

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v4i3.1161>

Carcinoma ductal bilateral con segundo primario en tiroides: Reporte de caso

Bilateral ductal carcinoma with second primary in thyroid: Case report

Paula Mancheno Lara

paulamancheno24@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-5447-5816>
Universidad Católica de Cuenca
Cuenca – Ecuador

Juan López Tinitana

dr.juanlopez88@outlook.com
<https://orcid.org/0000-0001-7783-8686>
Universidad Católica de Cuenca
Cuenca – Ecuador

Juan Coyago Iñiguez

juan.coyago@ucacue.edu.ec.com
<https://orcid.org/0000-0002-0715-9896>
Universidad Católica de Cuenca
Cuenca – Ecuador

Artículo recibido: 06 de septiembre de 2023. Aceptado para publicación: 22 de septiembre de 2023.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

El carcinoma ductal invasivo es el tipo más frecuente de tumor maligno mamario. A nivel mundial el cáncer de mama en mujeres es la segunda causa de muerte; en América Latina es frecuente con el 14,1%. En Ecuador el cáncer de mama representa el 27% de la población entre los 40 y 55 años. El cáncer bilateral sincrónico en mamas es poco frecuente únicamente se presenta en el 1-2,5% de pacientes con cáncer mamario. La neoplasia folicular de tiroides no invasiva, es de bajo riesgo, el diagnóstico es histopatológico. No existe relación alguna entre las dos patologías en este caso, por lo que lo hace un caso interesante. A continuación, se presenta el caso de una paciente 47 años con antecedente de bulto en la mama derecha desde hace 7 años. Fue diagnosticada hace 3 años de cáncer de mama bilateral. 2 años después en controles se evidencia la presencia de un nódulo tiroideo TIRADS 4, por lo que mediante una biopsia patológica se diagnostica de neoplasia folicular de tiroides no invasiva. En consenso médico se determina la realización de una lumpectomía bilateral con radioterapia, lobectomía tiroidea izquierda y como hallazgo incidental se diagnostica de taquicardia supraventricular por lo que se realiza ablación con radiofrecuencia. En conclusión, con la revisión bibliográfica y experiencia exitosa del paciente sumándose el manejo exhaustivo en cada patología se coincide con los diferentes procedimientos de abordaje. Este caso pretende explicar los beneficios de las diferentes técnicas utilizadas en la paciente, junto a su evolución.

Palabras clave: cáncer de mama, lobectomía, lumpectomía, neoplasia folicular de tiroides

Abstract

Invasive ductal carcinoma is the most common type of malignant breast tumor. Globally, breast cancer in women is the second leading cause of death; in Latin America, it is prevalent at 14.1%. In Ecuador, breast cancer accounts for 27% of the population between 40 and 55 years old. Synchronous bilateral breast cancer is rare, occurring in only 1 – 2.5% of patients with breast cancer. Non-invasive follicular thyroid neoplasia is low-risk, diagnosed histopathologically. There is no association between the two pathologies in this case, making it an intriguing case. Herein, the case of a 47-year-old patient with a history of a lump in the right breast for the past 7 years. She was diagnosed with bilateral breast cancer 3 years ago. Two years later, during follow-up examinations, a TIRADS 4 thyroid nodule was detected. A histopathological biopsy confirmed non-invasive follicular thyroid neoplasia. In the medical consensus, the decision was made to perform bilateral lumpectomy with radiotherapy, left thyroid lobectomy, and incidentally, supraventricular tachycardia was diagnosed, leading to radiofrequency ablation. In conclusion, through literature review and the patient's successful experience, combined with comprehensive management of each pathology, the different procedural approaches align. This case aims to elucidate the benefits of the various techniques employed for the patient, along with her progression.

Keywords: breast cancer, lobectomy, lumpectomy, follicular thyroid neoplasia

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons . 

Como citar: Mancheno Lara, P., López Tinitana, J. / Coyago Iñiguez, J. (2023). Carcinoma ductal bilateral con segundo primario en tiroides: Reporte de caso. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 4(3), 1321–1336. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i3.1161>

INTRODUCCIÓN

El carcinoma ductal invasivo de mama es el tipo más frecuente de tumor de mama. Este inicia en los conductos de la mama y en ocasiones ataca al tejido circundante, junto con los tejidos grasos y músculos (García Ruiz et al., 2022; Luz Luna-Palencia Riobamba Núm et al., 2020). Actualmente un número importante de mujeres no tienen conocimiento acerca de la prevención y manejo adecuado de esta patología. Gran parte de las pacientes no son diagnosticadas a tiempo por lo que se dificulta el tratamiento. En el año 2020 fue el tipo de cáncer más frecuente a nivel mundial. Según el registro Nacional de Tumores del Instituto Nacional de Cancerología (ICAN), en Ecuador se producen alrededor de 2.500 casos nuevos de cáncer de mama cada año lo que se registra alrededor del 20,7%, en la ciudad de Cuenca la tasa de incidencia de este en mujeres es del 59,3 por cada 100.000 (INEC, 2017; MSP, 2018; Nuñez & Ramadán, 2018). En general este tipo de cáncer presenta un riesgo bajo de mortalidad y tiene una tasa de supervivencia de 5 años del 99% (INEC, 2017; MSP, 2018).

Entre los tratamientos actuales y con mejor respuesta ante esta patología es la lumpectomía, el cual consiste en un procedimiento quirúrgico donde se extirpa todo el tejido mamario afectado, con conservación de la mama. La radioterapia después de la lumpectomía ayuda a reducir el riesgo de recidiva tumoral en el sitio (Qi et al., 2021; The Economist Intelligence Unit, 2017). Se ha establecido que el síntoma más común es la presencia de un nódulo duro, fijo y doloroso con un 75% de los casos y con menor frecuencia la presencia de ulceración, retracción del pezón y adenopatías axilares.

