

Cirugía y Cirujanos

Volumen **73**
Volume

Número **6**
Number

Noviembre-Diciembre **2005**
November-December

Artículo:

Editorial Cáncer de mama

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Editorial

Cáncer de mama

Acad. Dr. Arturo Sergio Rodríguez-Cuevas*

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en el mundo. En 1985 se informaron 719,000 nuevos casos (19 % del total de cánceres en la mujer) por la Organización Mundial de la Salud.¹ Su frecuencia varía ampliamente y así los países norteamericanos y europeos son los que tienen la frecuencia más elevada, mientras que los países de Asia y África tienen la más baja.²

En años recientes se ha informado un incremento paulatino del cáncer de mama en muchos países asiáticos, en particular en Japón y Singapur, donde se ha producido un cambio del estilo de vida ("occidentalización").³ Este fenómeno también está siendo observado en México, así, tenemos diferencias regionales importantes, con mayor frecuencia de cáncer de mama en los estados del norte y centro del país, donde las mujeres gozan de un estado socioeconómico y cultural más elevado, mientras que en los estados donde predomina la población indígena y de menor nivel socioeconómico (v. gr. Chiapas, Oaxaca) la frecuencia es mucho más baja.^{4,5}

En México hay incluso estados donde el cáncer de mama ha rebasado ya al carcinoma cervicouterino como primera causa de mortalidad en mujeres, como es evidente en el estado de Jalisco donde desde 1997 el cáncer de mama ocupa el primer lugar, con una tasa de mortalidad de 15.82 % por 100,000 mujeres y la frecuencia de cáncer de mama es casi similar (17.9 % versus 18.8 %) a la del cáncer cervicouterino.⁶

De 1930 a 1980, en Estados Unidos de Norteamérica hubo un aumento pequeño (1 %), pero constante, de la frecuencia de cáncer de mama.⁷ En esa década se inició en aquel país la práctica masiva de la mastografía de pesquisa, lo cual ocasionó un incremento de 4 % anual en el número de cánceres de mama diagnosticados, pero a partir de 1990 el programa de pesquisa con mastografía derivó en la caída en el número de casos, hasta llegar a un pequeño declinamiento anual y a

disminución de la mortalidad. El éxito de los programas de mastografía de pesquisa en la reducción de la mortalidad se estableció desde la mitad de los años noventa como resultado de las investigaciones prospectivas, aleatorizadas y controladas llevadas a cabo para evaluar el impacto de la mastografía. La hipótesis de esas investigaciones fue que si las mujeres se vigilaban anualmente con mastografía, se podría reducir la mortalidad por cáncer de mama. El metaanálisis⁸ de esas investigaciones mostró una reducción modesta de la mortalidad estadísticamente significativa, en particular en mujeres mayores de 50 años, que en ese país son la mayoría que padece esa enfermedad, y de menor impacto en mujeres de 40 a 49 años.

Más recientemente, Tabar y colaboradores,^{9,10} en el análisis de toda una población geográfica (Suecia) a la que se le ofreció pesquisa mastográfica anual, con 85 % de adherencia, demostró una reducción de 63 % en la mortalidad, en comparación con mujeres de 40 a 69 años que no se sometieron a ese escrutinio.

Esta dramática demostración del beneficio de la pesquisa con mastografía rebasó el contexto de las investigaciones imperfectamente diseñadas que cuestionaban la utilidad de dicha medida. Después de muchas controversias y debates, la conclusión final es clara. La mastografía de pesquisa, efectuada regularmente con una adherencia anual de 90 %, reduce marcadamente la mortalidad por cáncer de mama en mujeres de 40 y más años,¹¹ como ha sido propuesto por *American Cancer Society*¹² es sus metas para el 2015 para reducir la mortalidad en 80 % o más, por ello *US Preventive Services Task Force*¹³ de Estados Unidos de Norteamérica estableció en sus guías para pesquisa de cáncer de mama las recomendaciones de hacer este estudio cada uno o dos años en todas las mujeres mayores de 40 años. Esta misma recomendación fue emitida en la Norma Oficial Mexicana para cáncer de mama¹⁴ en 2003 y por el Consenso Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama¹⁵ (2002), revalidado recientemente (enero de 2005) en su segunda revisión.

Con el uso de mastografía se logra un efecto inmediato en la reducción del tamaño de los tumores diagnosticados, de su invasividad, de la cantidad de pacientes con metástasis a ganglios axilares y de las etapas al diagnóstico,^{16,17} pero el efecto en disminuir la mortalidad es más tardío y requiere, como lo mostró Tabar,^{9,10} la continuidad de los programas y la adherencia de las mujeres a los programas de escrutinio.

* Director, Instituto de Enfermedades de la Mama, FUCAM.

