



El lado más oscuro del cáncer de mama: Cuando afecta a mujeres jóvenes.

Kyong Bok Rodriguez, Carla Miró, Eugenia Saureu,
Fabiana Diaz, Merçe Reñe Reñe, Josep M^a Royo,
Sergi Ricart.

Hospital Universitario Arnau de Vilanova.
Lleida.



INTRODUCCIÓN

Uno de los principales factores de riesgo para el cáncer de mama es la edad, considerándose una enfermedad predominantemente de mujeres mayores, con solo un 5 - 7% de pacientes diagnosticadas antes de los 40 años de edad.

En países en desarrollo en los que no se han establecido programas de screening poblacional, como África y en oriente medio, se observa un mayor diagnóstico de cáncer de mama en mujeres menores de 40 años, con prevalencias que rondan el 20%. La relación entre esta mayor prevalencia y diferencias genéticas o ambientales subyacentes está en investigación actualmente.

La evidencia actual sugiere que en mujeres menores de 45 años, el cáncer de mama es sin lugar a dudas la causa líder en muertes por cáncer.

Azim, H.A., Partridge, A.H. Biology of breast cancer in young women. *Breast Cancer Res* 16, 427 (2014). <https://doi.org/10.1186/s13058-014-0427-5>

Anastasiadi, Z., Lianos, G.D., Ignatiadou, E. *et al.* Breast cancer in young women: an overview. *Updates Surg* 69, 313–317 (2017). <https://doi.org/10.1007/s13304-017-0424-1>

INTRODUCCIÓN

- El diagnóstico de cáncer de mama a una temprana edad se considera un factor independiente asociado a una mayor riesgo de recaída y muerte en múltiples estudios.
- Asimismo la expresión de biomarcadores incluyendo receptores endocrinos, HER2, marcadores de proliferación, parecen ser significativamente diferentes con respecto a mujeres de otros grupos de edad.
- Sin embargo las estrategias terapéuticas y recomendaciones actuales no tienen en consideración la edad y la complejidad biológica de este tipo de presentación de cáncer que permanece sin explorar.

INTRODUCCIÓN

En artículos antiguos e históricos publicados en la literatura se utiliza los 35 años como punto de corte para definir a las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama como “muy jóvenes”. Estos estudios reportan que estas pacientes tienen un patrón diferente de recurrencia con riesgo aumentado de muerte y características tumorales de mayor agresividad comparados con cáncer de mama en mujeres de mayor edad.

OBJETIVO

El objetivo del presente trabajo es analizar los hallazgos radiológicos, características biológicas y manejo terapéutico con correlación anatomopatológica de los cánceres de mama invasivos diagnosticados en mujeres menores de 35 años, en el periodo comprendido entre ENE-2021 Y DIC-2021 en nuestro hospital.

MÉTODO

- Se recogió información de las bases de datos de historias clínicas sobre las mujeres menores de 35 años diagnosticadas de cáncer mamario del año 2021.
- las variables recogidas fueron: la edad, histología, grado histológico, presencia de adenopatías al diagnóstico, receptores de estrógenos, receptores de progesterona, KI67, HER/Neu, Clasificación inmunohistología y tratamiento realizado.

RESULTADOS

- Se diagnosticaron 11 mujeres menores de 35a, 9 de ellas con carcinoma ductal infiltrante, 3 de ellas asociaban carcinoma intraductal in situ, y 2 de ellas presentaban únicamente carcinoma ductal in situ al momento del diagnóstico.
- De estas 11 mujeres 5 presentaban grado histológico 3, al diagnóstico.
- En cuanto a la clasificación histológica encontramos 3 casos que fueron triple negativos, 3 casos fueron luminal A y otros 5 fueron Luminal B.
- 6 de las pacientes presentaron adenopatías patológicas al momento del diagnóstico.

RESULTADOS

| EDAD | HISTOLOGIA | GRADO | GANGLIOS | ER | PgR | KI67 | HER/Neu | IHC Clasification | IQ |
|------|---------------|-------|----------|-----|-----|------|---------|-------------------|--|
| 34 | CDI | 3 | SI | NEG | NEG | 60% | NEG | TN | QT neo + mastectomía + linfadenectomía. |
| 28 | CDI | 3 | SI | NEG | NEG | 90% | NEG | TN | QT neo + mastectomía + linfadenectomía. |
| 29 | CDI | 2 | SI | POS | POS | 10% | NEG | LUMINAL A | QT neo + mastectomía + linfadenectomía. |
| 32 | CDI | 3 | NO | NEG | NEG | 90% | NEG | TN | QT neo + Tumorectomía |
| 34 | CDI + CDIS | 1 | NO | POS | NEG | 13% | POS | LUMINAL B | Tumorectomía + quimioradioterapia |
| 33 | CDI + CDIS | 3 | NO | POS | NEG | 60% | NEG | LUMINAL B | Tumorectomía + quimioradioterapia |
| 35 | CDIS | DIN 2 | NO | POS | NEG | 20% | POS | LUMINAL B | Mastectomía |
| 34 | CDIS | DIN 3 | NO | POS | POS | 6% | NEG | LUMINAL A | Mastectomía |
| 26 | CDI | 3 | SI | POS | NEG | 75% | NEG | LUMINAL B | QT neo + Mastectomía + linfadenectomía. |
| 23 | CDI | - | SI | POS | POS | 60% | POS | LUMINAL B | QT neo + mastectomía + linfadenectomía. |
| 34 | CDI + CDIS | 2 | SI | POS | POS | 15% | NEG | LUMINAL A | Mastectomía + linfadenectomía |

CDI: Carcinoma ductal infiltrante. CDIS: Carcinoma ductal in situ. DIN: Neoplasia intraductal. TN: Triple negativo. QT neo: Quimioterapia neoadyuvante.

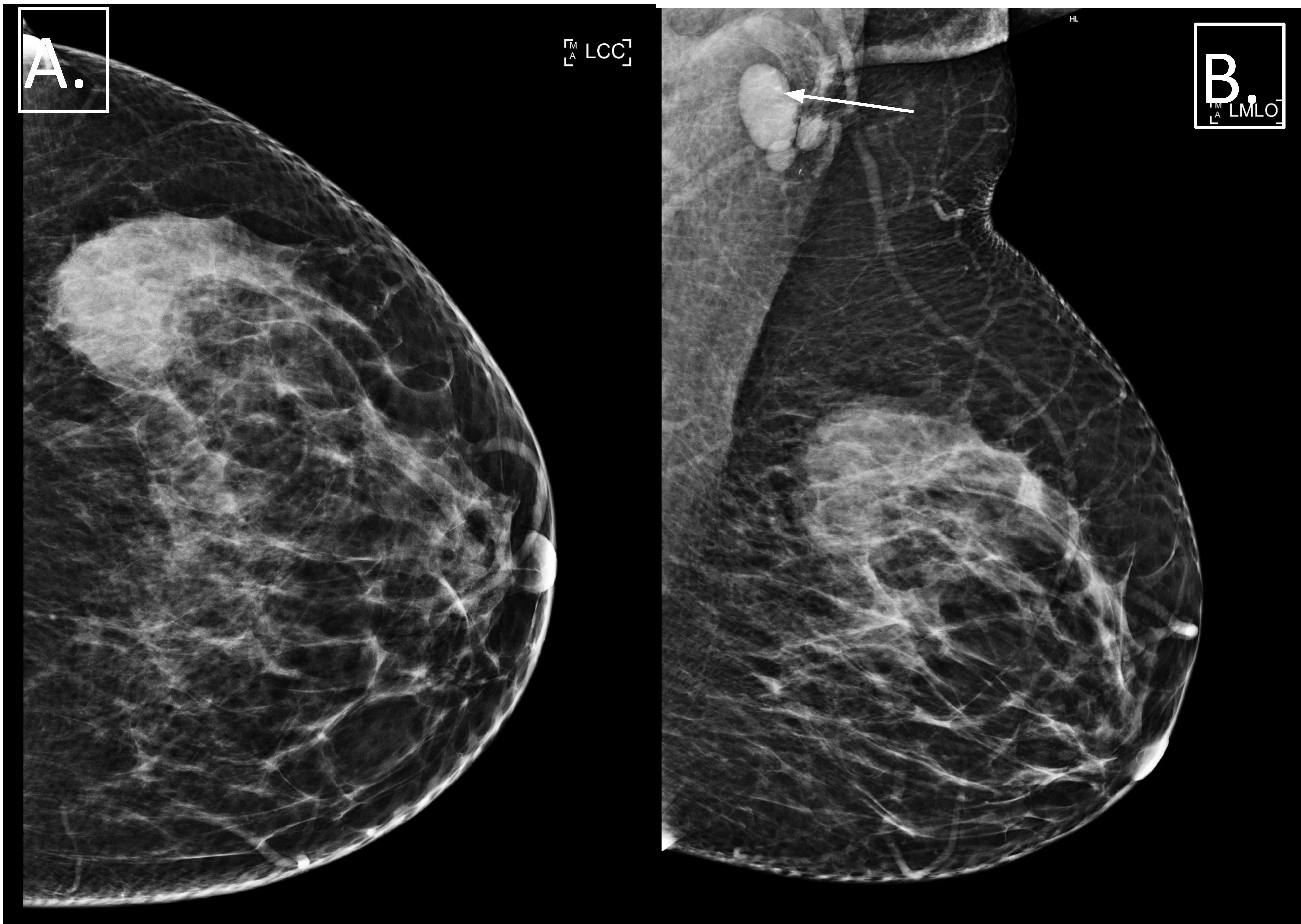


FIGURA 1.