El carcinoma bilateral simultáneo es aquel que se presenta al mismo tiempo en las dos mamas o el que se diagnostica hasta 12 meses luego del primer diagnóstico de tumor (metacrónico). Según estudios se ha determinado que existe hasta 5 veces más riesgo de contraer cáncer de mama contralateral en pacientes quienes ya han sido diagnosticados de cáncer en una de las mamas, frente a individuos sin esta patología. La sobrevida de estos pacientes es menor debido a que tienen mayor riesgo de hacer metástasis a distancia en comparación con los de tipo metacrónicos o unilaterales. Habitualmente la lesión contralateral se diagnostica mediante las distintas técnicas de imagen como mamografía, ecografía o resonancia magnética (Cárdenas Achong et al., 2022; Torres Ajá et al., 2023). Entre los marcadores tumorales para el seguimiento de la evolución del cáncer de mama tenemos al antígeno carcinoembrionario (CEA) y al CA 15-3, la cual es una proteína liberada por las células neoplásicas hacia la circulación; estos pueden encontrarse elevados en casos de enfermedad metastásica; a su vez también son usados para detectar recidiva o llevar control de eficacia del tratamiento, estando aprobados por la FDA (Bonilla Sepúlveda, 2020).

Por otro lado, en cuanto a la neoplasia tiroidea folicular no invasiva es considerado un tumor que surge de las células foliculares de la glándula tiroidea, este tipo de cáncer generalmente es in situ. Comúnmente se presenta como un nódulo tiroideo solitario el cual es palpable y el diagnóstico se realiza mediante biopsia. Es poco común en la ciudad de Cuenca, su tasa de incidencia es de 5,8 casos por cada 100.000 habitantes, acotando que no existen datos específicos disponibles sobre la tasa de incidencia de esta patología (Isaac et al., 2021; SOLCA, 2018). Tiene un bajo potencial maligno, con riesgo casi nulo de recurrencia y mortalidad (Isaac et al., 2021).

Se ha determinado que la variante folicular es la más prevalente del cáncer papilar de tiroides y es reconocido por la composición de folículos neoplásicos en lugar de papilas, así mismo se establece que esta variante encapsulada tiene un comportamiento muy indolente; a pesar de que existen varias opciones de tratamiento, gran parte de los pacientes con esta patología son tratados como si tuvieran cáncer de tiroides convencional.

La técnica de la lobectomía tiroidea consiste en la extirpación de un lóbulo de la glándula tiroidea con la cual se logra tratar las diferentes afectaciones que presente la tiroidea, logrando mantener la funcionalidad de la glándula. Es importante llevar a cabo una selección precisa de la técnica de manejo apropiada según la evaluación clínica individual de cada paciente (Romero Ulloa et al., 2022; Salman M et al., 2020).

La neoplasia de mama implica gran actividad endocrina, por lo que dichas alteraciones hormonales ejercen efectos estimulantes de crecimiento y de proliferación, ciertos estudios establecen una posible relación o vínculo entre el cáncer de mama y enfermedad tiroidea como por ejemplo hipertiroidismo, hipotiroidismo y nódulos tiroideos benignos, siendo estos las entidades más comunes en cuanto a la asociación de cáncer mamario (Gerson et al., 2002).

METODOLOGÍA

Se realiza un reporte de caso, que describe las características clínicas, histopatológicas, de tratamiento y evolución, mediante un registro de fuente mixta y realizando una búsqueda exhaustiva de la literatura científica sobre casos semejantes considerando artículos científicos originales, tesis y capítulos de libros en bases de datos especializadas como Pubmed, Scopus, Web of Science utilizando términos de búsqueda relevantes como "cáncer de mama", "carcinoma ductal invasivo". "neoplasia tiroidea folicular" y "taquicardia supraventricular".

Caso Clínico

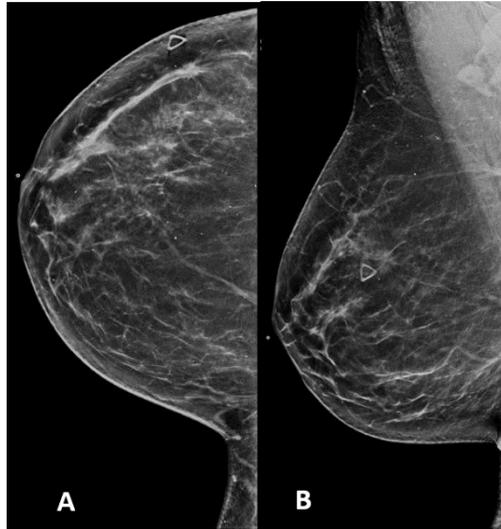
Paciente femenina de 50 años de edad, acude a consulta en el 2016 por molestia en la zona axilar, brazo y mama derecha, por lo que mediante exámenes de imagen se determina la presencia de una masa pequeña con aspecto normal y con un BIRADS 1, posteriormente a control anual, en el 2018 se presenta un BIRADS 2 con una sintomatología donde destaca dolor urente y punzante a nivel de protuberancia palpable donde se mantiene sin cambios hasta el 2020. Luego de 1 año tras viajar a Estados Unidos se realiza control, en el cual mediante ecografía y mamografía se determina la presencia de un BIRADS 5 con misma sintomatología junto a una agudización del dolor a nivel dorsal.

Como antecedentes médicos presenta histerectomía a los 42 años en el 2015, debido a endometriosis, a los 44 años en el 2017 fue detectada con un microprolactinoma hipofisario, no requirió tratamiento y se mantiene en controles periódicos, colecistectomía a los 47 años en el 2020 y al mes siguiente una ureteroscopía debido a presencia de litos en ambos riñones con diagnóstico de hidronefrosis moderada; en cuanto a los antecedentes familiares madre falleció con cáncer renal junto a tumor hipofisario, padre falleció con cáncer de estómago, abuela materna falleció con cáncer de útero y tía materna falleció con cáncer de mama.

En el examen físico a la inspección de la mama se determina gran volumen de tejido glandular, a la exploración del territorio ganglionar no se evidencia adenopatías. A la palpación mamaria de lado derecho se evidencia masa de consistencia dura y firme en el cuadrante inferior externo; mama izquierda normal. Posteriormente mediante los exámenes de imagen como ecografía y mamografía se corrobora la presencia de dicha masa de 9 mm, por lo que se realiza una biopsia de la mama derecha obteniendo como resultado positivo ER/PR y negativo HER-2, genético negativo.

Figura 1

Mastografía derecha



Nota: A) proyección cráneo-caudal. B) proyección medio oblicua lateral. En el cuadrante inferior externo se observa una imagen nodular radio-opaca de contornos estelares asociada a microcalcificaciones.

