

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER MAMARIO EN UN GRUPO DE
MUJERES OPERADAS.

Por:

Dra. Lissette Ruiz Jorge¹ y Dr. Alejandro S. Ruiz Méndez²

Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Instructora. ISCM-VC.

Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Profesor Auxiliar. ISCM-VC.

Resumen

Introducción: La epidemiología analítica del cáncer de mama ha identificado varios factores de riesgo en esta enfermedad, los cuales podrían ser las bases para desarrollar acciones preventivas
Métodos: Se realizó una investigación descriptiva, aplicada, retrospectiva, con enfoque cuantitativo y longitudinal sobre una población femenina atendida en la consulta multidisciplinaria de Mastología del Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro" de Santa Clara, Villa Clara, y las mismas tuvieron como resultado en la biopsia quirúrgica un carcinoma mamario, en el período comprendido entre enero de 2000 a septiembre de 2003. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo de acuerdo con el origen (personal o ambiental). **Resultados:** El primer lugar lo ocupó la edad por encima de 50 años al momento del diagnóstico, con 38 pacientes (62,3 %). Le siguió en frecuencia la menopausia tardía (después de los 50 años), que en la serie se comportó con una media aritmética de 52 años, y la menarquía precoz, con una media aritmética de 11 años, con 25 (41,0 %) y 24 (39,3 %) pacientes respectivamente. El antecedente personal referido de enfermedad benigna o maligna de la mama ocurrió en cuatro pacientes (6,5 %). **Conclusión:** El factor de riesgo más frecuente fue la edad superior a 50 años al momento del diagnóstico, lo que guarda relación con los factores hormonales que inciden en la patogenia de esta enfermedad.

Descriptor DeCS:

NEOPLASMAS DE LA MAMA/epidemiología
FACTORES DE RIESGO

Subject headings:

BREAST NEOPLASMS/epidemiology
RISK FACTORS

Introducción

El cáncer mamario en el mundo es la neoplasia más frecuente en la mujer, y es la principal causa de muerte por enfermedad maligna entre las edades de 40 y 50 años. En Cuba la mortalidad por cáncer de mama es de 18 %, por lo que representa un grave problema de salud para la población femenina; es la localización más frecuente entre las neoplasias malignas en la mujer, con una tasa de 35,1 x 100 000 mujeres y una tasa de mortalidad de 16,1 x 100 000, lo que representa el primer lugar entre las causas de mortalidad por cáncer para el sexo femenino; 2000 nuevas mujeres padecen de cáncer de mama cada año y mueren alrededor de 1000^{1,2}.

La epidemiología analítica del cáncer de mama ha identificado varios factores de riesgo en esta enfermedad; debemos tener en cuenta que un factor de riesgo es todo elemento que aumente la probabilidad de padecer una enfermedad. Estos factores podrían ser las bases para desarrollar

acciones preventivas, y se han clasificado según el origen (personal o ambiental), la intensidad (fuerte, moderada y débil) y de acuerdo con la solidez de la prueba científica que sustenta a cada uno de ellos (establecidos, aparentes, controversiales y especulativos)^{1,3,7,8-10,11-18}. Nos hemos sentido motivados a determinar los factores de riesgo de cáncer de mama, según el origen, en un grupo de mujeres operadas por esta enfermedad.

Métodos

Se realiza una investigación descriptiva, aplicada, retrospectiva, con enfoque cuantitativo y longitudinal, sobre una población femenina atendida en la consulta multidisciplinaria de Mastología del Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro" de Santa Clara, Villa Clara; las mismas tuvieron como resultado en la biopsia quirúrgica un carcinoma mamario, en el período comprendido entre enero de 2000 y septiembre de 2003, con el propósito de determinar los factores de riesgo de acuerdo con el origen (personal o ambiental) que presentaban en el momento de la consulta, lo que se logró mediante la revisión de los Modelos de indicación de biopsia aspirativa con aguja fina (BAAF), que tienen en cuenta la edad por encima de 50 años, edad de la menarquía, la cual se considera precoz antes de los 12 años, más de 30 años en el primer embarazo a término, la ausencia de la lactancia materna, y antecedentes patológicos previos personales de enfermedad mamaria, así como familiares femeninos de primer orden que hayan padecido un carcinoma mamario. Al realizar el análisis estadístico se calculó el intervalo de confianza, para estimar el por ciento poblacional a partir del porcentaje muestral.

Resultados

En el período de estudio fueron operadas 78 pacientes con cáncer de mama, de las cuales, 61 (78,2 %) presentaban los factores de riesgo que se exponen en la tabla, en orden decreciente. El primer lugar lo ocupó la edad por encima de 50 años al momento del diagnóstico, con 38 pacientes (62,3 %); le siguió en frecuencia la menopausia tardía (después de los 50 años), que en la serie se comportó con una media aritmética de 52 años, y la menarquía precoz, con una media aritmética de 11 años, con 25 (41,0 %) y 24 (39,3 %) pacientes respectivamente. En nuestra serie se informó en 15 pacientes la ausencia de lactancia materna (24,6 %).

