

EPIDEMIOLOGIA DESCRIPTIVA DEL CANCER DE MAMA EN EL HOSPITAL ESCUELA "Gral. José Francisco de San Martín" de la Ciudad de Corrientes

Luján Cynthia Margarita Lozano Ramírez, Verónica Cecilia Gomez Mieres
Dra. Andrea Silvina Elías. Médica Residente- Hospital Escuela "Gral. José Francisco de San Martín"
- Corrientes – República Argentina

RESUMEN

Introducción: El cáncer de mama está aumentando especialmente en los países en desarrollo, la mayoría de los casos se diagnostican en fases avanzadas. En Argentina, la cifra de fallecimientos por esta causa ascendió a 5.339 mujeres y 40 varones.^(1,6)

Materiales y Métodos: Analizamos las historias clínicas de 78 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama, realizadas en un período de 9 años (2001-2010), del Hospital Escuela "Gral. José Francisco de San Martín", (Corrientes).

Resultados: El motivo de consulta: nódulo o tumor. Paciente masculino: retracción del pezón izquierdo. La franja etárea más numerosa: 50 y 59 años. Antecedentes personales oncológicos: 12 pacientes. Antecedentes ginecoobstétricos, menarca: 12 y 15 años; FUM: 45 y 55 años. 39 pacientes eran multiparas (más de 2 hijos). Ubicación del tumor: mama derecha 52% (Cuadrante Superoexterno 58%). Tamaño más frecuente 17cm. Bordes regulares. Superficie irregular. Móvil. Características de la piel: de naranja y retracción. Características del pezón: eritema peripezón, edema y umbilicación; derrame serohemático, retracción del pezón. Adenopatía: axilar (fijas 12), supraclaviculares (fijas/móviles 2/2), cadena mamaria interna (móvil/fijas 1/1). Estudios complementarios (N° de pacientes): Biopsia por Aspiración con Aguja Fina (47); Mamografía bilateral (35); Ecografía (ECO) abdominal (34); Radiografía (Rx) de tórax (12); Centellograma óseo (23); Tomografía axial computada tórax (TAC) - abdomen – pelvis (29); Resonancia nuclear magnética (2). Diagnóstico, mediante losange con técnica de hematoxilina-eosina. Estudios complementarios: TAC tórax-abdomen-pelvis. Rx tórax. ECO hepatobiliar.

Discusión: Los resultados hallados en nuestra investigación coinciden con los encontrados en la bibliografía consultada y en trabajos de investigación presentados.

Conclusión: Preconizamos en instaurar medidas preventivas para diagnóstico precoz del cáncer de mama, para mejorar el pronóstico y la supervivencia.

Palabras claves: cáncer de mama, diagnóstico precoz, mamografía.

SUMMARY

Introduction: Breast cancer is increasing especially in developing countries, where most cases are diagnosed in advanced stages. In Argentina, the number of deaths from this cause amounted to 5,339 women and 40 men.^(1,6)

Materials and Methods: We analyzed medical records of 78 patients diagnosed with breast cancer, conducted over 9 years (2001-2010), of the Hospital Escuela "Gral. Jose Francisco de San Martín" (Corrientes).

Results: The presenting complaint was nodule or tumor. Male patient: left nipple retraction. The largest age range: 50 and 59. 12 patients had a personal history with cancer. Reproductive background, menarche, 12 and 15; LMP: 45 and 55 años. 39 patients were multiparous (more than 2 children). Tumor location: right breast 52% (58% Quadrant Superior External). Most common size 17cm. Regular edges. Irregular surface. Mobile. Skin characteristics: orange and retraction. Features of the nipple: peripezón erythema, edema and dimpling; spill serohematic, nipple retraction. Adenopathy: axillary (still 12), supraclavicular (fixed / mobile 2 / 2), internal mammary chain (mobile / fixed 1 / 1). Complementary studies (N° of patients): biopsy by fine needle aspiration (FNA) (47), bilateral mammography (35), abdominal ultrasonography (34), chest radiographs X-ray (12); Scan (CTG) Bone (23), Computed axial tomography (CT) thorax - abdomen - pelvis: (29), nuclear magnetic resonance (MR) (2). Diagnosis by losange with hematoxylin-eosin. Additional studies: CT chest-abdomen-pelvis. Chest X-ray. Ultrasonography hepatobiliary.

