

HOSPITAL GENERAL DOCENTE  
"DR AGOSTINHO NETO"  
GUANTANAMO

## COMPORTAMIENTO DE CANCER DE MAMA

*Dra. Malvis Duany Fernández<sup>1</sup>, Dr. Ángel Cuzá Rodríguez<sup>2</sup>, Dr. Raúl Hardí Faure<sup>3</sup>, Dr. Ana Odalis Lovaina<sup>3</sup>, Dra. Inés Luisa Fernández Fernández<sup>4</sup>, Dra. Edixi Reverón Núñez<sup>2</sup>, Dra. Belkis Figuera Torres.<sup>2</sup>*

### RESUMEN

Se realiza estudio descriptivo en 410 pacientes con cáncer de mama en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo, en el período comprendido desde enero de 2000 hasta diciembre de 2007, asistidos en consulta multidisciplinaria donde se realiza diagnóstico y estadía. Se estudian variables en relación con incidencia. Se analizan los grupos etarios con predominio de más de 60 años seguidos por el grupo de 50-59 años. En La II etapa fue donde mayor número de pacientes asiste a consulta. La técnica de Madden es el proceder quirúrgico más realizado y la variedad histológica el carcinoma ductal infiltrante en el 90.4 % de los casos.

*Palabras clave:* NEOPLASMAS DE LA MAMA/epidemiología; NEOPLASMAS DE LA MAMA/diagnóstico.

### INTRODUCCION

El cáncer de mama; es la lesión maligna más frecuente en la mujer y la primera causa de muerte en muchos países desarrollados y en vías de desarrollo y tiene niveles significativos en la morbilidad y mortalidad en la provincia Guantánamo. Para su diagnóstico son utilizadas técnicas como: el Auto-Examen de Mama (AEM), examen clínico de mamas y mamografía, este último como el

---

<sup>1</sup> *Master en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I Grado en Medicina General Integral e Imagenología. Asistente.*

<sup>2</sup> *Especialista de I Grado en Imagenología.*

<sup>3</sup> *Especialista de I Grado en Imagenología. Instructor.*

<sup>4</sup> *Especialista de II Grado en Imagenología. Asistente*

método más eficaz utilizado en la pesquisa de cáncer mamario y más costoso, abarcando a toda la población de. Todo esto forma parte del programa nacional de detección precoz de cáncer de mama.

La historia natural de la enfermedad es conocida y se sabe que la fase preclínica detectable tiene una duración media de 1 a 3 años, existe posibilidad de establecer medidas de prevención secundaria mediante la detección precoz. El objetivo general de esta detección es identificar cánceres de mama cuando son pequeños, este se encuentra en una fase inicial y tiene otras características que apuntan a un pronóstico favorable.

La reducción de la mortalidad por cáncer de mama obtenida en los grupos de estudio de mujeres de 50 años o más se aproxima a un 30 % y esta disminución se va obteniendo de forma progresiva en los primeros 7 a 10 años de seguimiento mediante pesquisaje y mamografía.

Sin embargo, persiste la controversia sobre la edad a que las mujeres deben iniciar mamografías de cribado<sup>1</sup>, ya que esos mismos ensayos no detectan una reducción significativa de mortalidad en mujeres que inician el cribado mediante mamografía periódica con 40-49 años, después de un período de seguimiento de 7 a 12 años.

Esta falta de evidencias sólidas sobre los beneficios de la mamografía periódica en mujeres de 40 a 49 años se atribuye, entre otros factores, a la menor incidencia de cáncer de mama en edades jóvenes, a la mayor densidad de la mama a estas edades, que limita la validez de la mamografía, y a un probable comportamiento biológico más agresivo del cáncer de mama en este grupo de edad.

Esto haría esperar que el cribado pudiera reducir también mortalidad en mujeres jóvenes, aunque este efecto fuera menor que en mujeres mayores de 50 años.

Por la importancia que tiene la salud en nuestro país y muy especialmente la mujer como célula fundamental de la familia, nos vemos motivados a abundar sobre aspectos que conforman dicho programa, analizando la importancia que para las mujeres tiene el cumplimiento de este y otros apuntes relacionado al tema, así como las consecuencias que esto traería en la población femenina; es

que se decide realizar esta investigación como premisa indispensable para la detección precoz del cáncer de mama.

## **METODO**

En el Hospital General Docente "Dr Agostinho Neto" de Guantánamo en el período comprendido desde enero de 2000 hasta diciembre de 2007, se realiza un estudio descriptivo con un universo de pacientes diagnosticados con cáncer de mama (n=410) y se realiza consulta multidisciplinaria integrada por un oncólogo, cirujano patólogo y radiólogo con el objetivo de evaluar variables en relación a diagnóstico y estadiamiento.

