

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN EL CÁNCER DE MAMA.

Autores: Dr. Carlos Michel López Rodríguez *, Dr. Juan Manuel Hernández Pérez **

* Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Especialista de Primer Grado en M.G.I.
Máster en Urgencias Médicas. Profesor Asistente.

Email: michelcirujano2014@gmail.com

** Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar.

RESUMEN.

Introducción: El cáncer de mama continúa siendo una de las neoplasias más frecuentes en Cuba y el mundo. **Objetivo:** Determinar la realización del diagnóstico de cáncer de mama. **Diseño metodológico:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo en el grupo de mastología del Hospital Docente Clínico Quirúrgico “10 de Octubre” en el período comprendido de enero de 2010 a diciembre de 2011, el universo quedó constituido por 74 pacientes y la muestra por 35 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** Las pacientes mayores de 40 años fueron las más afectadas con el 80 %. El diagnóstico en etapa II con el 62.8 % fue la más frecuente. La MRM fue el tratamiento quirúrgico más realizado en un 80 % y la afectación ganglionar fue baja con el 51.4 %. **Conclusiones:** El cáncer de mama es más frecuente en las mayores de 40 años, diagnosticándose en etapas tempranas, con poco uso de la mamografía realizándose la MRM en la gran mayoría con una afectación ganglionar baja.

Palabras clave: Diagnóstico precoz, cáncer de mama, vaciamiento axilar, cirugía conservadora.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer continues to be one of the most common cancers in Cuba and the world. **Objective:** To determine the diagnosis of breast cancer. **Methodological Design:** It was carried out an observational, retrospective, longitudinal, and descriptive in the mastology group of The Hospital Teaching Clinical-surgical "October 10" in the period from January 2010 to December 2011, the universe was composed of 74 patients and the sample of 35 patients who met the inclusion and exclusion criteria. **Results:** The patients older than 40 years were the most affected with the 80 %. The diagnosis in stage II with the 62.8 % was the most frequent. The radical mastectomy was the most performed surgical treatment in an 80 % and the affected of the lymphatic nodes were poor with 51.4 %. **Conclusions:** Breast cancer is more frequent in the older than 40 years, did the diagnosis in early stages were done, with little use of mammography continuing the radical mastectomy in the vast majority with affected to axillary lymphatic nodes were poor.

Key Words: Early diagnosis, breast cancer, axillary dissection, conservative surgery.

INTRODUCCION.

El cáncer de mama continúa siendo una de las neoplasias más frecuentes en Cuba y el mundo. La existencia de programas de detección precoz mediante la pesquisa activa de mujeres sanas, ha elevado la proporción de casos que se diagnostican en estadios 0 y I, especialmente en países desarrollados, considerándose por tanto un cáncer prevenible y curable. La reducción de la mortalidad, depende del diagnóstico lo más temprano posible, donde el examen clínico y el autoexamen de mama tienen un papel importante, pero sin dudas la mamografía para la pesquisa activa junto al tratamiento correcto de los casos son determinantes. El estadiamiento de los casos basado en la evaluación clínica y especialmente en la información del estudio anatomopatológico convencional riguroso, así como la determinación de la expresión de receptores hormonales, son fundamentales para la decisión terapéutica correcta.

(1)

El manejo de la paciente después de la sospecha inicial de cáncer del seno generalmente incluye confirmación del diagnóstico, evaluación del estadio de la enfermedad y selección de la terapia, conociendo además la extensión de la enfermedad. El tratamiento del cáncer de mama suele combinar varias opciones, siendo la cirugía una de las más importantes. En el pronóstico influyen la edad de la paciente, el estadio en que se encuentra la enfermedad, el grado histológico y nuclear del tumor primario, la afectación ganglionar, entre otros.⁽²⁾

Otro gran avance ha sido la demostración de que los tratamientos quirúrgicos conservadores, en determinadas indicaciones, son equivalentes a los tratamientos radicales en cuanto a supervivencia global se refiere, aportando una mejoría estética y psicológica de la enferma. Esta elección es una decisión en la que idealmente deben participar el paciente, la familia y el equipo médico.⁽³⁾ El Grupo de Mastología de nuestro hospital se esfuerza día a día para poder darle a todas las pacientes una esperanza de vida mejor y una calidad de vida mucha más placentera, pero: *¿Realmente estamos realizando un diagnóstico precoz?*

OBJETIVOS.

General: Determinar la realización del diagnóstico de cáncer de mama.

Específicos:

1. Determinar las pacientes afectadas con cáncer de mama según la edad.
2. Establecer la etapa clínica al momento del diagnóstico.
3. Identificar los complementarios más usados para el diagnóstico.
4. Describir el tratamiento quirúrgico realizado así como el número de ganglios axilares afectados.

