

Detección oportuna de cáncer de mama en la consulta externa (clínica de mama) del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza

Lázaro López Mendoza,* Mario Alberto Méndez Martínez**

RESUMEN

Objetivo: detectar de manera oportuna el cáncer de mama.

Material y métodos: estudio descriptivo, transversal y prospectivo realizado en la consulta externa de la clínica de mama, del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, entre abril y julio de 2006. Se incluyeron derechohabientes del ISSSTE con mastografía con BI-RADS III, aumento de consistencia en una o en ambas glándulas mamarias y citología de material obtenido por aspiración.

Resultados: se registraron 47 mujeres, de las cuales 38 tuvieron resultado negativo (80.9%); 3 (6.4%) positivo; 4 (8.5 %) sospechoso y 2 (4.3 %) con muestra insuficiente.

Conclusiones: sólo en tres mujeres se detectó cáncer de mama. Las pacientes con mastografía BI-RADS III deben tener seguimiento después de seis meses de establecer su clasificación. No debe subestimarse este resultado porque el diagnóstico en etapas tempranas permite establecer el tratamiento oportuno y obtener mejores resultados.

Palabras clave: mastografía BI-RADS III; biopsia por aspiración con aguja fina; aumento de consistencia; México.

ABSTRACT

Objective: To diagnose opportunely breast cancer.

Material and methods: It was a descriptive, traversal and prospective study in ambulatory patients of the clinic of breast at Hospital Ignacio Zaragoza from April to July 2006. We include patients who had ISSSTE social medical benefices, a BI-RADS III mammography study and increase consistency of one breast or both of them in these women was made cytology of material obtained by aspiration.

Results: It was included 47, in 38 patients were negative for breast cancer (80.9%), 3 patients were positive for breast cancer (6.4%) 4 patients had suspicious of cancer (8.5%) and in two patients the same was insufficient (4.3%).

Conclusions: Only three patients were positive for breast cancer (6.5%), so we should not minimize this result since the diagnosis in earlier stages allows to provide less aggressive treatments and better results.

Key words: mammography BI-RADS III; fine-needle aspiration biopsy; increase in the consistency; Mexico.

En 1987 la Dirección de Epidemiología de la Secretaría de Salud reportó que la incidencia de cáncer de mama en México (17.7%) ocupaba el segundo lugar entre las tres principales neoplasias en mujeres de 20 a 44 años de edad.¹ Un estudio realizado en el Instituto Nacional de Cancerología señaló que el cáncer cervicouterino es más frecuente que el de mama, ya que el primero representa, en promedio, 400 nuevos casos al año.²

En el año 2002 se diagnosticaron más de 11,000 casos de cáncer de mama, cuya incidencia fue de 22.4 por cada 100,000 mujeres (Dirección General de Epidemiología, 2001).

La incidencia y mortalidad aumentan con la edad. La mayor parte de los casos se registra entre los 35 y 54 años, mientras que en las mujeres de países occidentales aumenta después de la menopausia.³

* Médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia.

** Médico adscrito a la clínica de mama. Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Correspondencia: Dr. Lázaro López Mendoza. Pablo García 512, colonia Juan Escutia, CP 09100, México, DF. E-mail: lopecin_31@hotmail.com

Recibido: marzo, 2008. Aceptado: mayo, 2008.

Este artículo debe citarse como: López ML, Méndez MM. Detección oportuna de cáncer de mama en la consulta externa (clínica de mama) del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza. Rev Esp Med Quir 2008;13(2):45-49.

La versión completa de este artículo también está disponible en:

Se estima que para el año 2010 habrá una tasa de mortalidad de 13 por cada 100,000 mujeres adultas y cerca de 4,500 defunciones al año producidas por el cáncer de mama en México.⁴

Cerca de 400,000 mujeres fallecen cada año por esta neoplasia en todo el mundo. Según los resultados epidemiológicos, 184,200 mujeres estadounidenses son diagnosticadas al año, de las cuales 30% representan todos los tumores mamarios evaluados. En Estados Unidos es la segunda causa de muerte (casi 43,000 mujeres mueren anualmente).⁵

Los factores de riesgo relacionados con el cáncer de mama son: mujeres mayores de 30 años de edad, etapa menstrual de más de 40 años (menarquia antes de los 12 años y menopausia después de los 52), primer embarazo a término después de los 30 años de edad, terapia hormonal por más de 10 años y antecedente personal (benigno) o familiar directo de cáncer de mama (madre, hermana). Otros factores incluyen: dieta con alto contenido en grasas, consumo de alcohol, obesidad, tabaquismo y detección de marcadores tumorales BRCA 1 y 2.^{3,6-8}

El tipo de cáncer más frecuente es epitelial y se origina en la unidad ductolobulillar terminal. El carcinoma ductal infiltrante representa 85% de las neoplasias invasoras, seguido del carcinoma lobulillar infiltrante, con 5 a 10% de los casos.