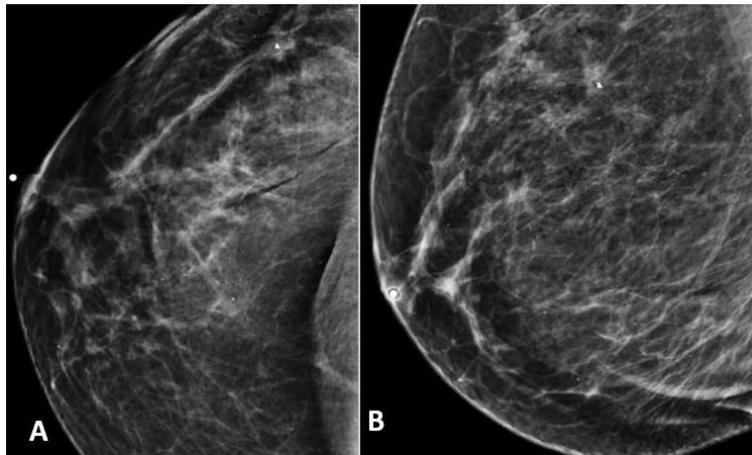
Fuente: elaboración propia.

Se procede a realizar lumpectomía de la mama derecha, la cual consiste en la extirpación del cáncer junto con una porción pequeña del tejido sano que lo rodea, con el objetivo de obtener bordes libres de neoplasia, en la misma se puede realizar otra incisión pequeña cerca de la zona axilar para extirpar nódulos linfáticos, lo característico de esto es la conservación de la apariencia de la mama con las suturas, además del pezón y areola. Este procedimiento casi siempre se continua con radioterapia o quimioterapia dependiendo el caso.

En control mediante resonancia magnética realizada al mes se evidencia masa de 6mm porción interna media 1 cm de la areola, por lo cual se determina la realización de otra lumpectomía en la mama izquierda. Transcurrido un mes procedan a realizar radioterapia en ambos senos (40 sesiones). Además, se indica medicación por 5 años en base a tamoxifeno de 20 mg una tableta diaria. Control posterior en el mes de diciembre del 2021 se evidencia un BIRADS 2 en ambas mamas.

Figura 2

Mastografía izquierda

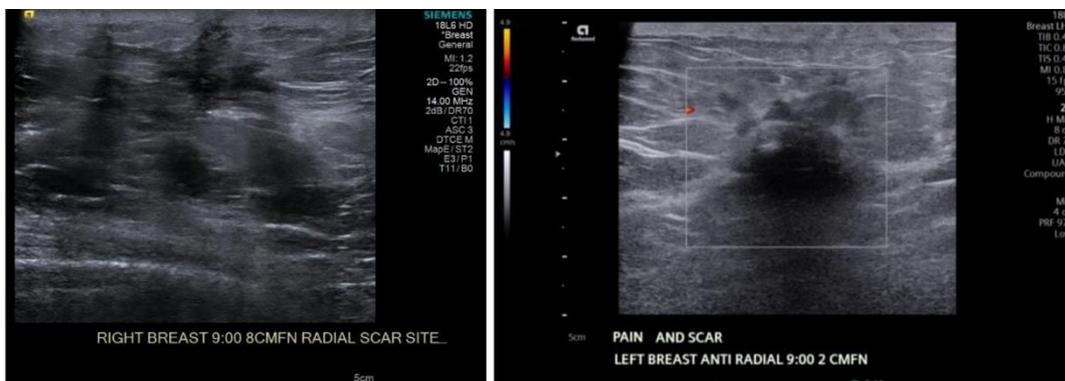


Nota: A) proyección cráneo-caudal. B) proyección medio oblicua lateral. En el cuadrante superior externo se observa una imagen nodular radio-opaca de bordes espiculados e imagen con densidad metálica en su interior que corresponde a marcaje de la lesión descrita.

Fuente: elaboración propia.

Figura 3

Ultrasonido de mamas bilateral



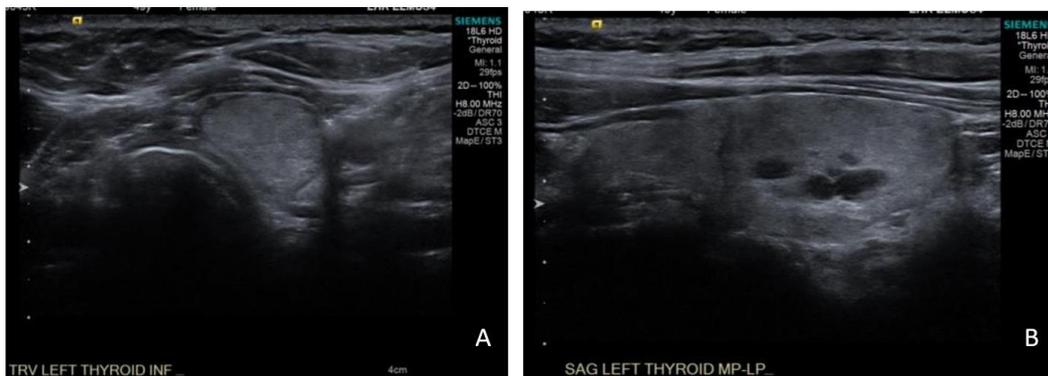
Fuente: elaboración propia.

En la figura se observa tejido fibroglandular disperso con mejora del parénquima, se identifican cambios post quirúrgicos en ambos senos a partir de lumpectomía bilateral, no se detecta aumento sospechoso en ninguna de las mamas.

En enero del 2022 por control oncológico, se evidencia en el examen físico la presencia de un nódulo tiroideo en lóbulo izquierdo, sin sintomatología. Por lo que se procede a realizar ecografía tiroidea con hallazgo de nódulo isoecoico lobulado de 3,0 x 1,8 x 1,0 cm en el lóbulo izquierdo medio inferior, por lo cual se indica biopsia mediante PAAF, con un resultado de Bethesda 2017 categoría III A, lo que sugiere un riesgo de cáncer de aproximadamente el 50%, por lo que se considera la resección quirúrgica.