DISEÑO METODOLÓGICO.

Tipo de estudio:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo en el Grupo de Mastología del Hospital Docente Clínico Quirúrgico “10 de Octubre”, en el período comprendido desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2011.

Universo y muestra:

El universo estuvo constituido por 74 pacientes atendidas en la consulta de mastología de nuestro centro con el diagnóstico de cáncer de mama bajo los

criterios de inclusión y de exclusión que se relacionan a continuación. La muestra se determinó a través de un muestreo aleatorio agrupando un total de 35 pacientes.

Criterios de inclusión:

- o Pacientes con cáncer de mama diagnosticado por biopsia.
- o Pacientes mayores de 18 años.
- o Seguimiento en consulta de mastología durante un período mínimo de un año.

Criterios de exclusión:

- o Pacientes del sexo masculino, por lo infrecuente de presentar esta enfermedad y por desarrollar menos del 1% de cáncer de mama.
- o Historias clínicas incompletas, por la falta de informes complementarios, de biopsias, otros datos de interés para el estudio.

Recolección, procesamiento de los datos y presentación de la información.

Toda la información se recogió inicialmente en una ficha de recolección impresa (**fuelle primaria**) que contenía las variables a estudiar y que se llenó de forma individual para cada paciente a partir de las historias clínicas (**fuelle secundaria**). Se revisaron además otros documentos adjuntos como los complementarios, los informes operatorio y de biopsia. Posteriormente dicha información se vertió en una base de datos utilizando el Microsoft Office Excel 2007 para más tarde ser procesada por medios y métodos computarizados. El tratamiento estadístico de los resultados se hizo de forma computarizada utilizando el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 11.5 para Windows. Para el análisis de las variables descriptivas tal y como se relacionó en el acápite de operacionalización utilizamos medidas porcentuales. Los resultados fueron plasmados en tablas.

Aspectos éticos:

Se obtuvo el consentimiento informado (**Anexo 2**) para la recogida de la información, la cual quedó bajo protección de confidencialidad y privacidad. De igual forma se aprobó por parte del comité de ética y la dirección del Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre la puesta en práctica de la investigación.

Definición, clasificación y operacionalización de las variables por objetivos.

Para dar salida al objetivo 1: Determinar las pacientes afectadas con cáncer de mama según la edad.

Definición de la variable	Clasificación	Escala	Indicador de medida
---------------------------	---------------	--------	---------------------

Edad: Según la edad en años.	Cuantitativa continua.	<ul style="list-style-type: none"> o 18 a 40 años o > 40 años 	Por ciento
-------------------------------------	------------------------	--	------------

Para dar salida al objetivo 2: Identificar la etapa clínica al momento del diagnóstico.

Definición de la variable	Clasificación	Escalas	Indicador de medida
Etapa clínica: Según lo encontrado al examen físico.	Cualitativa nominal politómica	<ul style="list-style-type: none"> o Etapa clínica I o Etapa clínica II o Etapa clínica III o Etapa clínica IV 	Por ciento

Para dar salida al objetivo 3: Identificar los complementarios más usados para el diagnóstico.

Definición de la variable	Clasificación	Escalas	Indicador de medida
Complementarios: Según indicación médica.	Cualitativa nominal politómica.	<ul style="list-style-type: none"> o Ultrasonido (USD) o Mamografía (Mx) o BAAF 	Por ciento

Para dar salida al objetivo 4: Describir el tratamiento quirúrgico realizado y el número de ganglios axilares extraídos y afectados.

Definición de la variable	Clasificación	Escalas	Indicador de medida
Tratamiento quirúrgico: Según informe operatorio.	Cualitativa nominal politómica.	<ul style="list-style-type: none"> o Cirugía conservadora (Cuadrantectomía + vaciamiento axilar) o Mastectomía radical modificada (MRM) o Mastectomía simple 	Por ciento
Ganglios afectados: Según informe de anatomía patológica.	Cualitativa nominal politómica.	<ul style="list-style-type: none"> o 0 ganglios afectados o 1 a 3 ganglios. o 4 a 6 ganglios. o 7 a 9 ganglios. o 10 o más ganglios. o Vaciamiento axilar no realizado. 	Por ciento

RESULTADOS.

Tabla 1. Distribución según edad en las pacientes con cáncer de mama. HDCQ “10 de Octubre”. Enero 2010 – diciembre 2011.

Edad	# Pacientes	%
18 a 40 años	7	20
>40 años	28	80
Total	35	100

Fuente: Historias clínicas (informe histopatológico).