Solicitud de sobretiros:

Acad. Dr. Arturo Sergio Rodríguez-Cuevas,
Av. Del Bordo 100, Col. Ejido Viejo de Santa Ursula, Coyoacán, 04910,
México, D. F.
E-mail: rlabastida@cablevision.net.mx

Recibido para publicación: 28-10-2005
Aceptado para publicación: 28-11-2005

En las sociedades o en los países donde hay alta frecuencia de cáncer de mama, o en los que la mortalidad por esta enfermedad constituya una de las principales causas de muerte entre las mujeres, como México,¹⁸ y se tenga los recursos para hacerlo, el escrutinio con mastografía a la población en riesgo debe ser el primer método de control del cáncer de mama.¹⁹

Extrapolando los datos actuales de la literatura, podemos postular que se puede disminuir la mortalidad por cáncer de mama al menos en 67 % y probablemente más en 15 años de un programa de escrutinio; adicionalmente la incidencia de la enfermedad puede disminuirse en 30 % o más si se extirpan los carcinomas ductales *in situ* (preinvasores) descubiertos mediante mastografía.²⁰

Pese a los adelantos logrados en los últimos años en el tratamiento quirúrgico, farmacológico y radioterápico, el impacto real en la disminución de mortalidad se ha atribuido a la posibilidad de hacer diagnósticos de cáncer de mama en fases más tempranas de la evolución de la enfermedad, lo que además de disminuir la tasa de mortalidad ha permitido ampliar la utilización de tratamientos no mutilantes de la mama a un número cada día mayor de mujeres. Entonces, la mastografía es el estudio estándar de oro actual disponible para efectuar campañas de escrutinio en mujeres asintomáticas, lo que ofrece la mejor posibilidad de lograr a mediano plazo, a través del diagnóstico temprano, la reducción de la mortalidad por cáncer de mama en nuestro país.

Un problema de salud en incremento y con alto impacto requiere una respuesta de la sociedad en su conjunto, por lo que es necesario reforzar la educación y la participación de la mujer en el cuidado de su salud, para que se efectúe la auto-exploración y acuda a realizarse la detección con mastografía. Los servicios de salud debemos responder proporcionando atención oportuna y de calidad en la detección, el diagnóstico y el tratamiento. Lo anterior involucra la participación de un equipo de salud multidisciplinario, la coordinación permanente de los tres niveles de atención y la uniformidad en los criterios de manejo médico, actualizados y acordes con el desarrollo tecnológico. Con estas acciones lograremos disminuir la morbilidad asociada a los tratamientos sistémicos, evitar los daños psicológicos vinculados a terapias radicales, abatir los costos de tratamiento y disminuir la mortalidad por cáncer de mama.

Referencias

1. Boyle P, La Vecchia C, Maisonneuve P, Zheng T, MacFarlane GJ. Cancer epidemiology and prevention. En: Peckham M, Pinedo HM,

- Veronesi U, editors. Oxford Textbook of Oncology. Oxford Medical Publications. Oxford-New York-Tokyo: Oxford University Press; 1995. p. 254.
2. Mettlin C. Global breast cancer mortality statistics. CA Cancer J Clin 1999;49:138-144.
3. Parker D, Muir C, Whelan S. Cancer incidence in five continents, 1986-1989. International Agency for Research on Cancer and International Association of Cancer Registries. Lyon, France: IARC Scientific Publication 20; 1992.
4. Secretaría de Salud. Compendio del registro histopatológico de neoplasias en México. Morbilidad y mortalidad 2001. México: Secretaría de Salud; 2002.
5. Rodríguez-Cuevas SA, Labastida AS, Tapia R, Kuri P, Macías C. Registro histopatológico de neoplasias en México. Población derechohabiente del IMSS 1991-1996. México: Ciencia y Cultura Latinoamericana; 1999. p. 56.
6. Ziegler RG, Hoover RN, Pike MC, et al. Migration patterns and breast cancer risk in Asian-American women. J Natl Cancer Inst 1993;85:1819-1827.
7. Greenle RT, Hill-Harmon MB, Murria T, et al. Cancer statistics, 2001. CA Cancer J Clin 2001;51:15-36.
8. Kerlikowske K, Grady D, Rubin SM, et al. Efficacy of screening mammography: A meta-analysis. JAMA 1995;273:149-153.
9. Tabar L, Chen HH, Duffy S, et al. Beyond randomized controlled trials: Organized mammographic screening substantially reduces breast cancer mortality. Cancer 2001;91:1724-1731.
10. Tabar L, Yen MF, Bitak B, et al. Mammographic service screening and mortality in breast cancer patients: 20-year follow-up before and after introduction of screening. Lancet 2003;361:1405-1410.
11. Michaelson JS, Kopans DB, Cady B. The breast carcinoma screening interval is important. Cancer 2000;88:1282-1284.
12. Byers T, Mouchawar J, Marks J, et al. The American Cancer Society challenge goals: How far can cancer rates decline in the US by the year 2015? Cancer 1999;86:715-727.
13. Humphrey LL, Helfand M, Chan BKS. Breast cancer screening with mammography. Summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. Disponible en: www.guideline.gov
14. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Diario Oficial miércoles 17 de septiembre de 2003.
15. Primera revisión del Consenso Nacional sobre Tratamiento del Cáncer Mamario. Ginecol Obstet Mex 2002;70:349-360.
16. Cady B, Stone MD, Schuler JG, et al. The new era in breast cancer: Invasion, size, and nodal involvement dramatically decreasing as a result of mammographic screening. Arch Surg 1996;131:301-308.
17. Barth RJ. Breast cancers detected by mammography require less toxic therapy. A J R 2005;184:324-329.
18. Secretaría de Salud. Registro histopatológico de neoplasias malignas 2003. México: Secretaría de Salud; 2003.
19. Cady B. Breast cancer. An introduction to the problem. Obstet Gynecol Clin 2002;29:117-122.
20. Cady B. How to prevent invasive breast cancer. Detect and excise duct carcinoma in situ. J Surg Oncol 1998;69:60-62.