

**Análisis de un caso de cáncer de mama con recurrencia****Análise de um caso de câncer de mama com recidiva****Analysis of a breast cancer case with recurrence**

**Recibido: 04/04/2017**  
**Aprobado: 15/10/2017**  
**Publicado: 07/05/2018**

**Ricardo Dias da Silva<sup>1</sup>**

Este es un estudio de caso que tiene como objetivo evaluar un caso de cáncer de mama con recurrencia en una paciente de un hospital de cáncer a partir de los siguientes parámetros: factores de riesgo, diagnóstico, factores pronósticos, tratamiento y recaída. Se analizó criteriosamente el prontuario y exámenes de la paciente entre junio de 2013 y junio de 2016. El diagnóstico encontrado fue carcinoma ductal infiltrante grado II; factores de riesgo: sexo femenino, edad; raza; estrés emocional, tejido mamario denso, tabaquismo, alcoholismo, dieta rica en grasas, terapia de reposición hormonal, historia familiar de cáncer de mama (pariente de primer grado) y nuliparidad; tratamiento: mastectomía, radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia; recurrencia en tres años. Se concluye que hubo presencia de varios factores de riesgo para el cáncer de mama, diagnóstico tardío, tratamiento adecuado y ocurrencia de recaída en el tiempo esperado.

**Descriptor:** Neoplasias de la mama; Factores de riesgo; Recurrencia.

Este é um estudo de caso que tem como objetivo avaliar um caso de câncer de mama com recidiva em uma paciente de um hospital de câncer a partir dos seguintes parâmetros: fatores de risco, diagnóstico, fatores prognósticos, tratamento e recidiva. Analisou-se criteriosamente o prontuário e exames da paciente entre junho de 2013 e junho de 2016. O diagnóstico encontrado foi carcinoma ductal infiltrante grau II; fatores de risco: sexo feminino, idade; raça; estresse emocional, tecido mamário denso, tabagismo, etilismo, dieta rica em gorduras, terapia de reposição hormonal, história familiar de câncer de mama (parente de primeiro grau) e nuliparidade; tratamento: mastectomía, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia; recidiva em três anos. Concluiu-se que houve presença de vários fatores de risco para o câncer de mama, diagnóstico tardio, tratamento adequado e ocorrência de recidiva no tempo esperado.

**Descritores:** Neoplasias da mama; Fatores de risco; Recidiva.

This is a case study that aims to assess a case of breast cancer with recurrence in a patient of a cancer hospital from the following parameters: risk factors, diagnosis, prognostic factors, treatment and recurrence. Medical records and patient exams were carefully examined from June 2013 and June 2016. The diagnosis found was infiltrating ductal carcinoma grade II; risk factors: female, age; race; emotional stress, dense breast tissue, smoking, alcoholism, high-fat diet, hormone replacement therapy, family history of breast cancer (first-degree relative) and nulliparity; treatment: mastectomy, radiation, chemotherapy and hormone therapy; relapse in three years. We concluded that multiple risk factors for breast cancer were present, as well as late diagnosis, adequate treatment and occurrence of relapse in the expected time.

**Descriptors:** Breast neoplasms; Risk factors; Recurrence.

1. Enfermero. Especialista en Oncología. cursando Maestría en Atención a la Salud por la Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil. Enfermero de la Atención Primaria del Municipio de Patrocínio - MG. ORCID: 0000-0002-5856-9318 E-mail: ricardodiv@yahoo.com.br

## INTRODUCCIÓN

Las neoplasias malignas resultan de una proliferación incontrolable de células anormales que surgen con alteraciones genéticas hereditarias o adquiridas<sup>1</sup>. El cáncer es uno de los problemas de salud pública más complejos que el sistema de salud brasileiro enfrenta debido a su magnitud epidemiológica, social y económica<sup>2,3</sup>. Un tercio de los casos nuevos de cáncer que ocurren alrededor del mundo por año podrían ser prevenidos con acciones de promoción de la salud y prevención específicas<sup>4</sup>.

El cáncer de mama es actualmente la neoplasia con mayor mortalidad en el mundo en mujeres, ya sea en países desarrollados y también en desarrollo<sup>1,3-5</sup>. Según el Instituto Nacional del Cáncer (INCA), la tasa de mortalidad en Brasil fue de 14 cada 100.000 mujeres en 2013<sup>3</sup>. Son estimados 57.960 nuevos casos de neoplasia maligna de mama en mujeres en Brasil para el año de 2016, siendo 5.160 casos para el estado de Minas Gerais, caracterizándolo como el cáncer más incidente en mujeres, desconsiderando el cáncer de piel no melanoma (CPNM)<sup>3</sup>.

La neoplasia mamaria es una enfermedad muy temida entre las mujeres, implicando factores psicológicos, la autoimagen y también la sexualidad<sup>4,6-8</sup>. El cáncer de mama es una enfermedad heterogénea, con diferentes presentaciones clínicas, variaciones genéticas y respuestas al tratamiento<sup>1,4-6</sup>. Durante ese proceso la paciente vive problemas como la depresión y disminución de la autoestima, siendo necesarias constantes adaptaciones a los cambios físicos, psicológicos, sociales, familiares y emocionales ocurridos<sup>7,8</sup>.