Se revisan historias clínicas de conjunto con informe anatomopatológico y tratamiento recibido tanto quirúrgico como medico, son recogidos además los siguientes datos en encuestas o formularios: edad, procederes y estudios complementarios realizados (ultrasonido, mamografía), diagnóstico inicial por etapas, tipo de tratamiento quirúrgico e histológico por informe anatomopatológico.

Se analizan datos recogidos y se crea una base de datos en el programa Fox Plus se procesaron en el SRRS versión 8.0 para Windows XP y se realizan cuadros de distribución de frecuencia simple, así como análisis y discusión con comparación con otros autores nacionales y extranjeros.

## **ANALISIS Y DISCUSION**

En el año 2000 la incidencia de cáncer de mama fue de 0.3 x 1 000 (población femenina adulta), en 2001 fue de 1.3, en 2002 0.2, en 2003 1.9, en 2004 1.4, en 2005 0,8 en 2006 8, en 2007 0.7.

Se apreció una tasa de incidencia que osciló entre 0.2 a 8 x 1000 (población femenina adulta) que en comparación con otros autores nacionales y extranjeros es relativamente alta en la provincia de Guantánamo. En las últimas décadas la posibilidad de desarrollar cáncer de mama se incrementa en un 50 %. La mujer cubana no queda exenta de esta realidad mundial, ya que en nuestro país constituye la primera causa de muerte, mostrando una frecuencia ascendente de 32 por cada 1 000 000 mujeres, siendo la mortalidad por cáncer de mama más elevada en las provincias occidentales del país y los mayores

incrementos se observan en la región oriental, a pesar de los esfuerzos que se realizan con vista a la reducción de la mortalidad los resultados no son satisfactorios.<sup>1, 10</sup>

Encontramos un alto índice del estadio II con 211, 51.4 % lo cual indica un diagnóstico tardío, es decir las pacientes llegan a consulta en etapas clínicas avanzadas La etapa clínica II, es la más frecuente ya que en ésta la lesión mamaria se hace palpable con mayor frecuencia y las pacientes no entrenadas en el autoexamen de mamas pueden encontrar la lesión de una forma fortuita o casual.<sup>5</sup>

En nuestro estudio el diagnóstico por etapas se comportó como sigue:

Etapa 0, 3 para 0.7 % etapa I, 106 para 25.8 %, etapa III 211 para 51.4 % etapa IV 14 para 3.4 %. El diagnóstico del cáncer de mama en nuestros días es mucho más precoz que hace pocos años, debido a las campañas para su diagnóstico precoz y estudios mamográficos a grandes poblaciones, sobre todo a población de riesgo. Las ventajas del diagnóstico temprano es que se pueden emplear métodos mas conservadores.<sup>1, 4, 6, 8</sup>

La mayor frecuencia del cáncer de mama en la mujer aparece en edades premenopáusicas, su período de latencia antes de volverse invasivo puede ser de 40 años. Rosales Haber reportó una mediana en 58 años con ascenso de la curva, más evidente a partir de los 45 y decreciente a partir de los 65 años con predominio en mujeres con antecedentes de menarquia precoz y menopausia tardía, así como la nuliparidad. La historia familiar representa un riesgo mayor, así como enfermedades previas de la mama.

En nuestro estudio prevaleció el grupo de edad de mayor de 60 años, lo cual no coincide con la bibliografía revisada. El grupo de 60 años y más es el de mayor riesgo de padecer la enfermedad, ya que la edad por si sola constituye el mayor factor de riesgo.<sup>5</sup> Seguido por el grupo de 50-59, Lo cual si coincide con la bibliografía consultada <sup>8, 9, 11</sup>

Los grupos de edades menores de 30 años- para 0.7 %, de 30-39 (25.8 %), de 40-49 (24 %), de 50-59 (28.7 %) y más de 60 (41,2 %). Nuestro estudio coincide con la literatura revisada.<sup>7, 8, 9, 11</sup>

Según diagnóstico histológico 90.4 % presentaron carcinomas ductales (Tabla 4) los cuales son infiltrantes, 371 pacientes. ductal *in situ* para el 0.2 %, lobulillar infiltrante 15 para 3.6, Otros tipos de tumores, 23, para 5.6 %.