El antecedente personal referido de enfermedad benigna o maligna operada de la mama ocurrió en cuatro pacientes (6,5 %).

El antecedente personal de cáncer mamario aumenta el riesgo de padecerlo en la mama contralateral; en los casos analizados existió este antecedente en dos mujeres (3,3 %).

El antecedente familiar de cáncer de mama fue referido por tres pacientes (4,9 %).

Tabla Factores de riesgo presentes en 61 de 78 pacientes con carcinoma mamario.

Factores de riesgo	Pacientes	
	No.	%
Más de 50 años al diagnóstico.	38	62,3
Menopausia después de los 50 años.	25	41,0
No lactancia materna.	15	24,6
Menarquía antes de los 12 años.	24	39,3
Antecedentes personales de enfermedad benigna o maligna de la mama operada.	4*	6,5
Antecedentes de cáncer de mama en familiar de primer orden.	3	4,9
Primer embarazo después de los 30 años.	2	3,3
Nuliparidad.	3	4,9

Fuente: Modelos de solicitud de BAAF. Dpto. Anatomía Patológica. Hospital Universitario

"Arnaldo Milián Castro":

* dos pacientes operadas de carcinoma mamario previo (3,3 %).

Discusión

El primer lugar, en los factores de riesgo estudiados, lo ocupó la edad por encima de 50 años al momento del diagnóstico.

Sabemos que las mujeres mayores de 50 años constituyen el 27,06 % de la población total femenina. Al calcular el intervalo de confianza del 99 % para estimar el por ciento poblacional a partir del porcentaje muestral, se encontró que los límites inferior y superior corresponden a los valores 46,3 % y 78,3 %, por lo que el por ciento poblacional está fuera del intervalo ($p > 0,001$). Es conocido que el cáncer de mama es poco frecuente en edades jóvenes y que la incidencia se duplica cada 10 años hasta la menopausia, cuando la tasa de crecimiento se mantiene en ascenso, pero más lentamente^{1,9,18}. La menopausia tardía y la menarquía temprana le siguieron en frecuencia; ambos factores implican mayor exposición a altas concentraciones en sangre de estrógenos que aparecen durante el ciclo menstrual (se plantea que es el exceso de estos un probable factor etiológico), ya que en la patogenia del cáncer se considera un grupo de factores: genéticos, hormonales y ambientales^{1,3,6,18-20}. El efecto de la ausencia de lactancia en la génesis del cáncer mamario es difícil de precisar, ya que se superpone a la nuliparidad, pues las mujeres nulíparas no lactan (este factor siguió en orden de frecuencia). Algunos autores consideran que la lactancia reduce el riesgo, pero solo contra la ocurrencia premenopáusica de la enfermedad. Otros señalan la mastopatía fibroquística o displasia mamaria como la afección benigna que con mayor frecuencia se asocia a un aumento del riesgo de padecer cáncer de mama y, dentro de ellas, la mastopatía proliferativa con atipia, que incluye la hiperplasia epitelial ductal o lobulillar atípica. Sin embargo, estudios recientes discuten el significado de la mastopatía fibroquística como lesión preneoplásica de la mama, pues cabe la posibilidad de que ambas enfermedades no tengan ninguna relación directa y que estas puedan ocurrir en la misma glándula con un carácter casual^{1,10,11,18}. Asimismo, se ha considerado que no existe una relación directa entre el grado proliferativo de la mastopatía y el carcinoma, lo que ha permitido afirmar que la mastopatía fibroquística solo representa un factor de riesgo moderado dentro del contexto general de los distintos factores de riesgo existentes en el carcinoma mamario^{1,11,18}.

El antecedente personal de cáncer mamario aumenta el riesgo de volver a padecerlo en la mama contralateral; en los casos analizados existió este antecedente en dos mujeres^{1,3,6,18}.

El antecedente familiar de cáncer de mama fue hallado en tres pacientes. Este factor es válido cuando se produce en familiares del sexo femenino de primer orden, que lo padecen antes de los 50 años de edad. En pacientes con cáncer mamario menores de 25 años, este antecedente puede estar presente en un 25 % de los casos y se caracteriza por la bilateralidad y la multicentricidad^{1,3,5-7,8,12,14,18}.

En nuestras pacientes se encontró como factor de riesgo más frecuente la edad superior a 50 años al momento del diagnóstico, lo que guarda relación con los factores hormonales que se considera están presentes en la patogenia de esta enfermedad y con los factores de riesgo de origen personal, de acuerdo con la clasificación empleada en nuestro estudio.

