
PROTOCOLO DEL CANCER DE MAMA HOSPITAL "JR VIDAL"

Claudia Patricia Lorena Fernández, Dr. Fernando Adolfo Díaz, Dra. Liliana Mercedes Bruquetas

Asesores:

Dr. Jorge Raúl Zimerman

Jefe del Departamento de Oncología del Hospital Dr. J. R. Vidal, Corrientes.

Profesor Adjunto- Cátedra I - Cirugía - Facultad de Medicina- U.N.N.E.

Dr. Guillermo Eduardo Harvey

Jefe Servicio de Cirugía Oncológica

Profesor Adjunto- Cátedra I- Cirugía- Facultad de Medicina- U.N.N.E

INTRODUCCION

El cáncer es una de las causas principales de muerte en todo el mundo, solamente excedida por las enfermedades cardiovasculares. Se estima que en el mundo se producen más de 10 millones de casos nuevos de cáncer por año y que en el mismo período más de 7 millones de muertes son causadas por esa enfermedad. (1)

El cáncer de mama constituye el tumor femenino más frecuente y representa la segunda causa de mortalidad en la mujer. En nuestro país, se ha detectado un descenso en la tasa de incidencia desde 26.7 x 100.000 mujeres en 1989 hasta el 17 x 100.000, existiendo una tendencia a mantenerse en estos niveles en la actualidad. (2)

En la Provincia de Corrientes se ubica en el segundo lugar (17.01%) entre los tumores del sexo femenino, ocupando el 1er. Lugar el Cáncer de cuello uterino (30.5%). (3)

En esta zona, los factores socioculturales serían la principal causa del retardo en la consulta médica. En su mayoría, se atribuye este hecho, a la falta de información y concientización para la consulta temprana, como así también para el diagnóstico precoz de esta enfermedad. Es así que las pacientes que recurren a la consulta, lo hacen en un estadio ya avanzado de la enfermedad, siendo los estadios IIIb y IV los más frecuentes en la ciudad de Corrientes.(3)

Consideramos importante dar a conocer la metodología diagnóstica de uno de los centros de salud de nuestra provincia, publicando el Protocolo del Cáncer de Mama, del departamento de Oncología, servicio de Ginecología Oncológica del Hospital JR Vidal.

MATERIALES Y METODOS:

Se utilizaron datos brindados por el Servicio de Oncología del Hospital J. R. Vidal de la ciudad de Corrientes, datos obtenidos de la Hemeroteca y Biblioteca de la Facultad de Medicina de la U.N.N.E, y de sitios de Internet.

DESARROLLO:

Según estudios de especialistas mundialmente reconocidos, las técnicas más utilizadas para el diagnóstico precoz del cáncer de mama, son las siguientes, a saber:

▪ **Autoexploración:** su importancia radica en que es un método de fácil realización, a partir del cual, la mujer puede detectar nódulos o tumores compatibles con malignidad.(4)

▪ **Exploración clínica:** es muy importante. Al momento de la palpación hay que tener en cuenta el tejido mamario y las áreas linfáticas, ante la posibilidad de encontrar signos de malignidad: nódulo duro, fijo y de contorno irregular, la retracción de la piel o del pezón, la secreción sanguinolenta y unilateral, la presencia de adenopatías duras, fijas y homolaterales. (4)

▪ **Mamografía:** Es hoy, el método imprescindible en el diagnóstico precoz del cáncer de mama.

La pesquisa mamográfica, es una medida de rutina para detectar la enfermedad latente en mujeres asintomáticas, lo cual permite tratarlas con posibilidades de cura.

El procedimiento, no previene el cáncer de mama, pero permite reducir la mortalidad en un 30% en mujeres mayores de 50 años.

Una importante evidencia, avala que la mamografía, permite detectar tumores de menor tamaño y estadios precoces en mujeres de 40 a 49 años de edad, de lo cual resultaría una modificación en la mortalidad por cáncer de mama.(5,6,7)

Se consideran signos mamográficos de posible malignidad:

- 1.Presencia de un nódulo denso, espiculado, bordes imprecisos, con retracción de la piel o edema cutáneo.
- 2.Microcalcificaciones agrupadas anárquicamente en número superior a seis, no diseminadas y de tamaño simétrico, siendo este el signo de malignidad que aparece más precozmente en la mamografía.
- 3.Pérdida de la arquitectura y desestructuración del tejido mamario.(7)

¿Cuándo debe realizarse una mamografía?

