

Cáncer de mama bilateral

Formas simultáneas y sucesivas

Dr. Mario Lanza Barbieri

Se analizan los cánceres bilaterales de mama procedentes en su mayoría del Hospital de Clínicas, entre el año 1953 hasta 1974, habiéndose registrado 962 casos de cáncer de mama en total. De ellos, 19 han sido bilaterales, correspondiendo 7 casos para el cáncer simultáneo y los 12 restantes al cáncer sucesivo.

Los otros casos, que corresponden a la asistencia privada, fueron uno simultáneo y cuatro sucesivos.

Los factores patogénicos que tienen real importancia son en primer lugar el factor hormonal y luego la existencia previa de una displasia potencialmente neoplásica en la otra mama.

La aparición de una nueva lesión está favorecida por una serie de circunstancias, como ser, la edad de la paciente en el momento del primer tumor, la duración del ciclo genital, el tipo histológico del primer tumor y los antecedentes familiares.

El diagnóstico y el tratamiento se efectúan prácticamente en la misma forma y con los mismos recursos que para el cáncer unilateral.

No justificamos la mastectomía simple profiláctica controlateral. En cambio es imperativo el control periódico de la mama restante por la clínica cada 3 meses y por la mamografía simple cada 6 meses o un año, para poder hacer un diagnóstico precoz.

El pronóstico, para el cáncer sucesivo, es prácticamente el mismo que para el cáncer unilateral.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Breast neoplasms.

Si bien casi siempre el cáncer de mama es unilateral, la afectación de las dos mamas por el cáncer no constituye una rareza, sino que se observa con cierta frecuencia.

Se conocen dos formas o tipos según el momento de aparición del cáncer mamario bilateral: el cáncer simultáneo, o sea el que toma ambas mamas al mismo tiempo; y el cáncer sucesivo, que aparece en la otra mama un tiempo después del primer tumor, o que se

Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela".

efectuó la mastectomía. En general, ésta última variedad es la que se ve más frecuentemente.

El cáncer mamario bilateral tiene un interés creciente por:

1º) La confusión existente en su denominación y la dificultad en conocer exactamente su correcta significación clínica.

2º) Su frecuencia, mayor últimamente.

3º) Los criterios que sirven para diferenciar a este segundo tumor primario de una metástasis.

4º) La conveniencia o no de realizar una mastectomía simple profiláctica junto con la mastectomía radical.

MATERIAL Y METODOS

Los casos clínicos presentados provienen fundamentalmente del Hospital de Clínicas, en el período comprendido entre 1953 y 1974; otros de la asistencia privada, y algunos personales, con el fin de aumentar con una casuística más numerosa y sacar conclusiones más valederas y reales, dada la relativa poca frecuencia del cáncer mamario bilateral y también de la gran dispersión de las pacientes en nuestro medio.

Reunimos así 24 historias clínicas, siendo analizadas primeramente en forma individual y luego clasificadas dentro de los dos grupos de cáncer bilateral; simultáneo o sucesivo, para observar comparativamente en cada grupo el diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Comprendemos bajo la denominación de cáncer mamario bilateral, de acuerdo en parte, con otros autores (6, 24, 31), todos los casos en que el tumor aparece en ambas mamas, con o sin otra localización, ya sea que se compruebe simultáneamente o sucesivamente, en una y otra mama.

O sea, que quedan excluidos:

1º) Aquellos casos en que el cáncer aparece en una mama y se extiende a la otra por propagación local, dado que sería una extensión de la mama primitivamente atacada a la otra, y no una lesión independiente.

2º) Los casos donde el cáncer de la primera mama afecta a la restante por metástasis a través de las vías linfáticas o sanguíneas.

Consideramos que se trata de un cáncer simultáneo, cuando los dos tumores aparecen concomitantemente o cuando el segundo tumor

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 6 de julio de 1977.

Profesor Adjunto de Semiología Quirúrgica. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Donizetti 1369 bis, Montevideo. (Dr. M. Lanza).

es descubierto dentro de los seis meses de tratamiento o de la aparición del primer cáncer. El lapso de seis meses, que se elige en forma arbitraria, tiene por fin no pasar por alto pequeñas lesiones de la otra mama, que podían haber estado presentes en el momento de la operación inicial pero que no fueron diagnosticadas. Son independientes, preferiblemente no debe haber recidiva local o metástasis en el momento del diagnóstico, y obviamente tampoco diseminación por contigüidad. Además, en la evolución posterior, luego del Halsted bilateral, no se deben producir recidivas precoces que sugieran el origen metastático de la bilateralidad.

Para el cáncer sucesivo tenemos que considerar dos situaciones o grupos diferentes: a) la primera localización permanece aparentemente curada, sin recidiva local ni metástasis a distancia, comprobándose un tumor en la mama controlateral o sea en la segunda mama, pudiendo aparecer precoz o tardíamente; b) este grupo se diferencia del anterior en que el tumor controlateral se manifiesta mientras que el tumor que apareció en primer término está en evolución loco-regional o en fase de generalización, con o sin recidiva loco-regional.

Debemos señalar que con el criterio seguido por numerosos autores, sólo se pueden considerar que tienen un cáncer sucesivo, a las enfermas del primer grupo. Creemos que es un criterio muy rígido y poco práctico, pues puede suceder, perfectamente documentado por la clínica y la patología, que aparezca un segundo tumor primitivo de la otra mama, aún cuando el primer tumor tenga recidivas locales o metástasis. O sea, que nuestro criterio, que es compartido por algunos autores, se acerca mucho más a la realidad de lo que es el cáncer sucesivo de mama.

En nuestro medio, Borges y col. (7) analizaron los casos de cáncer bilateral del H. de Clínicas, limitándose al sucesivo.

