

SESIÓN CIENTÍFICA

Evaluación Clínico-epidemiológica de mujeres jóvenes con cáncer de mama en sector público de la provincia de Neuquén.

Romina N. Nicoletti¹, Luciana M. Rach², Susana Morales³

RESUMEN

Introducción

El Cáncer de Mama es la principal causa oncológica de muerte en la mujer, se estima que se presenta en un 5-7% en pacientes menores de 40. La edad es un factor de riesgo independiente de peor pronóstico. Se presentan con mayor agresividad. Los subtipos moleculares más frecuentes publicados en este grupo etario son los HER+ y los triple negativo (TN). El objetivo del trabajo es identificar y valorar la frecuencia y características clínica e histológica de las pacientes con Cáncer de mama menores de 40 años en Salud Pública de la Provincia de Neuquén durante el período 2011-2017.

Material y método

Es un estudio observacional de cohorte retrospectivo. Se incluyeron todas las pacientes con diagnóstico Anatomopatológico de cáncer de Mama menores de 40 años, abordadas en HPN durante el período del 1 de enero de 2011 hasta el 31 de diciembre de 2017.

1 Médica tocoginecóloga Hospital Provincial Neuquén (HPN). 2 Médica Tocoginecóloga especialista en Mastóloga, HPN. 3 Médica Tocoginecóloga especialista en Mastóloga, HPN

Correo electrónico: romi_nicoletti@hotmail.com,
lucianarach@yahoo.com.ar,
susanaemoraless@yahoo.com.ar

Resultados

Ingresaron 459 pacientes con Cáncer de Mama en el período 2011-2017 de las cuales 45 fueron menores de 40 años (9,8%). La media de edad fue de 33 años. Los estadíos fueron; EIIB en 13 pacientes (29%), EIV, EIIIA y EIIA con 7 cada uno (15,5%), EIIIB y EIIIC 4 (9%), EI 2 (4,5%), una paciente con CDIS (2%). En cuanto al subtipo molecular se presentaron 6 Luminal A (13%), Luminal B 12 (27%), Luminal B + Her 13 (29%), Her + 4 (9%) y TN fueron 9 casos (20%).

Conclusiones

En su mayoría se presentaron como localmente avanzados, 78% versus el 22% de los casos en estadíos iniciales, siendo el estadío más frecuente el EIIB, seguidos por EIIIA y en tercer lugar EIV, representan el 67%. Los subtipos moleculares más frecuentes fueron los de peor pronóstico (Luminal B+Her, TN y HER+ en conjunto el 59% de los casos). Esto concuerda con lo publicado, tratándose de cánceres con mayor potencial agresivo.

Palabras Clave

Cáncer de mama, mujer joven, factor de riesgo

ABSTRACT

Introduction

Breast Cancer is the main oncological cause of death in women, it is estimated that it occurs in 5-7% in patients under 40 years old. Age is an independent risk factor of a worse prognosis. They are more aggressive. The most frequent molecular subtypes published in this age group are HER + and triple negative. The work objective is to identify and assess the frequency and clinical and histological characteristics of patients with breast cancer under 40 years in Public Health of the Province of Neuquén during the period 2011-2017.

Material and method

It is an observational retrospective cohort study. All patients with a pathological diagnosis of breast cancer under 40 years old, treated in PNH during the period from January 1, 2011 to December 31, 2017 were included.

Results

459 patients with Breast Cancer were admitted in the period 2011-2017, of which 45 were under 40 years of age (9.8%). The average age was 33 years. The stages were; EIIB in 13 patients (29%), EIV, EIIIA and EIIA with 7 (15,5%), EIIIb and EIIIC 4 (9%), EI 2 (4,5%), one patient with DCIS (2%). Regarding the molecular subtype, there were 6 Luminal A (13%), Luminal B 12 (27%), Luminal B + Her 13 (29%), Her + 4 (9%) and TN were 9 cases (20%).

Conclusions

Most of them presented as locally advanced, 78% versus 22% of the cases in initial stages, the most frequent stage being IBIS, followed by IBD and in third place IVUS, representing 67%. The most frequent molecular subtypes were those with the worst prognosis (Luminal B + Her, TN and HER + together in 59% of cases). This agrees with what has been published, in the case of cancers with greater aggressive potential.