Figura 4

Ultrasonido tiroideo

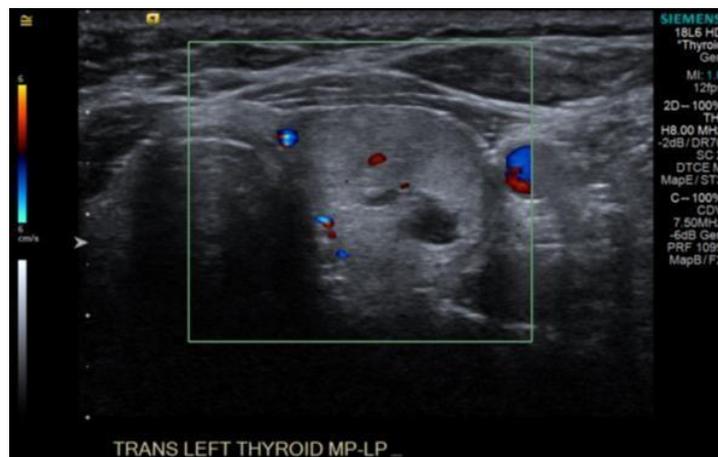


Nota: A) Corte Transversal. B) Corte longitudinal. Imagen nodular sólida y ecogénica localizada en el lóbulo izquierdo de la glándula tiroidea que presenta contornos lobulados y corresponde a categoría TI-RADS 4 (ACR2017).

Fuente: elaboración propia.

Figura 5

Nódulo ya descrito que muestra vascularidad interna con la modalidad Doppler color

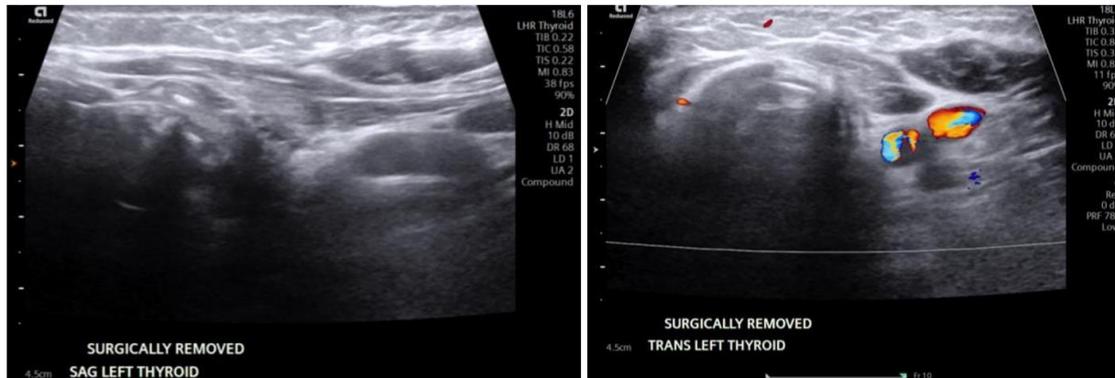


Fuente: elaboración propia.

En septiembre del 2022 se realiza hemitiroidectomía izquierda por reporte citológico de Neoplasia folicular no invasiva con características nucleares similares a las papilares (NIFTP); esta cirugía se basa esencialmente en extirpar el lóbulo que presenta el cáncer, generalmente junto con el istmo, es común usar esta técnica en cánceres tiroideos diferenciados que son pequeños y que no muestran ningún signo de invasión extraglandular, la principal ventaja de esta técnica quirúrgica es la preservación del tejido glandular funcional con el objetivo de no requerir terapia hormonal sustitutiva.

Figura 6

Ultrasonido tiroideo de control



Fuente: elaboración propia.

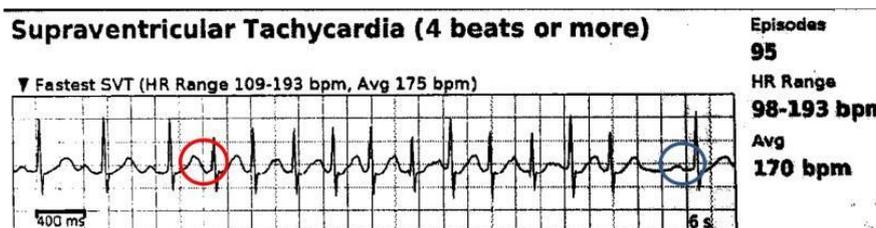
En la figura se observa cambios post quirúrgicos secundarios a hemitiroidectomía izquierda sin datos de actividad tumoral a nivel ganglionar cervical.

En octubre del 2021 la paciente refiere tener palpitaciones con episodios de 2 a 3 al día, por lo que acude a consulta y manejan con bisoprolol de 2,5 mg diario, durante dos meses, sin mejoría. En febrero del 2022 presenta taquicardia con latidos superiores a 260 lpm junto a parestesia a nivel facial y en las extremidades, en emergencias se administra adenosina por 3 ocasiones, se realizan exámenes de laboratorio, electrocardiograma, ecocardiografía, reportados como normales.

Cardiólogo recomienda colocar un monitor holter iRhythm Zio XT durante 15 días, el cual reportó: taquicardia sinusal seguido de taquicardia auricular focal paroxística por lo que es derivada a electrofisiología, dónde planifican ablación debido a las inconsistencias continuas de las arritmias. Después de la ablación se le administró xarelto 20 mg durante 3 semanas. Se determinó como conclusión la inducción de taquicardia auricular que se origina en la base del apéndice auricular izquierdo/anillo mitral lateral.

Figura 7

Trazado de Holter



Fuente: elaboración propia.

En la figura se evidencia periodo de taquicardia sinusal seguido de una taquicardia auricular focal paroxística (círculo rojo) con posterior reversión en ritmo sinusal (círculo azul). Se evidencia RR irregulares, QRS estrechos 0.8 con m/s una FC 175 lpm. Nótese el comienzo de la taquicardia auricular y reversión en ritmo sinusal.