Paciente de 34 años que acude a nuestro servicio por notarse un bulto en mama izquierda. A y B. Se observa una densidad asimétrica, macronodular en CSE de mama izquierda, de márgenes imprecisos y discretamente distorsionados BIRADS 5. En B. podemos observar además adenopatías izquierdas de tamaño aumentado muy probablemente patológicas, señaladas por flecha.

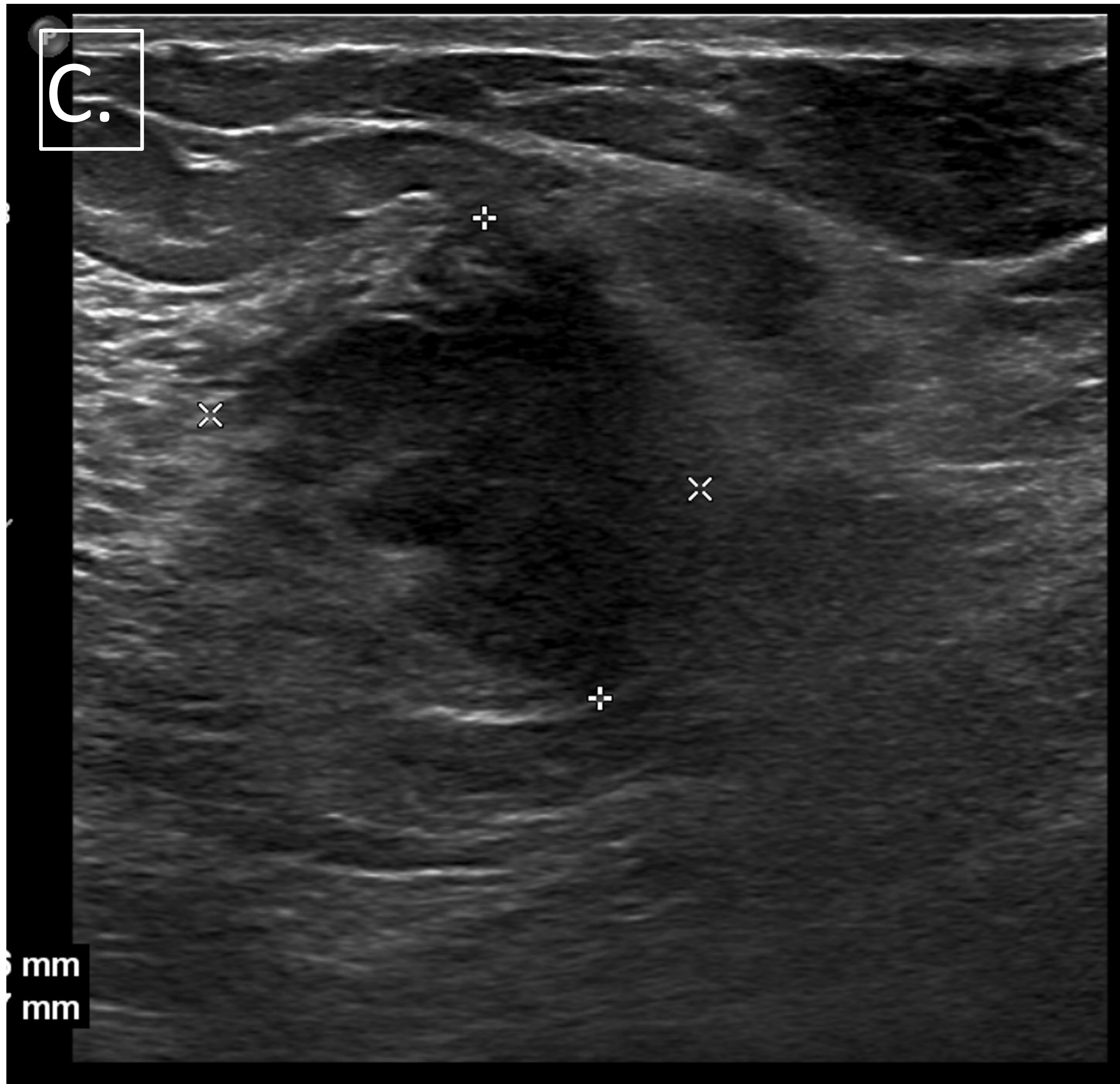


FIGURA 1.

C. El estudio ecográfico de la lesión anteriormente descrita muestra una masa hipoeoica, heterogénea, de bordes mal definidos BIRADS 5.

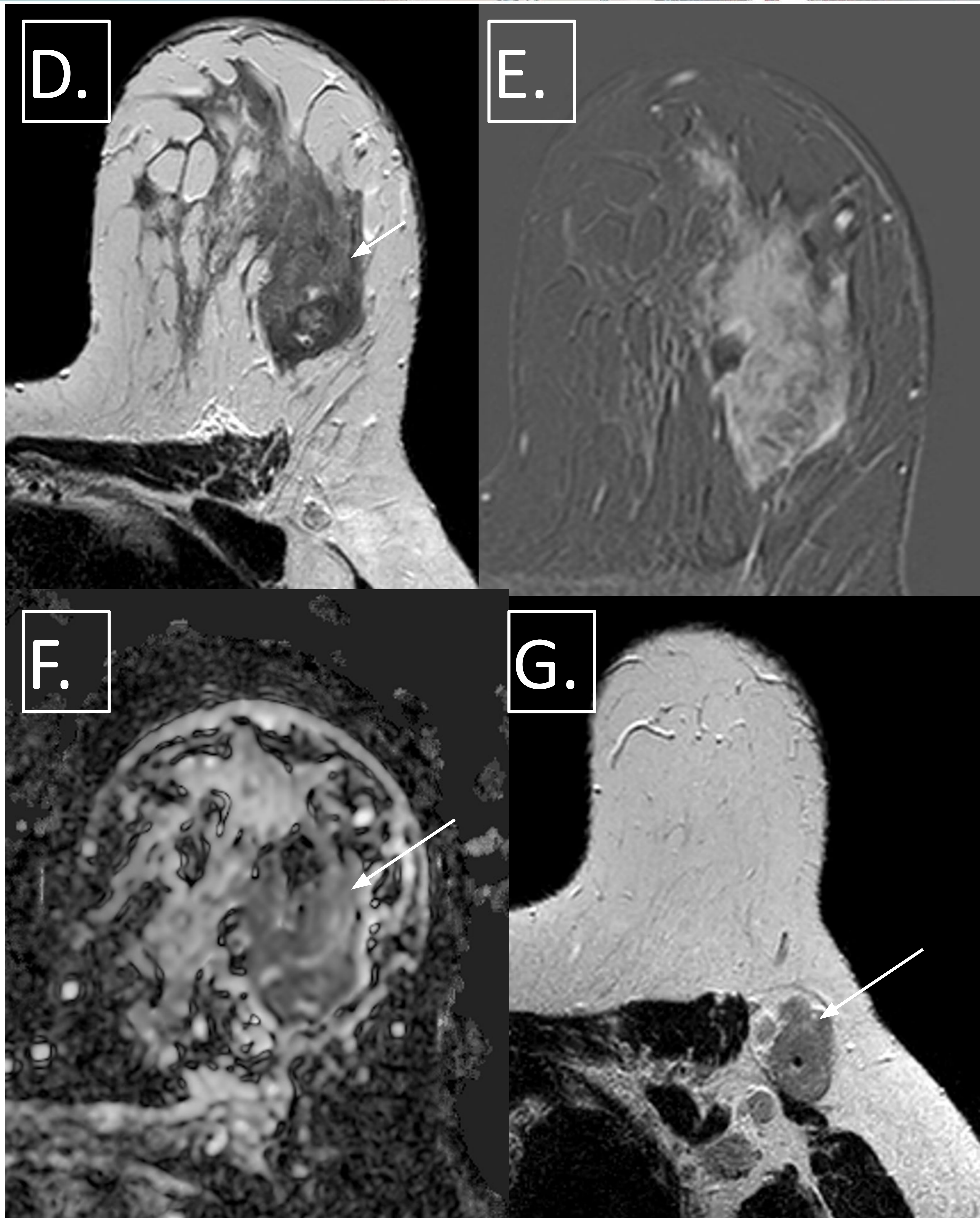


FIGURA 1.