Key words

Breast cancer, young woman, risk factor

INTRODUCCIÓN

El Cáncer de mama (CM) es la principal causa de muerte en mujeres por neoplasias a nivel mundial. Se considera una enfermedad del envejecimiento, pero se estima que se presenta en un 5-7% en pacientes menores de 40 años.¹⁻³ La edad de aparición del CM en pacientes jóvenes es un factor de alto riesgo por sí mismo. La importancia en este grupo etario radica en la dificultad para el diagnóstico, lo que lleva a una mayor presentación en estadios avanzados, y generalmente con comportamiento más agresivo, con mayores años de vida perdidos debido a esta enfermedad.⁴⁻⁶ Se presentan con mayor frecuencia los subtipos moleculares TN y HER positivos, mayor riesgo de recaídas y muerte que en la población adulta mayor, a pesar de tratamientos agresivos. De manera particular la calidad de vida de las mujeres jóvenes se ve afectada no solo a nivel físico, debido al tratamiento como infertilidad, menopausia precoz, osteoporosis, sino también con importante repercusión psicosocial, como afeción de la vida laboral, imagen corporal, relación de pareja, estigmatización, cuidado de los hijos.^{2,7,8}

La provincia de Neuquén tiene una población de 550.344, de los cuales 276.038 son mujeres (Censo 2010), se estima que el CM en la provincia tiene una tasa de mortalidad 25,1 por 100000 habitantes. En el año 2015 se presentó un trabajo el cual consistió en la descripción clínico epidemiológica de nuestra población joven abarcando los años 2001 a 2010, en el HPN, durante dicho período se presentaron 430 casos de mujeres con CM de las cuales 36 (8,4%) fueron menores de 40 años, un 54% fueron estadios localmente avanzados (>IIB) y un 6% metastásicos.⁹ Si bien la incidencia es baja existe una valoración subjetiva que estos casos se están presentando con mayor frecuencia. El objetivo de este estudio es identificar y valorar la frecuencia y características clínica e histológica de las pacientes diagnosticadas con CM menores de 40 años en el sector de Salud Pública de la Provincia de Neuquén durante el período 2011-2017.

MATERIAL Y MÉTODO

Es un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Los datos fueron obtenidos del Comité de tumores, Historias Clínicas e informes de Anatomía patológica del HPN. La atención de los casos oncológicos de mama en la Salud Pública de Neuquén se centraliza en dicha institución. Se incluyeron todas las pacientes con diagnóstico

Anatomopatológico de CM menores de 40 años, abordadas por el sector de Mastología del HPN durante el período del 1 de enero de 2011 hasta el 31 de diciembre de 2017. Se excluyeron paciente que fueron tratadas y seguidas en el sector privado, y pacientes de 40 años o mayores. A todas las biopsias se les realizó inmunohistoquímica (IHQ), para la clasificación molecular subrogada por IHQ, cuyo perfil incluyó Receptor de Estrógeno (RE), Receptor Progesterona (RP), HER 2, KI 67. Se consideró positivo cualquier receptor hormonal mayor o igual a 1% y HER 2 con intensidad 3+, en los casos 2+ se derivó la muestra para realizar técnica de FISH, para su clasificación (tabla 1). Se evaluaron además datos epidemiológicos e histológicos en todos los casos. Para el análisis estadístico de las variables cualitativas, se utilizaron porcentajes y frecuencias absolutas. Para variables continuas, se utilizaron medias e intervalos de confianza de la media. Para el análisis se utilizó el programa Epi Info versión 7.2.2.6

Tabla 1.

Luminal A	RE+ RP + (>20%) y/o KI67 <14% HER-
Luminal B	RE+ RP + (>20%) y/o KI67 <14% HER-
Luminal B HER+	RE+ RP+/- HER+
HER+	HER+ RE- RP-
Triple negativo	RE- RP- HER-

Gráfico 1.

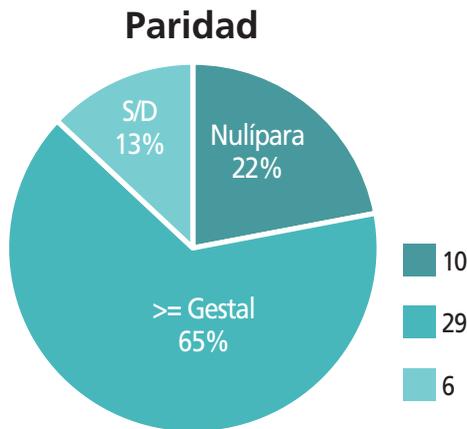
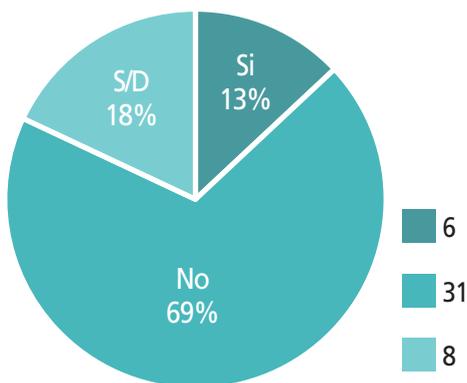