Agresiones constantes en determinadas partes del DNA provocan lesiones genéticas con activación de proto-oncogén e inhibición de genes supresores tumorales<sup>9</sup>. La historia natural del cáncer de mama se divide en fase pre-clínica, que es el intervalo de tiempo entre el surgimiento de la primera célula maligna hasta el desarrollo tumoral con capacidad de diagnóstico clínico, y la fase clínica, que ocurre a partir de ese acontecimiento<sup>1</sup>. Los principales locales de

metástasis del cáncer de mama son los huesos, pulmones, hígado, cerebro, ovario y piel<sup>1</sup>.

El inicio de un proceso neoplásico en la mama es entendido como multifactorial, donde diversos factores actúan<sup>9</sup>. Entre ellos se encuentran las causas ambientales, genéticas e intrínsecas a los hábitos de vida de la persona<sup>1,6,9</sup>.

Hay un consenso sobre los factores de riesgo para el cáncer de mama, siendo algunos aún cuestionables. Entre ellos están sexo femenino; raza/etnia; edad; sedentarismo; tejido mamario denso; dieta rica en alimentos grasos e hipercalórica; dieta pobre en fibras; obesidad; alcoholismo; historia familiar de cáncer de mama; presencia del alelo mutante de los genes BRCA1, BRCA2 y p53; alteración en los genes de la familia IGF; alteraciones en los niveles séricos de insulina y leptina; estimulación estrogénica prolongada (pubertad precoz, menopausia tardía y primera gestación arriba de los 30 años); nuliparidad; anticoncepción hormonal; terapia de reposición hormonal (TRH); irradiación ionizante<sup>3-6,8-14</sup>.

El diagnóstico del cáncer de mama debe ser volcado para la detección precoz, debido a la chance de presentación de un pronóstico favorable<sup>1,4,6,9,10,15,16</sup>. Los métodos de investigación diagnóstica son el examen clínico de las mamas (ECM); los métodos de imagen que incluyen: mamografía (MMG) diagnóstica y de rastreo (*screening*), ultrasonografía (US) y resonancia magnética (RM); métodos invasivos: biopsia quirúrgica, biopsia percutánea con aguja gruesa o punción por aguja gruesa (PAG); punción por aguja fina (PAAF); biopsia por punción al vacío o mamotomía<sup>1</sup>.

Las técnicas inmuno-histoquímicas (IMQ) auxilian en la caracterización del cáncer, permitiendo el análisis de variables moleculares y mayor precisión de una lesión o su subclasificación<sup>5,6,16</sup>. Es un importante instrumento de detalle diagnóstico<sup>6</sup>.

La clasificación más encontrada entre las neoplasias malignas de la mama es predominantemente epitelial<sup>8</sup>. El diagnóstico más común del cáncer de mama es el carcinoma ductal infiltrante, con 47% a 75% de los casos<sup>1,9</sup>. Otros diagnósticos

comunes son carcinoma lobular invasor (0,7% a 15%), carcinoma ductal "in situ" (0,2% a 18,2%), carcinoma lobular "in situ" (0,3% a 3,8%), carcinoma mucinoso o coloide (1% a 6%), enfermedad de Paget (1% a 2%) entre otros<sup>9</sup>.

La recurrencia del cáncer de mama es una realidad posible en las mujeres acometidas por la enfermedad. Las inseguridades de la mujer diagnosticada con cáncer de mama con relación al tratamiento, convivencia con la enfermedad y posibilidad de la enfermedad son bien evidenciadas<sup>14</sup>.

Los factores pronóstico en la neoplasia de la mama son imprescindibles para el pronóstico y tratamiento, siendo ellos: edad; el tamaño del tumor; condición de los ganglios linfáticos axilares; historia familiar; grado histológico; nivel socioeconómico; edad; angiogénesis / neo vascularización y linfangiogénesis; índice proliferativo; índice pronóstico de Nottingham; catepsina D; índice de expresión génica / ácido desoxirribonucleico (DNA); p53; micro metástasis en médula ósea; receptores hormonales; c-erb B-2<sup>5,15</sup>.

Esos factores son posibles de ser mensurados en el momento de la realización del diagnóstico, siendo muy importantes para determinación del tratamiento de la neoplasia mamaria<sup>5,15</sup>.

La oncología es un área carente de ensayos clínicos de gran porte, sin embargo el cáncer de mama es una de las enfermedades más estudiadas en cancerología<sup>16</sup>. Apesar de ese ser un estudio de caso aislado y específico, existe la posibilidad de la realización de profundizaciones mayores en esa área, específicamente para el cáncer de mama.

El objetivo del estudio fue evaluar un caso de cáncer de mama con recurrencia en una paciente de un hospital de cáncer a partir de los siguientes parámetros: factores de riesgo, diagnóstico, factores pronósticos, tratamiento y recurrencia.

