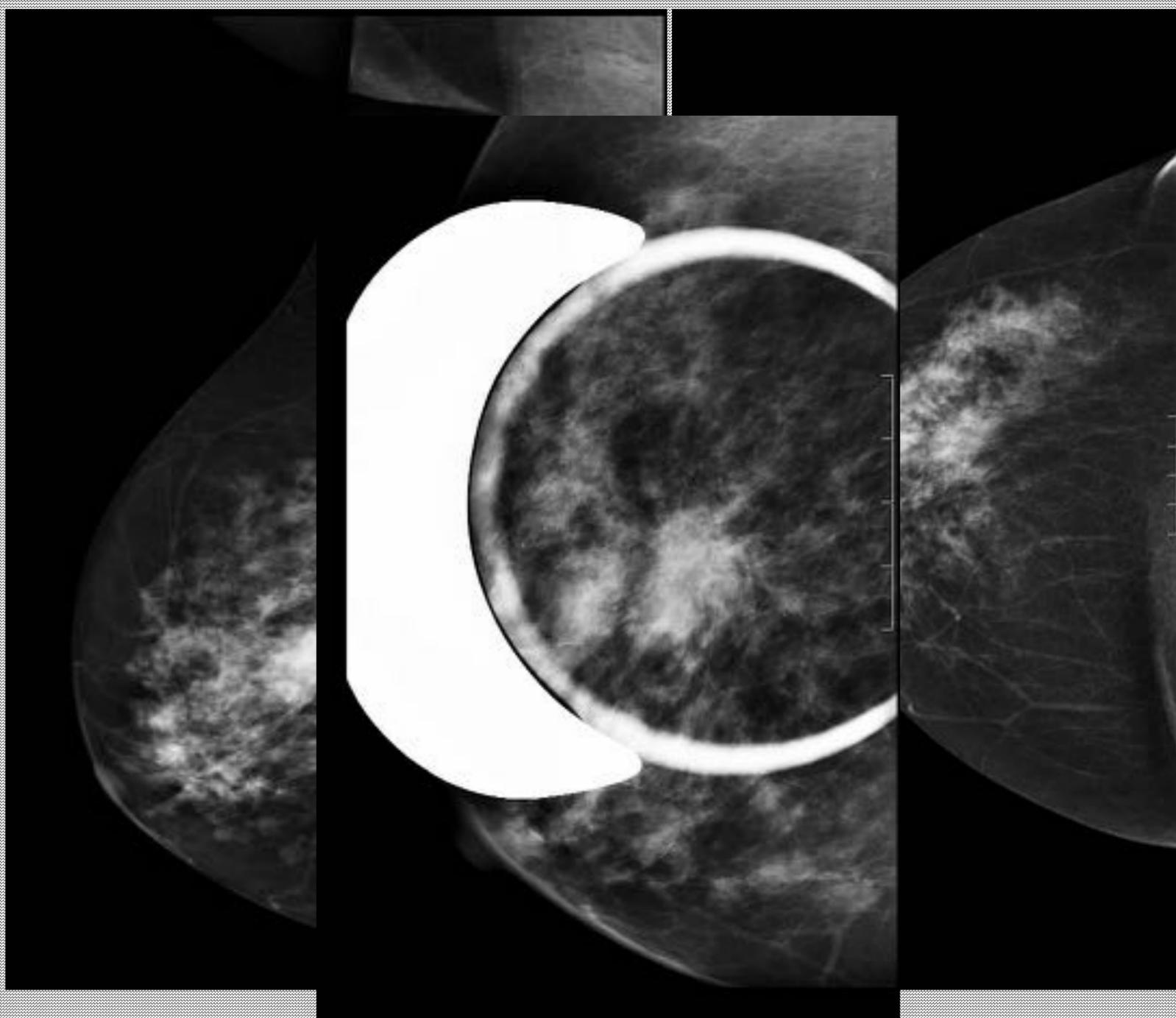
Segunda neoplasia ipsilateral a los 8 años.

Mamografía control 2015. Cambios postqtx conservadora

Mg 2016. Microcalcificaciones CSE. BAG: Carcinoma intraductal. Segunda neoplasia ipsilateral.

Tto: Mastectomía.