Gráfico 2

Antecedentes familiares



RESULTADOS

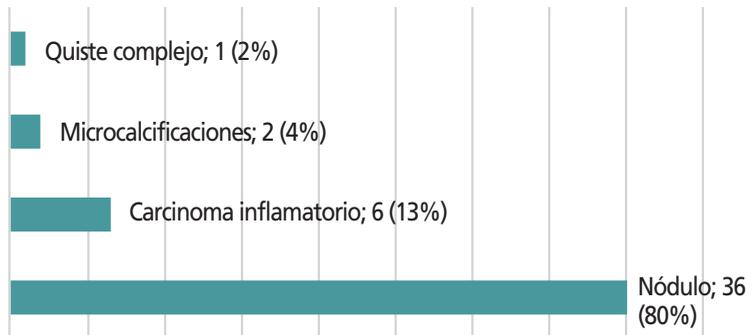
Ingresaron 459 pacientes con diagnóstico de CM en el período 2011-2017 de las cuales 45 fueron menores de 40 años (9,8%), y dentro de las mismas 23 eran menores de 35 años (5%). La media de edad de las pacientes menores fue de 33 años, con una edad máxima de 39 años y una mínima de 27 años.

Como antecedentes personales, 10 pacientes (22%) eran nulíparas, 29 (65%) tenían una gesta o más y en 6 casos (13%) no se obtuvo este dato (Gráfico 1).

De las pacientes, 27 (60%) tenían antecedente de Lactancia (más de un año). En 5 casos (11% de mujeres jóvenes, 1% del total de CM diagnosticados durante e l período del estudio) se presentó CM y embarazo (1 en 1er trimestre de embarazo, 4 diagnosticado en puerperio). Presentaban antecedentes familiares de Cáncer de Mama 6 pacientes (13%) (Gráfico 2). Se le solicitaron estudios genéticos a 4 de las pacientes (9%).

Gráfico 3

Presentación clínica

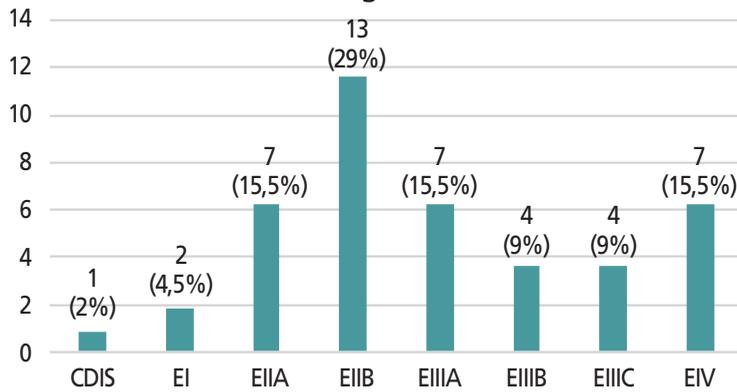


Tenían uso de método anticonceptivo hormonal mayor a 5 años 20 pacientes (45%), 19 no presentaban este antecedente (42%) y en 6 casos no se obtuvo el dato (13%).

En cuanto a la presentación clínica la mayoría 36 pacientes (80%) consultaron por nódulo palpable, en 6 pacientes (13%) el cuadro de presentación fue un carcinoma inflamatorio, 2 casos (5%) tenían microcalcificaciones y en un caso (2%) se presentó como quiste complejo (Gráfico 3).

Gráfico 4

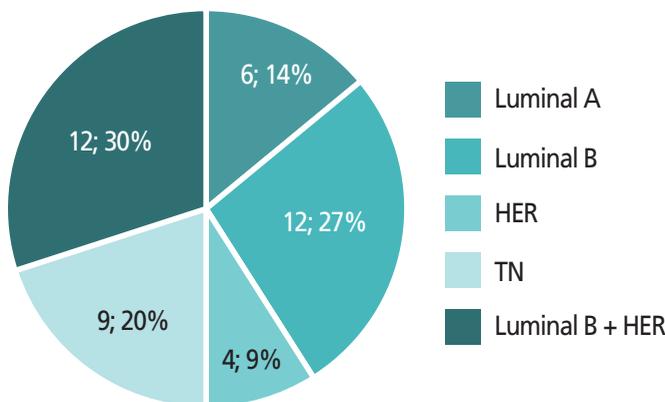
Estadíos anatómicos Según AJCC



Los estadios en orden de frecuencia fueron en primer lugar EIIB en 13 pacientes (29%), seguido con 7 pacientes (15,5%) EIV, EIIB y EIIB. Luego EIIB y IIC con 4 pacientes (9%), dos pacientes presentaron EI (4,5%), una paciente con CDIS (2%) (Gráfico 4). La mediana de Ki 67 fue 33% (80%-1%). Con respecto al grado histológico fue en igual cantidad G2 y G3 con 18 pacientes cada uno (40%), hubo 5 pacientes que presentaron G1 (11%) y en 4 casos no se obtuvo el dato (9%). En cuanto al subtipo molecular subrogado por IHQ se presentaron 6 casos Luminal A (13%), Luminal B 12 casos (27%), Luminal B + Her en 13 casos (29%), Her + en 4 casos (9%), TN fueron 9 casos (20%) y 1 caso no se obtuvo el dato (2%) (Gráfico 5).