## MÉTODOS

Se trata de estudio de caso descriptivo, cuantitativo y retrospectivo sobre una usuaria con diagnóstico de neoplasia maligna de

mama y con presencia de recaída atendida en un Hospital de Cáncer de una ciudad del interior del Estado de Minas Gerais, región del Triángulo Mineiro/ Alto Paranaíba, teniendo su población evaluada en 89.333 habitantes e índice de desarrollo humano (IDH) de 0,729<sup>17,18</sup>.

Los datos evaluados en esta investigación fueron retirados del catastro, prontuario y de los exámenes de la paciente obtenidos en la institución en que la misma realizó su tratamiento.

El estudio no evaluó ninguna fuente de datos retirada de fuera de los dominios de la institución donde ocurría la investigación. Las variables fueron analizadas criteriosamente y están comprendidas en el período de junio de 2013 a junio de 2016, siendo ellas: factores de riesgo, diagnóstico, factores pronósticos, modalidades de tratamiento y presencia de recaída.

Los datos retirados de las fuentes secundarias de registro fueron colocados en tablas y gráfico. Los factores pronósticos fueron apreciados a partir del prontuario, de los exámenes de biopsia e inmunohistoquímica (IHQ) realizados por la paciente. Las modalidades de tratamiento y presencia de recaída constatadas en prontuario.

Los datos fueron procesados y administrados en el software Excel® versión 2007, con la elaboración de tabla para análisis de la presencia de los factores de riesgo específicos del cáncer de mama encontrados y los exámenes diagnósticos utilizados en la detección del tumor primario; gráfico para evaluación de la presencia de los factores pronósticos registrados en prontuario.

Para la recolección de las informaciones y realización del estudio fue solicitada por escrito, en dos vías, la autorización previa de la institución por la autoridad competente, mediante entrega de término de libre consentimiento y esclarecido (TCLE). Esa investigación fue autorizada por la institución detentora de los registros y datos de la paciente. La privacidad de identidad de la paciente fue garantizada durante todo el proceso de la investigación. El estudio está adecuado a los criterios de la

Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud (CNS).

## RESULTADOS

La paciente dio entrada en la institución en junio de 2013, con 58 años de edad, encaminada con neoplasia maligna de la mama izquierda (ME), divorciada, vive en zona urbana. Esa información sugiere que ocurrió el diagnóstico de cáncer de mama antes de su entrada en la institución, lo que fue confirmado por la verificación de la fecha de los exámenes de USG y biopsia por aguja gruesa (PAG) realizados por la paciente. El registro provee solamente la información de que la usuaria entró en la institución después de encaminada, sin especificaciones.

Los factores de riesgo del cáncer de mama encontrados fueron: sexo femenino;

edad ( $\geq 50$  años), raza (color blanca), estrés emocional, tejido mamario denso, tabaquismo, alcoholismo, dieta rica en gorduras, THR, historia familiar de cáncer de mama en pariente de primer grado (hermana) y nuliparidad.

Es relato histórico de diferentes neoplasias malignas en la familia de la paciente: leucemia en la madre, cáncer de garganta en el hermano; informaciones estas presentadas sin detalles.

Para el factor de riesgo TRH, existen informaciones de realización de "meses de esa modalidad de tratamiento" después de la menopausia (52 años). Había ingestión diaria de bebida alcohólica y el uso de 40 cigarros al día. Los datos son presentados en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Factores de riesgo para el cáncer de mama (literatura y los encontrados en la paciente) entre junio de 2013 a junio de 2016. Hospital del Cáncer Dr. José Figueiredo. Patrocinio / MG.

Factores de riesgo	Factores de riesgo relatados en prontuario -	Sí (%)	No/SI* (%)
Sexo Femenino	Sí	5%	0%
Edad (> 50 años)	Sí	5%	0%
Raza/etnia (Blanca)	Sí	5%	0%
Sedentarismo	Sí	5%	0%
Tejido mamario denso	Sí	5%	0%
Dieta hiperlipídica e hipercalórico	Sí	5%	0%
Dieta pobre en fibras	SI	0%	5%
Exceso de peso/Obesidad	No	0%	5%
Alcoholismo	Sí	5%	0%
Tabaquismo	Sí	5%	0%
Historia familiar de cáncer de mama	Sí	5%	0%
Presencia del alelo mutante genético	SI	0%	5%
Alteraciones en los niveles séricos de insulina e leptina	SI	5%	0%
Pubertad precoz	No	0%	5%
Menopausia tardía**	No	0%	5%
Primera gestación arriba de los 30 años	No	0%	5%
Nuliparidad	SI	5%	0%
Anticoncepción hormonal***	SI	0%	5%
TRH	SI	5%	0%
Irradiación ionizante	SI	0%	5%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>55%</b>	<b>45%</b>

\*SI (sin información)

\*\*Hay controversia en la literatura sobre la edad para afirmación de menopausia tardía. La paciente estuvo por 40 años en menarca sin nunca concebir. Es necesaria investigación más criteriosa sobre ese factor de riesgo en el caso específico.