El carcinoma ductal es el más comúnmente encontrado, ya que debido a la propia anatomía de mamas, compuesta de múltiples lobulillos y lóbulos que drenan a los conductos galactoforos, los que a su vez drenan al pezón, este tumor es considerado el tumor maligno específico de mamas más frecuente ya que aparece en un 90 % más que la variedad lobulillar el cual solamente aparece en un 10 %, ambos en sus variedades *in situ* e infiltrante. El carcinoma ductal infiltrante posee varias divisiones como son, la variedad escirro, medular, coloide. Todo lo antes descrito se deriva de que el 90 % de los tumores malignos de mama se originan del epitelio de los conductos. Mientras que el carcinoma lobulillar se origina de lobulillos y tiene tendencia a ser bilateral y multicéntrico con mayor frecuencia que los que se originan en los conductos.<sup>20</sup>

La positividad del ultrasonido es inferior a la mamografía y no detecta masas menores a 1 cm a no ser que sean quísticas, no obstante ambos son de imprescindible indicación nuestro estudio se comportó con una positividad de un 20 %, teniendo en cuenta que se aplicó a una gran cantidad de pacientes sintomáticas en muchas el estudio fue negativo, es necesario señalar que fue posible la realización también de el diagnóstico definitivo de lesiones benignas como enfermedad fibroquística y fibroadenomas.

Con respecto al diagnóstico de cáncer con la ayuda de la mamografía fue posible realizar diagnóstico definitivo de cáncer de mama, en pacientes sintomáticas, por signos mamográficos.

La mamografía rutinaria reduce la mortalidad por neoplasia en un 20 % a 30 %, en mujeres sintomáticas, el número de mamografías realizadas fue baja debido a rotura del equipo en los años del 2000 hasta el 2005 ya que en enero de 2006 se instala un mamógrafo fijo en nuestro hospital, haciéndose estable la realización de las mamografías a pacientes asintomáticas ya que no es posible realizar pesquisaje masivo en pacientes asintomáticas con factores de riesgo de padecer la enfermedad, a pesar de que hemos presentado dificultades materiales ya resueltas.

Nuestros resultados no coinciden con otros autores<sup>4,10</sup> que utilizaron la técnica de Pattey. Pero la más utilizada en este período es la Madden con muy

buenos resultados. Ambas técnicas son mastectomías radicales, la técnica de Pattey conserva el pectoral mayor, con sus respectivas disecciones ganglionares.

La técnica de Madden secciona y hace exéresis de ambos músculos pectorales.

## CONCLUSIONES

- La tasa de incidencia promedio del cáncer de mama en la provincia de Guantánamo es alta, 1,9 x 1 000.
- El grupo más afectado fue el de 60 y más años seguidos por el grupo de 50-59.
- La etapa II fue la de mayor índice.
- El carcinoma ductal fue el de más alto índice.
- La mastectomía radical con la técnica de Madden fue la más realizada en el tratamiento quirúrgico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ermeso Rivero M. Métodos diagnósticos utilizados en la patología mamaria: Estructura del subprograma nacional de cáncer de mama[online]. Rev Cubana Enfermer. 1995[citado 03 Agosto 2007]; 11(1) : 11-12. Disponible en en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086403191995000100006&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403191995000100006&lng=es&nrm=iso).
2. Becker CA, Guido Pinto F. Microcalcificaciones mamaria: Evolución y manejo [serie en internet]. [Citado: 16 de Marzo de 2005]. [aprox. 4pantallas]. Disponible en:<http://www.cirugen.com/revision/marzo2005/ciro09-07/09-07-01htm>Fisiopatologia
3. Ascunse N, Barcos A, Hederá M, Erdozain N, Mirillo A, Osa A, et al. Programa de detección precoz de cáncer de mama. Resultados de proceso e indicadores de impacto (1990-2002)[Serie en internet] 2004[Citado: 12 Julio 2007]. 27 [3 pantallas] Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/texto/vol24/n3/org2ahtml>.
4. Jano Online y Agencias. La detección precoz del cáncer de mama permite identificar tumores cada vez más pequeños y menos invasivos[Serie en internet] 2007[Citado: 14 Jul 2007]. [Aprox. 2 pantalla] Disponible en en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/mdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=50107>.

5. Rubia Martos D, Palacín Porte JA, Serra Payró JM. Cirugía Oncoplástica en las mastectomías parciales. Manual de Cirugía. Tema 49a [Serie en internet] 2001 [Citado: 12 Jul 2007] [Aprox. 4 pantallas] Disponible en en: <http://www.secpre.org/documentos%20manual%2049a.html>.
6. Fernández Echegaray R, Escalera de Andrés C, Álvarez Benito M, Acebal Blanco M. Programa de detección precoz del cáncer de mama. [Serie en internet] 2004 [Citado: 12 Jul 2007]; 8(1) [1 pantalla] Disponible en en: <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=264227&donde=castella no&zfr=o>.
7. Torres Vidal RM, Jorge Pérez ER. Cáncer de mama y cuello de útero en la población femenina cubana. [Serie en internet]. 2004 [Citado: 14 Jul 2007] [Aprox. 2 pantalla] Disponible en en: <http://www.dne.sld.cu/Libro/capitulo10/capitulo10.htm>.
8. Hevia Martín A, Rodríguez Menéndez MC. Consulta de evaluación de afecciones mamarias al nivel primario. Resultados. [serie en internet], 1997, Rev Cubana Med Gen Integr [Citado: 14 Jul 2007]; 13(4) [Aprox. 12 pantallas] Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13\\_4\\_97/mg01497.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_4_97/mg01497.htm).
9. Sistema de salud. Programa nacional de Atención Materno Infantil 1998. Cáncer de mama [serie en Internet] 1998, [Citado: 15 Agos 2007] [Aprox. 3 pantallas] Disponible en: [http://www.sld.cu/sistema\\_de\\_salud/metodologica/materno-infantil.html#MAMA](http://www.sld.cu/sistema_de_salud/metodologica/materno-infantil.html#MAMA).
10. Cáncer de mama. Diagnóstico y estadiamiento. Holguín. 2000-2004. [Serie en Internet] [Aprox. 3 pantallas] [Aprox. 3 pantallas] Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no104/no104on/.htm>.

