

Tumoración mamaria en paciente joven no siempre es benigna

Carlos Gómez González^a, Gabriel García Alcántara^b, Mc Willy Prieto Batorins^a,
José Miguel Enguídanos^a y Sara Jiménez^b

^a Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local de Sevilla la Nueva (Madrid). España.

^b Estudiante de Medicina. Universidad Rey Juan Carlos (Madrid). España.

Correspondencia:
Carlos Gómez González. C/
La Estrella, 9. C.P. 28609 –
Madrid. España.

Correo electrónico:
ccgg143@gmail.com

Recibido el 2 de diciembre
de 2017.

Aceptado para su publicación
el 15 de enero de 2018

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



RESUMEN

Las tumoraciones en la mama son una de las patologías más prevalentes en las consultas de Atención Primaria desde la adolescencia hasta la vejez. El cáncer de mama es una patología que actualmente supone la causa más frecuente de cáncer en la mujer. Creemos necesario la correcta realización de una historia clínica en Atención Primaria y la utilización de herramientas para mejorar el diagnóstico y agilizar la consulta. Presentamos el caso de una mujer de 17 años que acude a la consulta de Atención Primaria por aumento de densidad en la parte superior de la mama izquierda de 3 meses de evolución cuyo diagnóstico final fue un carcinoma ductal infiltrante.

PALABRAS CLAVE: Neoplasias de la Mama. Adolescente. Carcinoma Ductal. Detección Precoz del Cáncer.

ABSTRACT

Breast lump in young patient is not always benign

Breast masses are one of the most prevalent diseases in Primary care consultations from adolescence to old age. Breast cancer is currently the most frequent cancer in women. We deem it necessary to take a proper medical history and to use tools to improve diagnosis and streamline consultations. We present the case of a 17-year-old woman who consults her primary care physician for an increased density in the upper left breast for 3 month after onset, whose final diagnosis was infiltrating ductal carcinoma.

KEY WORDS: Breast Neoplasms. Adolescent. Carcinoma, Ductal. Early Detection of Cancer.

INTRODUCCIÓN

Las tumoraciones en la mama son una de las patologías más prevalentes en las consultas de Atención Primaria desde la adolescencia hasta la vejez. Además, este tipo de dolencia produce una importante ansiedad en los pacientes que la sufren y sus familiares¹.

El cáncer de mama es una patología que actualmente supone la causa más frecuente de cáncer en la mujer de todo el mundo a excepción de los tumores de piel que no son melanomas. La incidencia en el año 2015 según publica la Sociedad Española de Oncología Médica fue de 27.747 casos en mujeres en España². En cuanto a la prevalencia, debido a que la mortalidad es relativamente baja, aumenta cada día. La clasificación de estos tumores debe realizarse mediante datos histológicos (cuya clasificación es muy extensa) a lo que además añadiremos marcadores moleculares y genéticos que nos ayudaran a decidir la actitud frente a la enfermedad y el pronóstico de la misma. La edad más frecuente de diagnóstico está entre los 35 y los 80 años, siendo el mayor intervalo de diagnóstico entre los 45 y los 65. Un muy bajo porcentaje es diagnosticado en niñas y adolescentes. En algunos estudios alcanzan el 0,02 % en edad pediátrica y adolescente, llegando hasta el 0,6 % cuando hablamos de pacientes menores de 30 años^{1,3,4}. La mortalidad de esta patología en paciente joven, entre 15 y 29 años, es una de las causas principales de mortalidad pudiendo variar entre el 5 y el 7 %¹. Estos tumores suelen presentar incrementados la expresión del Ki-67 y del gen p53, algo que no cumple el Her-2/Neu cuya expresión es comparable a

la de mujeres de mayor edad^{1,5}.