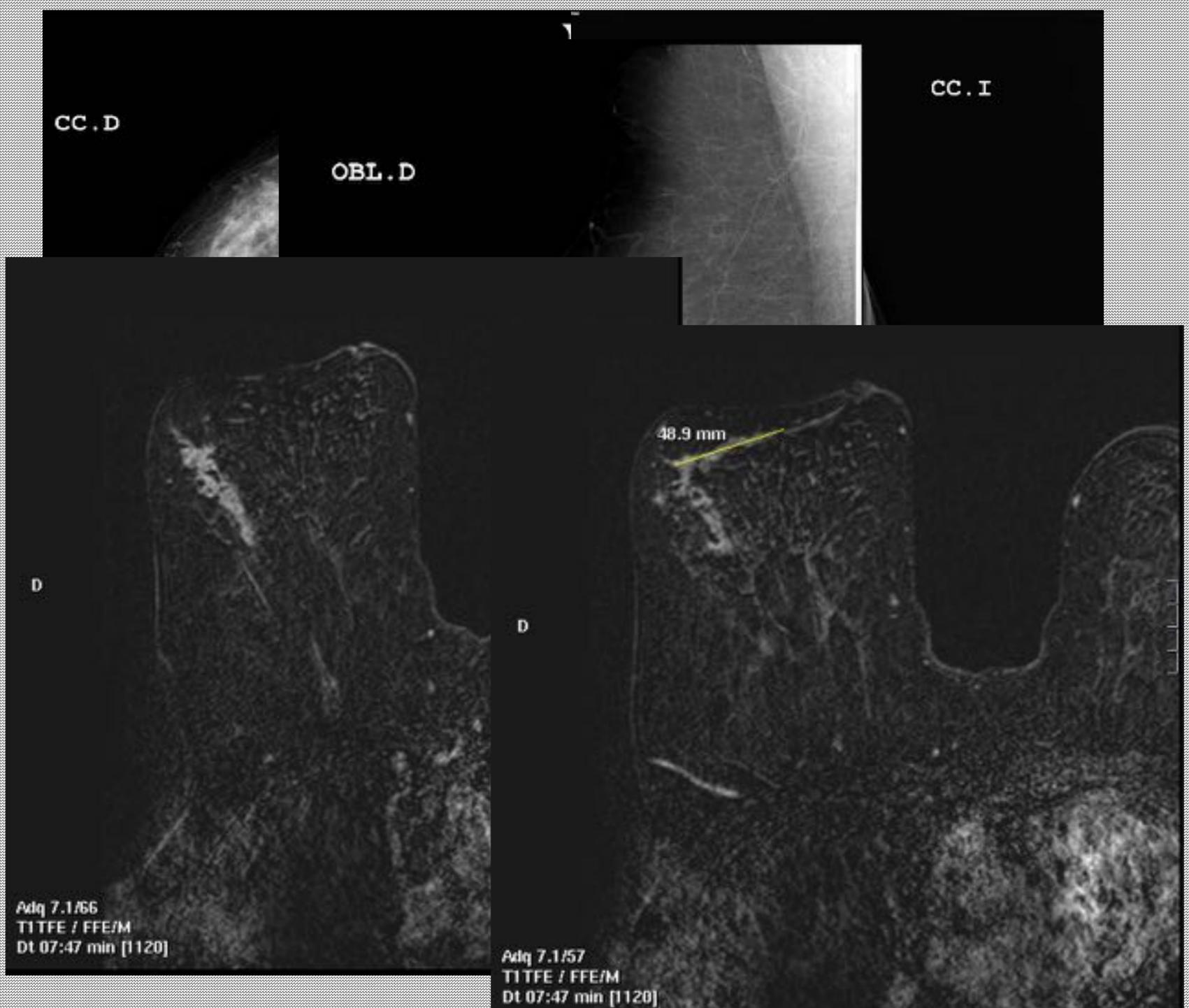
Caso 2



Mastectomía izda 5 años antes. Carcinoma ductal infiltrante apocrino.