Se practica estudio de la misma lesión por RM, observando una extensa masa en CSE de mama izquierda, que muestra baja señal en T2 (D.), con algún foco hiperintenso (flechas). En las secuencias de sustracción (E.) muestra una hipercaptación heterogénea de contraste endovenoso en comparación con el resto del parénquima. En el mapa ADC (F.) asocia baja señal en relación a áreas de restricción en difusión. En G. podemos observar adenopatías izquierdas en secuencias basadas en T2.

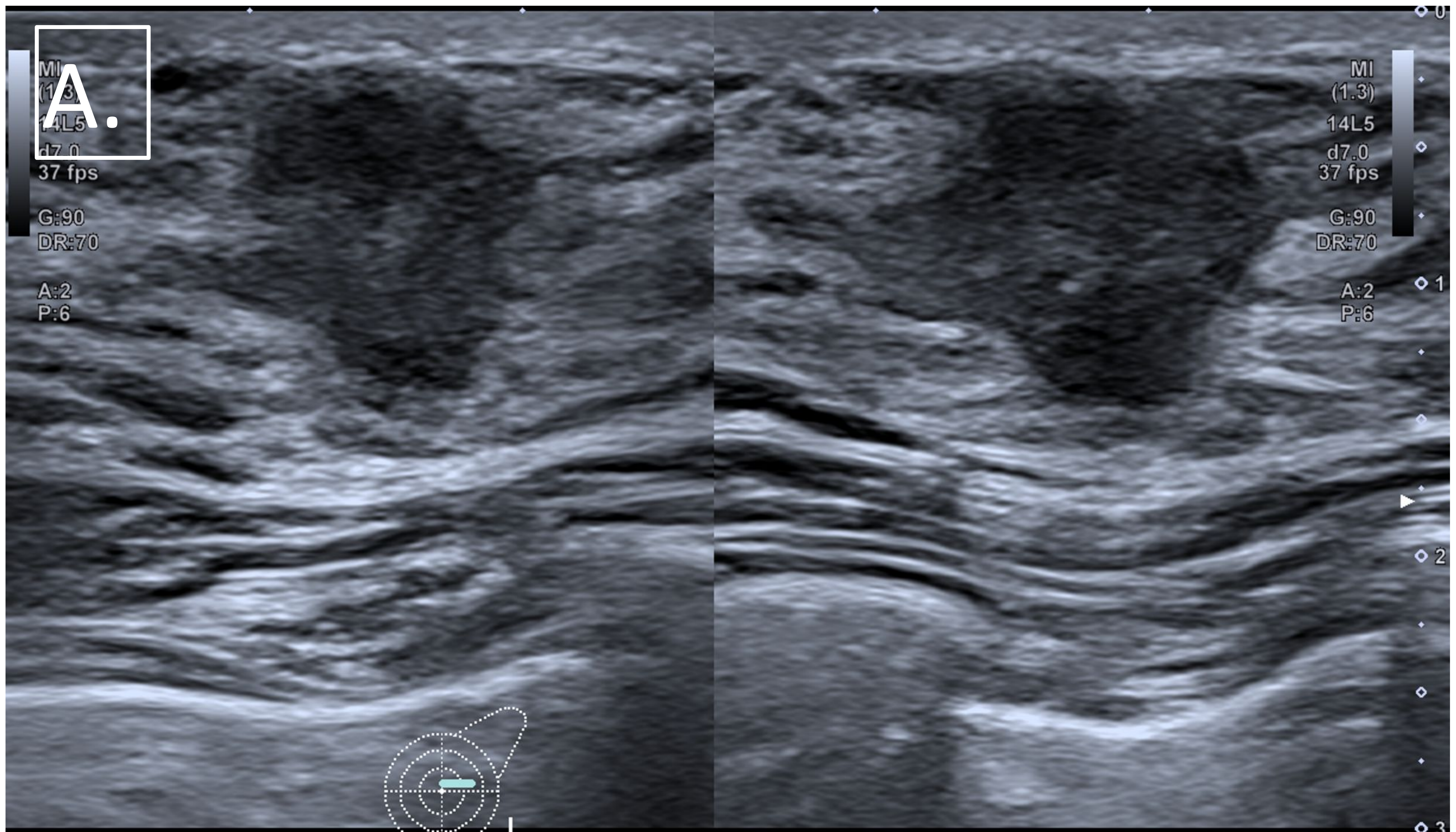


FIGURA 2.

Paciente de 29 años que acude a nuestro servicio por notarse un bulto en mama izquierda. Se le realiza estudio ecográfico con sonda de alta frecuencia (A.) observando una lesión sólida hipoecoica, de bordes irregulares lobulados BIRADS 4C.

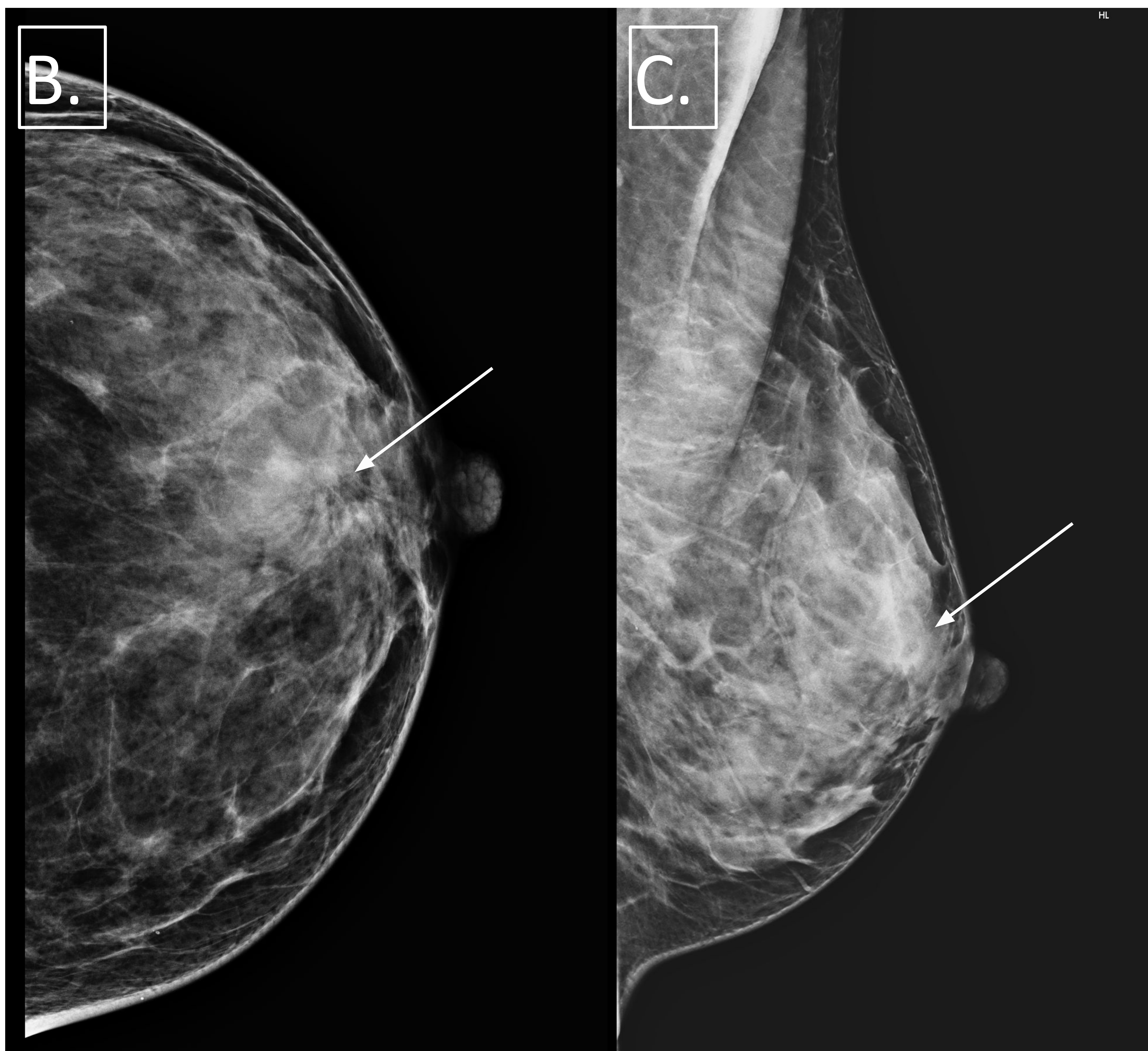


FIGURA 2.