CONSIDERACIONES PATOGENICAS

Las mamas son órganos pares y pueden ser considerados como un sistema anatómico único, estando sometidas a las mismas influencias gonadohormonales de las que dependen las displasias y procesos benignos, no siendo difícil aceptar la bilateralidad de las lesiones malignas múltiples. Con nuestro concepto y enfoque del cáncer mamario bilateral, los únicos factores patogénicos que tienen real importancia, son en primerísimo lugar el factor hormonal o "diátesis neoplásica" (24) y también la existencia previa de una displasia potencialmente neoplásica en la otra mama (18, 24).

En el carcinoma mamario cada mama representa "el mismo tejido en la misma persona" y está expuesto a la misma influencia carcinogénica. Cuando el carcinoma aparece en una mama, la opuesta tiene "asegurada" su vulnerabilidad para el desarrollo de un cambio simultáneo o futuro (26).

Efectuando la mastectomía por un cáncer mamario, no se logran suprimir los factores carcinogénicos que influyen en la producción de la primera lesión y que van a ejercer su influencia sobre la otra mama. Excepto que las condiciones locales de una mama no existan en la opuesta, los mismos factores etiológicos en el desarrollo de un tumor maligno, se supone que van a ser activos en la otra mama (23).

O sea, que sobre la mama continúan actuando los factores desencadenantes del tumor operado en la otra. En efecto, desaparecida con la mastectomía el 50 % de la mama efectora, la misma intensidad de factores biológicos que condicionó la aparición del cáncer puede seguir gravitando sobre la otra mama que constituye el 50 % restante de la mama efectora, y que por recibir así el mayor impacto, podrá ser asiento más adelante de un nuevo cáncer (bilateral sucesivo) (44).

Por otra parte, parecería que en algunos casos la bilateralidad resultaría de la transformación maligna de una displasia mamaria preexistente en la mama remanente. Para Hartman y Guerin (18) esta circunstancia aportaría la casi certeza de que se trata de dos tumores independientes. Para Litvinov (24) este factor y el hormonal serían los dos elementos dominantes en la patogenia del cáncer mamario bilateral.

CONSIDERACIONES CLINICAS

El cáncer bilateral de la mama dista de ser una rareza y su frecuencia ha llamado la atención a numerosos autores, recalándose que las estadísticas aumentarían si fuera posible realizar la histopatología de la mama restante.

También la frecuencia se vería aumentada si las pacientes mastectomizadas por la lesión inicial, vivieran lo suficiente. En efecto, sólo alrededor del 50 % de las enfermas sobreviven a los cinco años, y nada más que el 30 % a los diez años (37).

Hoy en día, que el tratamiento correcto y precoz logra un buen número de sobrevivientes, la cantidad de pacientes con una nueva lesión en la mama restante ha también aumentado.

La frecuencia global del cáncer bilateral está entre 7,5 % y 10 %, siendo considerablemente más alta en las enfermas con larga sobrevivencia (23). El cáncer simultáneo es raro variando su frecuencia entre 0.2 a 2 % y el sucesivo oscila entre 1 a 5 %.

En 1945, Foote y Stewart (14) establecieron "que el más frecuente antecedente de cáncer en una mama es haber tenido cáncer en la mama opuesta".

Para Ackerman y Del Regato (1) las enfermas de cáncer de mama tienen 3 a 4 veces más probabilidades de desarrollar un cáncer en la otra mama, que las mujeres sanas de la misma edad.

Para Ryan y col. (36) esta probabilidad es 5 veces superior y para Olcese (29) se eleva a 10.

Si sólo consideramos las enfermas de larga sobrevida, la frecuencia del cáncer en la mama restante se vuelve bastante alta. En efecto, Berg y Robbins (3) señalan que el riesgo del cáncer en la segunda mama es muy importante, teniendo una frecuencia mayor del 20 % en las pacientes con larga sobrevida, que han sobrepasado un período de 20 años.

La frecuencia del cáncer en la mama remanente parece aumentar en una cifra cercana al 1 % por año de sobrevida.

Es necesario y muy interesante poder tipificar si fuera posible, las circunstancias favorables o premonitoras en la aparición de la nueva lesión en la mama opuesta (34). Pasaremos a enumerar y comentar la importancia de cada uno de estos factores:

1º) *Edad*: La edad de la enferma cuando se realizó la primera mastectomía es un dato muy importante. En efecto, si ha sido tratada antes de los 50 años tiene un riesgo calculado 10 veces mayor que la población normal; en la que fue mastectomizada después de los 50 años, esta posibilidad es 5 veces mayor; y después de los 70 años, sólo es 2 veces superior a los grupos controles.

La edad es pues, un factor coincidente con la bilateralidad, y ésta tiene tantas más posibilidades de producirse cuanto más joven es la enferma (6).

Desaive (10) también coincide, señalando que el cáncer mamario bilateral parece afectar enfermas más jóvenes que las que tienen cáncer unilateral.

2º) *Menarca y menopausia*: ya algunos autores (5, 6) habían señalado su importancia, observando que en estas enfermas hay una marcada tendencia a la menarca precoz y también a la menopausia tardía, dado que el 84 % de sus pacientes no estaban en menopausia; en relación al 55 o 60 % de las enfermas que no han llegado a la menopausia en los casos de cáncer unilateral. De esto surge un alargamiento de la vida menstrual, comparada con la de las mujeres normales, hecho sumamente importante en la etiopatogenia del cáncer mamario, si recordamos que la ruptura del equilibrio hormono-gonadal se acentúa en la premenopausia, cuando los ciclos ováricos difásicos se van haciendo monofásicos; lo que trae como consecuencia el hiperestrogenismo pre y postmenopáusicos. Esto se ve complementado y avalado por los hechos experimentales y aún clínicos que demuestran la acción tumorigénica de los estrógenos.

3º) *Tipo histológico*: la histología del tumor primitivo indica, en parte la posibilidad de una nueva lesión.