CASO CLÍNICO

Mujer de 17 años que acude a la consulta del médico de familia por aumento de densidad en la parte superior de la mama izquierda de 3 meses de evolución que actualmente le está produciendo dolor sin otra clínica asociada. Como antecedentes personales únicamente presenta asma con buen control clínico. Entre los antecedentes familiares cabe destacar que la bisabuela paterna sufrió cáncer de mama a los 74 años y la abuela materna un glioblastoma. En la exploración presenta una mama izquierda aumentada de tamaño con respecto a la derecha con un nódulo duro y móvil de 4 cm y muy doloroso al tacto en el cuadrante superior interno. No se palpaban adenopatías axilares. Se solicita la realización de una ecografía de mama por crecimiento rápido y se remite a Ginecología para valoración.

La ecografía (Figura 1) indica una masa bien definida, redondeada, de contenido homogéneo y poco

vascularizada en mama izquierda categorizada como BI-RADS 4a. Se recomienda la realización de biopsia con aguja gruesa (BAG) guiada por ecografía. En ese momento decidimos ponernos en contacto telemáticamente con el servicio de Ginecología para adelantar la cita de la paciente, realizándose dicha acción en 48 horas y adelantando la cita de la misma en aproximadamente 1 mes.

La paciente, ya en seguimiento por Ginecología, es remitida al servicio de Oncología para valoración. Ante la imposibilidad de catalogar la lesión proliferativa por ecografía y BAG y, por tanto, de asegurar que se tratara de un tumor infiltrante, se decide tratamiento quirúrgico, realizándose tumorectomía con márgenes. Los resultados de anatomía patológica informan de carcinoma ductal infiltrante de mama pobremente diferenciado grado G3, de 27 mm de diámetro máximo con necrosis tumoral y microcalcificaciones, con márgenes libres y ganglio centinela negativo. Las células tumorales presentan un índice de proliferación Ki67 del 70 % y son positivas para Cadherina. Los receptores de estrógenos, progesterona y HER2/Neu resultaron

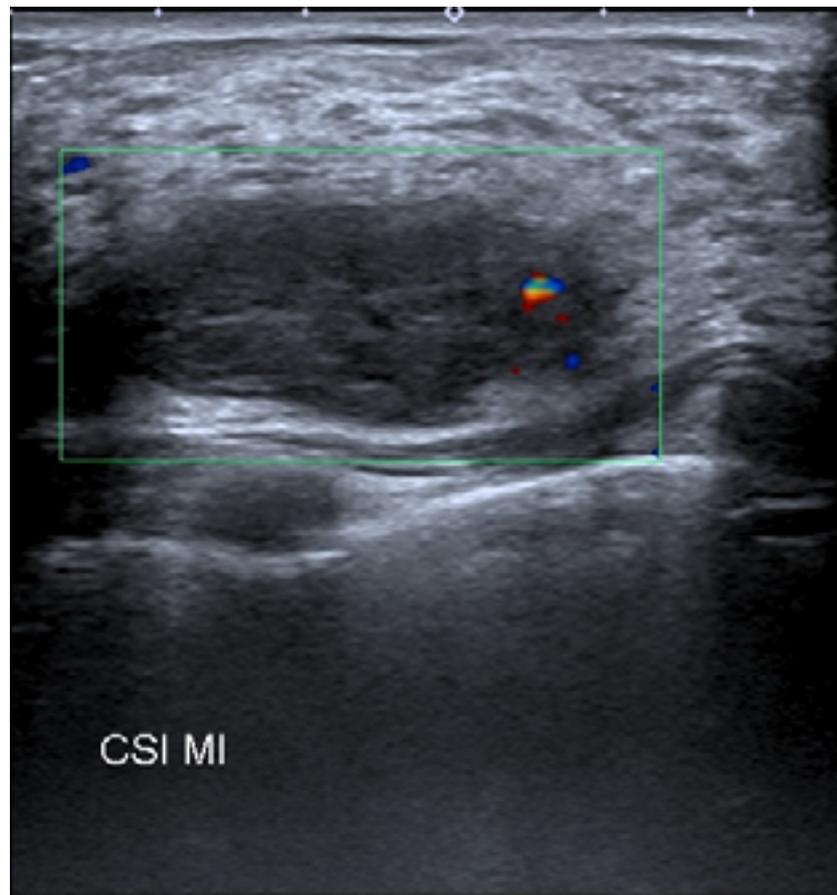


Figura 1. Ecografía de la mama izquierda de la paciente, en la que se observa una masa bien definida, redondeada, de contenido homogéneo y poco vascularizada