\*\*\*Ese es un factor de riesgo polémico en las fuentes bibliográficas.

El prontuario relata la realización ECM en marzo de 2013 sugiriendo nódulos sólidos en ME presentes hace cinco años, localizados en el cuadrante superior derecho (QSD) y cuadrante superior izquierdo (QSE). No hay

relato si el ECM se realizó en campaña de rastreo y detección precoz o por demanda espontánea.

La técnica de PAG se hizo en mayo de 2013 confirmando el diagnóstico de

carcinoma ductal moderadamente diferenciado grado II. El estadiaje del tumor fue clasificado como pT2 pN1b Mx; pT2 (tumor  $\geq$  2cm y  $\leq$  5 cm); pN1b (micro metástasis o macro metástasis enganglios linfáticos mamarios internos detectada por biopsia); y Mx (metástasis a distancia no pudiendo ser debidamente evaluadas).

Se hizo la solicitud de examen de inmuno-histoquímica (IHQ) para detalle del diagnóstico del tumor primario y contribución en la elaboración del pronóstico de la paciente. El laudo, realizado en abril de 2013, presenta: panel de anticuerpos SP1 positivo en cerca de 90% de las células neoplásicas; PGR (anti RP) positivo en cerca de 10% de las células neoplásicas; KI-67 positivo en cerca de 20% de las células neoplásicas; c-erb B2 (clon EP1045Y) negativo / score 0; E-caderina positivo. La técnica de IHQ concluye confirmación de diagnóstico de carcinoma ductal invasivo y carcinoma de mama con reacciones positivas para los receptores hormonales de estrógeno y progesterona.

Entre todas las modalidades del método diagnóstico, apenas la RM y MMG no fue utilizada en la investigación diagnóstica (no consta en los registros) del tumor primario. Se resalta que el examen de MMG fue solicitado solo después de la recurrencia del cáncer. Con todo, de las modalidades de tratamiento, todas ellas estuvieron presentes en diferentes momentos del acompañamiento de la paciente: hormonoterapia, quimioterapia, radioterapia y mastectomía.

El tratamiento inicial se hizo con mastectomía en modalidad de cuadrantectomía y vaciamiento axilar en ME. Después del procedimiento quirúrgico la usuaria evolucionó con infección en herida operatoria por *Staphylococcus Sp.*, tratada con amoxicilina y ácido clavulánico, presentando buena respuesta al tratamiento. El producto de la cirugía reveló carcinoma ductal infiltrante grado III de Scarff midiendo 2,5 cm de diámetro en el eje mayor, distando 0,3 cm del margen caudal y comprometimiento neoplásico de 3 de los 15 ganglios linfáticos disecados.

En seguida fue solicitada evaluación para tratamiento de quimioterapia y radioterapia adyuvante en marzo de 2014. Fue realizado procedimiento de radioterapia en ME entre abril y mayo de 2014. También se solicitaron exámenes de MMG y USG. La quimioterapia se hizo con inicio en el mismo período de la radioterapia - Clorhidrato de doxorubicina y + Ciclofosfamida y Taxol. En seguida se realizó tratamiento con hormonoterapia con Tamoxifeno - sin efectos positivos - y posteriormente con Anastrozol.

Los exámenes fueron presentados en agosto de 2014: MMG con BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System) 0 - poco concluyente - en ME y BI-RADS 2 - hallado benigno - en mama derecha (MD). La USG sugirió fibroadenomas en mama derecha.

Los retornos de la usuaria entre abril de 2014 y mayo de 2015 presentaron exámenes clínicos y de laboratorio sin alteraciones; quejas de lumbalgia y "aliento corto". Fue realizado encaminamiento al mastólogo y fisioterapeuta.

En junio de 2015 ocurrió una caída con la paciente de la propia altura con fractura en miembro superior izquierdo (MSE), en la región del codo. Fue encaminada al ortopedista y quejas de dolor por varios meses, con ausencia de fractura.

En el mes de marzo de 2016 la paciente notó una nodulación en ME. Fue marcado MMG y USG de abdomen total y encaminamiento al mastólogo. Solicitada biopsia en abril de 2016 con laudo de carcinoma invasivo del tipo no especial recurrente grado II con tamaño de 0,9 cm.

En la constatación de la recaída, fue solicitada en mayo de 2016 nuevo examen de IHQ y tomografía computarizada (TC) de tórax confirmando nódulo calcificado de aspecto benigno en lóbulo superior pulmón derecho (LSD) con 6 mm de tamaño, señales de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (DPOC) y pequeña hernia de hiato (HI). La radiografía (RX) de tórax hecha anteriormente - marzo de 2016 - no había detectado alteraciones. Al examen de USG - abril de 2016 - fueron encontradas señales de esteatosis hepática. En ese período del

tratamiento la usuaria relata ansiedad y angustia.

