



Actualidades en cáncer mamario. Presencia de México en la OCDE

Adrián Paredes López*

En septiembre de 1999 a iniciativa de la Organización para la Cooperación del Desarrollo Económico (OCDE) con sede en París Francia, convocó a 30 países, entre ellos México, a participar en el proyecto de investigación diseñado para analizar el estado actual del cáncer de mama como un problema de salud pública.

Esta investigación se fundamentó en conocer los recursos económicos, médico-administrativos, epidemiología, métodos de diagnóstico y diversidad de tratamientos vinculados con cada país participante y las consecuencias o resultados de estas variables en mujeres con cáncer de mama.

La información solicitada fue recopilada en cuestionarios precisos, uniformes y con la misma metodología.

Los números y datos investigados fueron obtenidos principalmente del Instituto Mexicano del Seguro Social que da cobertura de la atención médica al 55% de la población nacional, y que es significativa de las características socioculturales y de los fenómenos clínicos de nuestras pacientes.

Los sistemas de atención médica en general recaen en la proporcionada por el estado y la atención médica otorgada por el sector privado, atención tradicional del médico-paciente, la atención empresarial o institucional a sus trabajadores, en este contexto se dio a conocer la amplia cobertura que la seguridad social proporciona a sus derechohabientes y que consiste en la atención médica, hospitalización, tratamientos quirúrgicos, medicinas, rehabilitación, pago de incapacidades de enfermedad o por accidentes de trabajo.

El cáncer de mama en México ocupa el segundo lugar de frecuencia después del carcinoma del cuello uterino, aunque la neoplasia del seno cobra mayor mortalidad.

* Cirujano Oncólogo. Hospital Ángeles del Pedregal.

Correspondencia:
Adrián Paredes López
Hospital Ángeles del Pedregal Consultorio 201
Correo electrónico: adrianparedesl@hotmail.com

Aceptado: 20-12-2006.

El cáncer de mama ocurre más frecuentemente en la perimenopausia y postmenopausia, en nuestra población, esta enfermedad se presenta en mujeres una década más jóvenes, comparativamente con datos epidemiológicos de países anglosajones.

Uno de los aspectos más sobresalientes de esta investigación fue el de programas de países en la detección del cáncer mamario en etapas preclínicas de la enfermedad en grupos masivos de mujeres aparentemente sanas mediante el estudio de la mamografía anual, la palpación y el autoexamen, conocido como **Screening de Cáncer Mamario**, los resultados demuestran los beneficios en la disminución de la mortalidad por esta enfermedad hasta el 40%, siendo esta neoplasia maligna la más frecuente en esos países y considerada un problema de salud pública.^{1,2}

Lo más importante de estos programas es que han modificado la historia natural de la enfermedad de manera favorable, descubriendo lesiones intraductales o *in situ*, lesiones preinvasoras, etapas iniciales o tumores invasores muy pequeños que son curables con tratamientos menos agresivos.

La morbilidad de la enfermedad es menos agresiva en las mujeres que siguen este control y así podemos ver que en los EUA las etapas clínicas tempranas son las que predominan, 20% de carcinomas mamarios son etapas 0 gracias a los programas de detección masiva.³

En este apartado desafortunadamente no contamos con este tipo de programa, él es un caso muy particular, México es un país en transición epidemiológica en donde los procesos neoplásicos ocupan un lugar preponderante y afectan la salud pública, tal es el caso del cáncer de mama, actualmente esta neoplasia es de frecuencia intermedia a nivel geográfico mundial, sin embargo tenemos elementos epidemiológicos para predecir que en las próximas décadas ocupará los primeros lugares de frecuencia considerando la pirámide poblacional en donde hay predominio de mujeres jóvenes que aumentarán el número de mujeres entre los 40 y 60 años, edades en donde el cáncer mamario ocurre con mayor frecuencia.

La mastografía es el estudio de imagen más confiable en la detección del cáncer mamario en etapa preclínica,

esto significa que es posible el diagnóstico radiológico, aun sin signos clínicos presentes.

En el sector público el número de mastógrafos son insuficientes para la población de mujeres atendidas, en la práctica privada el estudio se realiza con mayor frecuencia pero no es suficiente ni en número de estudios ni en periodicidad.