Summary

Introduction: Breast cancer analytic epidemiology has identified several risk factors in this condition that could be the basis for the development of preventive actions. **Method:** A descriptive, applied, retrospective investigation with quantitative and longitudinal perspective on a female population attending a multi-disciplinary office of mastology was carried out in the university hospital "Arnaldo Milián Castro" in Santa Clara, Villa Clara. A breast carcinoma was found in their surgical biopsies during the period January 2000 to September 2003. **Objective:** To determined risk factors according to its ethiology (personal or environmental). **Results:** Age over 50 years got the first place at the moment of diagnosis with 38 patients (62,3 %). It was followed in frequency by late menopause (after 50 years of age) which showed in this series an arithmetic average of 52 and precocious menarche with an arithmetic average of 11 years, with 25 (41,0 %) and 24 (39,3 %) patients, respectively. The referred personal background of malignant or benign breast condition

occurred in 4 patients (6,5 %). **Conclusion:** The most frequently found risk factor at the moment of the diagnosis was the age over 50 years which is related with hormonal factors that influence the pathogeny of this condition.

Referencias bibliográficas

1. Cotran RS, Kumar V, Colins ST. Mama. En: Robbins patología estructural y funcional. 6a ed. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana; 1999. p. 1137-64.
2. Grupo Nacional de Cáncer de Mama. Programa Nacional de Cáncer de Mama. La Habana: MINSAP; 1998.
3. Jasen P. Breast cancer and the language of risk. Soc Hist Med. 2002;15(1):17-43.
4. Boetes C. The evaluation of women with familial risk of breast cancer. J Exp Clin Cancer Res. 2002 ;21(3 Suppl):97-101.
5. Ziogas A, Anton-Culver H. Validation of family history data in cancer family registries. Am J Prev Med. 2003;24(2):190-8.
6. Martelli G, De Palo G. Breast cancer in elderly women (> or = 70 years): which treatment?. Tumori. 1999 ;85 (6):421-4.
7. Page DL, Schuyler PA, Dupont WD, Jensen RA, Plummer WD Jr, Simpson JF. Atypical lobular hyperplasia as a unilateral predictor of breast cancer risk: a retrospective cohort study. Lancet. 2003;11:361(9352):125-9.
8. Malik IA. Clinico-pathological features of breast cancer in Pakistan. J Pak Med Assoc. 2002;52 (3):100-4.
9. Vainio H, Kaaks R, Bianchini F. Weight control and physical activity in cancer prevention: international evaluation of the evidence. Eur J Cancer Prev. 2002; 1 Suppl 2:S94-100.
10. Holmes MD, Colditz GA, Hunter DJ, Hankinson SE, Rosner B, Speizer FE, Willett WC. Meat, fish and egg intake and risk of breast cancer. Int J Cancer. 2003;104(2):221-7.
11. Dorn J, Vena J, Brasure J, Freudenheim J, Graham S. Lifetime physical activity and breast cancer risk in pre- and postmenopausal women. Med Sci Sports Exerc. 2003;35(2):278-85.
12. Althuis MD, Brogan DR, Coates RJ, Daling JR, Gammon MD, Malone KE, Schoenberg JB, Brinton LA. Hormonal content and potency of oral contraceptives and breast cancer risk among young women. Br J Cancer. 2003; 88(1):50-7.
13. Warner E, Carroll JC, Heisey RE, Goel V, Meschino WS, Lickley HL, Doan BD, Chart PL, Orr V, Lothian S. Educating women about breast cancer. An intervention for women with a family history of breast cancer. Can Fam Physician. 2003;49:56-63.
14. Kushi L, Giovannucci E. Dietary fat and cancer. Am J Med. 2002;113 Suppl 9B:63S-70.
15. Jamal AA, Mansoor I. Analysis of false positive and false negative cytological diagnosis of breast lesions. Saudi Med J. 2001;22(1):67-71.
16. Cho EY, Oh YL. Fine needle aspiration cytology of sclerosing adenosis of the breast. Acta Cytol. 2001;45(3):353-9.
17. Pettinato G, Pambuccian SE, Di Prisco B, Manivel JC. Fine needle aspiration cytology of invasive micropapillary (pseudopapillary) carcinoma of the breast. Report of 11 cases with clinicopathologic findings. Acta Cytol. 2002;46(6):1088-94.
18. El All HA, Ismail E, Abbas M, Ouf K. E- fraction, mitotic figure count, and SBR histologic grading in invasive breast carcinoma: a comparative study. Breast J. 2001;7(2):106-10.
19. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico 2000. La Habana: Palcograf; 2003.
20. Polednak AP. Survival of lymph node-negative breast cancer patients in relation to number of lymph nodes examined. Ann Surg. 2003;237(2):163-7.