Robbins (35) señala que el tipo histológico más favorable está formado por los comedocarcinomas, los carcinomas coloides, los medulares y los lobulares. Recalca también que en los neoplasmas muy agresivos o en fases avanzadas, no se ven tumores de la segunda mama pues llevan rápidamente a la muerte. Los cánceres primarios múltiples de la primera mama también presentan con frecuencia cáncer bilateral.

Urban (41) también se refiere a la alta frecuencia de bilateralidad del carcinoma lobulillar y ductal, que por otra parte casi siempre son multicéntricos.

4º) *Antecedentes familiares*: tienen gran importancia como factor predisponente al cáncer mamario. B. Brian y col. (6) dicen que el 28 % de sus pacientes tienen antecesores con cáncer de mama, recalcando que las cifras verdaderas son seguramente mucho mayores, pues muchas enfermas ignoran de qué murieron sus familiares, o que también estaban sanos en el momento de ser interrogadas, y más adelante desarrollaron un cáncer mamario.

Anderson (2) estableció que el cáncer mamario bilateral es 5 veces más frecuente en pacientes con una fuerte historia familiar. Winder (46) también refiere que las pacientes cuyas madres y hermanas tienen cáncer de mama representan un grupo de alto riesgo para desarrollar un cáncer mamario y deberán ser estrechamente vigiladas.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico del cáncer de mama bilateral se efectúa con los mismos elementos clínico-semiológicos, anatómopatológicos, radiológicos y citológicos que se utilizan para el cáncer de mama unilateral. Sin embargo, es necesario destacar algunos matices interesantes en este capítulo, especialmente vinculados a la bilateralidad de la enfermedad neoplásica.

Debemos referirnos en primer lugar, al diagnóstico de la lesión en sí, y luego al diagnóstico de una nueva lesión primitiva e independiente de la anterior; o sea su diferenciación con una metástasis del primer cáncer.

1º) En efecto, a pesar de tener presente la posibilidad de una doble lesión no es fácil descubrirla durante las etapas precoces de su desarrollo.

Esto sucede más frecuentemente de lo que se piensa, y queremos enfatizar que es necesario profundizar el examen de la mama sana, que debe ser tan meticuloso y completo, como si no hubiera ninguna lesión en la otra.

Por otro lado, en las enfermas mastectomizadas por cáncer de mama, es imperativo realizar un riguroso control postoperatorio alejado, tanto del punto de vista clínico como radiográfico cada seis meses, para hacer un diagnóstico realmente temprano, antes que el examen clínico o el autoexamen lo detecten por la palpación.

Urban (41) señala que ha visto (nosotros también lo hemos comprobado) pacientes tratadas previamente con buen resultado por cáncer primario de una mama, que regresan sin ninguna solución con un cáncer avanzado, inoperable, de la otra mama, después de un largo retraso en el examen de vigilancia.

Se han propuesto y utilizado (42) varios métodos para el diagnóstico precoz:

a) El autoexamen, que si se efectúa en forma correcta y periódica, puede descubrir precozmente lesiones palpables mínimas.

b) Muchos cánceres mamarios precoces fueron descubiertos mediante la extirpación de lesiones mínimas para su estudio anatomopatológico, incluso en ausencia de signos de cáncer mamario, encontrándose en el 11 % de los casos un carcinoma.

c) La mamografía efectuada con buena técnica y bien interpretada, no sólo ha demostrado algunos cánceres ocultos infiltrantes, sino también a veces reveló la presencia de lesiones in situ no infiltrantes de tipo intraductal y lobulillar.

Se debe hacer la rutina en cualquier paciente con sintomatología mamaria y más obviamente si tiene antecedentes familiares cargados de cáncer de mama, o si ya ha sido operada de una mama (44), o sea lo que se considera como grupo de alto riesgo.

d) Urban (42) señala que el campo más prometedor para descubrir el cáncer mamario temprano es la mama controlateral de una paciente tratada con éxito por un cáncer de mama. Insiste con Stewart y col. (40) que la mamografía es útil para indicar el lugar apropiado para efectuar una biopsia cuando la lesión no es fácilmente palpable, antes que resulte evidente por el examen físico.

La biopsia quirúrgica amplia controlada, ha descubierto cáncer en la mitad de las pacientes que tenían mamografías sospechosas, pero sin ningún signo clínico. También se basa en signos físicos mínimos; u otras veces al azar, incluyendo aproximadamente el 20 % del parénquima mamario en el cuadrante súpercexterno, donde se originan el 60 % de los cánceres mamarios; además de la imagen en espejo de la lesión conocida, ya que aproximadamente el 40 % de los cánceres mamarios bilaterales son de localización simétrica.

Los resultados parecen ser muy prometedores, dado que el 20 % de las biopsias efectuadas por signos físicos mínimos fueron positivas, mientras que el 10 % de las realizadas al azar demostraron carcinoma, estando la mayoría de estos cánceres en una etapa temprana de su desarrollo. No la realizan en enfermas de sobrevivencia incierta, en mayores de 70 años, o con lesiones avanzadas de mal pronóstico.

2º) Es de capital importancia establecer seguramente que las lesiones cancerosas en ambas mamas son neoplasmas independientes y primitivos, descartando la posibilidad que se trate de metástasis o extensión local de un único foco maligno primitivo en la mama opuesta.

Las metástasis mamarias de tumores originados en otros órganos son excepcionales (24).

Cuando la mama opuesta está invadida, resulta difícil muchas veces probar si se trata de una extensión del tumor primitivo o de un nuevo cáncer. La invasión por propagación es probable en aquellos casos en que la piel y el celular subcutáneo de la pared torácica, están extensamente invadidos y cuando la otra mama es afectada al mismo tiempo que se van produciendo otras recidivas en tejidos vecinos.

Pero cuando la enferma ha permanecido sin recidivas ni metástasis durante varios años, la

aparición de un cáncer en la otra mama nos permite pensar que se trata de un nuevo tumor (15).