Carcinoma micropapilar infiltrante. Tto:
Mastectomía+linfadenectomía

Caso 3

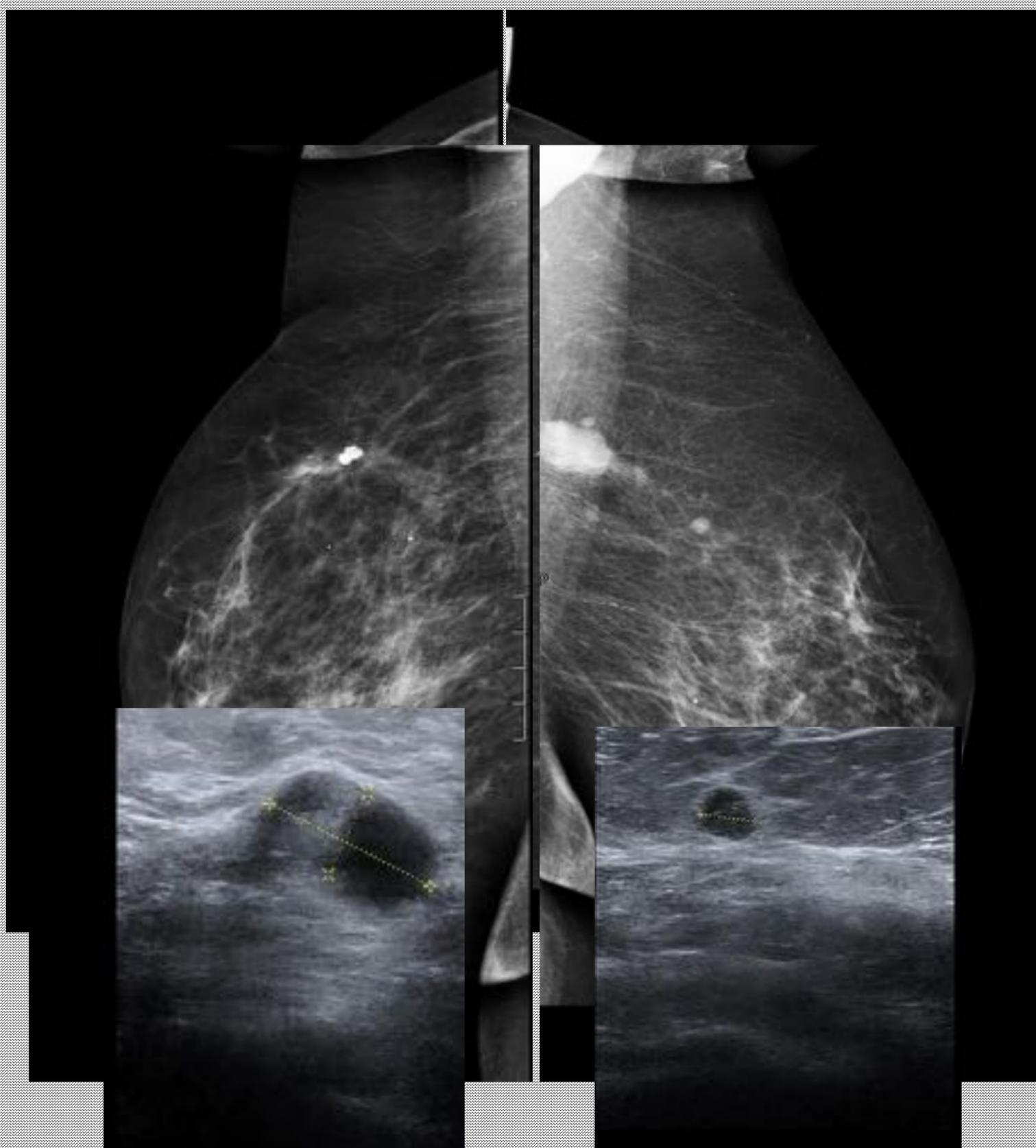


6 años tras qx conservadora mama izquierda
segunda neoplasia contralateral (Carcinoma
intraductal de alto grado).