Las variedades más frecuentes son el carcinoma común, sólido, alveolar, tubulolobular y pleomórfico. Los tipos histopatológicos menos comunes son el micropapilar y metaplásico, los cuales implican peor pronóstico.^{3,9}

El diagnóstico de cáncer de mama se establece mediante el interrogatorio cuidadoso, examen físico minucioso, estudios de imagen y biopsia de la lesión.

Las manifestaciones son diversas, desde la enfermedad subclínica hasta la afección evidente, como: carcinoma inflamatorio, tumor palpable indoloro o adenopatías metastásicas palpables (30%). Los tumores locales avanzados producen cambios en la piel (retracción, piel de naranja, ulceración y deformación de la glándula mamaria).^{3,6,9}

La mastografía es un método importante para establecer el diagnóstico oportuno de cualquier tumor mamario maligno, inclusive lo detecta aunque no se haya palpado en la exploración clínica, y las radiografías de buena calidad permiten observarlos cuando tienen 1 cm de diámetro.

En 1993 el Colegio Americano de Radiología propuso la clasificación BI-RADS (*The Breast Imaging Reporting and Data System*) para los estudios mastográficos (cuadro 1).^{10,11}

Debido a la elevada incidencia de cáncer mamario es importante realizar la mastografía anual (medicina preventiva), principalmente en mujeres con antecedentes familiares directos.

La mastografía consiste en la obtención radiográfica de las glándulas mamarias mediante una proyección cefalocaudal y otra latero-oblicua; en ocasiones se requiere una axilar para detectar glándulas mamarias accesorias o rudimentarias, o los ganglios de la cadena axilar. También se utilizan conos de compresión y magnificación de imágenes.^{6,10}

La mastografía es el método de elección para detectar cáncer de mama (sensibilidad de 70 a 75%); sin embargo, puede transcurrir hasta un año para que el tumor sea evidente. Cerca de 15% de los tumores permanece oculto al momento de efectuar la mastografía.

La sensibilidad del método depende de la densidad del tejido mamario, pues con glándulas mamarias grasas es de 100%, pero con las densas disminuye a 45%.³

Cuadro 1. Clasificación mastográfica según el BI-RADS

Clasificación	Interpretación	Plan
I	Negativa	Revisión rutinaria
II	Hallazgos benignos	Revisión rutinaria
III	Hallazgos probablemente benignos	Seguimiento a seis meses
IV	Hallazgos sospechosos de cáncer	Obtención de biopsia
V	Alta sospecha de cáncer	Obtención de biopsia
0	Estudio incompleto	Realizar pruebas complementarias

Todos los factores de riesgo repercuten en las glándulas mamarias, lo que hace que se altere el número de células epiteliales y el tejido estromal. Esas repercusiones tienen consecuencias en las diferencias de densidad mastográfica e incluyen: hormonas exógenas y endógenas, menopausia, entre otros.¹¹

Está demostrado que las pacientes con densidad mamaria tienen mayor riesgo (75% o más) de padecer cáncer de mama (OR 4.7; IC de 95%, 3.5 a 7.4).¹²

Según la clasificación del BI-RADS, el valor pronóstico de una biopsia positiva para malignidad disminuye a 2% con BI-RADS III, de 23 a 30% con BI-RADS IV y de 95% con BI-RADS V.