Después de la recurrencia fue solicitada nueva IMQ y evaluación de riesgo quirúrgico, siendo que el procedimiento

quirúrgico fue liberado en junio de 2016. En ese momento el prontuario no provee más informaciones sobre el tratamiento de la paciente. Datos en la Tabla 2.

**Tabla 2.** Métodos diagnósticos y modalidades de tratamientos para el cáncer de mama entre junio de 2013 y junio de 2016. Hospital del Cáncer Dr. José Figueiredo. Patrocinio/MG.

Métodos diagnósticos	Métodos diagnósticos utilizados	Tratamiento	Tratamiento utilizado
ECM	Sí	Terapia hormonal	Sí
Mamografía*	Sí	Quimioterapia	Sí
USG	Sí	Radioterapia	Sí
Biopsia	Sí	Mastectomía	Sí
IMQ**	Sí	-	-
RM	No	-	-

\*Realizada en el diagnóstico de la recaída.

\*\*Complementación y detalle diagnóstico<sup>6</sup>.

Los factores pronósticos relatados en el expediente médico son: edad; tamaño del tumor – clasificación TNM; condición de los ganglios linfáticos axilares; tipo histológico; grado histológico; c-erb B2; receptores hormonales. Están ausentes los relatos de ausencia o presencia de los factores

pronósticos: angiogénesis / neo vascularización; catepsina D; índice proliferativo; índice pronóstico de Nottingham; índice de expresión génica / ácido desoxirribonucleico (DNA); p53; micro-metástasis en médula ósea; nivel socio-económico, como en el Gráfico 1.

**Gráfico 1.** Relación de los factores pronósticos del cáncer de mama encontrados en el expediente médico de la paciente en mayo de 2013. Hospital del Cáncer Dr. José Figueiredo. Patrocinio / MG.



## DISCUSIÓN

El cáncer de mama es considerado un problema de salud pública en Brasil<sup>1,2,4</sup>. Las acciones de prevención, rastreo y detección precoz del cáncer de mama necesitan ser enfatizadas en la población femenina y sociedad<sup>1,2,4,10,16,19</sup>.

Entre 2003 y 2013 las muertes causadas por el cáncer de mama aumentaron 52%<sup>20,21</sup>. Ese valor muestra el aumento de la incidencia y la presencia de otros factores relacionados a la demora en el diagnóstico o inicio del tratamiento oportuno de la neoplasia maligna de la mama<sup>20,21</sup>.

Los factores de riesgo encontrados en el caso sirven de alerta y reflexión para la

población general y de los profesionales y administradores en el área de la salud. Entre ellos, la edad es considerada lo más importante, ya que aumenta en 70% a 80% el riesgo de la enfermedad y también la mortalidad<sup>1,16,22,23</sup>.

La TRH, entre los factores de riesgo presentes en el estudio, se muestra preocupante, constatándose una práctica común en ginecología<sup>13,22-24</sup>. Estudio realizado en el Reino Unido, en 2011, muestra la relación de la TRH combinada (estrógeno y progesterona) y TRH apenas estrogénica con el cáncer de mama en las mujeres evaluadas<sup>22</sup>. Se resalta que la TRH también puede aumentar la chance de morir por

cáncer de mama<sup>11</sup>. La TRH es una práctica que debe pasar por riguroso control y evaluación médica<sup>23</sup>.

El histórico familiar no se presenta elevado con la incidencia (5% a 10%) frente a otros factores, sin embargo se encuentra presente en ese caso y debe ser resaltado el rastreo y medidas necesarias para los familiares de la paciente<sup>1,9,23</sup>. La Estimativa 2016: incidencia de cáncer en el Brasil, del Instituto Nacional de Cáncer (INCA), señala que 9 en cada 10 mujeres con neoplasia de mama no tiene histórico familiar implicado<sup>3</sup>.

La American Cancer Society (ACS) trae para esa misma evaluación el número de 8 para 10 mujeres<sup>11</sup>. De una forma general, la herencia es relacionada a 15% de todos los tipos de cánceres<sup>2</sup>.

Se resalta también la importancia del estilo de vida urbano venido de la transición demográfica y de la transición nutricional vividas en Brasil<sup>2,4,25-27</sup>. El cambio en el estándar alimentario del brasileño y del papel social de la mujer aumenta la exposición a los factores de riesgo ambientales. Injurias ambientales como estrés y contaminación están asociadas a cambios genéticos en la neoplasia de la mama<sup>28</sup>. La usuaria evaluada reside en área urbana, es presentada como una persona estresada, con hábitos alimentarios malos, sedentaria, fumadora y alcohólica. Es concedida en expediente médico la sospecha del diagnóstico de esteatosis hepática en la usuaria, suponiendo interpretación de la ocurrencia de una dieta inadecuada rica en alimentos grasos.

Muchos parámetros de riesgo para el cáncer de mama del caso también se encuentran entre las causas generales para diversos tipos de neoplasias malignas: tabaquismo, alcoholismo, dieta rica en grasas, sedentarismo y alcoholismo<sup>2,4,6,13,28</sup>.