Gráfico 5

Subtipos moleculares



El subtipo histológico más frecuente fue carcinoma ductal invasor (CDI) tipo NOS en 41 casos que representa el 91% de las pacientes y hubo un caso de carcinoma ductal in situ (CDIS), uno microinvasor, uno metaplásico y uno micropapilar que representan el 2% cada uno.

Realizaron quimioterapia neoadyuvante (QTNeo) 24 pacientes (53%). La cirugía realizada fue Mastectomía Radical Modificada (MRM) en 12 pacientes (27%), cirugía conservadora (CC) con vaciamiento axilar (VAC) en 18 pacientes (40%, en seis casos biopsia de ganglio centinela (BGC) +), tres CC + BGC (7%), se realizaron dos mastectomías simples (4%), dos mastectomías con BGC (4%) y una CC (2%), 7 pacientes no se operaron (16%) de las cuales 5 eran EIV y dos continuaban con QT-Neo al finalizar el período de estudio.

DISCUSIÓN

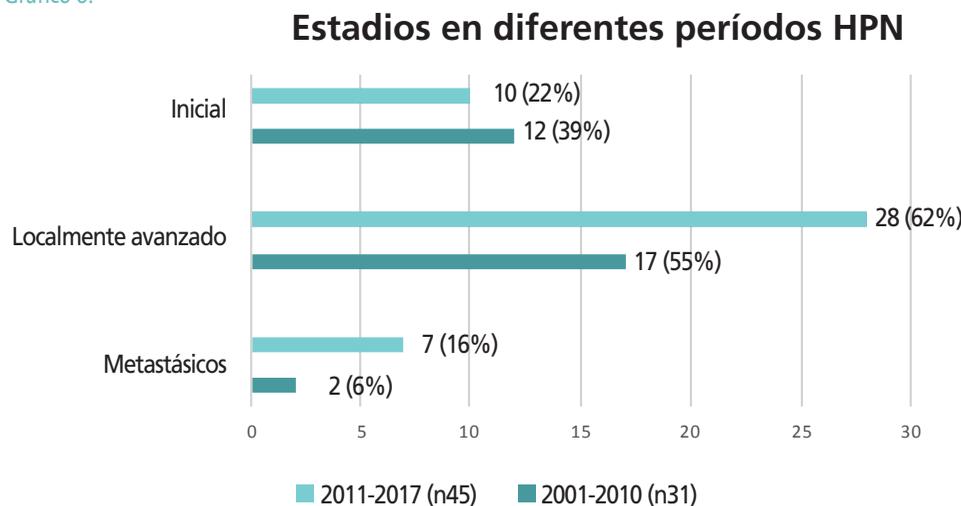
La definición de mujer joven genera discusión, existen diversos cortes para la edad. EUSOMA define como mujer joven a aquella por debajo de 40 años y como mujer muy joven a la menor de 35 años. Debido a esto en la bibliografía evaluada la incidencia varía dependiendo de este corte, siendo menor la incidencia en los casos de mujeres muy jóvenes. Otros trabajos toman de corte a las mujeres pre y postmenopausicas. En nuestro estudio se tomó el corte de menores de 40 años con una incidencia de 9,8%. Las series estadounidenses de Carey K. Anders que reporto un índice más bajo del 6,6%,¹⁰ En cambio, la de Bharat presentó la misma incidencia de mujeres jóvenes del 9,8%.¹¹ En América latina, Malvasio en Uruguay reporto el 5,4%.¹² siendo más baja que en nuestra población. Comparando con un estudio de México presentó una tasa mucho más alta del 15% al igual que una serie de India cuya incidencia fue del 13%.^{13,14} En estudios locales Torrez Monrroy describe una incidencia del 5%¹⁵, mucho menor que nuestro resultado, no se vió diferencia significativa con el estudio de Martinez M en nuestra institución que fue del 8,4%.⁹

La media de la edad es similar a la bibliografía, fue de 33 años. Con respecto a los antecedentes un 13% presentaban a familiares de primer grado afectados por Cáncer de mama. Un porcentaje similar comparado a una publicación de Brasil¹⁶ con el 11%. Siendo inferior a la serie de Bharat y la serie de Sidoni¹⁷ en Italia con un 41% y 24% respectivamente. En cuanto a CM y embarazo nuestra población representaba el 11%, similar a lo descrito en el estudio de Allemand, con un 12,8%.¹⁸ Siendo el 1% un porcentaje dentro de lo establecido en la bibliografía en incidencia independiente de la edad, que ronda entre un 1 al 3%.¹⁰

De nuestros casos tienen realizado asesoramiento genético solo 4 pacientes (9%), un porcentaje muy bajo.