Mamografía con proyecciones craneocaudal (B.) y mediolateral oblicua (C.) de la mama izquierda en las que observamos en el cuadrante supero externo una distorsión focal, de bordes espiculados, superpuesta a un tejido fibroglandular denso heterogéneo de fondo que dificulta su visualización (flechas) BIRADS 5.



FIGURA 2.

Se realiza estudio por RM posterior a realización de la biopsia con marcaje por ecografía, en la que podemos observar una lesión nodular, relativamente bien definida, con señal intermedia en secuencias T2 (D.). El estudio de sustracción (E.) muestra un hiperrealce homogéneo con respecto al resto del parénquima mamario. En el mapa de ADC (F.) asocia restricción en difusión. En todas las secuencias se observa un defecto en el centro de la lesión, que en secuencias de susceptibilidad magnética (G.) es marcadamente hipointenso en relación al marcaje intralesional.

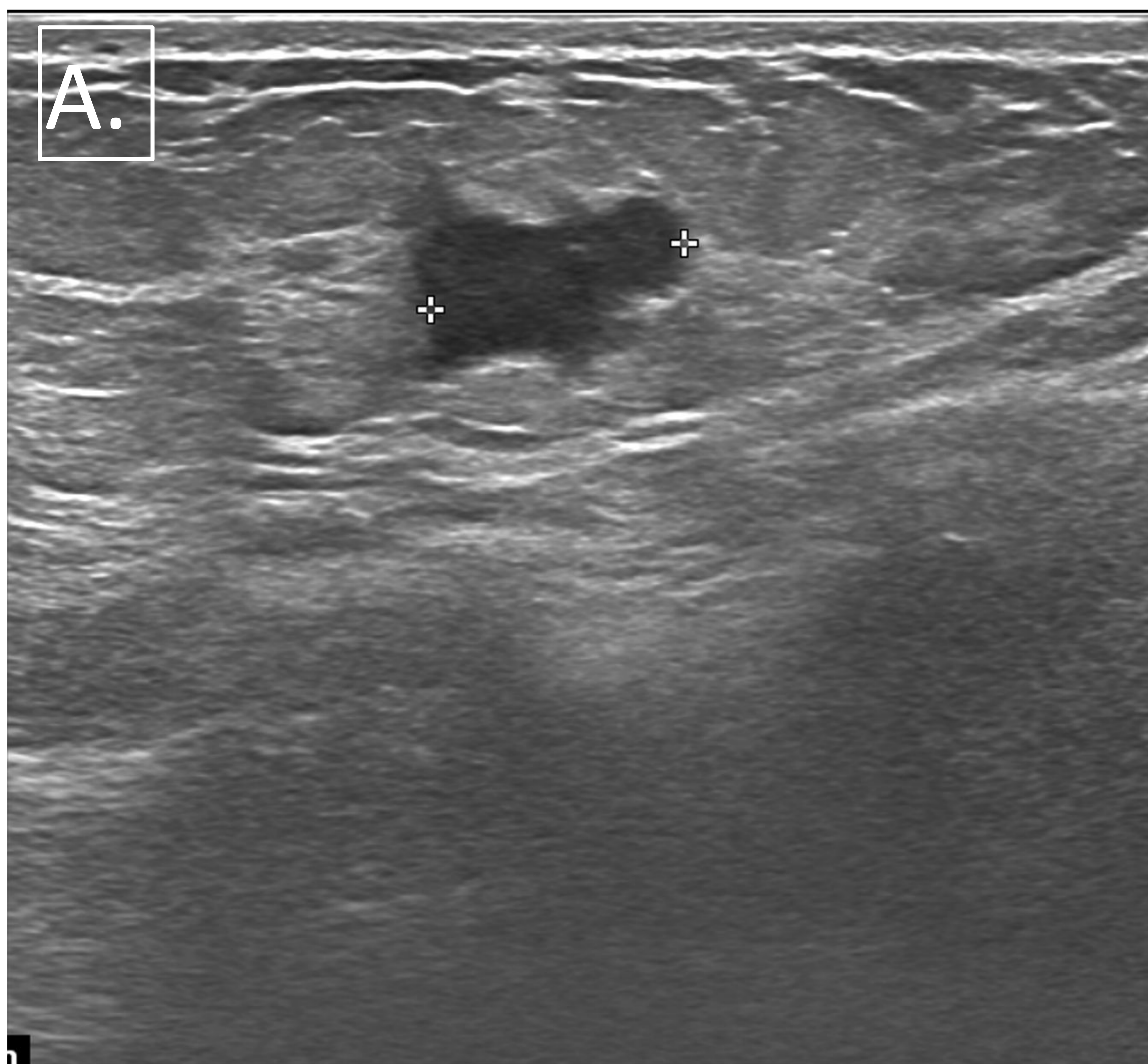


FIGURA 3.

Paciente de 32 años que acude a nuestro servicio por notarse un bulto indurado en mama izquierda. Se le realiza estudio ecográfico (A.) en el que observamos una lesión sólida hipoecogénica en el cuadrante inferointerno de la mama izquierda, con márgenes mal definidos y lobulados BIRADS 4B.