Obviamente estas son situaciones clínicas muy claras, que raramente se prestan a confusión; pero desde ya debemos decir que no siempre es así.

El diagnóstico del cáncer simultáneo puede hacerse ya sea, en el curso de un examen clínico sistemático de ambas mamas, o luego de un estudio radiográfico mamario bilateral, como es lo correcto. En este último caso puede suceder que guiado por la imagen radiográfica, un nuevo examen nos permita ubicar la lesión. Sin embargo, otras veces, no se encuentra ninguna masa palpable, quedando este segundo tumor clínicamente mudo.

El cáncer sucesivo puede presentarse cuando el primer cáncer está aparentemente curado; o por el contrario, cuando el primer tumor está en evolución loco-regional o en fase de generalización. Probablemente la frecuencia de este último grupo sea más alta de lo que representa, dado que obviamente, médicos y pacientes prestan más atención a las recidivas y/o metástasis que a un pequeño tumor en la mama opuesta.

CONSIDERACIONES TERAPEUTICAS

Disponemos de las mismas armas terapéuticas que en el cáncer unilateral siendo necesario adecuar la actitud a tomar para cada caso en particular, teniendo en cuenta por supuesto, los mismos requisitos y condiciones conocidos para el cáncer de mama unilateral.

Lo desarrollaremos bajo dos aspectos fundamentales: A) Tratamiento del cáncer bilateral en sí, con sus dos variedades: simultáneo y sucesivo. B) Oportunidad y realización de la mastectomía simple profiláctica.

A) *Tratamiento del cáncer bilateral*: lo más correcto es adoptar un plan terapéutico unificado, según se trate de un cáncer simultáneo o sucesivo. La edad de la enferma, localización del tumor, su estadio clínico, y su evolutividad, son los elementos que regirán principalmente la conducta a tomar.

Si se trata de dos cánceres simultáneos operables, la solución es simple y no se discute: se efectúa la mastectomía radical bilateral, en uno o dos tiempos. Murray y col. (28) realizan el Halsted sucesivo y diferido, con un lapso de 7 a 10 días entre cada intervención, operando en último término la lesión menos avanzada. El trazado de las incisiones lo supeditan a la localización de los tumores en cada mama. Uriburu (43) también prefiere la mastectomía radical bilateral en dos tiempos.

Donegan y Spratt (II) realizan el Halsted bilateral, en general en dos tiempos, operando primero el cáncer más avanzado y unas tres semanas después la segunda operación, para estimular el desarrollo de las colaterales vasculares y disminuir así las posibilidades de una necrosis del colgajo interno al extirpar la segunda mama. Sin embargo, señalan que actualmente prefieren el método de Ratzer y

col.(33) que forman colgajos superior e inferior, extirpando así en block las dos mamas, los músculos y el vaciamiento axilar, actuando dos equipos quirúrgicos en una sola intervención.

También B. Brian y col. (6) hacen Halsted bilateral en un tiempo, con una incisión que circunda ambas mamas, obteniendo un resultado funcional y estético muy bueno.

Litvinov (24) siempre que puede efectúa la mastectomía radical bilateral en el mismo acto operatorio, ya que pese a su magnitud, la considera como una operación de escasa morbilidad y mortalidad nula.

En nuestro medio, se han publicado dos casos de cáncer simultáneo, realizando con dos equipos el Halsted bilateral (25, 38).

En los cánceres bilaterales simultáneos, donde uno de ellos es un estadio III, se realiza el tratamiento clásico del que está en el estadio I o II, y mastectomía simple del más avanzado, como operación paliativa en un tiempo, asociándose la radioterapia, hormonoterapia y quimioterapia (28).

Para el estadio III bilateral simultáneo, describen el tratamiento quirúrgico, y para el estadio IV el tratamiento es igual al unilateral, en el mismo período evolutivo.

Respecto a las mastectomías radicales ampliadas, estamos de acuerdo con Murray y col. (28) que si ya prácticamente fueron dejadas de lado para el cáncer unilateral, más lo son aquí por razones obvias.

Si es un cáncer sucesivo se le considera como un nuevo cáncer, aplicándosele el mismo criterio terapéutico que rige para el cáncer de mama en general.

Respecto a los demás procedimientos terapéuticos, no tienen mayor variación en lo que se refiere con el cáncer unilateral. La radioterapia preoperatoria tiene las mismas indicaciones conocidas para el cáncer mamario unilateral. La radioterapia postoperatoria, algunos la efectúan en forma sistemática por cuatro campos (34); y otros sólo la indican en los casos de compromiso ganglionar (32).

En lo que se refiere al tratamiento hormonal privativo, o sea más específicamente a la ooforectomía bilateral, Poletto y col. (32) la realizan siempre luego del Halsted, en pacientes en plena vida genital, con tumores en estadio I o II. Por su parte, Murray y col. (28) dicen que esta operación es preventiva no sólo de metástasis, sino también profiláctica de la bilateralidad sucesiva, y supedita su indicación a un nivel estrogénico evidente.

B. Brian y col. (6) actúan de manera similar, realizando la ooforectomía bilateral. Nosotros personalmente, creemos (22) que la bilateralidad de la lesión en una paciente en edad genital activa o postmenopáusica reciente, ya constituye un elemento de gran importancia para indicar la ooforectomía bilateral.

B) *Oportunidad y realización de la mastectomía simple profiláctica*: las opiniones respecto a la realización e indicación de la mastectomía simple profiláctica son muy variables. Algunos autores la efectúan en forma sistemá-

tica y simultánea con la mastectomía radical de la mama enferma (4, 21, 30).

Otros sólo la realizan, en pacientes seleccionadas, donde el riesgo de un nuevo cáncer es mayor, como ser las que tienen antecedentes familiares evidentes de cáncer mamario; enfermedad fibroquística y/o de Schimmelbusch de la mama opuesta; o premenopáusicas que desean un embarazo (9, 16, 24, 28, 43).