El riesgo de padecer cáncer de mama en mujeres con mastografía BI-RADS I, II y III, después de un año de seguimiento, es de 1/1,000, en comparación con BI-RADS IV (136/1,000) y BI-RADS V (605/1,000).¹⁰

Otros estudios señalan que la mastografía BI-RADS III tiene valor pronóstico positivo de 2.4%,¹³ para las categorías 0, I y II de 0%; para la III de 5%; para la IV de 34% y para la V de 83%.¹⁴

Un método útil para detectar cáncer de mama es la biopsia por aspiración con aguja fina. Esta técnica suele indicarse para el diagnóstico de tumores primarios, metastásicos ganglionares, axilares y supraclaviculares. Su uso depende, sobre todo, de la facilidad para realizar el procedimiento y de la capacidad del histopatólogo para interpretar correctamente el material obtenido.^{6,15}

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal en la Clínica de Mama del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza (ISSSTE), del 1 de abril al 31 de julio del 2006. Se incluyeron mujeres derechohabientes a la institución de 40 años de edad o más, y que tuvieran mastografía con BI-RADS III.

A cada una se le informaron los factores de riesgo para padecer cáncer de mama. Cada mama se exploró durante tres minutos, incluida la "cola de Spencer" y los huecos axilares. A las pacientes que tuvieron aumento de consistencia, condensación o tumor palpable en una o en ambas mamas se les practicó la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF). Se utilizaron jeringas desecha-

bles de 5 a 10 cc, con aguja intramuscular desechable, torundas con alcohol, portaobjetos y fijador. La técnica consistió en: a) punción: inmovilizar el área y limpiar la piel con alcohol; b) aspiración: tracción del émbolo para conseguir presión negativa; c) punción-aspiración: movimiento de la aguja, de arriba hacia abajo, sin salirse de la lesión; d) fin de la aspiración: dejar descender el émbolo; e) fin de la punción: extraer la aguja sin presión negativa en la jeringa; f) expulsión y colocación de la muestra en el portaobjetos: se retira la aguja de la jeringa, se llena de aire, se conecta de nuevo y se expulsa el material, depositando el émbolo sobre el portaobjetos; g) fijación del material expedido y envío de la muestra al servicio de citopatología con el formato de solicitud correspondiente.

RESULTADOS

Se registraron 47 pacientes de entre 40 y 71 años de edad (media de 52 años). El reporte de las biopsias resultó negativo en 38 (80.9%) casos, positivo en 3 (6.4%), sospechoso de malignidad en 4 (8.5%) y sólo en 2 (4.3%) se reportó muestra insuficiente (figura 1).

La edad de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama fue de 44 y 70 años, respectivamente. Todas tuvieron menarquia a los 13 años de edad. En una se efectuó ovariectomía a los 23 años, otra llegó a la menopausia a los 50 y la paciente de 44 años aún tenía ciclos menstruales (cuadro 2).

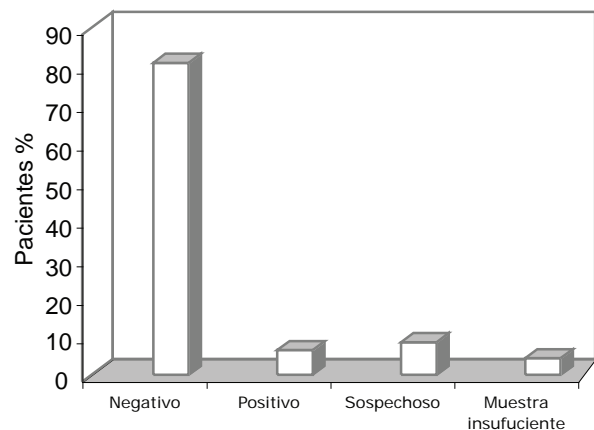


Figura 1. Biopsia por aspiración con aguja fina en pacientes con mastografía BI-RADS III.

Cuadro 2. Factores de riesgo en pacientes con mastografía BI-RADS III

<i>Edad</i>	<i>Edad a la menarquia</i>	<i>Edad a la menopausia</i>	<i>Edad al primer embarazo</i>	<i>Lactancia</i>	<i>Antecedente familiar de cáncer de mama</i>
44	13	-	19	Positiva	Negativo
70	13	50	19	Positiva	Negativo
70	13	23	23	Positiva	Negativo

Sus embarazos se registraron a los 19 y 23 años, respectivamente; todas amamantaron a sus hijos y ninguna tuvo antecedentes heredofamiliares de cáncer de mama.

DISCUSIÓN

La mastografía sigue siendo el método de elección para detectar cáncer de mama; sin embargo, su eficacia depende de los factores asociados con los resultados obtenidos (mala interpretación en la mastografía y tamaño insuficiente de la muestra). Este estudio debe continuar una línea de investigación para diagnosticar cáncer de mama en etapas más tempranas.