Microcalcificaciones segmentarias en mg y realce
en RM

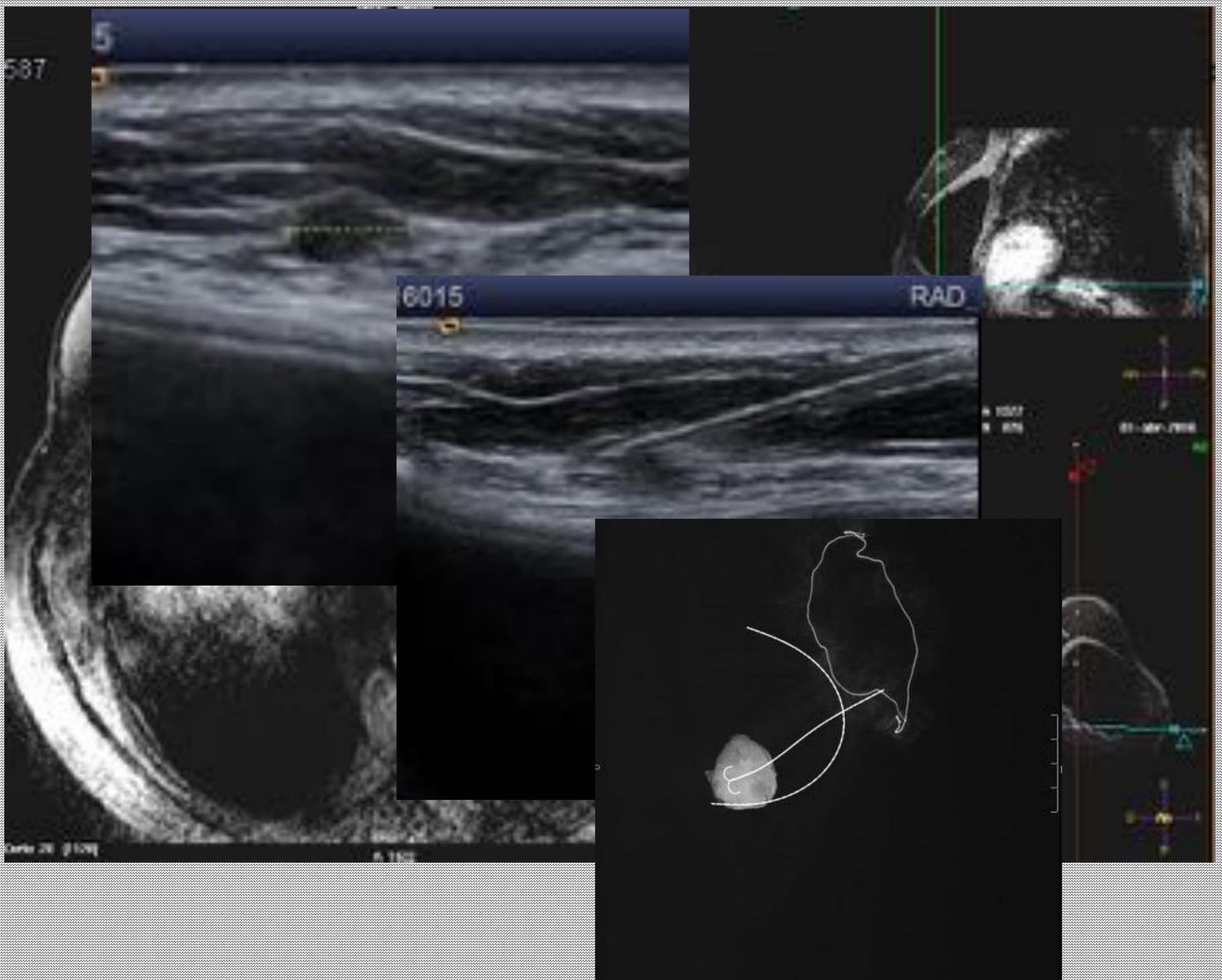
TTO mastectomia bilateral.