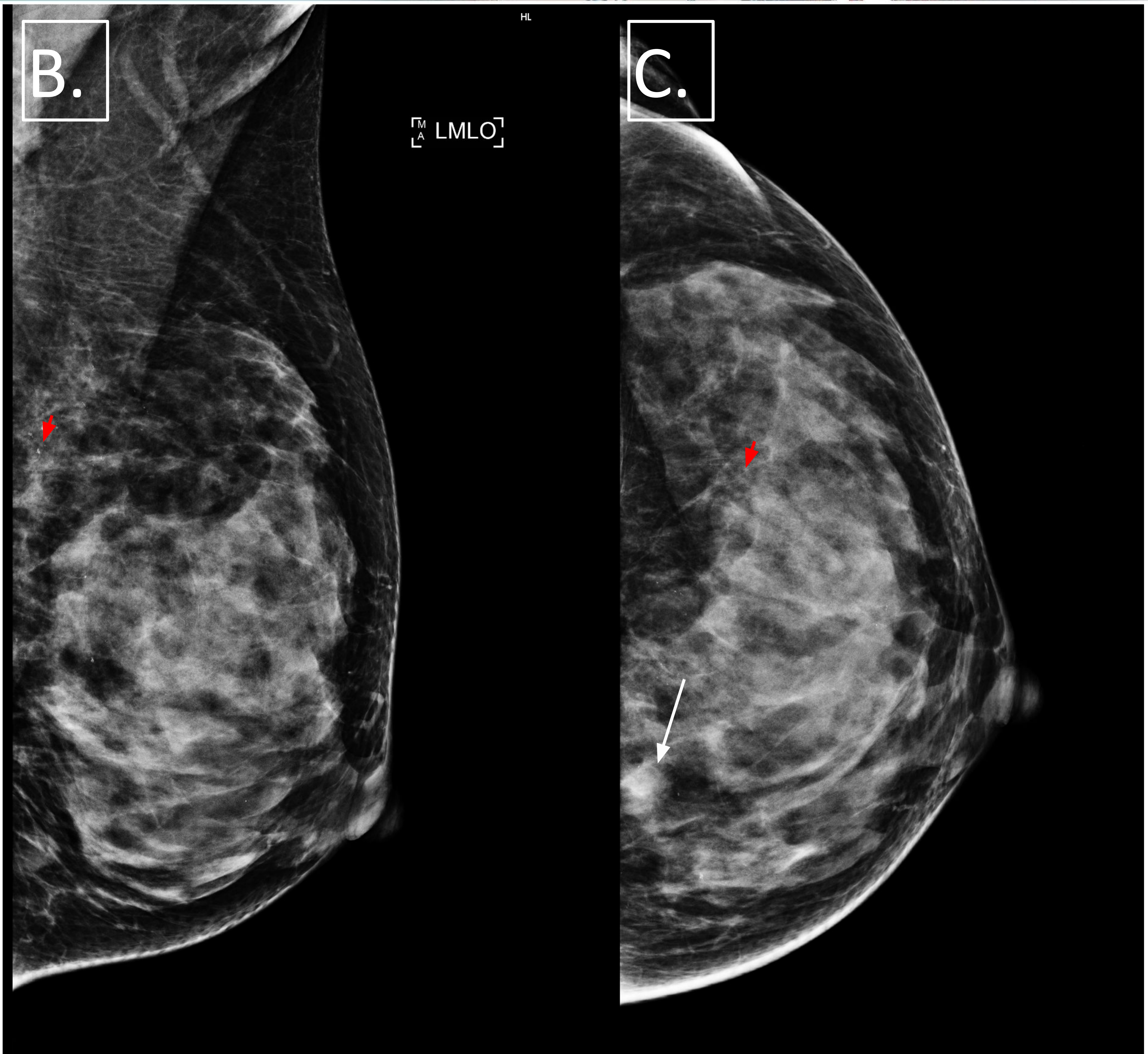


FIGURA 3.

Se practica mamografía observando en la proyección craneocaudal (C.) una densidad focal asimétrica (flecha), que es difícilmente observable en la proyección mediolateral oblicua (B.), probablemente por encontrarse fuera del campo observado (punto ciego). Asimismo se observan microcalcificaciones dispersas bilateralmente (flechas rojas). BIRADS 4B.

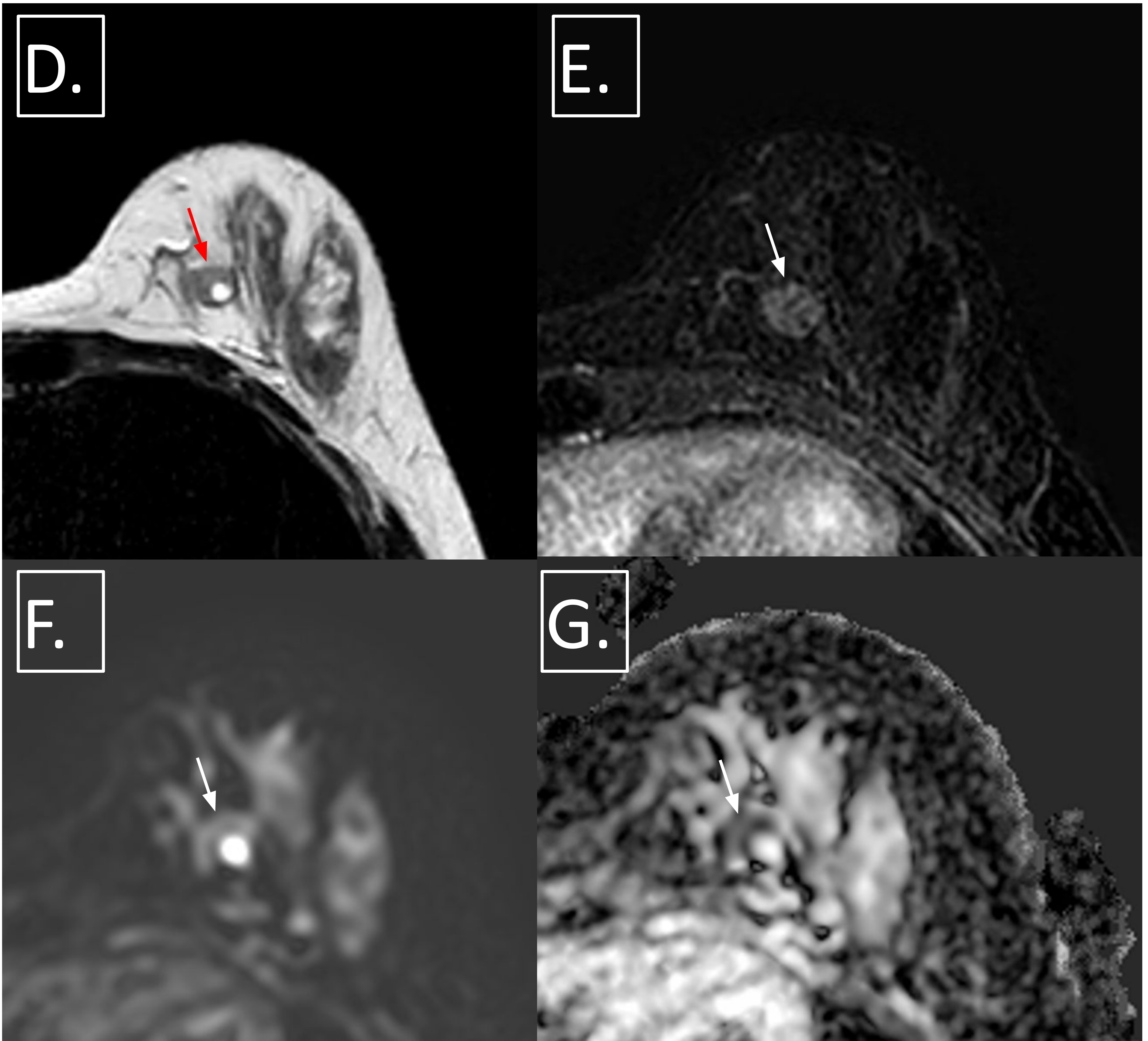


FIGURA 3.

Se realiza estudio por RM post biopsia ecoguiada de la lesión con marcaje, observando en secuencias T2 (D.) una lesión nodular en unión de cuadrantes inferiores de la mama izquierda de señal intermedia. En secuencias de sustracción tras las administración de contraste endovenoso (E.), se observa un hiperrealce homogéneo con respecto al resto del parénquima. En secuencias de difusión (F.) y en el mapa ADC (G.) asocia restricción en difusión (flechas).