1. Entre los 35-40 años de edad, debería practicarse una mamografía de referencia.
2. A partir de los 40 años, se debe realizar una exploración clínica anual, y una mamografía cada uno o dos años.
3. A partir de los 50 años, lo adecuado es realizar un estudio completo anual.(8)

▪ **B.A.A.F.:** la biopsia aspiración con aguja fina es utilizada cuando hay sospecha de malignidad, este es el método que nos permite estudiar la citología del material obtenido, es económica, sin grandes complicaciones y con gran valor diagnóstico.(9)

▪ **Biopsia :** consiste en la extracción quirúrgica de un fragmento de tejido para su examen histológico. Es el único método que permite establecer en definitiva, un diagnóstico de certeza sobre la naturaleza de la lesión. Todos los diagnósticos clínicos, radiológicos o citológicos de malignidad deben ser ratificados mediante una biopsia antes de establecer la conducta terapéutica. A su vez, cualquier nódulo definido o persistente, aunque tenga caracteres semiológicos de benignidad, debe ser sometido al examen histopatológico.(9)

▪ **Ecografía:** es más eficaz en mujeres jóvenes.

Los signos sospechosos de malignidad son:

- Imagen ecográfica con bordes mal definidos.
- Pérdida del eco posterior. (10)

Algoritmo de ingreso para el diagnóstico y estadificación del cáncer de mama en el Hospital Dr. J. R. Vidal de la ciudad de Corrientes:

Historia clínica del paciente, en la que se detalle:

Interrogatorio:

1. Antecedentes familiares oncológicos, especialmente consignar cáncer de mama y de ovario.
2. Enfermedades mamarias previas.
3. Antecedentes Personales: Menarca, FUM, RM, N° de gestas, Lactancia, FUP, ACO, TRH, Prótesis Mamaria, Derrame por Pezón, Dolores Óseos.
4. Antecedentes Quirúrgicos
5. Antecedentes Patológicos
6. Antecedentes Alérgicos
7. Hábitos: tabaquismo, alcoholismo, café, lácteos, actividad física, dieta.

Al Examen Físico:

* Examen mamario:

1. Tumor: ubicación (la mayoría en cuadrante superoexterno), tamaño: puede ser clínico o mamográfico, en éste caso se considerará el núcleo central sin las espículas, consistencia, superficie, bordes, movilización.
2. Retracción : observar piel, pezón, glándula, y plano muscular.
3. Derrame por el pezón: Tiene valor si es hemático, unilateral y uniporo.
4. Lesión del Pezón: debe consignarse toda erosión del pezón (descartar mediante impronta del pezón citología positiva y evaluar posteriormente con biopsia tridimensional la posibilidad de Enfermedad de Paget).

* Signos axilares:

Constatar la presencia de adenopatías y consignar movilidad o fijeza entre sí o a estructuras vecinas.

* Signos supraclaviculares:

La presencia de adenopatías se considera patológica, generalmente son móviles y no mayores a 1 cm.

* Signos en la cadena mamaria interna:

Infiltración difusa de los tejidos blandos paraesternales, caracterizado por enrojecimiento y sobreelevación de la piel que ocupa más de un espacio intercostal. Las metástasis en ésta localización se clasifican como N2b, Estadio IIIa.

-Exámenes complementarios:

1. Mamografía (en las dos proyecciones, cráneo caudal y oblicua medio lateral).
2. Citología (BAAF): biopsia por aspiración con aguja fina.
3. Histología: obtención de la muestra a *cielo abierto* diferida o por congelación; con *aguja tru-cut* en tumores sin contacto cutáneo o mediante *punch* si hace contacto con piel, en lesiones no palpables sin microcalcificaciones (BIRADS 4) se puede realizar biopsia *core o mamotone*, con microcalcificaciones (BIRADS 4 y 5) biopsia *radioquirúrgica*, en lesiones no palpables sin microcalcificaciones (BIRADS 5) *biopsia radioquirúrgica con técnica radioguiada*.