Discussion: The results obtained in our study agree with those found in the literature and research papers presented.

Conclusion: We advocate in implementing preventive measures for early diagnosis of breast cancer, to improve prognosis and survival.

Keywords: breast cancer, early diagnosis, mammography.

INTRODUCCION

El cáncer de mama es el más común entre las mujeres en todo el mundo, pues representa el 16% de todos los cánceres femeninos, y aunque este cáncer está considerado como una enfermedad del mundo desarrollado, la mayoría (69%) de las defunciones por esa causa se registran en los países en desarrollo.^(1,2)

Se estima que mundialmente, se producen alrededor de 1.200.000 casos nuevos por año, que implican más de 500.000 muertes, más de la mitad de estos decesos ocurren en países de bajos o medianos ingresos. El cáncer de mama es un problema de salud pública en muchos países y también en Argentina, tanto por la cantidad de mujeres que son afectadas como por las complejidades que impone su control. A nivel local se producen 18.000 nuevos casos cada año y mueren unas 5.200 mujeres a causa de esta enfermedad. La detección precoz es fundamental para su tratamiento y cura. La primera causa de muerte por cáncer en mujeres en nuestro país es por tumores de mama. Argentina, luego de Uruguay, es la nación de América con la tasa de mortalidad más alta por cáncer de mama (con aproximadamente 22 muertes por cada 100.000 mujeres).

El Instituto Nacional del Cáncer (INC) es responsable del desarrollo y la implementación de políticas de salud, así como de la coordinación de acciones integradas para la prevención y el control del cáncer en el país. El principal objetivo del organismo es disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer, además de mejorar la calidad de vida de las personas con esta enfermedad.⁽³⁾ En la provincia de Corrientes, en el sistema público de salud se ubica en el segundo lugar (17.01%) entre los tumores del sexo femenino, ocupando el primer lugar el cáncer de cuello uterino (30.5%). De un modo general se considera que a los 10 años viven el 63% y a los 15 años el 56%.⁽⁴⁾

Se conocen varios factores de riesgo del cáncer de mama. Sin embargo en la mayoría de las mujeres afectadas no es posible identificar factores de riesgo específicos. Los antecedentes familiares de cáncer de mama multiplican el riesgo por dos o tres. Algunas mutaciones, sobre todo en los genes (Brest Cancer: BRCA-1, BRCA-2 y p53, se asocian a un riesgo muy elevado de ese tipo de cáncer. Sin embargo, esas mutaciones son raras y explican sólo una pequeña parte de la carga total del cáncer mamario. Los factores reproductivos asociados a una exposición prolongada a estrógenos endógenos, como una menarquia precoz, una menopausia tardía y una edad madura cuando el primer parto, figuran entre

los factores de riesgo más importante del cáncer de mama. Las hormonas exógenas también conllevan un mayor riesgo de cáncer de mama, por lo que las usuarias de anticonceptivos orales y de tratamientos de sustitución hormonal tienen más riesgos que las mujeres que aquellas que no usan esos productos. La lactancia materna tiene un efecto protector.⁽¹⁾

Los **objetivos** del presente trabajo son: Identificar desde el punto de vista epidemiológico el comportamiento del cáncer de mama en pacientes atendidos en el Hospital Escuela "Gral. José Francisco de San Martín" de la ciudad de Corrientes, durante el período comprendido entre los años 2001-2010. Distinguir la normativa diagnóstica utilizada en dicho nosocomio.

MATERIALES Y METODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo realizado con datos recogidos de los servicios de Clínica Médica, Cirugía, Emergencia, Terapia Intensiva y Neurocirugía del Hospital Escuela "Gral. José Francisco de San Martín" (Corrientes), basado en la evaluación de historias clínicas de 78 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, entre los años 2001 a 2010.