En relación a la edad (**Tabla 1**) obtuvimos que más del 80 % de todas las pacientes eran mayores de 40 años cuando desarrollaron algún tipo de cáncer de mama.

Tabla 2. Distribución de las pacientes según etapas clínicas. HDCQ “10 de Octubre”. Enero 2010 – diciembre 2011.

Etapas clínicas	# Pacientes	%
I	2	5.7
II	22	62.8
III	8	22.8
IV	3	8.5
Total	35	100

Fuente: Historias clínicas.

En la **Tabla 2**, podemos observar, como el 62.8 % de los casos se diagnosticó en una etapa II de la enfermedad, es decir una etapa temprana, pero hay que destacar que el 22.8 % fueron atendidas en etapa III, una etapa ya avanzada de la enfermedad.

Tabla 3. Complementarios más indicados para el diagnóstico. HDCQ “10 de Octubre”. Enero 2010 – diciembre 2011.

Complementarios indicados	# Pacientes	%
USD de mama	35	100
Mamografía	22	62.8
BAAF	35	100
Total	35	100

Fuente: Historias clínicas.

En la **Tabla 3** se destaca como en el 100 % de todas las pacientes se les indicó un ultrasonido y una BAAF para confirmar el diagnóstico, sin embargo en solo el 62.8 % fue indicada una mamografía.

Tabla 4. Tratamiento quirúrgico realizado. HDCQ “10 de Octubre”. Enero 2010 – diciembre 2011.

Tratamiento quirúrgico	# Pacientes	%
Mastectomía radical modificada	28	80
Cirugía conservadora (Cuadrantectomía + vaciamiento axilar)	5	14.2
Mastectomía simple	2	5.7
Total	35	100

Fuente: Historias clínicas.

Dentro de los resultados de la **Tabla 4**, detectamos que al 80% se le realizó una mastectomía radical modificada, y que solo al 14.2 % se le hizo un proceder conservador.

Tabla 5. Número de ganglios afectados según el vaciamiento axilar. HDCQ “10 de Octubre”. Enero 2010 – diciembre 2011.

Ganglios afectados	# Pacientes	%
0 ganglios afectados	18	51.4
1 a 3 ganglios	8	22.8
4 a 6 ganglios	1	2.8
7 a 9 ganglios	-	-
10 ó más ganglios	4	11.4
Vaciamiento axilar no realizado	4	11.4
Total	35	100

Fuente: Historias clínicas (informe histopatológico).

Debemos destacar que en estos resultados (**Tabla 5**), el 51.4 % no tenía afectación ganglionar en el estudio anatomopatológico, y que solo el 22.8 % tenían hasta un máximo de 3 ganglios afectados.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer y la primera causa de muerte en este grupo. En Chile, en el Hospital Clínico San Borja Arriarán 65% de los cánceres ocurre en mujeres entre 35 y 65 años con mayor frecuencia en el grupo de mujeres de 40 a 50 años. ⁽⁴⁾ Otro estudio realizado en nuestro país, en el Hospital Julio Trigo de la capital, desde 1989 hasta 1998 constató que la edad promedio de las pacientes al momento del diagnóstico fue de alrededor de 58 años. ⁽⁵⁾ Nuestro estudio coincide con los trabajos anteriores en que después de los 40 años es más frecuente que aparezca ésta enfermedad, sin embargo encontramos también como se está diagnosticando el cáncer de mama en mujeres cada vez más jóvenes.

En el estudio anterior del Hospital Clínico San Borja Arriarán, se estudiaron 905 mujeres diagnosticándose un 12% en estadio I, 48% en estadio II y 29,7% en estadio III. En México, datos nacionales consolidados, reportados por 23 servicios de salud, que acumularon 1.503 casos nuevos de cáncer de mama diagnosticados durante el año 2001 cuya etapificación fue la siguiente: Estados I y II = 63%, Estado III = 27% y Estado IV = 6%. ⁽⁶⁾ Estos estudios sí coincidieron con los resultados obtenidos, en que el diagnóstico mayor fue en etapa II que constituye una etapa precoz.

Un estudio de la Unión Europea de 14 años realizado en 1792 mujeres menores de 50 años y 878 entre 50 a 74 años, demostró que el diagnóstico temprano a través de programas de mamografía reduce la mortalidad por cáncer de mama entre un 15 y 35% en mujeres de 50 a 70 años de edad, sin embargo el beneficio de este procedimiento para las mujeres de 40 a 49 años de edad aún no es universalmente aceptado. ⁽⁷⁾ El estudio no coincidió con lo antes planteado, pues la mamografía no se indicó en todos los casos que se les diagnosticó el cáncer de mama, creemos que es algo a mejorar a corto plazo por la importancia que tiene este estudio.