**TABLA 1. INCIDENCIA.**

<b>AÑOS</b>	<b>INCIDENCIA POR 1 000</b>
<b>2000</b>	<b>0.3</b>
<b>2001</b>	<b>1.3</b>
<b>2002</b>	<b>0.2</b>
<b>2003</b>	<b>1.9</b>
<b>2004</b>	<b>1.4</b>
<b>2005</b>	<b>0.8</b>
<b>2006</b>	<b>8.0</b>
<b>2007</b>	<b>0.7</b>

*Fuente: Registro Provincial de cáncer.  
Departamento Provincial de Estadísticas Provincial*

**TABLA 2. DIAGNOSTICO POR ETAPAS.**

<b>ETAPAS</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>TOTAL</b>									
									<b>No.</b>	<b>%</b>								
<b>Etapa 0</b>	-	-	-	-	-	-	-	3	3	0,7								
<b>Etapa I</b>	7	7	6	15	8	5	33	25	106	25,8								
<b>Etapa II</b>	16	21	15	39	25	17	40	38	211	51,4								
<b>Etapa III</b>	9	7	3	5	12	6	18	16	76	18,5								
<b>Etapa IV</b>	2	4	3	-	-	-	3	2	14	3,4								
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>8,2</b>	<b>39</b>	<b>9,5</b>	<b>27</b>	<b>6,5</b>	<b>59</b>	<b>14,3</b>	<b>45</b>	<b>10,9</b>	<b>28</b>	<b>6,8</b>	<b>94</b>	<b>22,9</b>	<b>84</b>	<b>20,4</b>	<b>410</b>	<b>100</b>

*Fuente: Registro Provincial de Cáncer. Departamento Provincial de Estadísticas Provincia*



**TABLA 3. COMPORTAMIENTO Y EDAD.**

EDADES	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL									
									No	%								
- 30	-	-	-	1	-	-	1	1	3	0,7								
30 - 39	-	-	2	6	-	3	4	6	21	5,1								
40 - 49	4	9	3	13	9	10	28	23	99	24,1								
50 - 59	9	10	15	16	16	51	21	26	118	28,7								
60 y más	21	20	7	23	20	10	40	28	169	41,2								
<b>TOTAL</b>	34	8,2	39	9,5	27	6,5	59	14,3	45	10,9	28	6,8	94	22,9	84	20,4	410	100

*Fuente: Registro provincial de Cáncer. Dpto. de Estadísticas. Historias Clínicas.*

**TABLA 4 DIAGNOSTICO HISTOLOGICO.**

TIPO HISTOLÓGICO	No.	%
Ductal <i>in situ</i>	1	0,2
Ductal infiltrante	371	90,4
Lobulillar <i>in situ</i>	-	-
Lobulillar infiltrante	15	3,6
Otros	23	5,6
<b>TOTAL</b>	410	100

*Fuente: Registro Provincial de cáncer. Dpto. de Estadísticas. Historias clínicas.*

**TABLA 5. ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS REALIZADOS.**

EXÁMENES REALIZADOS	POSITIVOS	ÍNDICE DE POSITIVIDAD
U/S de mama	8 455	1 691
Mamografía	1 482	292

**TABLA 6. TRATAMIENTO APLICADO.**

<b>TRATAMIENTO APLICADO</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>TOTAL</b>	
Mastectomía radical (Madden)	21	26	15	45	38	27	53	35	260	63.4
Mastectomía parcial (cuadrantectomía)	6	5	11	13	-	-	5	4	44	10.4
Tratamiento clínico	7	8	1	1	7	1	36	45	105	10.7
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>39</b>	<b>27</b>	<b>59</b>	<b>45</b>	<b>28</b>	<b>94</b>	<b>84</b>	<b>410</b>	<b>100</b>

*Fuente: Registro provincial de Cáncer. Dpto. de Estadísticas. Historias Clínicas.*