Finalmente, un tercer grupo de autores, no admiten en ningún caso la realización de la mastectomía simple profiláctica, pues la consideran una operación excesiva y que no protege a la enferma de un futuro carcinoma mamario (11, 12, 13, 20, 39).

En efecto, nosotros pensamos que la resección sistemática de una mama sana es una operación excesiva y que no compensa la escasa mejoría lograda en los índices de curación. Por otra parte, extirpando la mama sana, no se evita un nuevo cáncer, sino que sólo se disminuye la posibilidad.

Creemos más útil y adecuado, un control prolongado, atento y sistemático de la enferma mastectomizada, mediante un autoexamen de la mama remanente en forma mensual y un control clínico cada 3 o 4 meses y por mamografía cada 6 meses o un año.

Creemos, al igual que otros autores (27) que cuando la mama opuesta a la que tiene un cáncer, la biopsia informa que existe una displasia, o si indica una actividad celular muy intensa (adenosis florida), es necesario, y constituye un riesgo no hacerlo, efectuar una mastectomía simple o una glandulectomía total de esa mama. Si en cambio, se trata de un tumor benigno, alcanza con su resección.

PRONOSTICO

El cáncer de mama de por sí (23) tiene un pronóstico relativamente favorable, dado que alrededor del 50 % de las enfermas viven a los cinco años, si lo comparamos con la baja cifra de 10 % de sobrevivientes para el cáncer de estómago o de pulmón.

También las pacientes con cáncer bilateral de mama tienen un valor de sobrevida a los 5 años que se puede comparar favorablemente con el del cáncer unilateral. Harrington (17) refiere una sobrevida a 5 años del 65 % de los casos con cáncer mamario bilateral sin metástasis axilares; y sólo del 17,9 % si éstas estaban presentes.

El pronóstico está regido por numerosos factores, como ser: a) el estadio de cada una de las lesiones; b) el potencial evolutivo en el momento de la operación; c) su tipo histológico; d) la edad de la paciente; e) su variedad cronológica: simultáneo o sucesivo.

Respecto a esto último se puede señalar que el pronóstico para el simultáneo no es tan bueno como para el sucesivo, pero tampoco deben ser considerados como una situación desesperada (8).

La gran mayoría de los autores (9, 19) están de acuerdo en señalar, que en el cáncer suce-

sivo, el pronóstico mejora a medida que el intervalo entre el primero y segundo cáncer, se hace más largo. Corroborando esto, Moertel y Soule (26) dicen que prácticamente no hay diferencias en el pronóstico global, de las pacientes con cáncer de mama unilateral y las que tienen un bilateral sucesivo independiente.

CASUÍSTICA

Los casos clínicos presentados provienen fundamentalmente del Hospital de Clínicas, analizando todas las pacientes ingresadas entre el año 1953 hasta 1974 inclusive, habiéndose registrado 962 casos de cáncer de mama en total. De ellos, 19 han sido bilaterales, correspondiendo 7 casos para el cáncer simultáneo y los 12 restantes al cáncer sucesivo.

Los otros casos, que corresponden a la asistencia privada, fueron uno simultáneo y cuatro sucesivos.

Totalizamos así 24 casos de cáncer de mama bilateral, donde 8 corresponden al cáncer simultáneo y 16 al cáncer sucesivo.

CANCER SIMULTANEO

La edad de estas enfermas osciló entre los 45 años para la menor y 83 años para la mayor, siendo la edad promedio 62,5 años. Esta edad promedio es mayor que en la serie total (cáncer simultáneo y sucesivo) y también si la comparamos exclusivamente con los casos de cáncer sucesivo.

En lo que se refiere a la *etapa genital* que cursaban las pacientes en el momento de su enfermedad, podemos señalar que todas menos una, estaban en menopausia.

El diagnóstico del tumor que asentaba en la mama supuestamente sana, se realizó de la manera habitual ya dicha, siendo así:

—Examen clínico de rutina	4 casos
—Examen radiográfico de rutina	3 casos
—Por la enferma	1 caso

La *Anatomía Patológica* puede sintetizarse así:

Histología similar	4 casos
Histología diferente	4 casos

La forma anatomopatológica predominante fue el *carcinoma esquirroso*.

Todas nuestras pacientes fueron intervenidas, agregándose en algunas de ellas tratamiento radiante pre y/o postoperatorio.

Respecto al tratamiento quirúrgico, interesa el tipo de operación efectuada en cada mama, y la cronología de la misma.

—M. Radical Bilateral:		
simultánea	3 casos	
diferida	2 casos	
—M. Simple Bilateral:		
simultánea	1 caso	
diferida	0 caso	
—M. Radical y M. Simple y/o		
Subradical combinadas:		
(simultánea o diferida)	2 casos	

Respecto a la *Evolución*, podemos señalar que cada enferma ha sido controlada periódicamente, muchas de ellas personalmente, oscilando los valores de supervivencia, sin signos oncológicos, entre un año y cinco años y tres meses, siendo la supervivencia media aproximada de 2 años y 8 meses, o más exactamente 34,6 meses.

Consideramos en "cura clínica" (5 casos), las pacientes de más de un año de evolución controlada y sin signos oncológicos, luego del tratamiento. Desconocidos (3 casos), aquellas enfermas donde obviamente, la evolución no se conoce, o, si bien es conocida, ésta es de muy corta duración.

En tratamiento (ningún caso), pacientes, en general, con menos de un año de evolución y que lógicamente, no han finalizado todas las etapas de la terapéutica instituida.

CANCER SUCESIVO

Desde un punto de vista práctico, tenemos que considerar dos situaciones o grupos diferentes:

A) La primera localización permanece aparentemente curada, sin recidiva local ni metástasis a distancia, comprobándose un tumor en la mama controlateral, o sea en la mama remanente, pudiendo aparecer precoz o tardíamente.

