

Licenciatura en Medicina Humana

Materia:
Medicina Interna.

Trabajo:
CA Mama

Docente:
Dr. Zebadua Guillen Eduardo.

Alumno:
Carlos Alfredo Solano Díaz.

Semestre y Grupo:
5° "A"

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a; 07 de Junio del 2021.

EPIDEMIOLOGÍA, FACTORES DE RIESGO Y DIAGNÓSTICO PRECOZ



El cáncer de mama (CM) es el tumor más frecuente en la mujer y excepcional en el varón. Supone un gran problema sanitario para las mujeres de todo el mundo, sobre todo en países industrializados, donde se observa un aumento de incidencia a la vez que una disminución en la mortalidad gracias a los avances en su diagnóstico que elevan el riesgo de desarrollar un CM. Entre ellos cabe destacar la edad, la influencia de hormonas endógenas en mujeres con menarquias precoces y un número bajo

de embarazos o la toma de tratamientos hormonales. El sedentarismo, la ingesta de una dieta rica en grasas o la exposición a radiaciones también son factores predisponentes. El diagnóstico de hiperplasia atípica aumenta el riesgo de sufrir CM.

Un 10% de las pacientes son diagnosticadas de CM hereditario. Las mutaciones germinales hereditarias más importantes ocurren en BRCA1 (cromosoma 17) y BRCA2 (cromosoma 13). Las portadoras tienen un riesgo elevado de desarrollar CM a lo largo de su vida de hasta el 85%. Las mutaciones en BRCA1 aumentan el riesgo de aparición de CM del de carcinoma de ovario seroso de alto grado. En familias portadoras de mutaciones germinales de BRCA2, se observa la presencia de CM en varones. Al mismo tiempo, existen familias con múltiples casos de cáncer, pero sin encontrarse mutaciones genéticas conocidas en la línea germinal, que se agrupan bajo la denominación de agrupación familiar.

ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO. FACTORES PRONÓSTICOS Y FACTORES PREDICTIVOS DE RESPUESTA

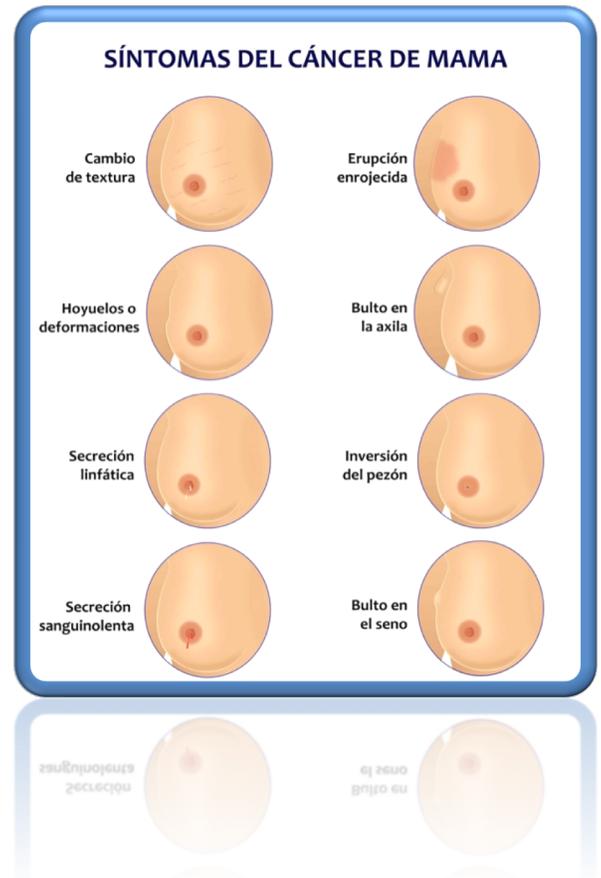
A nivel morfológico, es importante diferenciar entre carcinomas infiltrantes y carcinomas in situ. Originados en el epitelio del conducto ductolobulillar, sólo el carcinoma infiltrante invade la membrana basal con el consiguiente riesgo de invasión y desarrollo de metástasis. El tipo histológico más frecuente es el carcinoma ductal, seguido por el carcinoma lobulillar. A diferencia del carcinoma ductal in situ, el lobulillar in situ sólo debe considerarse un marcador de riesgo.

SUBTIPOS MOLECULARES

El CM es una enfermedad heterogénea desde un punto de vista clínico y biológico y está causada por la progresiva acumulación de aberraciones genéticas y otras alteraciones moleculares que afectan a procesos fundamentales de la célula. En los últimos 15 años, estudios moleculares que han utilizado plataformas de expresión génica global (p. ej., microarrays) han identificado cinco subtipos de CM, conocidos como los subtipos intrínsecos de CM (luminal A, luminal B, HER2-enriquecido, basal-like y claudinlow). Estos subtipos se distinguen por la expresión de miles de genes. A nivel clínico existen diferencias notables en su comportamiento, así como en su respuesta a tratamientos sistémicos. Los tumores luminales A son tumores hormonosensibles, con expresión baja de genes proliferativos, y de buen pronóstico en general; los tumores luminales B son también hormonosensibles, con expresión elevada de genes proliferativos, y con mal pronóstico; los tumores basal-like no son hormonosensibles, tienen una elevada expresión de genes proliferativos y queratinas 5, 14 y 17, y una baja expresión de genes luminales incluidos los RH; los tumores HER2-enriquecido tienen una hormonosensibilidad intermedia y suelen sobreexpresar HER2 y su vía de señalización intracelular; finalmente, el subtipo claudinlow es muy infrecuente y está caracterizado por la pérdida de moléculas de adhesión y elevada expresión de genes relacionados con el estroma. Existe una estrecha relación entre los tumores claudin-low y el CM metaplásico.

CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO

En un 50% de los casos, el CM se detecta en mujeres asintomáticas mediante mamografía. Sin embargo, el síntoma más frecuente es la palpación de una tumoración. Otros síntomas pueden ser el dolor mamario, la retracción cutánea o del pezón, la telorragia o la presencia de ganglios en la axila. El diagnóstico radiológico se realizará mediante mamografía y ecografía axilar homolateral. Se aconseja la realización de una resonancia magnética mamaria en pacientes que van a recibir tratamiento neoadyuvante para una posterior valoración de respuesta. Menos del 10% de las pacientes presentan metástasis a distancia en el momento del diagnóstico, por lo que sólo se indicarán otras pruebas como una tomografía computarizada (TC) o gammagrafía ósea cuando exista sospecha de afectación a distancia. Las metástasis más frecuentes son óseas, pulmonares y hepáticas. Los tumores HER2+ y triple-negativos son los que presentan una mayor afectación cerebral.



El diagnóstico patológico se realizará practicando una biopsia con aguja gruesa (BAG) del tumor mamario. En caso de sospecha de afectación ganglionar se aconseja realizar una punción con aguja fina (PAAF) o BAG del ganglio sospechoso. El material obtenido en la BAG permite realizar el diagnóstico de infiltración y todos los estudios de inmunohistoquímica o plataformas genómicas necesarios para indicar el tratamiento. Los marcadores tumorales séricos, CEA y CA15.3, pueden ser útiles en determinadas pacientes, aunque no suelen elevarse en presencia de enfermedad locorregional.

PRONÓSTICO

La supervivencia global a los 5 años es superior al 80%, con diferencias importantes por estadios y según subtipos tumorales. Las pacientes con peor pronóstico son aquellas con tumores triplenegativos, mientras que las pacientes con tumores luminales y las pacientes HER2+, con el tratamiento adecuado, presentan mayor posibilidad de curación, exceptuando el luminal B, que aunque tiene un mejor pronóstico que los tumores triple-negativos a los 5 años, este es similar a los 10 años. Durante el seguimiento se observan dos picos de recidiva, el primero tras 2-3 años de la cirugía, con recaídas sobre todo para las pacientes con tumores agresivos, triple-negativos o HER2+ sin tratamiento adecuado, y otro pico sobre los 7-8 años tras la cirugía más propio de pacientes con tumores luminales, especialmente luminal B.

CLASIFICACIÓN EN ESTADIOS

La clasificación TNM recoge los rasgos más destacados en cuanto a tamaño tumoral, afectación ganglionar y presencia o no de metástasis. Existe un TNM clínico realizado con los datos aportados por la exploración física y las pruebas radiológicas iniciales; un TNM patológico, que recoge los datos obtenidos del estudio de la pieza quirúrgica, y, por último, un ypTNM, con datos, también patológicos, pero analizados en pacientes que han recibido tratamiento sistémico neoadyuvante previo a la cirugía.

TRATAMIENTO

Tratamiento regional

La cirugía del CM incluye la resección del tumor primario con márgenes negativos tanto en pacientes con tumores infiltrantes como no infiltrantes (in situ). Siempre que sea posible, según la relación del tamaño del tumor con respecto al tamaño de la mama, se propondrá un tratamiento quirúrgico conservador. En

carcinomas infiltrantes es necesario realizar una biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) si la axila es clínicamente negativa o un vaciamiento ganglionar si existe afectación ganglionar clínica. Existen indicaciones que se deben individualizar.

Tratamiento sistémico

El tratamiento sistémico del carcinoma de mama en estadios iniciales va dirigido a reducir la probabilidad de recidiva y, por tanto, el riesgo de muerte asociado a la enfermedad. Existen dos opciones según el momento de su administración: el tratamiento neoadyuvante, previo a la cirugía, y el adyuvante, tras el tratamiento radical. Ambas opciones de tratamiento se consideran equivalentes. Cada vez es más extendido el uso del tratamiento neoadyuvante en carcinomas sensibles al tratamiento con quimioterapia como son los tumores triple-negativos o los tumores HER2+, y en aquellos tumores hormonosensibles que precisan una reducción tumoral para poder realizar una cirugía conservadora de la mama. Conseguir una desaparición completa del carcinoma infiltrante, es decir, una respuesta completa patológica (RCp), es un marcador de mayor supervivencia global.

FUENTES DE INFORMACIÓN:

Dan, L., Deniis, L., Larry, J., & Loscazo, J. (2012). Harrison Principios de Medicina Interna (18a Edición ed., Vol. 2). CD MX, CD MX, Mexico: Mc Graw Hill.

Grossman, S, & Mattson, C. Fisiopatología(9a edición ed). Barcelona, España: Wolters Kluwer.

Argente, H., & Alvarez, M. Semiología Medica (Fisiopatología, Semiología y Propedéutica) CD MX, Mexico.