

ONCOLOGÍA

CÁNCER DE MAMA EN
ATENCIÓN PRIMARIA

Daniela Moya Vargas*

SUMMARY

Breast cancer has a high incident ratio on global and national scale, therefore it is of a great importance the basic knowledge of what are the risk factors, signs, and symptoms of this type of cancer, its diagnostics, and treatment, by the general physician, helping them provide their patients information, and awareness of the high impact, of an early diagnostic.

INTRODUCCIÓN

El médico general al ser el primer contacto con la paciente debe tener conocimiento, sobre

el cáncer de mama y brindar un adecuado manejo para así evitar la saturación de referencias a servicios de especialidad médica sin justificación o ser devueltas por falta de estudios adecuados y con esto perder tiempo valioso en la salud del paciente.

Muchas pacientes creen que al tener familiares que sufrieron cáncer de mama ellas también van a desarrollar dicha malignidad, por ende es de vital importancia conocer los factores de riesgo como lo son edad, etnia, historia familiar, historia hormonal, genética, entre otros y que el médico tratante tenga conocimiento suficiente, para

interpretar en forma adecuada las mamografías y demás exámenes clínicos, para poder tranquilizar a la paciente y evitar una ansiedad innecesaria en ella, así como poli consultas médicas y exámenes innecesarios en pacientes de bajo riesgo por patología no oncológica, evitando la saturación de servicios médicos, y así referir aquellos casos que realmente lo ameritan, con el consiguiente ahorro de exámenes innecesarios y referencias al especialista.

Algunas pacientes que tuvieron una lesión benigna en mama creen que con el pasar de los años pueden llegar a sufrir cáncer de mama, por eso es importante

* Médico general en área de Salud Barranca Puntarenas, Costa Rica.

brindarle una educación adecuada, sobre aquellas lesiones que no van a tener influencia y otras que asociadas a historia familiar tendrán un riesgo mayor a desarrollar dicho cáncer. Para prevenir dicha patología es necesario educar a las pacientes y familiares sobre la importancia del autoexamen de mama, examen clínico anual, realizado por un profesional en la salud para conocer sus mamas y que cuando detecten algún signo de alarma inmediatamente informar a su médico tratante sobre preocupaciones y nuevos hallazgos que deben ser estudiados más a fondo y dar un diagnóstico temprano.

DESARROLLO

El cáncer de mama es el tipo más común de cáncer diagnosticado en mujeres a nivel mundial y la segunda causa de muerte por patología oncológica. [2] Existen varios tipos histológicos del cáncer mamario; estás van desde lesiones tempranas como lo es el carcinoma in situ lobulillar y el ductal, también incluida la enfermedad de paget del pezón. Y estadios más avanzados como el inflamatorio de mama, invasor ductal o invasor lobulillar. El momento en que una paciente cruza la puerta del consultorio es vital realizar una adecuada historia clínica en busca de

factores de riesgo asociados a cáncer de mama. Siendo el más importante la edad, ya que su incidencia se ve incrementada con el paso de los años, donde el pico máximo de incidencia es entre la séptima y octava década de vida y otros factores con su correspondiente riesgo relativo se ven señalados en el cuadro n° 1

predisposición al desarrollo de cáncer de mama. Actualmente el valor del riesgo a lo largo de la vida es desconocido. Lo que sí es conocido es que en la comparación de la población en general tienen un aproximado: 8 a 9 veces mayor posibilidad de enfermar en mujeres menores de 40 años, de 6 a 8 veces en aquellas

Cuadro n° 1. Factores de riesgo para cáncer de mama

Factor de riesgo	Aumento del riesgo relativo
Mutación BRCA1 o BRCA2	10-32
Radioterapia del tórax	7-17
Biopsia con atipia ductal o hiperplasia lobular	4
Familiar de primer grado	1.5 – 2
Familiar de segundo grado	1.2-1.5
Primer parto > 30 años/ nuliparidad	1.2-1.7
Raza blanca	1.1-1.5
Tabaquismo	1.2
Menarca < 12 años o menopausia > 55 años	1.2-1.3