B) Este grupo se diferencia del anterior, en que el tumor controlateral se manifiesta mientras que el tumor que apareció en primer término está en evolución loco-regional o en fase de generalización, con o sin recidiva loco-regional.

Debemos señalar que con el criterio seguido por numerosos autores, sólo se pueden considerar que tienen un cáncer sucesivo, a las enfermas del grupo A. Creemos que es un criterio muy rígido y poco práctico, como ya lo vimos anteriormente.

La *Edad* de estas pacientes osciló entre 31 años y 73 años, siendo la edad promedio 52,4 años. Vemos, pues, que son enfermas más jóvenes que las que tienen un cáncer simultáneo (62,5 años).

En lo que se refiere a la *Etapa Genital* que cursaban las pacientes en el momento de su enfermedad, podemos señalar que ocho de ellas no estaban aún en menopausia; siete lo estaban; no conociéndose una de ellas. Esto está de acuerdo con la vida menstrual más larga de estas enfermas.

El *Intervalo de Aparición* del segundo tumor ha oscilado entre seis meses y 19 años y siete meses. Podemos apreciar que en más de la mitad de los casos, el segundo cáncer aparece antes de los 3 años (10 en 16 casos) lo que nos habla de la susceptibilidad de las enfermas que han tenido un cáncer de mama, de presentar otro.

Respecto a la *Localización* o *Topografía* de la segunda lesión, vemos que ha sido similar en un caso; diferente en 10 casos y desconocida en 5 casos.

La *Anatomía Patológica* podemos sintetizarla diciendo que en 4 casos la histología fue similar; diferente en 3 y desconocida en 9 casos.

La forma anatomopatológica predominante fue el *carcinoma esquirroso* (8 en 16 casos).

En lo que se refiere al *Tratamiento*, podemos señalar que ha sido combinado en la inmensa mayoría de los casos: cirugía y radioterapia pre y/o postoperatoria.

Respecto a la *Supervivencia*, debemos enfocarla así:

1º) *Luego del tratamiento del primer cáncer*: entre 6 meses y 19 años y siete meses. Promedio: 50,5 meses = 4 años y 2 meses.

2º) *Luego del tratamiento del segundo cáncer:* entre 1 mes y 2 años y siete meses. Promedio: 26,2 meses = 2 años y 2 meses.

Vemos pues, en forma clara, que en el cáncer bilateral sucesivo, luego del segundo cáncer, el promedio de sobrevida cae a la mitad.

Respecto al *Resultado Final*, tenemos en "cura clínica" 6 casos; en tratamiento 3 casos; fallecidos 5 y desconocidos 2 casos. Como podemos ver, más de la mitad de las enfermas viven y están bien, con un gran porcentaje en "cura clínica"; y sólo prácticamente un tercio de ellas han fallecido.

CONCLUSIONES

1º) Dado que la posibilidad de que una enferma operada de cáncer de mama, tenga un segundo cáncer es muy grande, y que en general, éste tiene un pronóstico que sigue los mismos patrones evolutivos del primero, debemos esforzarnos en el diagnóstico precoz de toda lesión.

2º) No siempre una lesión de la mama remanente es un cáncer o una metástasis del primero tratado, sino que puede tratarse de un tumor benigno o de una displasia, debiéndose tomar en cada caso, un criterio terapéutico diferente.

3º) El cáncer bilateral simultáneo, si bien es, en general, de peor pronóstico que el cáncer sucesivo, no es una situación desesperada.

4º) El cáncer bilateral sucesivo debe tratar de diagnosticarse lo antes posible, y aunque parezca extraño las enfermas con un segundo cáncer llegan con lesiones avanzadas. Debe ser tratado como una nueva lesión primaria, con todas las armas terapéuticas necesarias y disponibles.

5º) Creemos que la mastectomía simple profiláctica es una operación excesiva y que no se justifica por todos los argumentos ya expuestos. Es de más utilidad y criterioso, lo que realizamos en nuestras pacientes, efectuando una vigilancia estricta y periódica de la enferma, por la clínica y la radiología, como también ya insistimos.

RESUME

Cancer du sein bilatéral. Formes simultanées et successives.

Analyse des cancers bilatéraux du sein recensés pour la plupart à Hôpital des Cliniques de 1953 à 1974. On a enregistré en tout 962 cas de cancer du sein. Parmi eux, 19 bilatéraux dont 7 cas de cancer simultané et 12 de cancer successif. En ce qui concerne les cas traités par l'assistanc privée on rencontre 1 simultané et 4 successifs.

Les facteurs pathogènes qui ont une réelle importance sont, en premier lieu, le facteur hormonal, puis l'existence préalable d'une dysplasie néoplasique en puissance dans l'autre sein.

L'apparition d'une nouvelle lésion peut être favorisée par une série de circonstances telles que l'âge de la patiente à l'époque de la première tumeur, la durée

du cycle génital, le type histologique de la première tumeur et les antécédents familiaux.

Le diagnostic et le traitement s'effectuent pratiquement de la même manière et avec les mêmes recours que pour le cancer unilatéral. Nous ne trouvons pas de justification à la mastectomie simple prophylactique contro-latérale.

Par contre, il est impératif de contrôler périodiquement le sein restant en clinique, chaque trois mois, et par la mammographie simple chaque 6 mois ou chaque année pour pouvoir faire un diagnostic précoce.

Les pronostics de cancer successif et de cancer unilatéral sont pratiquement les mêmes.

SUMMARY

Bilateral Mammary cancer. Simultaneous and successive Forms.

The paper refers to bilateral mammary cancers — mostly from the Hospital de Clínicas (University Hospital) — from 1953 up to 1974, a total of 962 mammary cancers. 19 were bilateral and out of these, 7 were simultaneous and the remaining 12 successive. The other two cases from private practice, were simultaneous in one case and successive in four.

Among pathogenic factors which are truly important, we find the hormonal factor in the first place and then prior existence of a potentially neoplastic dysplasia in the other mamma.