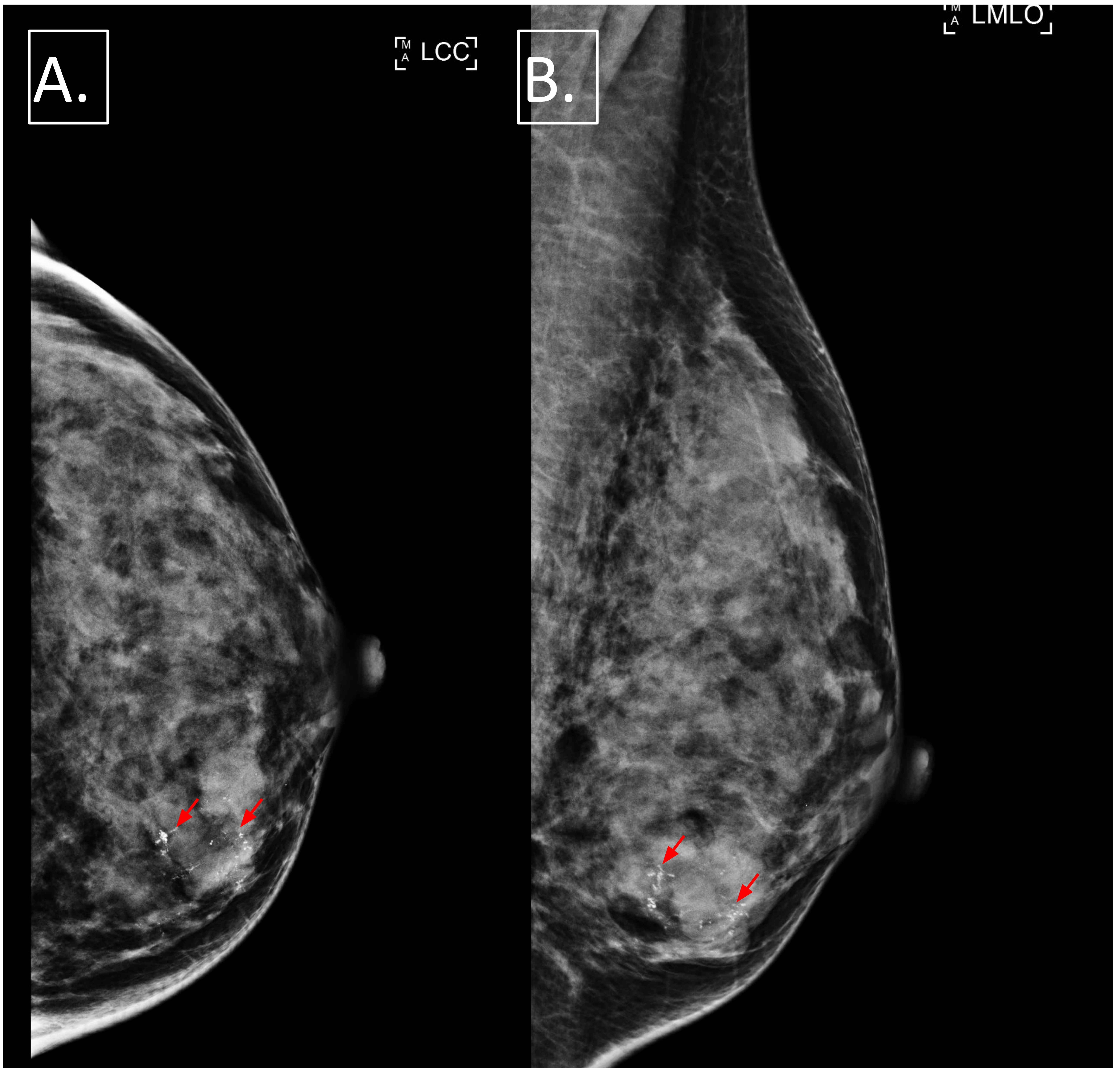


FIGURA 4.

Paciente de 33 años que acude a nuestro servicio por notarse un bulto en la mama izquierda. Se le realiza mamografía con proyecciones craneocaudal (A.) y mediolateral oblicua (B.) observando una densidad focal en cuadrante inferointerno mal definida, de bordes irregulares con calcificaciones pleomórficas en su interior (flechas rojas), BIRADS 5, que se superpone con un tejido fibroglandular de fondo muy denso tipo D.

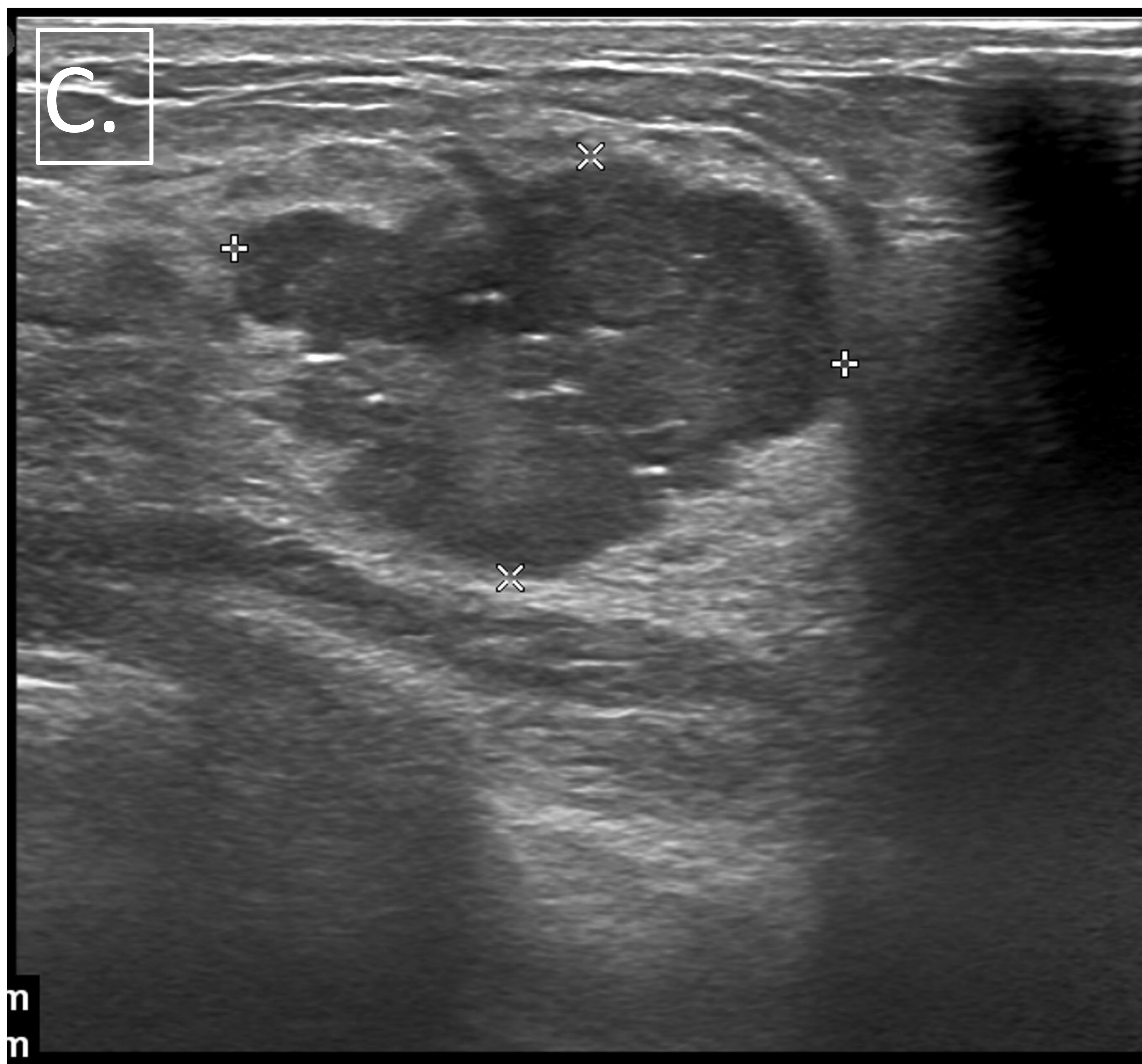


FIGURA 4.

Se realiza ecografía mamaria (C.) identificando en el cuadrante inferointerno de la mama izquierda, conforme con la mamografía, una lesión sólida, hipoeoica, mal definida, de bordes lobulados, irregulares, con calcificaciones pleomórficas en su interior, BIRADS 5.