El estudio realizado en el Hospital Julio Trigo de la capital encontró que de las 181 pacientes mujeres tratadas se realizó mastectomía radical modificada a 58 pacientes y a 123, cirugía conservadora. Entre las cirugías conservadoras se practicó cuadrantectomía a 101 pacientes, y tumorectomía a 22. ⁽⁵⁾

El Hospital Ramón y Cajal de Madrid en España realizó un estudio retrospectivo de 21 pacientes diagnosticadas de cáncer infiltrante de mama, tratadas de modo conservador, demostrando que en 10 pacientes (47,6%) se realizó extirpación amplia del tumor y linfadenectomía; en 9 (42,8%), ampliación de márgenes y linfadenectomía, y en 2(9,5%), sólo linfadenectomía. ⁽⁸⁾ Nuestro estudio no coincidió con los anteriores, la realización de procedimientos muchos más radicales fue más frecuente a pesar de que el número de ganglios afectados fue bien bajo.

Un estudio realizado en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR) demostró que el tamaño del tumor y la presencia de ganglios metastásicos en la axila constituyen dos de los más importantes factores pronósticos en el cáncer de mama. En esta serie 41 pacientes (28 %) presentaron ganglios metastásicos. En el grupo con ganglios negativos, la supervivencia a 5 y a 12 años fue del 95,69 % y 76 % respectivamente; con 1 ganglio metastásico fue del 90,43 % en ambos períodos de tiempo. Con 2 ó 3 ganglios fue del 78,78 % y 70,49 % y con 4 o más ganglios de 71,43 a 5 y 12 años. ⁽⁹⁾

En el estudio del Hospital Julio Trigo los ganglios metastásicos fueron negativos el 23,3 % (42 pacientes), mientras que 138 mujeres los tuvieron positivos, y 86 de estas pacientes (47,5 %) presentaron 4 o más ganglios positivos. El intervalo libre de enfermedad para ganglios negativos fue de 76,2 %, y en los positivos fue de un 28,3 %. La supervivencia según tipo de cirugía y estado ganglionar se comportó en un 90,4 % y 96 % para ambas cirugías con ganglios negativos, mientras disminuyó a 51 % para la conservadora con ganglios positivos y 39 % para la radical modificada con ganglios positivos. ⁽⁵⁾ Nuestro trabajo demostró que a pesar de que el vaciamiento axilar en la mayoría de los casos fue insuficiente, la presencia de metástasis fue bien baja.

CONCLUSIONES

Las mujeres mayores de 40 años constituyeron las más afectadas con cáncer de mama, realizándose el diagnóstico en la mayoría de ellas en etapas tempranas a pesar del poco uso de la mamografía para ayudar en el mismo. Se realizó la mastectomía radical modificada como tratamiento quirúrgico de elección, siendo la afectación ganglionar baja.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Key TJ, Verkasato PK, Banks E. Epidemiology of breast cancer. *The Lancet Oncology* 2001; 2(3):1-18.
2. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2002. [Consultado el 18 de octubre de 2008]. Disponible en: <http://www-dep.iarc.fr/>.
3. Zielinski SL. US cancer mortality continues decline but incidence rises slightly for women. *J Natl Cancer Inst* 2005; 97(19):1393-93.
4. Peralta M O. Cáncer de mama en Chile. Datos epidemiológicos. *Rev. chil. obstet. ginecol.* Santiago. 2002; v.67 n.6
5. Mora D I, Sánchez R E. Estado actual de las pacientes con cáncer de mama en estadio I y II. Hospital General Docente "Julio Trigo López". *Rev Cub Obstet Ginecol.* La Habana 2004; ene.-abr (1): 30.
6. Martínez G O, Uribe Z P, Hernandez M. Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México. *Sal Pub Mex* 2009; 51(2):S350-S360.
7. Levi F, Luchini F, Negri E, La Vecchia C. Trends in mortality from major cancers in the European Union, including acceding countries, in 2004. *Cancer* 2004; 101: 2843-50.
8. Fernández A, Vidal S. El ganglio centinela. Concepto y aplicaciones clínicas en neoplasias de mama y melanoma. *Rev. Esp. Med. Nuc.* 2000; 19(5): 371-387.
9. Torres P, Guerra M, Galán Y, García M, Lezcano M, Fernández L. Incidencia y mortalidad por cáncer en la mujer cubana. Trienio 2000-2002 INOR. *Rev cub med.* La Habana, jul- sep 2007: v.46 n.2.