Recordar que familiares de primer grado son madre o hermana de la paciente y de segundo grado son las tíos o abuela de la paciente. Y este riesgo relativo es de familiares con historia de cáncer pero sin conocimiento de portación de alguna mutación genética. [8] Otra alteración genética relacionada con esta enfermedad es la conocida PALB2 que los estudios demuestran tener una amplia relación con la

de 40 a 60 años y finalmente 5 veces mayor posibilidad en aquellas mayores a 60 años. Por lo que se concluye ser una causa importante de cáncer de mama pero de tipo hereditario. Y nuevos estudios aseguran que la mutación PALB2, inclusive puede exceder el riesgo de desarrollar cáncer en comparación con aquellas personas portadoras con la mutación BRCA2. [1] Para aquellos profesionales de la salud

que desconocen sobre este tipo de alteración genética se dará una breve explicación, PALB2 trabaja en conjunto con BRCA2 para la prevención del acumulo de mutaciones en células. Además interactúa con BRCA2 para el remplazo de proteínas alteradas en la célula, por lo que se concluye que una mutación en cada uno de estos genes conlleva al acumulo de mutaciones en las células que desencadenara cáncer. [4] Una pregunta frecuente realizada por las pacientes y sus familiares es cuando debe ser realizado un estudio genético, ya que estos consideran que al haber algún familiar con antecedente de patología maligna en mama ellas pueden desarrollar cáncer por herencia. Las siguientes son indicaciones para la realización del estudio [6]:

1. Cuando existe algún familiar ya diagnosticado con mutación BRCA 1 -2.
2. La paciente consta de antecedente personal de cáncer mamario y además asocia alguno de los siguientes: a) edad menor a 45 años, b) edad menor a 50 años pero además con familiares que sufrieran cáncer antes de los 50 años, c) cualquier edad pero con 2 o más familiares con cáncer de mama u ovario, d) cáncer de mama en un hombre de algún familiar.
3. Antecedente personal de

cáncer de ovario u trompas de Falopio.

Pacientes con mutación genética comprobada BRCA1-2 tiene que iniciar el screening para cáncer mamario entre los 25 a 30 años de edad. [9] Otra pregunta con frecuencia realizada más realizadas por pacientes es que si tuvieron alguna patología benigna en su mama si esta las llevara a desarrollar el cáncer, la respuesta más correcta que debe de ser dada por parte del médico tratante es que solo aquellas lesiones benignas con características de atípia o proliferativas asociadas a historia familiar de cáncer, solo bajo estas circunstancias tendrán alta posibilidad de desarrollar cáncer mamario en un futuro. [7]

Estadio Pre invasor

a) Lobular in situ

La glándula mamaria está formada por lóbulos que son los encargados de producir la leche y el ducto es el encargado de trasportar la leche hasta el pezón. Representa aproximadamente 15% de toda la patología no invasiva, el promedio de edad al aparecer es después de los 45 años. Tiende a ser multicéntrico en más del 90% de los casos y bilateral 35- 59%, en ciertos casos puede ser confundido con el ductal in situ, ya que este puede extenderse desde el lobulillo hasta la zona del ductus mamario. Expresa fuertemente el receptor estrogénico. Su manejo

general se extiende desde cirugía conservadora de mama hasta una cirugía radical con tratamiento neoayuvante. Un detalle importante es que la mastectomía bilateral solo se aplica en casos de muy alto riesgo como lo son aquellas pacientes de edad muy joven, o que histológicamente presenten patología de alto grado, una historia familiar presente. Y sabiendo esto previamente mencionado de antemano no se utiliza la mastectomía bilateral como una cirugía preventiva. [2,6]

ENFERMEDAD DE PAGET

Representa menos del 5 % de los diferentes tipos de cáncer mamario, el promedio de edad en que tiende a aparecer ronda entre los 50 y 60 años y literatura evidencia casos de tipo bilaterales. La presentación clínica común es presencia de costras y descamación en la zona areolar y pezón, ciertas pacientes refieren tener sensación de prurito y ardor. Además en casos más avanzados es la salida de sangre por el pezón, ulceración de la piel y dolor. Existen casos asintomáticos, pero estos representan la minoría de los casos. El diagnóstico se realiza con la toma de biopsia y esta presenta células de tipo paget en la epidermis. Mamografía es una rama importante de screening

pero este sale positiva por malignidad solo en el 50% de los casos, pero esto no deja de lado la importancia de su realización como screening. El tratamiento más usado es la resección local del tumor asociado a radioterapia del pecho pero no es una opción terapéutica en casos en que se ha comprobado ser multicentrico.