La actuación en los factores de riesgo modificables y en las causas externas de las neoplasias se muestra importante para campañas de concientización, ya que estimativas señalan una constatación preocupante: en diez años las neoplasias serán la principal causa de muerte en Brasil<sup>2,6,28</sup>.

El estudio demuestra de forma clara que el diagnóstico de la neoplasia maligna de la mama en la paciente fue tardío, con la usuaria teniendo 61 años de edad y nódulo palpable presente hacía 5 años. Las campañas de concientización y de rastreo para la detección precoz (ECM y MMG) existentes deben ser bien delineadas y efectivas<sup>1,23</sup>.

Las mismas no concibieron el diagnóstico precoz, tan importante para reducción de la etapa de presentación del cáncer (*down-standing*)<sup>1</sup>. Se nota una falla tanto de los servicios de atención primaria, secundaria y también de la propia paciente, en su autocuidado y autonomía con su salud de una forma general. La Política Nacional de Atención Básica (PNAB) refuerza la importancia de esta autonomía<sup>1,29</sup>.

El diagnóstico precoz da la posibilidad de un buen pronóstico<sup>1,2,4,9,13,15,16,30</sup>. La sobrevivencia por cáncer en los países en desarrollo se ha presentado menor, teniendo entre las causas probables el diagnóstico tardío y acceso limitado al tratamiento<sup>30</sup>.

Los métodos diagnósticos fueron utilizados de forma criteriosa y esclarecedora en el caso analizado. La usuaria ya dio entrada en la institución con la realización de ECM, USG, PAG y IHC, los cuales confirmaron el diagnóstico. No había necesidad de verificación por MMG en ese caso específico, pues los nódulos eran palpables y sólidos y muchos factores de riesgo se encontraban presentes. Para diagnóstico de lesiones palpables se solicita USG<sup>9,19</sup>. El diagnóstico encontrado - carcinoma ductal invasor - es el más común de las neoplasias malignas de la mama<sup>1,4-6,9,16</sup>.

El tratamiento siguió la secuencia lógica de realización de cuadrantectomía con vaciamiento axilar debido a la constatación del diagnóstico y a partir de su estadiaje. La indicación del tipo de cirugía depende del estadiaje clínico (clasificación TNM) y del tipo histológico, pudiendo ser conservadora: resección de un segmento de la mama (setorectomía, la tumorectomía alargada y la cuadrantectomía), con retirada de los ganglios linfáticos axilares o centinela; no-conservadora: (mastectomía)<sup>4,19</sup>.

El estadiaje clasifica la enfermedad de acuerdo con su extensión local y regional y la distancia, estableciendo estándares que orientan el tratamiento y el pronóstico de los casos<sup>4,16,31</sup>. El estadiaje clínico mostró su importancia para la conducta de tratamiento adecuado en el caso relatado<sup>4,16,19,31</sup>. Sin ese parámetro las dificultades de conducta se vuelven un agravante para el pronóstico de la paciente.

El tratamiento de radioterapia y quimioterapia adyuvante instituido después de la intervención quirúrgica se presentó pertinente<sup>6,16,19</sup>. El tratamiento radioterápico puede ser utilizado antes de la cirugía: disminución del tamaño del tumor; o después de la misma: para destrucción de células remanentes<sup>6,16,19</sup>.

Las mujeres con indicación de mastectomía como tratamiento primario, pueden ser sometidas a la quimioterapia neoadyuvante, seguida de tratamiento quirúrgico conservador, complementado por radioterapia<sup>19</sup>. En los casos de receptores hormonales positivos, la hormonoterapia es recomendada<sup>19</sup>. La realización de IMQ constató receptores hormonales positivos para estrógeno y progesterona.

Es importante relatar que apesar de los protocolos de abordajes y tratamientos, el abordaje de tratamiento debe orientarse también en las condiciones generales e individuales de la paciente<sup>1</sup>. Un abordaje dentro de un contexto multi-profesional y de integridad debe ser estimulado<sup>1,14,19</sup>. El tratamiento de la paciente ocurrió, de forma correcta, dentro de una unidad de alta complejidad en oncología, de acuerdo con la Política Nacional de Atención Oncológica (PNAO)<sup>1</sup>.

Los factores pronósticos evaluados no son relatados en prontuario de forma estandarizada, siendo éstos encontrados solamente después del análisis criterioso de los registros. Estos parámetros son de fundamental importancia para definición del esquema terapéutico, siendo que deben ser enumerados en el momento del diagnóstico<sup>5,15</sup>. La incidencia creciente, la heterogeneidad biológica y la alta tasa de mortalidad del cáncer de mama hacen muy

válidas la identificación de los parámetros que auxilian en el entendimiento de la enfermedad<sup>5</sup>. Entre esos factores es destacado el comprometimiento axilar, debido a la posibilidad de detección o exclusión de metástasis<sup>5</sup>.