Las pacientes con cáncer de mama fueron las mayores de 50 años de edad. Se sugiere dar mayor importancia al interrogatorio, principalmente en los factores de riesgo (aunque el más importante sea la edad), dedicar el tiempo necesario a la exploración de las glándulas y que en cada consulta se insista y enseñe la autoexploración.

Debe proporcionarse información necesaria y suficiente a los médicos de primer nivel para identificar a las pacientes con mastografías BI-RADS III y enviarlas a valoración con el médico especialista. No debe subestimarse a las pacientes con esta clasificación, ya que en este estudio resultaron positivos 3 (6.4%) casos. Wiratkapun y colaboradores, y Masroor, reportaron que las mastografías BI-RADS III tienen valor pronóstico positivo de 2.4 a 5%, respectivamente.^{13,14}

Las pacientes con mastografía BI-RADS III deben tener seguimiento después de seis meses, tal como lo establece la Norma, y en quienes se palpe aumento de consistencia o tumor, obtener una biopsia por aspiración con aguja fina para diagnosticar oportunamente el cáncer de mama y establecer el tratamiento adecuado (específicamente el menos agresivo y con mayores posibilidades de curación).

CONCLUSIONES

La mastografía no es un método totalmente eficaz, por lo que el diagnóstico de cáncer de mama deberá sospecharse en todas las mujeres, aun sin factores de riesgo de la neoplasia. Es importante la exploración de las glándulas mamarias, pues es un procedimiento útil, rápido y fácil de efectuar, e incrementa las posibilidades de diagnosticar oportunamente el cáncer de mama. Las pacientes con mastografía BI-RADS III y que clínicamente se encuentran sin aumento de consistencia de la glándula mamaria, deberán permanecer en vigilancia después de seis meses.

REFERENCIAS

1. Jemal A, Tiwari RC, Murria T, Ghafoor A, et al. Cancer statistics 2004. *CA Cancer J Clin* 2004;54:8-29.
2. Epidemiología del cáncer de mama en el Instituto Nacional de Cancerología (1989-1990). *Rev Inst Nal Cancerol (Mex)* 1993;39(2):1825-30.
3. Angel HG, Martín GG, Manuel GB. Manual de oncología, procedimientos quirúrgicos. 3ª ed. México: McGraw Hill-Interamericana, 2004.
4. López O, Lazcano E, Tovar H, Hernández M. La epidemia del cáncer de mama en México: ¿consecuencia de la transición demográfica? *Salud Publica Mex* 1997;39:259-65.
5. Jatoi I. Breast cancer screening. *AM J Surg* 1999;177(6):518-24.
6. Torres TR. Tumores de mama. Diagnóstico y tratamiento. 2ª ed. México: McGraw Hill-Interamericana, 1999.
7. Cabero RL. Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción. Buenos Aires: Panamericana, 2003.
8. Mazhar D, Pasman J. Dietary fat and breast cancer. 1st ed. Oxford: Oxford University Press, 2006;464-7.
9. Berek JS, Hacker NF. Ginecología oncológica práctica. 4ª ed. México: McGraw Hill-Interamericana, 2006.
10. Eberl MM, Fox CH, Edge SB, Carter CA, Mahoney MC. BI-RADS classification for management of abnormal mammograms. *J Am Board Fam Med* 2006;19:161-4.

11. Boyd NF, Martin LJ, Yaffe MJ, Minkis S. Mammographic density: a hormonally responsive risk factor for breast cancer. *J Br Menopause Soc* 2006;12(4):186-93.
12. Boyd NF, Guo H, Martin LJ, Sun L, et al. Mammographic density and the risk and detection of breast cancer. *N Engl J Med* 2007;18;356(3):227-36.
13. Wiratkapun Ch, Wibulpolpraser B, Lertsithichai P. Breast cancer in patients initially assigned as BI-RADS category 3. *Chot Mai Het Thang Phaet* 2006;89(6):834-9.
14. Masroor I. Prediction of benignity or malignancy of a lesion using BI-RADS. *J Coll Physicians Sur Pak* 2005;15(11):686-8.
15. Kerlikowske K, Smith-Bindman R, Ljung B, Grady D. Evaluation of abnormal mammography results and palpable breast abnormalities. *Ann Intern Med* 2003;139:274-84.