The appearance of a new lesion is favoured by a series of circumstances such as the patient's age at the time of the first tumor, duration of genital cycle, histologic type of first tumor and family history.

Diagnosis and treatment are practically the same and employ the same resources as for unilateral cancer.

We do not consider simple prophylactic contralateral mastectomy justified. But we do believe that periodic control of remaining mamma is imperative every 3 months and the same applies to simple mammography every 6 months or every year, for the purpose of an early diagnosis.

Prognosis in cases of successive cancer is practically the same as for unilateral cases.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ACKERMAN LV and DEL REGATO JA. Cancer. Diagnosis, Treatment and Prognosis. St. Louis, Mosby, 1962, 1060.
2. ANDERSON DE. Genetic considerations in breast cancer. MD Anderson Hospital Conference on Breast Cancer Early and Late. *Cancer*, 24: 1310, 1969.
3. BERG JW and ROBBINS GP. The risk of cancer in the second breast. *Progress in Clinical Cancer*. New York Grune & Stratton, 1967, v. 1, p. 510.
4. BLOODGOOD JC. The remaining breast after radical removal of the opposite side for carcinoma. *J South Surg*, 34: 223, 1921.
5. BRACHETTO BRIAN D, MOGUILVSKY L, GRIMBERG R, ITRE H. La edad de la menarca y menopausia y duración de la vida menstrual en las mujeres con cáncer de mama. *Prensa Méd Argent*, 38: 236, 1951.
6. BRACHETTO BRIAN D, MOGUILVSKY L, ITRE H. Cáncer bilateral de la mama. *Prensa Méd Argent*, 38: 2268, 1951.
7. BORGES JF, FAVAT J, RAMOS S, MATE M y PRIARIO JC. Cáncer de mama bilateral sucesivo. *Cir Urug*, 45: 145, 1975.
8. CARROL WW and SHIELDS TW. Bilateral simultaneous breast cancer. *A.M.A. Arch Surg*, 70: 672, 1955.

9. CUTLER M. "Tumors of the breast". Philadelphia. J. B. Lippincot. 1962.
10. DESAIVE P. Le cancer mammaire bilatéral. *J Radiol Elect*, 30: 335, 1949.
11. DONEGAN WL y SPRATT JJ (Jr). Cáncer de la segunda mama. "El cáncer de mama". Barcelona, Científico-Médica. 1969.
12. EINHORN J and JAKOBSON P. Multiple primary malignant tumors. *Cancer*, 17: 1437, 1964.
13. FARROW JH. Bilateral mammary cancer. *Cancer*, 9: 1182, 1956.
14. FOOTE FW and STEWATR FW. Comparative studies of cancerous versus noncancerous breast. *An Surg*, 121: 197, 1945.
15. GESCHICKTER CH F. Cáncer bilateral de mama. "Enfermedades de la mama". Buenos Aires. Llorens. 1947.
16. HAAGENSEN CD. The Natural History of Breast Carcinoma. "Diseases of the breast", Philadelphia. W Saunders. 1956.
17. HARRINGTON SW. Survival rates of radical mastectomy for unilateral and bilateral carcinoma of the breast. *Surgery*, 19: 154, 1946.
18. HARTMANN H et GUERIN P. Cinquante observations personnelles des cancers mammaires bilatéraux. *Bull Ass Frang Cancer*, 25: 659, 1936.
19. HERMANN JB. Bilateral mammary carcinoma. *Inter Union Against Cancer*, 11: 433, 1955.
20. HICKEN HF. Mastectomy: clinical pathology study demonstrating why most mastectomies result in incomplete removal of mammary gland. *Arch Surg*, 40: 6, 1940.
21. HUBBARD TB. Non simultaneous bilateral carcinoma of the breast. *Surgery*, 34: 706, 1953.
22. LANZA-BARBIERI M. Ooforectomía en el cáncer de mama. Oportunidad, indicaciones y resultados. *Día Méd Urug*, 37 (454): 1054, 1971.
23. LEIS HP (Jr). The other breast. "Progress in Clinical Cancer". New York, Grune & Stratton. 1967. v. 1.
24. LITVINOV L, GENE A y NAPOLITANO A. La bilateralidad en el cáncer de mama. *Prensa Méd Argent*, 57: 2004, 1971.
25. MATTEUCCI P. Carcinoma de mama bilateral simultáneo. *Rev Cir Urug*, 37: 35, 1967.
26. MOERTEL CG and SOULE EH. Problem of the second breast. *An Surg*, 146: 764, 1957.
27. MOGUILVSKY L y BARBARELLI JJ. La mama contralateral: nuestra conducta. *Prensa Méd Argent*, 59: 1689, 1972.
28. MURRAY E, FERNÁNDEZ MONCALVO R y GENTILE JM. Conducta terapéutica en el cáncer de mama bilateral. *Prensa Méd Argent*, 56: 1687, 1969.
29. OLCESE E. Mamografías efectuadas con el Senographe. *Prensa Méd Argent*, 59: 1700, 1972.
30. PACK GT. Argument for bilateral mastectomy. *Surgery*, 29: 929, 1951.
31. PASI P, LONGO O y BARG S. Carcinoma de mama bilateral. Evolución a los 10 años. Carcinoma del colon. *Prensa Méd Argent*, 56: 1706, 1969.
32. POLETTO E y AUDENINO R. Neo de mama bilateral simultáneo. Biopsia por congelación. Operación en un tiempo. *El Día Méd*, 8: 676, 1961.
33. RATZER ER, HOLLEB AI and FARROW JH. The technique of bilateral simultaneous radical mastectomy. *Surg Gynecol Obstet*, 123: 601, 1966.
34. RICHIGER DE ARRANZ E, TOZZINI R, MIECHI JH, ADORNI R y REVIGLIO F. Segundo carcinoma de mama, simultáneo o sucesivo. *Prensa Méd Argent*, 56: 1722, 1969.
35. ROBBINS GF and BERG JM. Bilateral primary breast cancers. *Cancer*, 17: 1501, 1964.
36. RYAN AJ, GRISWOLD MH, ALLEN EP, KATZENSTEIN R, GREMBERG R, KEOCH J and WILDER C. Breast cancer in Connecticut 1935-1953. Study of 8396 proved cases. *JAMA*, 167: 298, 1958.
37. SHIMKIN MB. Cancer of the breast. *JAMA*, 183: 358, 1963.
38. SILVA C y ESTAPE G. Mastectomía radical bilateral simultánea por neoplasma bilateral de mama. *Cir Urug*, 45: 57, 1975.
39. SPRATT JS and HOAG M. Incidence of multiple primary cancers per man-year of follow-up. *An Surg*, 164: 775, 1966.
40. STEWART HJ, GRAVELLE IH y APSIMON HT. Cinco años de experiencia con la mamografía. *Br J Surg*, 1: 393, 1969.
41. URBAN JA. Bilateral breast cancer. *Cancer*, 24: 1310, 1969.
42. URBAN JA. Biopsia de la mama "normal" en el tratamiento del cáncer mamario. *Clin Quir North Am*, 1969, p. 291.
43. URIBURU JV. Cáncer bilateral. "La mama". Buenos Aires, Científico Argentino. 1957.
44. URIBURU JV. El cáncer de mama operado como afección preneoplásica. *Día Méd Urug*, 35: 50, 1968.
45. URIBURU JV y BERNARDELLO E. Adelantos en cáncer de mama. Editorial. *Prensa Méd Argent*, 59: 1375, 1972.
46. WYNDER EL. Identification of women at high risk for breast cancer. *Cancer*, 24: 1235, 1969.