La recaída es una realidad en la neoplasia maligna de mama y su temor es en tres años, lo que da con las literaturas evaluadas<sup>32-34</sup>. No hubo comprometimiento de ganglios linfáticos axilares relatados en expediente médico y el tumor fue considerado moderadamente diferenciado – en el primer diagnóstico –, lo que coincide con las fuentes evaluadas<sup>31,35</sup>. Se constató la presencia de receptores hormonales positivos, lo que diverge de las fuentes analizadas en cuanto a la presencia de reaparición<sup>32-35</sup>.

De acuerdo con el pronóstico, existe la posibilidad de recaída del tumor de hasta 30% en los casos con ganglios linfáticos axilares negativo y de cerca de 70% de casos con ganglios linfáticos axilares positivo<sup>32,33</sup>. Investigación con 20.027 mujeres americanas mostró tasa de recaída de neoplasia de mama en diez años de 36,8%<sup>32,34</sup>. La mayor parte ocurrieron los primeros cinco años después del diagnóstico (81,9%), asociándose al estadio avanzado, neoplasias con grado histológico poco diferenciado y con receptor hormonal negativo<sup>32,34</sup>.

En estudio realizado en Brasil, en Salvador – BA, con 271 mujeres, sin metástasis axilares, presentó 11,8% de recaída<sup>35</sup>. Otro estudio realizado en la ciudad de Uberlândia, entre 1999 y 2003, con 102 pacientes según el tipo de mastectomía, mostró 53,9 % de reaparición, siendo menor índice de recaída en realización de mastectomía radical, contrariando la literatura, según el análisis<sup>36</sup>. En el caso estudiado hubo reaparición y la técnica quirúrgica realizada no fue de mastectomía radical (cuadrantectomía con vaciamiento axilar).

El cáncer es un problema de salud de magnitud social y transcendencia en Brasil y en el mundo<sup>1-4,16</sup>. Se estima que en el año de 2020 60% de los casos de neoplasias malignas estarán concentradas en los países en



desarrollo, lo que es el caso de Brasil<sup>4</sup>. Frente a ese cuadro es importante que medidas sean estudiadas, implementadas y evaluadas en el área oncológica con intención de mejorar el abordaje asistencial en los servicios de salud<sup>1,3,4,16,37</sup>.

Específicamente para el cáncer de mama, que después del CPNM es el cáncer más incidente en mujeres en Brasil (excepto región Norte), acciones en la baja, media y alta complejidad deben ser enfatizadas para realización de campañas de rastreo efectivas, estímulo a la realización del AEM, adquisición de hábitos de vida saludables, detección precoz y acceso a tratamiento resolutivo y humanizado en tiempo oportuno<sup>1,3,4,37</sup>.

## CONCLUSIÓN

En el caso evaluado hay presencia significativa de varios factores de riesgo para el cáncer de mama, diagnóstico tardío, tratamiento adecuado y ocurrencia de recaída.

Se averiguala necesidad de evaluación estandarizada y detallada de los factores pronósticos. Es constatada la importancia de las anotaciones de forma criteriosa en registros unificados entre los profesionales de diferentes categorías y de relevancia del abordaje multi-profesional y de la integridad en las instituciones con que prestan asistencia oncológica.

## REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. - 2. ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13)
2. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional de Câncer. ABC do Câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer. - Rio de Janeiro: INCA, 2011. 128 p.: il.
3. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - Rio de Janeiro: INCA, 2015.
4. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3 ed. atual. amp. - Rio de Janeiro: INCA, 2008. 488 p.: il.
5. Bogliolo, L. Patologia / (editor) Geraldo Brasileiro Filho. 8 ed. (Reimpr.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

6. Hoff PMG. (Orgs.). Tratado de Oncologia. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.
7. Venâncio JL. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. Rev Bras Cancerol. 2004; 50(1):55-63.
8. Impacto do tratamento do câncer na qualidade de vida. Revista Brasileira de Cancerologia 2008; 54(4):367-71.
9. Vieira SC; Lustosa AML; Barbosa CLB et al. Oncologia Básica 1. ed. Teresina, PI: Fundação Quixote, 2012.
10. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância - (Conprev) Falando sobre câncer de mama. - Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002. 66 p.
11. ACS - American Cancer Society. [Internet] [Citado en 26 de Nov de 2016] Disponible en: <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailguide/breast-cancer-risk-factors>
12. Robbins e Cotran. Bases epidemiológicas das doenças / Vinay Kumar et al.; (tradução de Patrícia Dias Fernandes et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 4456 p.
13. Longo, DL (organizador). Hematologia e oncologia de Harrison. 2 ed. Porto Alegre: AMGH: 2015.
14. Pinho LS, Campos ACS, Fernandes AFC, Lobo SA. Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença. Rev Eletr Enf. 2007;9(1):154-65.
15. Abreu E, Koifman S. Fatores prognósticos no câncer de mama feminino. Revista Brasileira de Cancerologia 2002; 48(1):113-31
16. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
17. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Internet] [citado en 26 de nov de 2016. [Internet] Disponible en: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=314810&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>
18. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Internet] [citado en 26 de nov de 2016]. [Internet] Disponible en: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=314810&idtema=118&search=minas-gerais|patrocinio|C3%8Dndice-de-desenvolvimento-humano-municipal-idhm->
19. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer de mama: documento de consenso [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2004 [citado en 28 nov de 2016]. Disponible en: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>
20. Luchetti JC, Fonseca MRCC, Traldi MC. Vulnerabilidade social e autocuidado relacionado à prevenção do câncer de mama e de colo uterino. REFACS [Internet]. 2016 [citado en 28 nov de 2016]; 4(2). Disponible en: <http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article/viewFile/1639/1472>. DOI: 10.18554/refacs.v4i2.1639
21. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA). Atlas