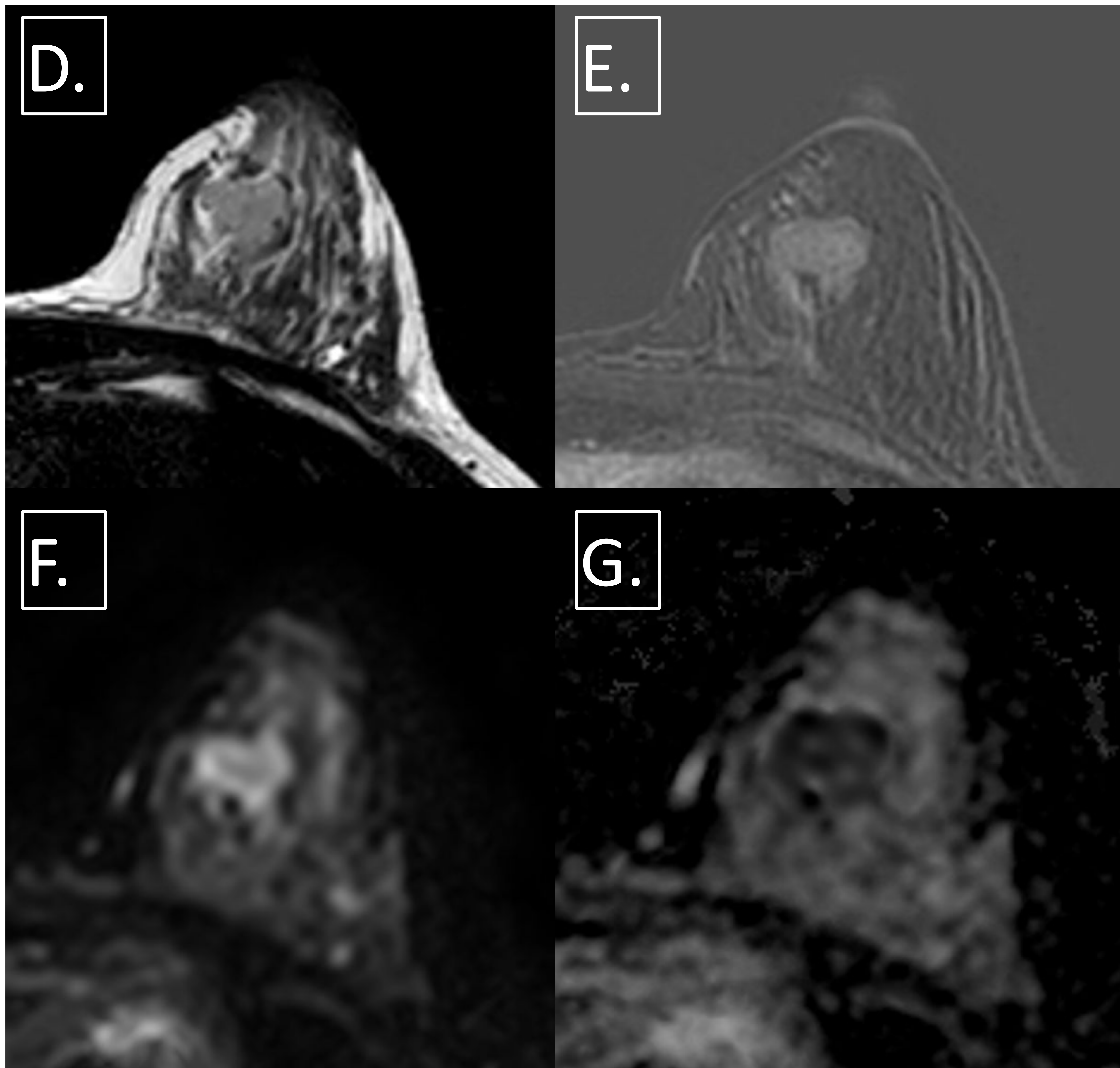


FIGURA 4.

Se realiza RM observando una lesión sólida de bordes irregulares, lobulados, en cuadrante inferointerno de mama derecha, que en secuencias T2 (D.) muestra señal intermedia, isointensa con respecto al resto del tejido fibroglandular. En secuencias de sustracción tras la administración de contraste endovenoso (E.), se observa una hipercaptación con respecto al resto del tejido mamario. En secuencias de difusión (F.) y en el mapa ADC (G.) asocia restricción en difusión en el parénquima de la lesión.

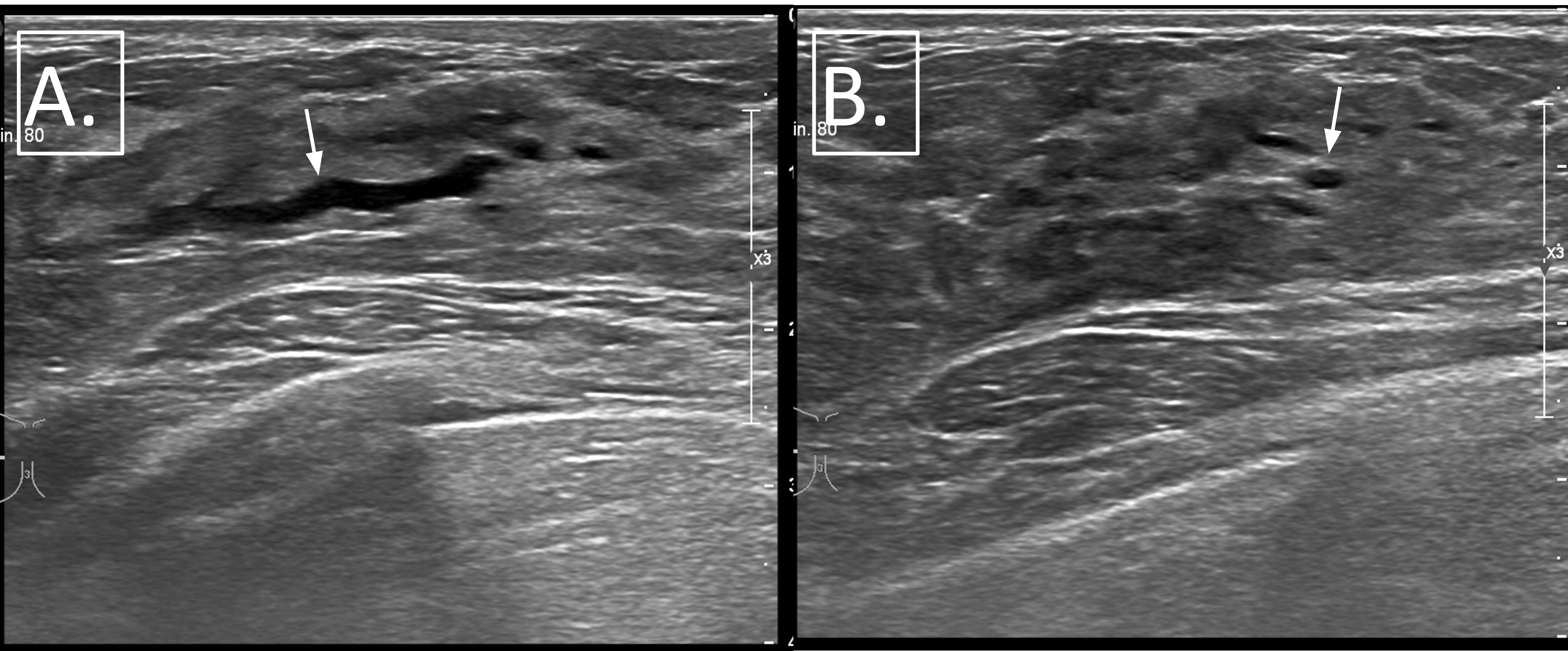


FIGURA 5.

Paciente de 34 años que acude a nuestro centro por telorrea derecha unilateral pluriorifical en la mama derecha. Se realiza ecografía mamaria A y B que muestra una marcada ectasia ductal periareolar (flechas).

[M
A] RCC

C.

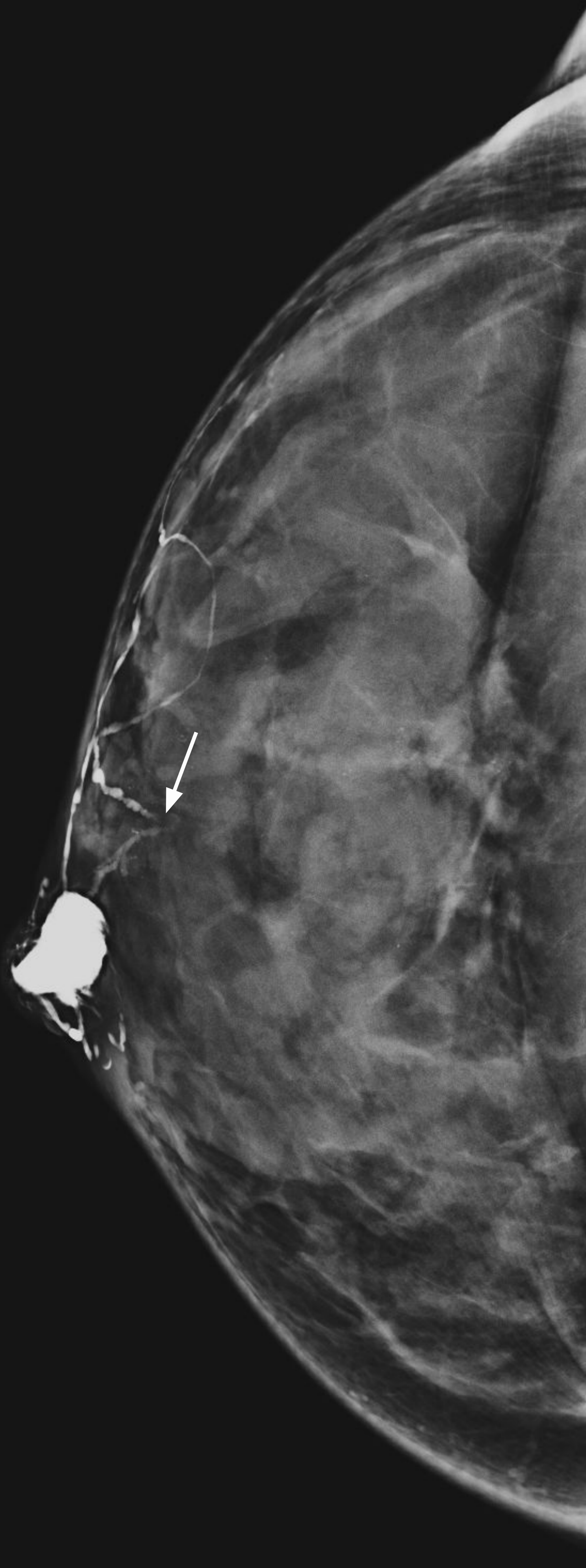


FIGURA 5.

Se realiza galactografía (A.) en la que se observa un defecto de repleción de los ductos periareolares (flechas)

[M
A] RMLO]

D.