En la pesquisa del cáncer mamario se puede localizar una población de mujeres en riesgo de adquirir la enfermedad, una de cada tres mujeres con cáncer mamario muestran factores de riesgo.⁴

El autoexamen efectuado de manera periódica mensual y técnicamente bien realizado es equivalente a la palpación que realiza el especialista.

La Sociedad Americana de Cáncer considera se practique la mastografía a partir de los 40 años, cada 2 años si no existen signos radiológicos sospechosos y a partir de los 50 años una mastografía anual.

Los riesgos de la mastografía han sido ampliamente estudiados considerando un riesgo mínimo.

Estos datos son motivo de reflexión para establecer programas masivos de escrutinio de cáncer mamario mediante la mastografía y autoexamen.

Las estadísticas muestran que en el 50% de nuestras pacientes con cáncer mamario se examinan en etapas avanzadas de la enfermedad.

El origen de estos resultados tienen diferente explicación. Por un lado las pacientes acuden al médico en fase tardía de la enfermedad por temor e ignorancia dejando pasar el tiempo para la realización del diagnóstico y por otro se pasa por alto la oportunidad del diagnóstico temprano debido a la falta de interés del médico y de adiestramiento en la exploración de la región mamaria y el desconocimiento de los beneficios de la mastografía. Otra causa hipotética, que no ha sido investigada son las características biológicas propias de mujeres con estas neoplasias que genéticamente pudieran ser de mayor agresividad desde el inicio de la enfermedad.

Paradójicamente los resultados de los países industrializados contrastan con los presentados en nuestro país.

El tratamiento del cáncer mamario es multidisciplinario, la cirugía es la rectora y define los tratamientos complementarios a seguir de quimioterapia, radioterapia hormonoterapia.

La cirugía en México como en otros países ha evolucionado desde técnicas ultrarradicales como la supermastectomía que comprende, la mastectomía y la disección ganglionar de cuello, mediastino y axila hasta llegar a realizar cirugía conservadora.

El consenso actual de la cirugía del cáncer mamario es la mastectomía radical modificada que comprende la resección total de la glándula de forma conjunta con la disección radical de los ganglios de la axila.

En la investigación de tratamientos innovadores diferentes grupos oncológicos de EUA y Europa iniciaron cirugías conservadoras del seno en el tratamiento del cáncer mamario, la técnica más divulgada es la del Dr. Veronesi en el Instituto de Tumores de Milán Italia, que se inició en el año de 1972 con dos grupos de mujeres randomizadas con el diagnóstico de cáncer de mama etapas I y II, un grupo tratado mediante la mastectomía radical clásica versus cuadrantectomía y disección radical de la axila y radioterapia (Quart).⁵

Posteriormente el grupo del Dr. Fisher introdujo el término lumpectomía o tylectomía y que consistía en una tumorectomía con márgenes quirúrgicos libres de tumor y la disección radical de la axila y radioterapia.⁶

Ambos grupos demostraron que no existía diferencia significativa en la recurrencia y mortalidad cuando se comparan tratamientos conservadores con cirugías radicales clásicas, concepto totalmente aceptado, y actualmente la tendencia es cada vez mayor a efectuar cirugía conservadora, así lo muestran los resultados de los diferentes países.⁷

En el servicio de Tumores mamarios del Centro Médico Nacional del IMSS en 1982 se inició el tratamiento conservador para el cáncer de mama en etapas I y II, y desde esta época se optó por la cuadrantectomía y disección radical de la axila y radioterapia en estas etapas clínicas.

En la actualidad prácticamente el 25% de las cirugías en el tratamiento del cáncer mamario son de tipo conservador, porcentaje considerable alto si consideramos que el mayor número de pacientes son etapas III y se tratan con tratamientos quirúrgicos radicales.⁸

Las cirugías del cáncer mamario en nuestras instituciones de salud y hospitales privados reconocidos, es una operación realizada con buen estándar de calidad.

En el Hospital de Gineco-Obstetricia "Castelazo Ayala" del IMSS se practican aproximadamente 250 cirugías anuales con el diagnóstico de cáncer del seno, con complicaciones menores y mortalidad operatoria de 0. La estancia hospitalaria es de 48 h en promedio y el programa de rehabilitación es inmediato.

El Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con 10 centros médicos distribuidos en diferentes estados de la República Mexicana con atención de tercer nivel y en cada uno existe un Servicio de Radioterapia que no cubre las necesidades para el número de derechohabientes, algunos estados subrogan el servicio de radioterapia a particulares de la zona.