En cuanto a la presentación clínica el 80% de los casos consultó por tumor palpable, coincidiendo con la bibliografía de manera unánime, ya que en todas las series evaluadas existe un alto porcentaje de lesiones palpables.^{8-17,19} Esto puede reflejar una consulta tardía debido a la densidad mamaria aumentada, en este grupo etario o a la falta de información dirigida a estas mujeres. En concordancia a lo antes mencionado los estadios localmente avanzados se observan con mayor frecuencia, en primer lugar, EIIB en 29%, EIV, EIIIA y EIIB 15,5%, solo el 4,5% de nuestra población se presentó como EI. Coincidiendo con la bibliografía. La serie de Uruguay informó un porcentaje más alto en estadios iniciales la distribución fue EI 21,5%, EII 44%, EIII 31%.¹² En la serie de México 19% presentaron enfermedad temprana, 67.5% enfermedad localmente avanzada y 13.5% enfermedad metastásica.¹³ Comparando con el estudio local de Martínez M.L. presentó Estadios localmente avanzados en 54% y EIV 4%, se observa un aumento importante de pacientes con metástasis éste último período. (Gráfico 6).⁹ Coincidiendo este último estudio con porcentaje similar de EIV del 3% la serie de Bharat.¹⁰

Gráfico 6.



Como ya está establecido en la literatura se trata de tumores más agresivos en conjunto GH 3 y 2 que representan el 80%, y una media de Ki 67 del 33%.^{10,16,20}

El subtipo molecular con mayor frecuencia fue Luminal B + HER 29% seguido de Luminal B en un 27%, TN 20%, Luminal A 13% y en último lugar de frecuencia Her + en 9%. Concorde a la bibliografía

existe mayor sobreexpresión Her y TN, lo que reafirma que se trata de tumores biológicamente más agresivos.^{1,7,21-23} Por dicho motivo también contamos con un mayor porcentaje de Quimioterapia Neoadyuvante (QTNeo) en el 54% de nuestras pacientes.

En cuanto al tratamiento quirúrgico nuestra población a pesar de ser estadios más avanzados presenta un 49% de cirugías conservadoras. Un porcentaje alto, al igual que las series locales publicadas por Sigal y Col.²⁴ Múltiples estudios han demostrado que no se mejora la supervivencia libre de enfermedad realizando mastectomía a las pacientes jóvenes.^{1,3,24} Nuestra serie no evalúa el seguimiento y recidivas locales o a distancia de esta población. Existe un aval científico que los tratamientos más agresivos no mejoran la SLE y la SG, tanto en el tratamiento locoregional como en el tratamiento sistémico.

El factor pronóstico está más relacionado con las características biológicas agresivas de este tipo de tumores que solo con la edad de presentación.^{10,22,25}

CONCLUSIÓN

Las mujeres jóvenes con cáncer de mama representan un grupo único de pacientes que frecuentemente enfrentan los desafíos de una enfermedad de mayor riesgo. Acorde a la bibliografía, se presentan como casos en su mayoría localmente avanzados, representando el 78% versus el 22% de los casos se presentaron en estadios iniciales.

Los subtipos moleculares más frecuentes fueron los de peor pronóstico. Esto concuerda con lo publicado, tratándose de cánceres con mayor potencial agresivo. En cuanto a la hipótesis de que se están observando con mayor frecuencia esta patología en pacientes menores de 40 años se vio que existe un pequeño aumento (9,8% vs 8,4%), no significativo.

En base al porcentaje que recibió asesoramiento genético, podemos afirmar que son subóptimos en nuestra población. Siendo importante a partir de esta serie mejorar en cuanto a su solicitud.

Es indispensable identificar los grupos de alto riesgo que pueden padecer cáncer de mama antes de los 40 años, para intervenir oportunamente mediante estudios más eficaces y lograr diagnosticar esta neoplasia más tempranamente, que sigue siendo un desafío a nivel mundial.