Fueron considerados elegibles para ingresar al estudio aquellas pacientes en cuyas historias clínicas contaban con los siguientes datos: motivo de consulta, edad, antecedentes familiares oncológicos, especialmente cáncer de mama y de ovario. Antecedentes personales: menarca, Fecha de última menstruación (FUM), Nº de gestas. Antecedentes quirúrgicos. Antecedentes patológicos. Hábitos: tabaquismo, alcohol. Al examen físico: examen mamario: tumor: ubicación, tamaño, espículas, superficie, bordes, movilización. Retracción de piel. Características de piel. Derrame por el pezón: seroso, serohemático o hemático. Lesión del pezón. Signos axilares, supraclaviculares y de la cadena mamaria interna, presencia de adenopatías, movilidad y fijeza.

Se excluyeron las pacientes diagnosticadas y con tratamiento previo al año 2001, que no permitían su análisis clínico retrospectivo real.

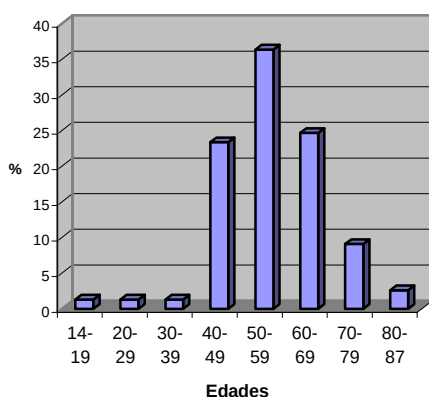
El diagnóstico se estableció por la anamnesis, el examen físico y exámenes complementarios: Citología: biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF); mamografía bilateral (cráneo – caudal y oblicua axilar); ecografía abdominal; Radiografía (Rx) de tórax (Frente y Perfil); Centellograma óseo; Tomografía axial computada (TAC) tórax - abdomen - pelvis (antes y después de la inyección de sustancia de contraste yodado endovenoso, y contraste oral para teñir el tubo digestivo, previa Rx digital en incidencia de frente para orientación y señalización de los cortes realizados).

RESULTADOS

En un 82,36% del total de las pacientes el motivo de consulta fue la presencia de nódulo 42,64% (29 pacientes) o tumor 39,72% (27 pacientes), en tanto que el resto concurrió por otra razón 17,64% (12 pacientes).

Las edades extremas oscilaron entre 14 y 87 años; la franja etárea más numerosa (36,38%) estuvo entre los 50 y 59 años. Se confeccionó el siguiente gráfico de columnas, de acuerdo a la frecuencia de la edad de presentación.

DISTRIBUCION POR EDADES DEL CANCER DE MAMA



Antecedentes personales:

Sólo el 23,37% de las 77 pacientes poseían antecedentes personales oncológicos. Con estos datos se realizó la siguiente tabla:

Antecedentes Personales

Oncológicos	Nº de pacientes
Mama	10
Ovario	2
Otro	6

Ginecoobstétricos:

En lo relacionado a estos antecedentes, dentro de lo que fue menarca, se observó que el rango de todas las pacientes fue de 12 y 15 años; FUM, la mayoría entre los 45 y 55 años, es de destacar que dos pacientes presentaron su última menstruación a los 29 años, y en el otro extremo, dos de ellas la presentaron después de los 60 años.

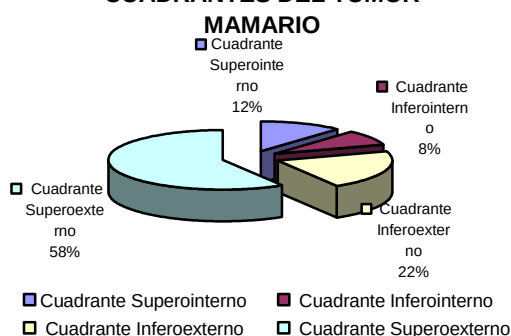
Con respecto al número de gestas, 4 pacientes eran nulíparas; multíparas (más de 2 hijos) 39 pacientes. Del total de las pacientes, 38 de ellas no contaban con este dato.