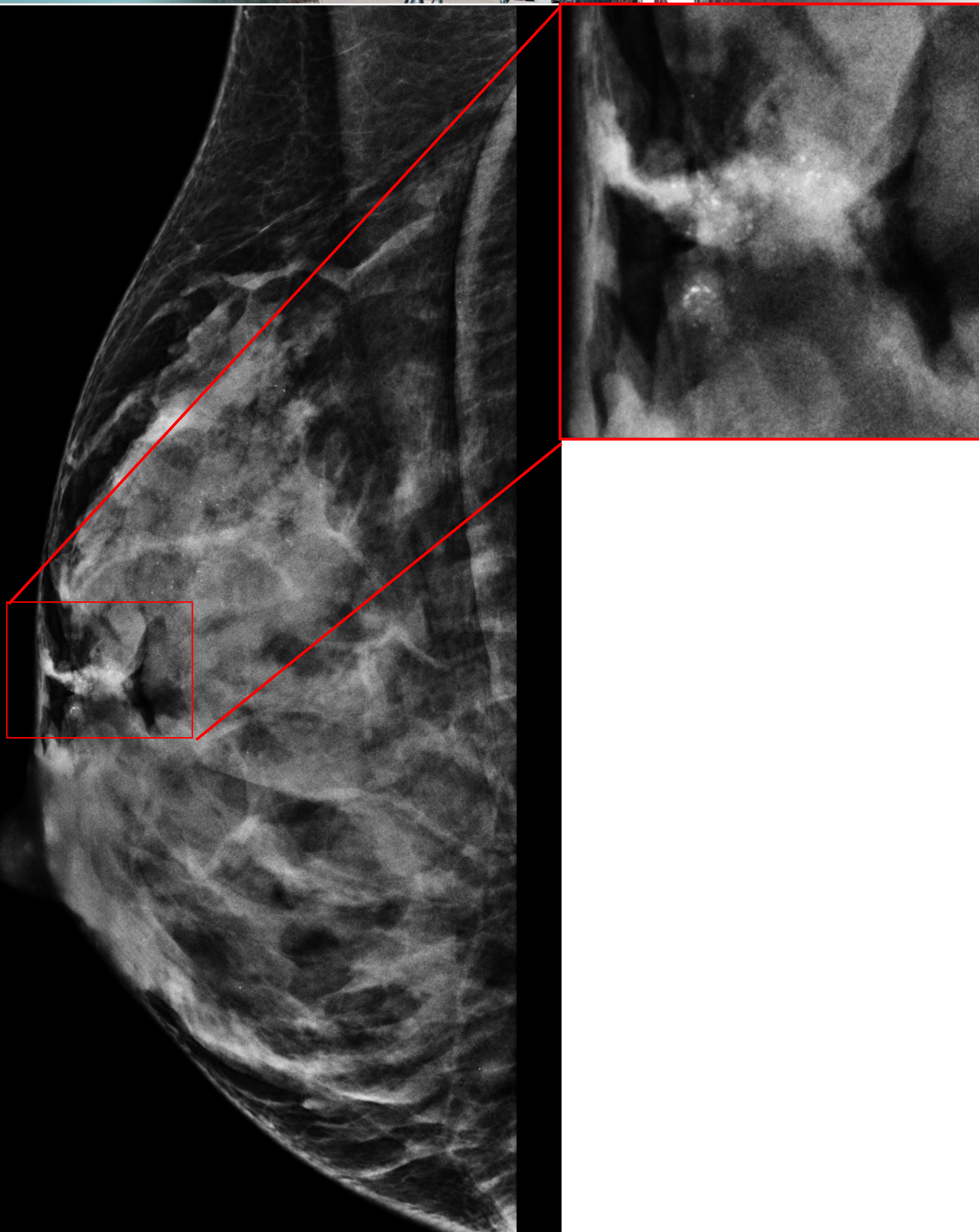


FIGURA 5.

Se realiza mamografía observando en la proyección mediolateral oblicua (D.) de la mama derecha microcalcificaciones agrupadas retroareolares y otras en el cuadrante superoexterno y en la unión de cuadrantes superiores con áreas, de diferentes tamaños y formas.

E.

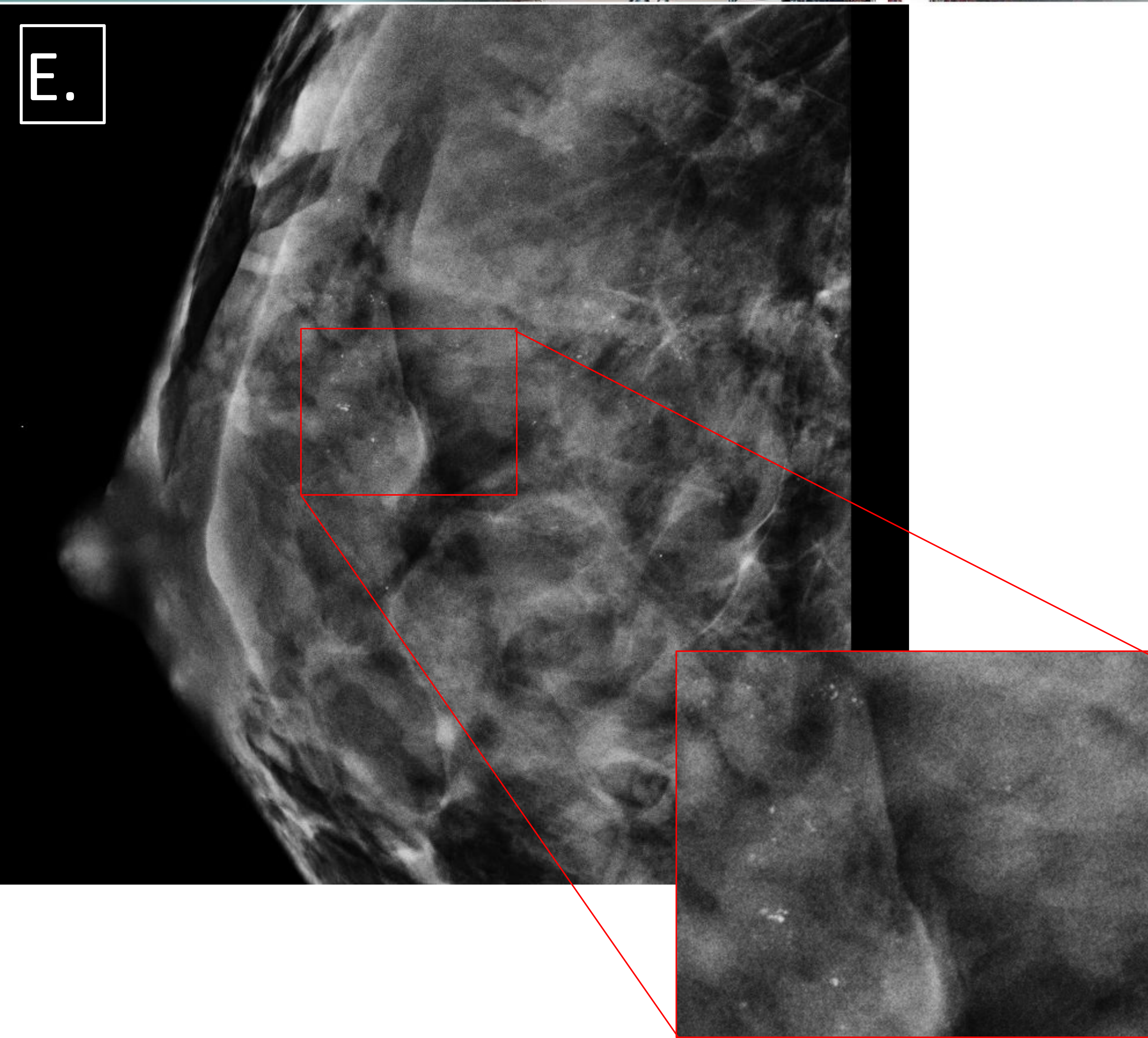


FIGURA 5.

Proyección mediolateral oblicua de mama derecha (E.) que confirma los hallazgos encontrados en D.



CONCLUSIÓN

Las mujeres jóvenes presentan un mayor riesgo de variantes agresivas de cáncer de mama y problemas específicos del tratamiento en este grupo de edad (como la fertilidad, embarazo y efectos psicosociales a largo plazo), es muy importante que el radiólogo contribuya al diagnóstico precoz para intentar proporcionar un tratamiento menos agresivo y con menos implicaciones negativas para l@s pacientes.