REFERENCIAS

1. Rachel A. Freedman, Ann H. Partridge; Management of breast cancer in very young women. *The Breast* 22 (2013) S176eS179. ◀◀◀
2. Anders C, Jonson R, Litton J, Phillips M, Bleyer A. Breast Cancer Before Age 40 Years. *Semin Oncol* 2009;36(3):237-49 ◀
3. The European Society of Breast Cancer Specialists recommendations for the management of young women with breast cancer Fatima Cardoso a, b, Sibylle Loibl c, Olivia Paganí d, Alessandra Graziottin e, Pietro Panizza f, Laura Martincich g, Oreste Gentilini h, Fedro Peccatori i, Alain Fourquet j, Suzette Delalogue k, Lorenza Marotti l, Fré'de'rique Penault-Llorca m, Anna Maria Kotti-Kitromilidou n, Alan Rodger o, Nadia Harbeck ◀◀
4. Azim and Partridge. *Biology of breast cancer in young women Breast Cancer Research* 2014, 16:427 ◀
5. Gnerlich JL, Deshpande AD, Jeffe DB, Sweet A, White N, Margenthaler JA: Elevated breast cancer mortality in women younger than age 40 years compared with older women is attributed to poorer survival in – earlystage disease. *J Am Coll Surg* 2009, 208:341–347. ◀
6. Johnson RH, Chien FL, Bleyer A. Incidence of breast cancer with distant involvement among women in the United States, 1976 to 2009. *JAMA: J Am Med Assoc.* 2013;309(8):800e5. ◀
7. Samphao S, Wheeler AJ, Rafferty E, et al. Diagnosis of breast cancer in women age 40 and younger: delays in diagnosis result from underuse of genetic testing and breast imaging. *Am J Surg* 2009;198:538-43. ◀◀
8. A. Nieto, M. Menéndez, E. Martínez, C. Carralafuente, C. López de la Manzanara. El cáncer de mama por debajo de los 40 años. *Clin Invest Gin Obst*, 26 (1999), pp. 416-419 ◀◀
9. Martinez M.L, Morales E. S. Cáncer de mama en mujeres jóvenes: descripción clinico-epidemiologica de nuestra población. *Jornadas Docencia Hospital "Dr Castro Rendón". Subsecretaria de Salud de la Provincia de Neuquén* 2015. ◀◀◀
10. Anders CK, Johnson R, Litton J, Phillips M, Bleyer A. Breast cancer before age 40 years. *Semin Oncol.* 2009;36(3):237–249 ◀◀◀
11. Bharat, A., Aft, R.L., Gao, F. and Margenthaler, J.A. (2009), Patient and tumor characteristics associated with increased mortality in young women (≤ 40 years) with breast cancer. *J. Surg.Oncol.*, 100:248-251. ◀◀
12. S. Malvasio, A. Schiavone, N Camejo, C. Castillo, N. Artagaveytia, C. Di Matteo, B. Caserta, R. Notejane, I. Alonso, L. Delgado; Características clínicopatológicas y evolución del cáncer de mama en mujeres uruguayas jóvenes. *Rev Méd Urug* 2017; 33(2):94-101 ◀◀
13. Cynthia Villarreal-Garza, Alejandra Platas, Juan Enrique Bargalló-Rocha Federico Lasa, Nancy Reynoso, Christian Águila-Mancera, Robin Shaw-Dulin, Claudia Arce-Salinas, Fernando LaraMedina, Bertha Alejandra Martínez Cannon, Alejandro Mohar Betancourt; Cáncer de mama en mujeres jóvenes. Experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología. *Revista Mexicana de Mastología Enero-Abril, 2015 / Volumen 5, Número 1 / pp 12-17* ◀◀
14. Sharma D, Singh G. Breast cancer in young women: A retrospective study from tertiary care center of north India. *South Asian J Cancer.* 2017 Apr-Jun;6(2):51-53 ◀◀
15. K. Torrez Monrroy, A. L. Ulloa Bevacqua, M. Yaniuk, C. Molina, M. Bavastro, C. Acevedo, C. Levit, G. M. Perrier; Diferencias en el diagnóstico de cáncer de mama en menores de 40 años en tres sectores del sistema de salud. *Revista Argentina de Mastología | 2018 | volumen 37 | N° 135 (58-80)* ◀◀
16. Girão Eugênio, J. A. Souza, R Chojniak, A. Bitencourt, L. Graziano, E. F. Souza. Perfil do câncer de mama em mulheres com idade inferior a 40 anos. *Rev. Assoc. Med. Bras.* vol.62 no.8 São Paulo nov. 2016 ◀◀
17. Sidoni A, Cavaliere A, Bellezza G, Scheibel M, Bucciarelli E. Breast cancer in young women: clinicopathological features and biological specificity. *Breast* 2003;12(4):247e50. ◀◀
18. Allemand D, Núñez de Pierro A, Ajejas G et al. Evolución del cáncer de mama en mujeres de 35 años o menos. *Rev Arg Mastol* 2003; 22 (76): 246-265. ◀
19. J.L. Gallo Vallejo, M.T. Aguilar Romero, E. González Péran, B. Romero Guadix, A.A. Santalla Hernández. Cáncer de mama en la mujer joven. *Prog Obstet Ginecol.*, 53 (2010), pp. 24-29 ◀