Los tratamientos de quimioterapia y hormonoterapia son administrados a los pacientes de acuerdo a las indicaciones de protocolos establecidos de acuerdo a la etapa clínica del carcinoma mamario o a los factores de pronóstico desfavorables de la neoplasia determinados en el espécimen quirúrgico de la mastectomía o de la cuadrantectomía con disección radical de la axila.⁹

La Dirección de Salud Pública ha establecido el registro nacional de tumores en donde se documenta la información de los médicos patólogos del país de cada una de las neoplasias malignas. Contribuyendo a la epidemiología, morbilidad y mortalidad de las neoplasias.

El Consejo Mexicano de Oncología reúne a especialistas oncólogos en la rama de cirugía, pediatría, ginecología, oncología médica que certifican la especialidad cada 5 años.

Contamos con la Norma Oficial del Cáncer Mamario de la Secretaría de Salud elaborada por especialistas en diferentes ramas de la oncología pertenecientes al sector salud y al sector privado.

Nuestros datos fueron incluidos de la misma forma con el resto de participantes en el proyecto. Los resultados aunque comparativos es importante considerar el universo de la población de cada país, sus características socioeconómicas, los recursos en infraestructura y presupuesto que se dedica en la atención médica.

Las conclusiones más sobresalientes en este proyecto son el análisis de las tendencias actuales de la epidemiología del cáncer mamario en las que se observa una frecuencia continua, ocupan el primer sitio de las neoplasias de la mujer y en lo referente a la mortalidad se ha mantenido sin variaciones significativas.

En nuestro país, un dato relevante es la edad, el cáncer mamario ocurre con mayor frecuencia una década más joven que la población femenina anglosajona y la mortalidad con mayor incremento.

El escrutinio del cáncer mamario por la mastografía en mujeres aparentemente sanas en donde es realizado, sus resultados significan el cambio en la historia natural del cáncer, el descubrimiento de esta neoplasia en etapa pre-clínica, modifica la morbilidad y la mortalidad de las mujeres. Los cánceres más frecuentemente diagnosticados son carcinomas *in situ*, lesiones preinvasoras, lesiones prema-

lignas de alto riesgo y lesiones microinvasoras. El tratamiento quirúrgico en la mayoría de las veces puede ser conservador y el pronóstico es la curación.

Se analizan los costos y la sobrevida de las pacientes con tumores palpables y lesiones localmente avanzadas que ameritan cirugías radicales, rehabilitación, tratamientos adyuvantes quimioterapia, hormonoterapia, radioterapia, cirugía reconstructiva, los cuales son responsables de mayor utilización de recursos económicos.¹⁰

REFERENCIAS

1. Blanks RG, Moss SM, Patnik J. Results from the UK NHS breast screening programme 1994-1999. *J of Medical Screening* 2000; 7: 195-198.
2. Tabar L, Vitak B, Chen HH. Update of Swedish two county trial of breast cancer screening: histologic grade specific and age specific results. *Swiss Surg* 1999; 5: 199-204.
3. Jemal A, Murray T, Thun M. Cancer Statistics 2002. CA. *Cancer J Clin* 2002; 52: 23-47.
4. Paredes LA. Factores de riesgo en cáncer mamario. Análisis prospectivo en 414 pacientes. *Gine Obstet Mex* 1991; 59: 41-45.
5. Veronesi H et al. Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection, radiotherapy in patients with small cancers of the breast. *New England J of Medicine* 1981; 305: 6-11.
6. Fisher B et al. Five years results of a randomized clinical trials comparing total mastectomy and segmental with or without radiation in treatment of breast cancer. *New England J of Medicine* 1985; 312: 665-673.
7. Farrow C. Geographic variations in the treatment of localized breast cancer. *New England Journal of Medicine* 1992; 326: 1097-1101.
8. Informe anual de productividad año 2000 Dirección Médica Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 IMSS.
9. Paredes LA. *Tratamiento del cáncer de mama nuevas técnicas y terapias*. Ed. Coordinación General de Comunicación Social Instituto Mexicano del Seguro Social, Dic. 1998.
10. Huges M. *Summary of results from breast cancer disease study: Part I Chapter I pp 77-94*. In: *A disease Based Comparison of Health Systems ISBN 92-64-099816 OCDE* 2003.