DUCTAL IN SITU

Lesión ubicada en el ductus de la glándula mamaria sin atravesar la membrana basal, actualmente la mamografía se evidencia microcalcificaciones hasta en el 95% de todos los casos.

En tema de receptores el estrogénico es positivo en 70%, el 50% presentan la superexpresión HER 2 y el 25% alteración del gen P53.

ESTADIO TEMPRANO

Anatómicamente hablando el cuadrante mamario más afectado es el superior externo ya que este presenta mayor cantidad de glándula mamaria. El drenaje linfático primordial es el axilar pero también puede verse afectado la cadena mamaria interna. La mama izquierda es la más común diagnosticada con cáncer y la piel de naranja se presenta solo cuando el cáncer haya invadido el área linfática de la piel.

Por lo cual es de suma importancia

que el médico general al ser el primer contacto realizar un examen de mamas en busca de alguna masa palpable y no olvidar de examinar la zona axilar y supraclavicular en busca de adenopatías sospechosas.

Recordar que mujeres jóvenes y de raza negra tiende a ser diagnosticados en fases más tardías por tener un cáncer más agresivo.

Todo cáncer en etapa temprana que sea receptor estrogénico positivo debe ser tratado con terapia hormonal como lo es el tamoxifeno en mujeres premenopaúsicas por al menos 5 años, ya que se ha comprobado una disminución en la agresividad y mejoría en la sobrevida. [10] El médico debe educar a las pacientes sobre la importancia de realizar el screening con el uso de mamografía:

- Las 5 modalidades de screening reducen la tasa de mortalidad por cáncer mamario (mamografía impresa, examen clínico de mamas, auto examen mamario, mamografía digital y resonancia magnética.) [2]
- Anualmente después de los 40 años ya que a esta edad inicia el incremento de incidencia del cáncer, realizarla anualmente reduce la mortalidad por cáncer mamario ya que se diagnostica las lesiones en una etapa más temprana y

con mayor posibilidad de sobrevida. [8]

- Anualmente después de los 30 años en aquellas de alto riesgo como personalmente haber tenido cáncer mamario, radiación en zona del pecho, ser portadora del gen BRCA1 o 2, familiar de primer grado con cáncer de mama y una biopsia previa por un lobulillar in situ o hiperplasia atípica. [6]
- De los 75 años en adelante la evidencia actual es insuficiente para obtener un beneficio adicional sobre su uso. [2]
- No existe diferencia entre la mamografía digital de la impresa pero si se recomienda en mujeres jóvenes o aquellas con tejido muy denso realizar la mamografía digital. [2]

El ultrasonido es recomendado en aquellas mujeres que al examen físico se palpe alguna lesión en mama y que no cumplen con algún criterio para la mamografía. La biopsia es realizada solo después de tener una mamografía o ultrasonido con alguna lesión sospechosa y se desee confirmar la histología. Además toda biopsia tomada se debe de estudiar por receptor estrogénico. Una vez realizada la mamografía y con el reporte en el expediente se debe de tener conocimiento sobre su adecuada interpretación para así dar un manejo adecuado [6]:

BIRADS 0 se necesita otra imagen complementaria ya sea un ultrasonido, otra mamografía u resonancia magnética

BIRADS 1 negativa por malignidad se recomienda mamografía control anual

BIRADS 2 existen hallazgos pero completamente benignos por ende su control mamográfico debe ser anual

BIRADS 3 hallazgos probablemente benignos por lo que se recomienda un control semestral

BIRADS 4 hallazgos sugestivos de malignidad se procede a realizar biopsia

BIRADS 5 altamente sugestivo por malignidad y debe ser manejado por el servicio de oncología médica.