20. Erić I, Petek Erić A, Kristek J, Koprivčić I, Babić M. Breast cancer in young women: pathologic and immunohistochemical features. *Acta Clin Croat*. 2018;57(3):497–502. doi:10.20471/acc.2018.57.03.13 ◀
21. Carvalho FM, Bacchi LM, Santos PP, Bacchi CE. Los carcinomas de mama triple negativos son una entidad heterogénea que difiere entre pacientes jóvenes y viejos. *Clínicas (São Paulo)*. 2010; 65 ◀
22. Di Sibio AJ, Sánchez ML, González Zimmermann A, Santillán F. Cáncer de mama en mujeres menores de 35 años. *Rev Arg Mastol* 2013; 30 (114): 6-20. ◀ ◀
23. Anders C, Hsu D, Broadwater G, Early age at diagnosis correlates with poorer prognosis and defines a subset of breast cancers with shared patterns of gene expression. et al. *J Clin Oncol*. 2008; 26: 3324–30. ◀
24. M Sigal, H D. Vuoto, G B. Candás, A González Zimmermann, L Cogorno, S. V. Acevedo, J. A. M. Isetta, A. M. García, J L Uriburu. Cáncer de mama en mujeres menores de 35 años. ◀
25. Z Anastasiadi, Georgios D. Lianos E. Ignatiadou, H. V. Harissis, Michail Mitsis. Breast cancer in young women: an overview. Published online: 4 March 2017 *Italian Society of Surgery* ◀

DEBATE

Dr. Uriburu: Es una problemática, como mencionaste muy bien, no tan frecuente. Está entre el 5% y el 10%, pero hoy es más cercana al 10% que al 5%, lo cual es una cifra significativa de pacientes. Es realmente llamativo como se presenta en estadios más avanzados, sobre todo con presentación clínica, como tumor palpable en más del 80% de los casos. Cuando estamos buscando el diagnóstico temprano, chocarse con esto es serio para estas pacientes. Con estadios más avanzados, incluso con tantos estadio 4, dado el alto grado que tienen estos tumores, con perfiles más desfavorables, como vos mostraste, con más HER2 y triple negativos que en otros grupos etarios. Todo esto llevó a hacer quimioterapia neoadyuvante en más de la mitad de los casos y cirugías conservadoras en menos de la mitad de los casos, la gran mayoría de ellas con linfadenectomía axilar. Es un grupo de pacientes que reciben tratamientos más agresivos por la patología agresiva que tienen. Como concluís bien, en la casuística de ustedes, tal vez está bien detectado, es algo a mejorar lo del asesoramiento genético. Este es un grupo que realmente lo merece. Ustedes tuvieron un 9%, es algo que han detectado, obviamente también depende de los recursos, eso no se nos escapa. Es una de tus claras conclusiones en que hay que mejorar esto, entre otras recomendaciones, como preservación de la fertilidad, la anticoncepción y la planificación familiar. Todas cuestiones que la Sociedad Argentina de Mastología, en estos últimos dos años, ha venido hablando bastante en distintos cursos, incluso, en el último congreso.

Por otro lado, tratar de identificar grupos de mayor riesgo en estas mujeres como para que, en la medida de lo posible, esto es algo que también estamos buscando y se habló mucho en este último Congreso, poder personalizar el screening, sobre todo en mujeres más jóvenes, para tratar de llegar antes y hacer tratamientos menos agresivos, como los que vos mostraste.

Fue una interesante descripción de la realidad que tienen en su hospital, así que la felicito.

Dr. Cassab: Felicidades también por el trabajo. Quería preguntarte algo que me llamó la atención. Estuve viendo bien todos tus números. Esta patología, en el momento que encontramos el cáncer de mama en pacientes mujeres jóvenes, es de resorte de entrada prácticamente el uso de quimioterapia. Es decir, en este tipo de pacientes se impone la neoadyuvancia por la agresividad, por su edad joven, por la chance que hay que darles y que hay que jugar todas las cartas desde el inicio. ¿Por qué creen ustedes que teniendo más de un 70% de estadios 2 y 3, sin contar el estadio 4, tuvieron nada más que un 53% de neoadyuvancia. Esa sería una de mis preguntas. Cuando lo primero que pensaría es hacer neoadyuvancia y luego cómo hacer el tratamiento locorregional. Lo segundo que quería preguntarte es ¿Por qué las cinco pacientes en estadio 4 no se operaron?. ¿Hubo alguna dificultad, o no fueron a cirugía, o la desecharon solo por el hecho de tener un estadio 4 y escapar a la chance quirúrgica? A veces las metástasis óseas o dérmico ganglionares o pleurales tienen chance todavía de tratamiento. No así las viscerales, que sabemos que tienen un peor pronóstico. Quería saber cuál era el motivo por el cual no fueron operadas.

Dra. Nicoletti: Con respecto a la quimioterapia neoadyuvante, si bien el 53% fueron a neoadyuvancia, ahí descartamos el 15,5% que ya eran estadio 4 que no lo tomamos como neoadyuvancia. Nos quedaría un 35% de pacientes que no realizaron quimioterapia neoadyuvante y fueron a cirugía de inicio. No sé si eso por ahí estaría justificado.

Dr. Cassab: ¿Por algo en particular? Porque creo que tenemos menos de un 10% de luminales A.

Dra. Nicoletti: Es algo que no lo estudiamos. Puede llegar a ser por el tamaño tumoral, en ese momento.