Caso 4



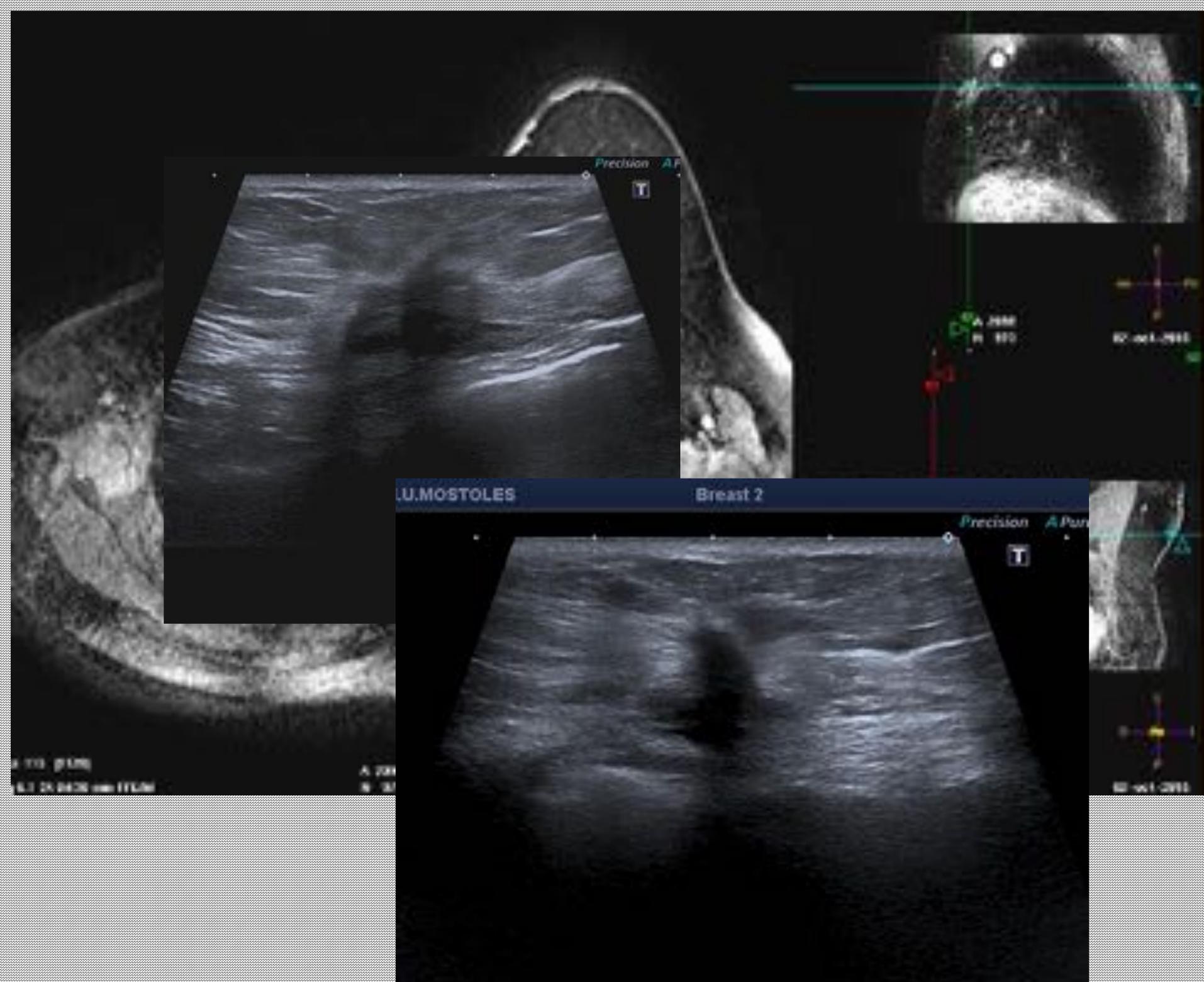
Recidiva mama y axila contralateral (CDI) tras 2 años qx conservadora por cdis.