negativos. Se realizó tratamiento de quimioterapia con ciclofosfamida, epirrubicina y paclitaxel con buena tolerancia al mismo. Actualmente la paciente continúa en seguimiento y pendiente de iniciar los ciclos de radioterapia.

DISCUSIÓN

La patología mamaria más predominante en las pacientes jóvenes es la mastopatía fibroquística y el fibroadenoma, y aunque éstos constituyen más del 90 % de los casos^{3,4}, no podemos descartar la patología maligna como diagnóstico diferencial.

Es muy importante la anamnesis, la exploración y los antecedentes familiares. Estos datos son de vital importancia para realizar una buena orientación de la paciente y para priorizar unos casos con respecto a otros ante la ausencia inmediata de pruebas diagnósticas que, en algunos casos, puede retrasarse en varios meses. Con lo cual se pone de manifiesto la importancia de una buena historia clínica donde una correcta exploración de la mama es algo en lo que los médicos de familia deberían estar familiarizados y deberían saber realizar correctamente.

Creemos que la figura del médico de familia como herramienta esclarecedora, cercana y asequible a quien poder consultar dudas y del que poder recibir apoyo y ayuda en el momento de enfermar es fundamental tanto para el paciente como para sus familiares.

En cuanto a las herramientas puestas a nuestra disposición en los Centros de Salud tenemos la ecografía. Dicha prueba es de elección en pacientes menores de 35 años en la patología mamaria^{3,5,6}. Un correcto manejo de la misma por parte

del médico de familia podría facilitar el diagnóstico, aunque para ello sería imprescindible la capacitación continuada de los médicos de familia y la formación de los especialistas en formación.

Otro punto a reseñar de este caso clínico es la utilización de la consulta telemática para el desarrollo de las consultas de medicina de familia. Una herramienta no disponible en todas las áreas sanitarias de nuestro país que acerca al médico de familia al resto de especialistas de manera rápida y económica, suponiendo ahorro en tiempo y recursos

BIBLIOGRAFÍA

1. Axelrod D, Smith J, Kornreich D, Grinstead E, Singh B, Cangiarella J et al. Breast cancer in young women. *J Am Coll Surg*. 2008; 206 (6): 1193-203.
2. Galceran J, Ameijide A, Carulla M, Mateos A, Quirós JR, Rojas D et al. Cancer incidence in Spain, 2015. *Clin Transl Oncol*. 2017; 19 (7): 799-825.
3. Pruthi S, Jones KN, Boughey JC, Simmons PS. Breast masses in adolescents: clinical pearls in the diagnostic evaluation. *Am Fam Physician*. 2012; 86 (4): 325-6.
4. Kennedy RD, Boughey JC. Management of pediatric and adolescent breast masses. *Semin Plast Surg*. 2013; 27 (1): 19-22.
5. Gallo Vallejo JL, Aguilar Romero MT, González Perán E, Romero Guadix B, Santalla Hernández AA. Cáncer de mama en la mujer joven. *Prog Obstet Ginecol*. 2010; 53 (1): 24-9.
6. Brusint B, Vich P, Álvarez-Hernández C, Cuadrado-Rouco C, Díaz-García N, Redondo-Margüello E. Actualización del cáncer de mama en Atención Primaria (II/V). *Semergen*. 2014; 40 (7): 381-91.