- Estudios de Estadificación: (habitualmente se solicitan junto a la rutina prequirúrgica)

1. Laboratorio: hemograma, hepatograma, urea, glucemia, coagulograma, ionograma.
2. Examen cardiológico.
3. Rx de tórax (F y P).
4. Centellograma óseo. En estadios I y II sintomáticos o con FAL elevada. En estadios III y IV asintomáticos.
5. Ecografía hepática.
6. Ca 15-3: se solicita sólo para seguimiento.

Extraído de Protocolo del Cáncer de Mama. Departamento de Oncología. Servicio de Ginecología Oncológica. Hospital J. R. Vidal Corrientes.-(11)

CONCLUSION

Como se mencionó previamente, la mayoría de las pacientes se encuentran en estadios avanzados de la enfermedad, siendo los estadios III B y IV, los más frecuentes en la ciudad de Corrientes.

Existe una falta de educación sanitaria de la población acerca de estas patologías y sus factores de riesgo, con escasos programas de información y de detección precoz en la población general. Teniendo en cuenta la fre-

cuencia en aumento y la importancia de este tipo de patologías, es primordial para quienes estamos en el terreno de la salud que nos informemos y hagamos hincapié en una de las armas fundamentales con las que se cuenta contra la patología neoplásica, el Diagnóstico Precoz.

Cuando se trata del cáncer, cuanto más temprano, más posibilidades de curación existen, ya que la primer actitud que se tenga con estas pacientes marcará el pronóstico en forma definitiva y para toda su vida. Es así que consideramos la importancia de dar a conocer el Protocolo de Cáncer de Mama del departamento de Oncología, Servicio de Ginecología Oncológica. Hospital J.R. Vidal de la ciudad de Corrientes.

BIBLIOGRAFIA:

1. Zimerman JR, Harvey GE. Cáncer de Mama localmente avanzado- E III. Experiencia de Oncología Hospital J. R. Vidal. Corrientes. Año 2003.
2. Gimenez L. Epidemiología del Cáncer. Departamento de Oncología. Instituto de Oncología Angel H. Roffo, UBA. Año 2003.
3. Zimerman JR, Harvey GE. Patologías Oncológicas en Corrientes 1995-2000. Hospital J.R. Vidal. Corrientes. Año 2001.
4. Hernández Gutierrez A, Hernández A, cáncer de Mama. CTO. Editorial Interamericana. 2001: Vol. II : 498-499.
5. Esquivel Molla E, Granja P, Sousa Martinez F, Stumbo M, Chaulet A. Digitalización de imágenes mamográficas. Presentación preliminar de un nuevo método. Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la provincia de Buenos Aires, 2000, Vol. 31 (166) : 36-39.
6. Thornton H, Edwards A, Baum M. Las mujeres necesitan mejor información sobre la rutina mamográfica. British Medical Journal. 2003, 327: 101-103.
7. Salas Haman S, Jensen H, Zimmermann MB, Verdier O. Diagnóstico precoz de la patología mamaria maligna. Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la provincia de Buenos Aires .1998, Vol. 29 (156): 37-39.
8. Siegelj-Jtzkovich J. Las con mamas de densidad aumentada, precisan mamografías y ultrasonidos para detectar tumores. British Medical Journal. 2003, 327: 12.
9. Lorusso A, Loureiro A, Gori J. Diagnóstico radioquirúrgico del Cáncer de Mama. Prensa Médica Argentina. 2000, Vol. 9: 783-786.
10. Cosino Di Maggio, Costa A. Neoplasias Mamarias: Métodos Diagnósticos, detección de lesiones no palpables. Caleidoscopio. 1999, Vol. 80: 135-142.
11. Protocolo del Cáncer de Mama. Departamento de Oncología. Servicio de Ginecología Oncológica. Hospital J.R. Vidal. Corrientes. Año 2003.