Dr. Cassab: Con más razón ¿No? La quimioterapia neoadyuvante no solo es para convertir las ciru-

gías, para evaluar la respuesta in vivo del paciente, si no para convertir las cirugías que de entrada van para mastectomías, poder quizás hacer un tratamiento conservador y disminuir la masa tumoral.

Dra. Nicoletti: Sí, quizás en las pacientes del estudio en el año 2011, no se acudía tanto a la neoadyuvancia en el hospital como se hace ahora. Puede ser que ahí esté la respuesta, es algo que no la realizamos. Con respecto a los casos de estadio 4, siempre se evaluó el conjunto con el oncólogo y con la decisión de la paciente, si realizar o no la cirugía.

Dr. Uriburu: Bien, la Dra. Azar menciona también que esto es una serie retrospectiva y que tal vez no estaba tan implementada la neoadyuvancia en esos momentos. Tal vez pueda ser otra explicación para esto.

Dr. Lehrer: Buenas noches a todos. Simplemente, agregar un dato más sobre lo que comentaron acerca de hacer determinaciones de riesgo en estas poblaciones. Si bien es difícil, sobre todo en el ambiente público donde estas pacientes no consultan y no tenemos forma. Pero lo que hay que tratar es cuando hay antecedentes en esa familia, lograr encontrar a estas pacientes jóvenes para hacer una determinación de riesgo y comenzar a estudiarlas con resonancia, porque inclusive aun comenzando a estudiarlas con mamografía podemos dejar de detectar el 50% de las lesiones o encontrarlas en estadios más avanzados. Es decir que estas pacientes son resortes de la resonancia magnética.

Dr. Uriburu: ¿Cuál es la experiencia que ustedes tienen con respecto al recurso de la resonancia, para dar una respuesta al Dr. Lehrer, para el estudio de estas pacientes?

Dra. Nicoletti: La resonancia es algo que usamos en casos muy particulares. No la tenemos a disposición en el hospital. La mayoría de las pacientes no cuenta con cobertura social, o cuenta con una de mala calidad, entonces no podemos tramitarla a través de la salud pública. Ahí se nos traba la solicitud. Entonces podemos realizar la resonancia

a muy pocas pacientes. Quizás en el caso de las lobulillares o cuando hay alguna duda específica intentamos tramitarla, pero no siempre es posible.

Dra. Candás: Quería felicitar a la Dra. Nicoletti. Me parece muy importante conocer las características de la población con la que trabajamos. Quería hacer mención en especial al estudio de los estadios en la serie que habían presentado previamente, entre el año 2001 y el 2010, y ahora esta del 2011 al 2017 con respecto a los estadios 4. Hoy sabemos que la mortalidad por cáncer de mama ha disminuido en la población en general, pero en las mujeres jóvenes este descenso se ha detenido. Se cree que es justamente a causa del aumento de los carcinomas infiltrantes, especialmente el aumento del estadio 4 al momento del diagnóstico. Como comentario, deberíamos estar atentos a qué tipo de presentación clínica tiene la paciente y no dudar en algunos casos en estadificarlas, ya que esta es una población en la que podemos encontrar estadios 4 de inicio con mayor frecuencia.

Dr. Uriburu: Gracias Dra. Candás. Sí, es llamativo, como dijimos al inicio, la presentación de estudios avanzados, incluso de estadios 4.

Dra. Nicoletti: En cuanto a los estudios de estadificación, sí tenemos la posibilidad de realizarlos. Se los hacemos a todas las pacientes, más allá del estadio 1.

Dra. Azar: Bueno, primero felicitar a la Dra. Nicoletti. Excelente trabajo. En todo el mundo la detección en pacientes jóvenes es de estadios avanzados, justamente porque, en general, no son pacientes sujetas a screening. Por otro lado, a veces se minimiza, no se le revisan las mamas y esto hace que la paciente consulte tardíamente. Por eso es tan importante el screening personalizado y que especialmente las pacientes con antecedentes deban ser controladas más de cerca, eventualmente con resonancia o de algún modo más cercano. Por otro lado, también es característico de los últimos años la opción de operar los estadios 4 y en algunos subtipos especiales, con buen pronóstico. Ahora

se mostró una serie importante de pacientes con HER2 positivo, que responden muy bien a los tratamientos y a veces esas son sujetas a tratamiento locorregional aunque tengan estadios avanzados, porque las metástasis se pueden controlar con el tratamiento anti HER2.

Me pareció que la recopilación que hace la doctora es muy buena y que es la realidad de la paciente joven en todo el mundo, no solo en nuestro medio. Muchas gracias.

Dra. Nicoletti: Lo que la doctora Azar dijo es así. Muchas de las pacientes llegan después de varias consultas en los centros de salud en donde se las trata como si tuvieran una mastitis y no se toma en serio el síntoma. Para descartar malignidad es la última opción que hay en algunos centros de salud y algunos otros colegas.

Dr. Uriburu: Muchas gracias, Dra. Nicoletti y colaboradores por su prolijo trabajo. Felicitaciones.