Figura 8

Resultados arrojados por el monitor Holter

Enrollment Period		Analysis Time		Patient Events		Ectopics					
13 days 19 hours		13 days 18 hours		Total Triggers: 14		Total Diaries: 10		Rare	Occasional	Frequent	
06/01/22, 02:53pm to		(after artifact removed)		Findings within ± 45 sec of triggered events or diary entries				<1%	1% to 5%	>5%	
06/15/22, 09:59am								Supraventricular Ectopy (SVE/PACs)			
Heart Rate				Range	Trigger	Diary	Isolated	Occasional	2.4%	41335	
Overall	Max	193 bpm	03:57pm, 06/07	167-190 bpm	✓	✓	Couplet	Rare	<1.0%	416	
	Min	49 bpm	05:33am, 06/09	82-133 bpm	✓	✓	Triplet	Rare	<1.0%	356	
	Avg	88 bpm					Ventricular Ectopy (VE/PVCs)				
Sinus	Max	146 bpm	08:56pm, 06/02				Isolated	Rare	<1.0%		
	Min	49 bpm	05:33am, 06/09				Couplet	0			
	Avg	88 bpm					Triplet	0			
							Longest Ventricular Bigeminy Episode			0 s	
							Longest Ventricular Trigeminy Episode			0 s	

Fuente: elaboración propia.

En la figura se evidencia el ritmo cardíaco máximo de 193 lpm, mínimo de 49 lpm y una media de 88 lpm.

En fluoroscopia en la región del haz y en el ventrículo derecho. Obteniendo intervalos de referencia de: SCL 720ms, PR 180 ms, QRS 75 ms, QT 382 ms, AH 125 ms, HV 54 ms. Después de completar la ablación por radiofrecuencia el goteo de isoproterenol fue continuo y subió a 4mcg/min durante 15 minutos aproximadamente, posterior a este no se observaron más arritmias.

La evolución de la paciente en relación a las 3 patologías ha sido favorable y sin recidivas hasta el momento. En cuanto al carcinoma ductal invasivo de mamas se encuentra aún en tratamiento con tamoxifeno 20 mg/día junto a controles.

DISCUSIÓN

El carcinoma ductal invasivo es considerado como el tipo más frecuente de cáncer de mama, este tiene inicio en las células que revisten al conducto mamario, desde donde invade a los tejidos cercanos. El carcinoma de mama bilateral sincrónico hace referencia a la aparición de dos o más lesiones tumorales de forma simultánea en ambas mamas o en un lapso de 6 a 12 meses después del primer diagnóstico de cáncer en una de ellas. Es frecuente que el cáncer de mama contralateral se halle en un estadio más temprano que el primero. Vela Ruiz et al. (2021) relata que el carcinoma bilateral de mama es poco frecuente y raro, así mismo recalca la importancia de diferenciar entre un segundo cáncer de mama primario y un metastásico, similar literatura tiene el estudio de Qui WX et al. (2021).

Los marcadores tumorales como el CA 15-3 y el antígeno carcinoembrionario son empleados para llevar un seguimiento de eficacia del tratamiento del cáncer de mama, según el Grupo Europeo de Marcadores Tumorales añadiendo que también sirven para evaluar el pronóstico y detección temprana de la enfermedad. Sin embargo, la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO) no recomienda su utilización para la detección, diagnóstico, estadificación o vigilancia de rutina de pacientes con esta patología después de la terapia primaria, de igual forma destaca que no debe ser utilizado como único elemento determinante para el tratamiento.

García Ruiz et al. (2022) alude que la mastectomía total es la mejor opción de tratamiento para el cáncer de mama, lo que contradice con otros investigadores, quienes establecen que la lumpectomía es la técnica de elección en la mayoría de casos debido a que esta busca el control de la enfermedad y el resultado estético aceptable, además de que la mastectomía está indicada en caso de que existan factores como la imposibilidad a radioterapia y no deseo de cirugía conservadora; en este caso la paciente fue sometida a una lumpectomía bilateral la cual arrojó resultados favorables.

Sabel. (2023) señala que mediante varios estudios aleatorizados donde usaron las distintas técnicas quirúrgicas y radiación variables ya mencionadas en este artículo se determinó que las tasas de recurrencia a largo tiempo en la mama tratada fue de 5 y 22% después de la lumpectomía y de un 4 a 14% después de la mastectomía; por otro lado, las tasas de recurrencia a nivel local luego de la lumpectomía oscilan al 2 % a los 10 años, se ha definido que esta incrementa con la edad temprana, márgenes quirúrgicos positivos, diseminación a ganglios, negatividad del receptor de estrógenos y ausencia de radioterapia, lo cual coincide con la investigación de Taghian. (2023).

Desde el año 2013 varios estudios han demostrado que existe una mejor supervivencia en pacientes sometidas a lumpectomía frente a aquellas que se realizaron mastectomía, independientemente de la edad, estadio, características del tumor, cáncer y fenotipos, esto debido al potencial impacto de la radioterapia adyuvante frente a que la mastectomía podría no extirpar todo el tejido mamario, dejando así cáncer remanente, así lo establece Sabel. (2023). De igual forma también menciona que la radioterapia adyuvante reduce de forma sustancial el riesgo de recurrencia en la mama; en cuanto a la tasa de recurrencia en la zona axilar después de un proceso de lumpectomía es mucho menor frente a la de una mastectomía sin radiación con cifras de 1,1% y 3,5% respectivamente; de acuerdo a estudio de 13 años de duración realizado por el mismo, se establece que tanto la supervivencia genera como la supervivencia libre de enfermedad fueron las más óptimas después de la lumpectomía que después de la mastectomía, con cifras de 79,5% frente a 64,3% y 90,5% frente a 84% respectivamente.

La calidad de vida de pacientes que han sido sometidas a mastectomía radical es deficiente debido a las diferentes secuelas físicas y psicológicas que origina, así lo señalan Nuñez & Ramadán. (2018), mientras que se ha demostrado que mediante la lumpectomía la paciente tiene una mejor calidad de vida, lo que se puede comprobar en la evolución actual de la paciente del caso descrito. Rodríguez & Salazar. (2019) recalcan en base a su estudio que en el Ecuador la supervivencia a 5 años es de alrededor del 57%, indica también que se encuentra estrechamente relacionada con el estadio clínico en el que se encuentre, aparte de que un diagnóstico oportuno aumenta las probabilidades de sobrevivida. Según Orellana Beltrán & Valladares Martínez. (2019) indican que el signo clínico más común y característico es la tumoración o masa.