Caso 5



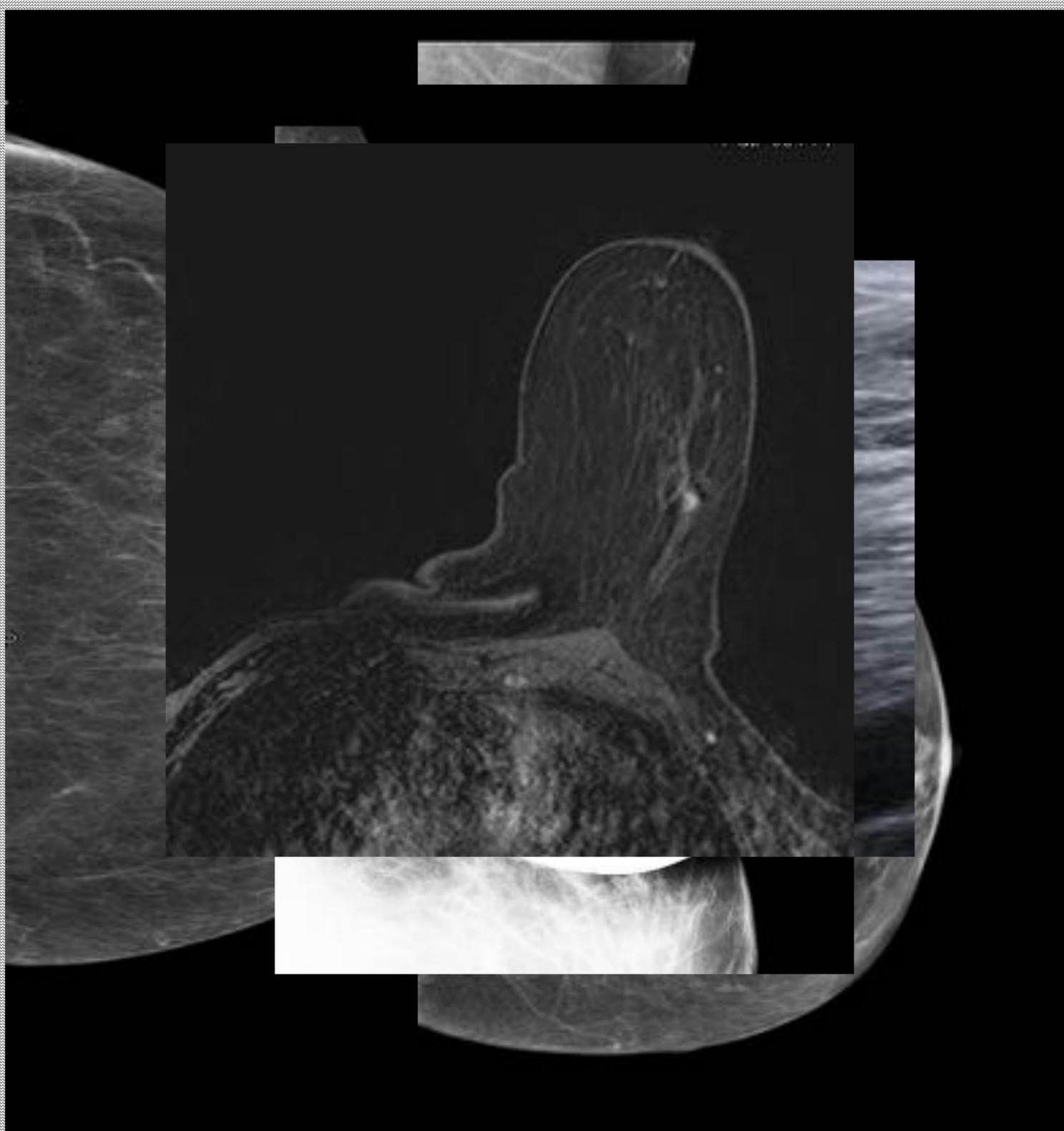
RM control. Realce nodular periprotésico.
Carcinoma ductal infiltrante

Caso 6



TNC. Ipsilateral Clínico. Nódulo cicatriz
Tras 12 años CDI.

Caso 7



TNC. Mama contralateral. Nódulo en Mg control 9 años después. CDI.

Conclusiones

- Es necesario realizar un seguimiento radiológico adecuado y prolongado en el tiempo en las pacientes con antecedente de cáncer de mama independientemente del tratamiento que recibieron.
- Sería interesante realizar nuevos estudios en los que se valore la probabilidad de desarrollar segundas neoplasias en función del subtipo molecular y confirmar si existe un mayor riesgo en función de la edad en el momento del diagnóstico del primer tumor y la asociación con antecedentes familiares de primer grado.

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. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative, G. Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet*. 2005;365(9472):1687-717
- 3. 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.
- 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. 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.
- 6. McAnena PF, Brown ALB, Ramli A. Breast cancer subtype discordance: impact on post-recurrence survival and potential treatment options. BMC Cancer 2018;18:203
- 7. Hislop TG, Elwood JM, Coldman Aj, et al. Second primary cancers of the breast: Incidence and risk factors. Br J Cancer 1984;49:79-85.
- 8. 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.
- 9. 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