Al examen físico:

Examen mamario: Tumor: ubicación, se realizó la siguiente tabla y el gráfico de tortas con los datos obtenidos:

Mama Derecha	Mama Izquierda
52,17% (40pac.)	47,83% (37pac.)

DISTRIBUCION POR CUADRANTES DEL TUMOR



Examen Mamario.

Rasgos tumorales:

Tamaño del Tumor

Tamaño	
Centímetros	Nº de pacientes
1,5	7
2	15
3	17
4	6
5	9
6	2
8	2
10	4
12	2
13	4

Características de los Bordes del tumor

Características	Regular	Irregular	Lobulado	Difuso
Nº de pacientes	6	4	1	1

Tipo de Superficie de la tumoración

Características	Irregular	Lisa
Nº de pacientes	2	1

Presencia o Ausencia de movilidad tumoral

Movilidad	Nº de pacientes
Presente	8
Ausente	7

Características de la Piel:

Piel		
Características	De Naranja	Ulcerada
Nº de pacientes	3	1

Particularidades del Pezón:

Pezón				
Particularidades	Eritema Peripezón	Edematizado	Umbilicado	Retracción
Nº de pacientes	1	1	1	13

Tipos de derrame por el pezón

Derrame por el Pezón			
Tipos	Seroso	Serohemático	Hemático
Nº de pacientes	1	1	2

Examen Axilar:**Existencia de Adenopatías y presencia de movilidad o fijeza de las mismas**

Adenopatía	Axilar		Supraclavicular		Cadena Mamaria Interna	
Características	Móvil	Fija	Móvil	Fija	Móvil	Fija
Nº de pacientes	6	12	2	2	1	1

Exámenes Complementarios realizados

Examen Complementario	BAAF	Mamografía	Ecografía	Rx de Tórax	CTG Óseo	TAC	RNM
Nº de pacientes	47	35	34	12	23	29	2

Exámenes complementarios:

De las que constataban en las carpetas que se habían efectuado al momento del diagnóstico, se recabaron los siguientes resultados:

Citología: biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF): realizado a 47 pacientes; Mamografía bilateral (cráneo – caudal y oblicua axilar): a 35 pacientes; Ecografía abdominal: a 34 pacientes; Rx de tórax (F y P): a 12 pacientes; Centellograma óseo: a 23 pacientes; TAC tórax - abdomen - pelvis (antes y después de la inyección de sustancia de contraste yodado endovenoso, y contraste oral para teñir el tubo digestivo, previa Rx digital en incidencia de frente para orientación y señalización de los cortes realizados): a 29 pacientes; Resonancia nuclear magnética (RNM) a 2 pacientes.

En nuestra investigación pudimos detectar la baja incidencia del cáncer de mama masculino, sólo un caso de 77 pacientes; quien consultó por presentar retracción del pezón izquierdo, tras lo cual se le practicó losange de dicha lesión de mama con técnica de hematoxilina-eosina, constatándose Adenocarcinoma Ductal Infiltrante tipo Escirro. Concomitantemente se le realizaron los siguientes estudios complementarios en los que se observaron estos resultados:

- TAC tórax - abdomen - pelvis (antes y después de la inyección de sustancia de contraste yodado endovenoso, y contraste oral para teñir el tubo digestivo, previa Rx digital en incidencia de frente para orientación y señalización de los cortes realizados): múltiples lesiones osteoblásticas difusas que comprometen la casi totalidad de las estructuras evaluadas.
- Rx tórax (frente y perfil): opacidad pulmonar basal derecha limitada por la cisura menor, asociada a derrame pleural ipsilateral. Múltiples imágenes nodulares osteolíticas en arcos costales, ambos omóplatos y clavículas.
- Toracocentesis: informe citopatológico del derrame pleural compatible con metástasis de Adenocarcinoma.
- Ecografía (ECO) hepatobiliar: múltiples imágenes nodulares sólidas y otras quísticas

diseminadas en todo el parénquima hepático.

Acorde a las características de éstas lesiones se asociaron las mismas con la presencia de metástasis en la totalidad de las estructuras evaluadas.