- online da mortalidade, 2014. [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2014 [citado en 28 nov de 2016] Disponible en: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo01/consultar.xhtml#panelResultado>
22. CRU. Cancer Research UK. Breast cancer: UK incidence statistics. [Internet][citado en: 29 de nov 2016]. Disponible en: <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/type/breast-cancer/about/risks/>
23. Ministério da saúde (Br). Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância, Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. A mulher e o câncer de mama no Brasil. – Rio de Janeiro: INCA, 2014. 46 p. : il.
24. Associação Brasileira de Climatério (SOBRAC) Wender MCO, Pompei LM, Fernandes CE. Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal da Menopausa – São Paulo: Leitura Médica, 2014.
25. Lebrão ML. O envelhecimento do Brasil: aspectos da transição epidemiológica e demográfica. Saúde colet. (Barueri). 2007; 4(17):135-40.
26. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a epidemiologia e serviços de saúde revisita e atualiza o tema. Epidemiol Serv Saúde. 2012; 21(4):529-32.
27. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 84 p.
28. Duncan BB, Schmidt MI, Giuliani ERJ, organizadores. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.
29. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110p.
30. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional do Câncer. [Internet]. [Citado en 26 de nov de 2016]. Disponible en: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposde cancer/site/home/mama/deteccao\\_precoce](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposde cancer/site/home/mama/deteccao_precoce)
31. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional do Câncer. [Internet]. [Citado en 30 de nov de 2016]. Disponible en: [http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?ID=54](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=54)
32. Peres VC, Veloso DLC, Xavier RM, Salge AKM, Guimarães JV. Câncer de mama em mulheres: recidiva e sobrevida em cinco anos. Texto Contexto Enferm. 2015; 24(3):740-7.
33. Cardoso F, Senkus-Konefka E, Fallowfield L, Costa A, Castiglione M. Locally recurrent or metastatic breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2010 Mai; 21(5):15-9.
34. Cheng L, Swartz MD, Zhao H, Kapadia AS, Lai D, Rowan PJ, et al. Hazard of recurrence among women after primary breast cancer treatment – a 10-year follow-up using data from SEER-Medicare. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2012; 21(5):800-9.
35. Filho AOAR, Castro TWN, Rêgo MAVR, O Alves OF, Almeida LC, Sousa MV, Vieira MGSV, Schaer-Barbosa H. Fatores preditivos de recidiva do carcinoma mamário axila-negativo. Revista Brasileira de Cancerologia 2002; 48(4):499-503
36. Copati FN, Neto CC. Recidiva do câncer de mama em plastrão em mulheres mastectomizadas na cidade de Uberlândia entre os nãos de 1999 a 2003. [Internet] [Citado en 01 de dez de 2016]. Disponible en: [www.seer.ufu.br/index.php/horizontecientifico/articledownload/4098/3049](http://www.seer.ufu.br/index.php/horizontecientifico/articledownload/4098/3049)
37. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional do Câncer. [Internet]. [Citado en 30 de nov de 2016]. Disponible en: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposde cancer/site/home/mama/prevencao>.

#### CONTRIBUCIONES

**Ricardo Dias da Silva** fue responsable por el desarrollo de todas las etapas de construcción del manuscrito.

#### Cómo citar este artículo (Vancouver)

Silva RD. Análisis de un caso de cáncer de mama con recaída. REFACS [Internet]. 2018 [citado en *insertar día, mes y año de acceso*]; 6(Supl. 1): 401-410. Disponible en: *insertar link de acceso*. DOI: *insertar link del DOI*.

#### Cómo citar este artículo (ABNT)

SILVA, R. D. Análisis de un caso de cáncer de mama con recaída. REFACS, Uberaba (MG), v. 6, p. 401-410, 2018. Supl. 1. Disponible en: *<insertar link de acceso>*. Acceso en: *insertar día, mes y año de acceso*. DOI: *insertar link del DOI*.

#### Cómo citar este artículo (APA)

Silva, R. D. (2018). Análisis de un caso de cáncer de mama con recaída. REFACS, 6(Supl. 1), 401-410. Recuperado en: *insertar link de acceso en insertar día, mes y año de acceso*. DOI: *insertar link del DOI*.