Se estimó que la tasa de mortalidad por cáncer de mama en cuanto a la mastectomía se redujo gracias al empleo de la radioterapia locoregional en comparación a quienes, no tratadas con la misma, con valores de 19,8% frente a 16% respectivamente, lo señala Alphonse Taghian (2023). Por otra parte, Collins et al. (2023) señalan que no existe diferencia significativa en la mortalidad específica entre los pacientes con diagnóstico de cáncer de mama sometidos a mastectomía frente a aquellos que se sometieron a lumpectomía, a pesar de que existe un pequeño aumento de riesgo de mortalidad, alrededor del 20% después de la mastectomía, sin embargo, esta diferencia no es considerada estadísticamente concluyente por el intervalo de confianza que es del 95%.

Rodríguez & Salazar. (2019) señalan que los factores clínicos asociados negativamente a la supervivencia son la metástasis hacia ganglios linfáticos, presencia de receptores hormonales solos o en combinación con la HER-2. Así mismo Orellana Beltrán & Valladares Martínez. (2019) en su estudio indican que la expresión de marcadores inmunohistoquímicos como el HER-2 negativo es más común que los positivos y en cuanto a los ER y PR se encuentra en mayor cantidad los positivos frente a los negativos, como es el caso descrito anteriormente. De igual forma García Ruiz et al. (2022) cita que entre los factores que aumentan gradualmente el riesgo de padecer cáncer de mama es tener familiares cercanos con mutación del gen BRCA.

En cuanto a los cánceres de mama que carecen de la expresión del receptor de estrógeno, de progesterona y del receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano conocido por sus siglas como HER2 y en algunos casos se agrega la hibridación fluorescente in situ con sus siglas "FISH" negativo se lo denomina como cáncer de mama triple negativo según las directrices de la ASCO, este tiende a presentarse de forma más agresiva que los demás tipos de cáncer de mama. Este se presenta en alrededor del 15% de cánceres de mama a nivel mundial y son diagnosticados más comúnmente en mujeres menores de 40 años. Uno de los factores de riesgo más relacionado con este tipo, entre los cuales, está el estado de mutación BRCA positivo en el cual se estima que hasta el 20% de individuos con cáncer de mama triple negativo tienen una mutación en el gen BRCA frecuentemente en el BRCA1. Por lo que es importante derivar a estos pacientes donde un asesor genético con el fin de que se analice las pruebas de línea germinal BRCA, lo dicen Anders & Carey. (2023).

Sin embargo, García Ruiz et al. (2022) también agrega más aspectos como la hiperplasia ductal atípica o lobular y exposición a radiación en el pecho antes de los 30 años como factores predisponentes, a su vez, menciona que los aspectos que sugieren un peor pronóstico son la edad temprana, ausencia de receptores de estrógenos y progesterona, presencia de proteína HER2 o mutaciones en los genes BRCA.

Varios estudios han demostrado el gran impacto que tienen los antecedentes familiares en la aparición del cáncer de mama, en este caso como se puede observar la paciente presenta una carga alta de posible herencia de cáncer. Łukasiewicz et al. (2021) menciona que la edad promedio de presentación de esta patología es a partir de los 50 años, siendo muy rara antes de la misma, sin embargo, otros autores como Nuñez & Ramadán. (2018) determinan al grupo etario entre los 24 y 61 años, concordando ambos investigadores en que el sexo femenino es el que predomina.

Omayra et al. (2022) expresa que el cáncer de tiroides es la neoplasia endocrina más común, de lenta evolución y con una presentación clínica característica de nódulos tiroideos seguido de las adenopatías cervicales junto hallazgos casuales intraoperatorios, determina que el 4 al 10% de los nódulos son malignos.

Según Tuttle. (2022) la supervivencia general a 10 años en pacientes tratados con lobectomía fue de 90,8% y supervivencia por causa específica de 98,6%, lo cual es casi similar a los pacientes sometidos a tiroidectomía total con un 90,4% y 96,8% respectivamente. La recurrencia después de la tiroidectomía es menor frente a la de la lobectomía debido que la primera elimina la totalidad de la glándula tiroides, sin embargo, puede haber diseminación hacia los ganglios u otras zonas donde puede darse casos de recurrencia, la mortalidad después de ambas técnicas es baja especialmente en los cánceres tiroideos bien diferenciados como la neoplasia papilar y folicular.

Cameselle-Teijeiro et al. (2020) comenta que en las muestras citológicas no es posible distinguir de forma fiable entre NIFTP y carcinoma papilar, ante esto recomienda cambiar la decisión de tiroidectomía total a hemitiroidectomía; lo que concuerda con Romero Ulloa et al. (2022), este también menciona que la neoplasia tiroidea folicular no invasiva con características nucleares de tipo papilar tiene un pronóstico excelente, siendo únicamente necesario la lobectomía tiroidea.

Es importante la distinción entre las diferentes masas tiroideas, excluyendo la creencia de que todo nódulo a este nivel diagnóstico es "cáncer", disminuyendo así un tratamiento agresivo innecesario y de alto costo, que tiene gran probabilidad de desarrollar un estrés psicológico en el paciente. Estudios señalan que el sistema Bethesda ayuda a evaluar al nódulo tiroideo mediante la biopsia del mismo y clasificarlos en categorías, en este caso la paciente presentaba lesiones foliculares, con forma atípica, por lo que se le clasificó con un Bethesda 2017 categoría III A, el cual de acuerdo a Ross. (2023) tiene un riesgo de malignidad de entre el 10 y 40%.

Además, Salman M et al. (2020) plantea que la forma de diagnosticar el cáncer folicular y papilar de tiroides cambió de un patrón arquitectural a uno de características nucleares; así mismo expresa que entre las herramientas destacadas para el diagnóstico preoperatorio se encuentra la ecografía y la punción con aguja fina junto a estudios moleculares, es fundamental recalcar que ninguna de estas por sí sola o en conjunto asegura completamente el diagnóstico de la patología, mientras que el estudio integrado puede orientar hacia una conducta quirúrgica razonable.

Dentro de la literatura médica se describen pocos casos asociados al tema expuesto, por lo que se describen las patologías por separado, se consideró de alta relevancia exponer este reporte de caso ya que tiene tres lesiones tumorales y un trastorno de conducción cardíaca.