DISCUSION

Las pacientes consultan con mayor frecuencia por la presencia de un tumor uni o bilateral, de descubrimiento accidental al higienizarse, o por el autoexamen.⁽⁵⁾ Hemos observado que 65 de las 77 pacientes evaluadas acudieron a la consulta por la presencia de nódulo o tumor mamario.

Si bien el carcinoma puede presentarse a cualquier edad, la mayor frecuencia se da entre los 40 a 60 años (6,8), concordando con los hallazgos encontrados en nuestra casuística.

Se han identificado mutaciones genéticas que se asocian a cáncer de mama, cáncer ovárico familiar y en menor medida al cáncer de mama en mujeres jóvenes⁽⁵⁾, en nuestra experiencia sólo 12 de las pacientes contaban con antecedentes personales familiares de cáncer de mama y de ovario.

La menarca antes de los 12 años constituye mayor riesgo que aquella que ocurre luego de los 15 años. La edad de la menopausia constituye un riesgo cuando se presenta posterior a los 55 años. La nuliparidad representa además un factor de riesgo. Nuestros datos no coinciden con la bibliografía, nuestra población presentó menarca y menopausia normales además de multiparidad. La lactancia muestra una reducción del riesgo de cáncer de mama, directamente relacionada con el tiempo de lactancia⁽⁵⁾, este dato se descartó por ser insuficiente en cuanto al número de pacientes que contaban con esa información en su historia clínica.

Según la literatura consultada no existe diferencia significativa en lo relacionado a la localización del tumor, en nuestro estudio la mama que se afectó con mayor frecuencia fue la derecha 52,17%. Predominantemente se localizó en un solo cuadrante, siendo éste el superior externo (58,5%); en dos de las pacientes el tumor comprometió los cuatro cua-

drantes, frecuencia conforme a las estadísticas epidemiológicas.

El volumen de la neoplasia en el momento del examen oscila dentro de límites muy amplios, desde el pequeño, de algo más de 5mm, hasta el que ocupa casi la totalidad de la mama. ⁽⁵⁾. En nuestra población se detectó la variación en cuanto al tamaño que va desde 1,5cm a 13cm, el mayor rango estuvo entre los 2 y 3 cm.

Se asocian con malignidad del tumor: superficie irregular, bordes difusos, fijación al parénquima circundante, retracción o infiltración de los tejidos vecinos al tumor: manifestada mediante, ulcera de piel, piel de naranja. Derrame por el pezón: seroso, serohemático o hemático. Lesión del pezón (retracción, eritema peripezón, edema, umbilicación). ⁽⁵⁾

La palpación de ganglios axilares con características neoplásicas -grandes, duros, fijos- siempre es signo de cáncer de mama avanzado. ⁽⁵⁾. Asimismo la presencia de adenopatías supraclaviculares y de la cadena mamaria interna que presenten dichas características. Se constató en las historias clínicas de las pacientes en estudio sólo la presencia de adenopatías y su movilidad o fijeza; del total de las mismas en 24 pacientes este dato fue positivo.

Citología: biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF): es el único método que da la certificación del diagnóstico. ^(5,6). En nuestro ensayo fue éste el método utilizado como diagnóstico en 47 de las pacientes, en las demás, el diagnóstico anatomopatológico fue realizado con la pieza post tratamiento quirúrgico.

En la actualidad el uso de Mamografía bilateral (cráneo – caudal y oblicua axilar) permite detectar carcinomas in situ o invasor subclínico en porcentajes que se aproximan al 25%, siendo en la mayoría menores de 1cm. ⁽⁵⁾. 35 de las pacientes fueron sometidas a éste método diagnóstico.