DISCUSION

DR. PERDOMO.— Este trabajo tiene unas cuantas sugerencias que vale la pena comentar porque se refieren al tema específicamente y se refieren también al tema cáncer en general. Siento mucho que las estadísticas que el Dr. Lanza nos ha mostrado, resulten, desde el punto de vista que las quiero tomar, un poco incompletas en el sentido de que no sabemos qué porcentaje debemos esperar de cáncer bilateral sucesivo. ¿Qué perspectiva tenemos en la mama que dejamos de que haga un segundo cáncer? Puesto que esto no está refrendado con la estadística general de los cánceres de mama en el Hospital de Clínicas y porque las fuentes proveedoras de las observaciones han sido diversas. De modo que no tenemos reflejada una proporción en relación al número total de cánceres, pero la impresión general es que esa es una situación de excepción que vemos raramente y que muchos cirujanos aquí presentes con muchos años de actuación hemos visto tal vez una o dos veces y no más.

La referencia al número total de cánceres de mama resulta importante puesto que realmente tenemos que saber si tenemos que estar alertas con la mama residual.

La segunda cosa que quiero señalar es que esos datos debían estar refrendados también con otra estadística que debiera ser simultánea, y se lo digo como sugestión al Dr. Lanza, para ilustrarnos sobre cuántas enfermas con cáncer de mama en vez de hacer un nuevo cáncer en la otra mama hicieron un cáncer en cualquier otra parte del organismo. Eso también sería interesante tenerlo presente porque creemos que no debe haber mucha diferencia proporcional en cuanto a hacer un segundo cáncer en la otra mama o en cualquier otra parte del organismo. Es decir que ésta es una situación especial que si la examinamos desde este otro panorama más amplio, tal vez nos mostraría cifras similares puesto que existen una serie de observaciones de cánceres sucesivos en distintas localizaciones. De todos modos no podemos estar pendientes de la idea de que existe un factor que va a incidir sobre la otra mama cuando ese factor de pronto incide sobre todo el resto del organismo.

También es interesante un detalle clínico evolutivo: parecería ser que en los cánceres simultáneos, sea en las mamas o en las distintas partes del organismo, cuando aparece el segundo cáncer el primero ha curado. Esa es una cosa que realmente llama la atención. ¿Por qué? ¿Solamente porque le dio oportunidad a la enferma a sobrevivir lo suficiente para hacer un segundo cáncer?

Me gustaría oírle comentar al Dr. Lanza si alguna vez vio un caso en el que al aparecer el segundo cáncer el primero estuviera evolucionando en alguna otra parte. Si hubiera por ejemplo alguna metástasis en algún sitio del primer cáncer. O si por lo contrario no se encontraba ni rastros de extensión del primer cáncer cuando apareció el segundo. Realmente parecería que con frecuencia el primer cáncer estuviera curado clínicamente cuando se da el segundo.

Tenemos un poco la impresión frente al segundo cáncer de que cuando éste se da es porque el primero se ha curado. Es una impresión un poco general, impresión clínica diríamos, que también sería interesante refrendarla con los números que tiene el Dr. Lanza.

DR. LANZA.—Al Dr. Perdomo le quiero contestar que lo que él pregunta lo tengo documentado y no lo dije también por falta de tiempo.

En el Hospital de Clínicas del año 53 al 74 se registraron 962 casos de cáncer de mama de los cuales 19 fueron bilaterales, correspondiendo 7 para el simultáneo y 12 para el sucesivo. La otra pregunta era si vi cánceres sucesivos con la enferma en etapa de diseminación. Le puedo decir que sí y uno de esos casos es un enfermo del Prof. Cendán que tenía 19 años y 7 meses de evolución, donde uno de los cánceres hizo varias recidivas, hizo incluso metástasis y después la enferma hizo otro neoplasma independiente, primitivo y comprobado en la otra mama. Con respecto al porcentaje de que la misma enferma no haga un cáncer en la otra mama sino que haga un cáncer en otro lugar del organismo. Hay autores que dicen que la enferma tiene posibilidades de un 40% a 60% de hacer un neoplasma en otro lugar que no sea la mama, por eso incluso no proponían la mastectomía simple porque cubría la mitad y no cubría al resto.