CONCLUSIÓN

El cáncer de mama actualmente es una de las neoplasias con mayor incidencia en mujeres alrededor del mundo, es común hoy en día hallarlo en pacientes menores de 50 años, debido a los distintos cambios de los factores modificables como el sedentarismo y obesidad principalmente, sin dejar de lado a los factores genéticos. Se define como carcinoma bilateral o sincrónico de mama a la presencia de uno o más tumores malignos sin dependencia de cualquiera de las glándulas mamarias diagnosticados simultáneamente o dentro de un lapso de 6 a 12 meses después de haber sido diagnosticado el primero de ellos. Es importante mencionar que el antígeno CA 15-3 no es específico en base al seguimiento de pacientes que presentan recurrencia de cáncer, una vez ya se haya iniciado el tratamiento para el cáncer primario de mama, ni como marcador tumoral para la detección ni vigilancia del cáncer de tiroides, a pesar de que en este reporte de caso se determinaron niveles altos del antígeno.

La terapia adyuvante en este caso como la radiación, genera campos tangenciales de irradiación los cuales contribuyen a la reducción de la recurrencia locorregional, mejora la supervivencia general y específica; el objetivo de esta terapia es eliminar cualquier depósito neoplásico que permanezca después de la técnica quirúrgica realizada ya sea mastectomía o lumpectomía. Por otro lado, el control local es fundamental en el tema de la supervivencia general, ya que la falla local es considerada como un factor de riesgo de metástasis a distancia, según estudios analíticos se estima que aproximadamente un paciente puede fallecer de cáncer de mama por cada cuatro recurrencias locales.

Ciertos estudios limitados a largo plazo mencionan que aquellos pacientes que tienen cáncer de mama con receptores hormonales positivos, HER2 negativo, que cursan una edad avanzada y que son manejados con terapia endocrina adyuvante pueden no ser sometidos a radioterapia adyuvante después de la lumpectomía.

El cáncer de tiroides es considerado como la neoplasia más común del sistema endocrino y a nivel mundial alrededor del 10% de las personas lo tienen, en América Latina se estima que representa aproximadamente el 15% en mujeres mayores de 40 años, siendo el grupo etario promedio de diagnóstico entre los 50 y 60 años. La prevalencia según estudios se ha determinado que al examen físico es de aproximadamente el 10% y luego del ultrasonido incrementa hasta el 68% en la población en general. La variante folicular del cáncer tiroideo es considerada como una enfermedad poco frecuente y de lenta evolución, presentando un potencial maligno muy bajo, motivo por el cual se lo denominó como neoplasia tiroidea folicular no invasiva. Sin embargo, esta patología tiene un pronóstico excelente, siendo en la mayoría de los casos suficiente una hemitiroidectomía. Se espera el análisis de más estudios complementarios sobre la recurrencia y mortalidad de cada una de las técnicas empleadas en esta patología para poder establecer definiciones concretas.

La asociación entre trastornos de la glándula tiroides y el cáncer de mama es poco común. Varias patologías tiroideas pueden anteceder el diagnóstico de cáncer de mama hasta un lapso de tiempo de 16 años, mientras que, por otro lado, la disfunción de la glándula posterior a la presencia de la neoplasia puede manifestarse en un intervalo menor, de aproximadamente uno a dos años. No existe información epidemiológica exacta coexistente de las dos patologías en sí. Por lo que este estudio es realizado con el fin de aportar información acerca de la no relación entre estos trastornos junto con el correcto tratamiento de cada una de ellas y la calidad de vida posterior del paciente; centrando pautas para más investigaciones a futuro acerca del tema abarcado.

REFERENCIAS

Anders, C. K., & Carey, L. A. (2023). ER/PR negative, HER2-negative (triple-negative) breast cancer - UpToDate. https://www.uptodate-com.vpn.ucacue.edu.ec/contents/er-pr-negative-her2-negative-triple-negative-breast-cancer?search=triple negativo cáncer de mama&source=search_result&selectedTitle=1~55&usage_type=default&display_rank=1

Bonilla Sepúlveda, Ó. A. (2020). Marcadores tumorales en cáncer de mama. *Ginecología y Obstetricia de México*, 88(12), 860–869.

Cameselle-Teijeiro, J. M., Bella Cueto, M. R., Eloy, C., Abdulkader, I., Amendoeira, I., Matías-Guiu, X., & Sobrinho-Simões, M. (2020). Tumors of the thyroid gland. Proposal for the management and study of samples from patients with thyroid neoplasms. *Revista Espanola de Patología: Publicacion Oficial de La Sociedad Espanola de Anatomia Patologica y de La Sociedad Espanola de Citologia*, 53(1), 27–36. <https://doi.org/10.1016/J.PATOL.2019.03.003>

Cárdenas Achong, L., Herrera Wainshtok, A. C., & Rivera Salgado, M. Á. (2022). Carcinoma de mama bilateral sincrónico. Presentación de un caso. *Revista Colombiana de Radiología*, 33(1). <https://rcr.acronline.org/index.php/rcr/article/view/150/270>

Collins, L. C., Laronga, C., & Wong, J. S. (2023). Ductal carcinoma in situ: Treatment and prognosis - UpToDate. https://www.uptodate-com.vpn.ucacue.edu.ec/contents/ductal-carcinoma-in-situ-treatment-and-prognosis?search=mastectomía y lumpectomía&topicRef=14219&source=see_link

García Ruiz, A., Baldeon Campos, S. F., Fierro Guzñay, A. M., & Santilan Coello, C. E. (2022). Cáncer de mama. *RECIAMUC*, 6(3), 521–534. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(3\).julio.2022.521-534](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(3).julio.2022.521-534)

Gerson, R., Serrano, A. O., Álvarez, I., & Villalobos, A. (2002). Frecuencia de alteraciones tiroideas en pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica Del Hospital General de México*, 65(2), 63–67.