Además del reporte BIRADS se debe considerar hallazgos dentro de la mamografía que deben de hacer sospechar al médico de patología mamaria como lo son a) masa con márgenes espiculados, b) masa con presencia de tabiques en su interior, c)distorsión en la arquitectura de la glándula, d) calcificaciones puntiformes, y microcalcificaciones como un mínimo de 5.

CÁNCER INFLAMATORIO DE MAMA

Este es uno de los cánceres de

mayor preocupación por parte de médicos generales ya que puede simular una mastitis. Una vez diagnosticado este tipo de patología se incluye a la paciente como un estadio avanzado ya que progresó rápido y diseminación temprana. La clínica clásica es en la piel eritema, edema (piel de naranja), endurecimiento de la mama, calor y asimetría. Prácticamente la misma clínica de una mastitis, por ende una paciente al ser tratada por una posible mastitis y tiene que ser nuevamente valorada para observar el progreso de la patología, ya que si posterior al tratamiento con antibioticoterapia no hay mejoría se tiene que considerar realizar biopsia para confirmar un cáncer inflamatorio de mama.

CONCLUSIONES

Siendo el cáncer de mama uno de las principales causas de muerte por enfermedad oncológica, se espera que el médico general al ser el primer contacto con el paciente y sus familiares transmitir conocimientos básicos que le pueden alertar sobre un posible cáncer de mama y de inmediato hacerlo saber al médico de atención primaria para iniciar estudios pertinentes y lograr hacer un diagnóstico en estadios tempranos o de no ser así tranquilizar a la paciente y

continuar con un control oportuno y metódico.

RESUMEN

El cáncer de mama por tener una incidencia tan elevada en mujeres a nivel mundial y en nuestro país, es de vital importancia el conocimiento básico sobre factores de riesgo, signos y síntomas de dicho cáncer, su diagnóstico y tratamiento por parte del médico general para así brindar a las pacientes este tipo información y concientizar sobre el alto impacto que podría tener para la realización de un diagnóstico temprano y el impacto que tendría en la sobrevida.

BIBLIOGRAFÍA

1. A.C. Antoniou, S. Casadei, T. Heikkinen, D. Barrowdale, K. Pylk.s, J. Roberts, et al. Breast cancer risk in families with mutations in PALB2. The new england journal of medicine. 20014 Agosto;371 (6): 497-506.
2. Cambronero, Efrain. Guías clínicas para detección de cáncer de mama. Actualización médica periódica. www.ampd.com. Noviembre 2002. Número 15.
3. Clinical Guidelines. Screening for breast cancer : U.S. preventive task force recommendation statement. Annals of internal medicine. 2009 November; 151 (10):716-726.
4. Evans, Michele, Longo, Dan. PALB2 mutations and breast- cancer risk. The new england journal of

- medicine.20014 Agosto; 371 (6) : 566-568.
5. González Robledo, Luz María. González Robledo, María Cecilia, Nigenda, Gustavo. López Carrillo Lizbeth. Acciones gubernamentales para la detección temprana del cáncer de mama en América Latina, retos a futuro. Salud pública de México. 2010 noviembre- diciembre. Vol. 52, no. 6.
6. Halperin, Edward. Wazer, David. Perez, Carlos. Brady, Luther. Perez and Brady's principles and practice of radiation oncology. Lippincott Williams and wilkins, a wolters kluwer business. Sexta edición, 2013.
7. Hartmann,Lynn. Sellers,Thomas. Frost, Marlene. Lingle, Wilma. Degnim, Amy. Ghosh, Karthik. et al. Benign breast disease and risk of breast cáncer. The new england jorunal of medicine. 2005 Julio; 353(3): 229-237.
8. Quesada Vargas, Orlando. Controversias escrutinio para cáncer de mama y escrutinio para cáncer de próstata. www.ampmd.com. 20012 Febrero; numero 129: 1-10.
9. Robson, Mark. Offit, Kenneth. Management of an inherited predisposition to breast cáncer. The new england journal of medicine. 2007 Julio; 357 (2) : 154-162.
10. Rugo, Hope. Hormone therapy in premenopausal women with early-stage breast cáncer. The new england jorunal of medicine.2014 Julio; 371(2) : 175-176.