Hay centros donde se incorpora Ecografía abdominal, Rx de tórax (F y P), Centellograma óseo, TAC tórax - abdomen - pelvis (antes y después de la inyección de sustancia de contraste yodado endovenoso, y contraste oral para tefir el tubo digestivo, previa Rx digital en incidencia de frente para orientación y señalización de los cortes realizados) y RNM, con la finalidad de contar con una investigación basal, para luego comparar con los estu-

dios obtenidos durante el seguimiento de la enfermedad al aparecer síntomas sospechosos de metástasis. Las investigaciones para descartar lesiones secundarias en la etapa preoperatoria se realizan en los IV estadíos, si la paciente presenta síntomas o signos específicos. De lo contrario sólo está normatizado para estadíos III y IV aún en ausencia de sintomatología. ⁽⁵⁾

CONCLUSION

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en las mujeres tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. La bajas tasas de supervivencia observadas en los países poco desarrollados pueden explicarse principalmente por la falta de programas de detección precoz, que hace que un alto porcentaje de mujeres acudan al médico con la enfermedad ya muy avanzada, pero también por la falta de servicios adecuados de diagnóstico y tratamiento.

En los países de ingresos bajos y medios, las estrategias de detección precoz se basan en el conocimiento de los primeros signos y síntomas junto con la exploración clínica de las mamas por parte del personal médico. Promover aquellos conocimientos a través de medios de comunicación masiva daría a toda mujer las herramientas necesarias para empoderarse de su propia salud, teniendo en cuenta los altos costos del cribado mediante la mamografía.

En casi todos los casos el tumor fue detectado por palpación lo que hace pensar que no son suficientes las campañas de detección preclínica. Las posibilidades de curar el cáncer de mama dependen de la precocidad del diagnóstico, y el éxito terapéutico en tumores pequeños ronda el 90%. Es posible mejorar el pronóstico y la supervivencia de los casos de cáncer de mama instruyendo sobre la conveniencia de que las mujeres se realicen revisiones periódicas y sean incluidas en programas de detección precoz mediante screening mamográfico, que descubre tumoraciones más pequeñas y estadíos precoces. Haciendo hincapié en aquellas mujeres entre los 35-40 años de edad, quienes deberían practicarse una mamografía de referencia. A partir de los 40 años, se debe realizar una exploración clínica anual, y una mamografía cada uno o dos años. A partir de los 50 años, lo adecuado es realizar un estudio completo anual. (7).

BIBLIOGRAFIA

1- Organización Mundial de la Salud. Cáncer de mama: prevención y control. Organización Mundial de la Salud. [en línea] 2010 [fecha de acceso 17 de diciembre del 2010]. URL disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>

2- Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. Manzur: La Prevención del Cáncer del Mama es una Prioridad en Salud Pública. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. 2010. [en línea] 2009 [fecha de acceso 18 de diciembre del 2010]. URL disponible en:

- http://www.msal.gov.ar/hm/Site/noticias_plantilla.asp?id=1597
- 3- Ministerio de Salud de la Presidencia de la Nación. El INC presente en lanzamiento de campaña de concientización sobre Cáncer de Mama. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación 2010. [en línea] 2010 [fecha de acceso 16 de diciembre del 2010]. URL disponible en:
http://www.msal.gov.ar/hm/Site/noticias_plantilla.asp?id=2242
 - 4- Zimerman J, Harvey G. Cáncer de Mama. Docmedical. [en línea] 2008 [fecha de acceso 23 de agosto de 2010]. URL disponible en:
<http://www.docmedical.com/oncologia/cancerdemama.pdf>
 - 5- Gori R, Lorusso A y col. Ginecología de Gori 2. 2ª ed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 2001: 685 – 700.
 - 6- Ferraina P, Oría A, Cirugía de Michans. 5ª ed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 2002: 292 – 296.
 - 7- Fernández C, Díaz A, Bruquetas L. Protocolo del Cáncer de Mama Hospital "JR Vidal". Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina [en línea] 2004 [fecha de acceso 07 de junio del 2010]; URL disponible en:
<http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista135/protocolo.pdf>
 - 8- Vega Benítez V, Rosales M, Morales A. Aspectos Epidemiológicos del Cáncer de Mama. Portal Médico – Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid [en línea] 2010 [fecha de acceso 03 de julio del 2010]. URL disponible en:
<http://www.ucm.es/info/fmed/medicina.edu/Oncologia/aspectos.htm>