INEC. (2017). El cáncer de mama en Ecuador. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/el-cancer-de-mama-en-ecuador/>

Isaac, J., Miño, S., Zenia, ;, Castro, B., De La, M., García Barceló, C., Xavier, R., Alulema, P., Krupskaya, D., Garcés, S., Lucas, ;, Orozco, G., Fabiola, A., & Salazar, A. (2021). Tendencias epidemiológicas del cáncer de tiroides en la zona centro de Ecuador en el periodo 2012-2016. *Mediciencias UTA*, 5(3), 58–65. <https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v5i3.1194.2021>

Łukasiewicz, S., Czezelewski, M., Forma, A., Baj, J., Sitarz, R., & Stanisławek, A. (2021). Breast Cancer—Epidemiology, Risk Factors, Classification, Prognostic Markers, and Current Treatment Strategies—An Updated Review. *Cancers*, 13(17). <https://doi.org/10.3390/CANCERS13174287>

Luz Luna-Palencia Riobamba Núm, R., Sur, L., Gustavo Madero, A. A., Luz Luna-Palencia, R., & Neftali De la Cruz-Escobar, E. (2020). Revista Mexicana de Mastología Actualidades en el manejo sistémico del cáncer de mama Current affairs in breast cancer systemic treatment. *Rev Mex Mastol*, 10(3), 71–82. <https://doi.org/10.35366/99156>

MSP. (2018). Cifras de Ecuador – Cáncer de Mama – Ministerio de Salud Pública. <https://www.salud.gob.ec/cifras-de-ecuador-cancer-de-mama/>

Nuñez, S., & Ramadán, C. (2018). PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR POSGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

Omayra, O. M. P., Reyes, M. D. O., Recalde, S. D. J. F., & Luna, E. Y. L. (2022). Técnicas quirúrgicas en lobectomía parcial tiroidea en pacientes con hipertiroidismo primario. Riesgos y beneficios. *RECIMUNDO*, 6(2), 291–299. [https://doi.org/10.26820/RECIMUNDO/6.\(2\).ABR.2022.291-299](https://doi.org/10.26820/RECIMUNDO/6.(2).ABR.2022.291-299)

Orellana Beltrán, J. A., & Valladares Martínez, O. M. (2019). Perfil clínico epidemiológico de las pacientes con cáncer de mama del Instituto del Cáncer de El Salvador, de agosto a diciembre 2019. 74–74. <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/jfr39>

Qi, W. X., Cao, L., Xu, C., & Chen, J. (2021). Lumpectomy Combined with Adjuvant Radiotherapy Could Be a Treatment Option for Primary Squamous Cell Carcinoma of the Breast. *Journal Of Oncology*. <https://doi.org/10.1155/2021/2497227>

Rodríguez, C. P., & Salazar, D. G. (2019). Estudio de supervivencia en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que han sido atendidas en el hospital SOLCA de Quito - Ecuador entre los años 2012 y 2017.

Romero Ulloa, S., Abad Gualpa, H., Carlos, J., Cabezas, R., Pignataro, M. L., & Garaicoa, F. H. (2022). Noninvasive follicular thyroid neoplasm with papillary-like nuclear features (NIFTP): A case report. *Revista Oncología Ecuador*, 32(1), 112–121. <https://doi.org/10.33821/605>

Ross, D. (2023). Evaluation and management of thyroid nodules with indeterminate cytology - UpToDate. [https://www.uptodate-com.vpn.ucacue.edu.ec/contents/evaluation-and-management-of-thyroid-nodules-with-indeterminate-cytology?search=tiroidectomia total y lobectomia&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4](https://www.uptodate-com.vpn.ucacue.edu.ec/contents/evaluation-and-management-of-thyroid-nodules-with-indeterminate-cytology?search=tiroidectomia+total+y+lobectomia&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4)

Sabel, M. (2023). Breast-conserving therapy - UpToDate. [https://www.uptodate-com.vpn.ucacue.edu.ec/contents/breast-conserving-therapy?search=mastectomía y lumpectomía&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2](https://www.uptodate-com.vpn.ucacue.edu.ec/contents/breast-conserving-therapy?search=mastectomía+y+lumpectomía&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)

Salman M, P., Salazar S, I., & Solar, A. (2020). Neoplasia folicular tiroidea no invasiva con características nucleares de tipo papilar (Noninvasive follicular thyroid neoplasm with papillary-like nuclear features o NIFTP): en qué estamos hoy, a propósito de un caso. *Rev. Chil. Endocrinol. Diabetes*, 145–149. http://revistasoched.cl/4_2020/1.pdf

SOLCA. (2018). INFORME DE LABORES.

Taghian, A. (2023). Adjuvant radiation therapy for women with newly diagnosed, non-metastatic breast cancer - UpToDate. [https://www.uptodate-com.vpn.ucacue.edu.ec/contents/adjuvant-radiation-therapy-for-women-with-newly-diagnosed-non-metastatic-breast-cancer?search=mastectomía y lumpectomía&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4](https://www.uptodate-com.vpn.ucacue.edu.ec/contents/adjuvant-radiation-therapy-for-women-with-newly-diagnosed-non-metastatic-breast-cancer?search=mastectomía+y+lumpectomía&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4)

The Economist Intelligence Unit. (2017). Control del cáncer, acceso y desigualdad en América Latina: Una historia de luces y sombras - The Economist Intelligence Unit (EIU). *The Economist Intelligence Unit Limited* 2017, 1–74. <https://eiperspectives.economist.com/healthcare/control-del-cáncer-acceso-y-desigualdad-en-américa-latina-una-historia-de-luces-y-sombras/white-paper/control-del-cáncer-acceso-y-desigualdad-en-américa-latina-una-historia-de-luces-y-sombras>

Torres Ajá, L., Sarmiento Sánchez, J., Avilés, C. G., & Lima, G. A. (2023). Cáncer de mama bilateral sincrónico. Revisión de la literatura y presentación de un caso Synchronous Bilateral Breast Cancer. A Literature Review and a Case Report. *Revista Finlay*, 2(2). <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/94>

Tuttle, M. (2022). Differentiated thyroid cancer: Surgical treatment - UpToDate. https://www-uptodate-com.vpn.ucacue.edu.ec/contents/differentiated-thyroid-cancer-surgical-treatment?search=tiroidectomia total y lobectomia&topicRef=2157&source=see_link

Vela Ruiz, J. M., Ferrer-Ponce, D. I., Sotelo, M. J., Bustamante-Coronado, R., & León-Nué, N. (2021). Carcinoma bilateral de mama en crisis visceral. *Rev. Fac. Med. Hum*, 21(3), 645–652. <https://doi.org/10.25176/RFMH.V21I3.3921>

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](#) .