

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

COMUNICACIÓN

CÁNCER DE MAMA: ACCIONES PREVENTIVAS, MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y EVALUACIÓN PRONÓSTICA.

Por:

Dra. Lissette Ruiz Jorge.

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

Descriptores DeCS:

NEOPLASMAS DE LA MAMA/prevención & control
PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD

Subject headings:

BREAST NEOPLASMS/prevention & control
NATIONAL HEALTH PROGRAMS

El cáncer mamario es, en el mundo, la neoplasia más frecuente en la mujer y la principal causa de muerte por enfermedades malignas, entre los 40 y 50 años de edad. En nuestro país representa un grave problema de salud para la población femenina, con una tasa de 35,1 x 100 000 mujeres; es la localización más frecuente entre las neoplasias malignas en la mujer y representa el primer lugar entre las causas de muerte por cáncer para el sexo femenino, con una tasa de mortalidad de 16,1 x 100 000 mujeres, por lo que 2 000 enferman con cáncer de mama cada año y mueren alrededor de 1 000. Por este motivo, se ha creado por parte de nuestro Ministerio de Salud Pública, un Programa Nacional de Cáncer de Mama (PNCM), para el diagnóstico preclínico y precoz de esta enfermedad en Cuba, planificado sobre la base de la divulgación, el uso de métodos modernos de diagnóstico y la atención médica^{1,2}.

El programa tiene como propósito elevar el nivel de salud de la población femenina con acciones de promoción, protección y recuperación, mediante el trabajo conjunto de la organización de salud y la Federación de Mujeres Cubanas, para lo cual están definidos objetivos generales y específicos, que se logran mediante una serie de actividades a ejecutar por los niveles primarios y secundarios de atención médica².

En nuestra provincia, la tasa de incidencia promedio del cáncer de mama es de 40,1 x 100 000 mujeres y la tasa de mortalidad promedio es de 18,05 x 100 000, ambas por encima de los valores nacionales, por lo que este proyecto de investigación tiene entre sus propósitos analizar algunos aspectos relacionados con el Programa Nacional de Cáncer de Mama en los niveles de atención médica primaria, para lo cual se eligió al policlínico "Roberto Fleites", y en la atención médica secundaria al Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro", en el período comprendido entre enero de 2000 y septiembre de 2003³.

Entre los objetivos, nos propusimos: 1) Evaluar los conocimientos sobre el PNCM en un área de salud; 2) capacitar a los médicos de familia; 3) diseñar un modelo de dispensarización para el examen clínico anual de la mama; 4) analizar los resultados de las mamografías del pesquiasaje masivo y determinar por estudio hístico la naturaleza de estas lesiones; 5) definir los factores de riesgo en las enfermas con cáncer clínico de la mama; 6) validar el ultrasonido y la biopsia aspirativa con aguja fina (BAAF) como métodos diagnósticos en el cáncer mamario; 7) emplear la BAAF como método sustitutivo de la sección congelada de la biopsia transoperatoria cuando exista

coincidencia de la tríada diagnóstica en la malignidad de una lesión mamaria; 8) determinar el ahorro hospitalario por empleo de intervenciones quirúrgicas conservadoras en el cáncer mamario, con talla de hasta 3 cm y con el empleo de la BAAF, como método sustitutivo de la sección congelada de la biopsia transoperatoria; 9) modificar el método de Juan Rosai para el estudio macroscópico de las piezas quirúrgicas de cáncer de mama; 10) describir los factores pronósticos morfológicos; 11) aplicar un estudio morfométrico para evaluar el grado nuclear de Fisher; 12) precisar el estadio de la operadas con cáncer de mama según el TNM p y relacionarlas con el tratamiento quirúrgico empleado, y 13) relacionar los grupos pronósticos de axila negativa y axila positiva con la menopausia.

En el nivel de atención primaria, el diagnóstico de conocimientos que se aplicó en los médicos de familia y enfermeras del policlínico "Roberto Fleites", demostró que nuestro personal médico y de enfermería posee un bajo nivel de conocimientos sobre el funcionamiento del PNCM, por lo que fue necesaria la capacitación de los mismos para el logro exitoso de sus objetivos. La capacitación, mediante un curso de entrenamiento teórico-práctico a médicos de familia de diferentes áreas de salud de los municipios de la provincia de Villa Clara, elevó el nivel de conocimientos sobre el PNCM y en aspectos generales sobre esta neoplasia. Se diseñó y se puso en práctica un "Modelo de dispensarización para el examen clínico de la mama" con vistas a mejorar la organización y control en la realización del examen anual a las mujeres de 30 años y más de los 72 consultorios pertenecientes al policlínico "Roberto Fleites". La capacitación de los médicos de familia de diferentes municipios de la provincia de Villa Clara, permitió la creación de las consultas de clasificación en 30 policlínicos de la provincia, incluido el "Roberto Fleites" del municipio de Santa Clara. Ellas constituyen un eslabón entre la atención médica primaria y secundaria. La frecuencia de mamografías patológicas detectadas durante el pesquisaje mamográfico fue de 0,44 %; en las que se realizó estudio hístico, se comprobó una enfermedad benigna de la mama⁴.

En el nivel de atención médica secundaria, la determinación de los factores de riesgo presentes en las mujeres que padecen carcinoma mamario mostró, como más frecuente, la edad superior a 50 años al momento del diagnóstico. La biopsia aspirativa con aguja fina mostró una sensibilidad de 98,5 % y el ultrasonido de 81,1 %; el valor predictivo positivo fue de 100 % para ambos métodos en el diagnóstico del cáncer de mama. La BAAF sustituyó a la sección congelada de la biopsia transoperatoria en las pacientes operadas de carcinoma mamario, siempre que hubo coincidencia de malignidad en la tríada diagnóstica (examen clínico, imagenológico y citológico por BAAF). En la mayoría de las mujeres, el procedimiento quirúrgico se realizó con fines curativos del tipo cuadrantectomías o mastectomías radicales, con vaciamiento axilar. Las operaciones conservadoras permitieron disminuir los costos hospitalarios, mejorar la estética y elevar la calidad de vida de las mujeres con carcinoma mamario. Se logró un ahorro hospitalario total de \$ 12 025, de los cuales \$ 4 050 fueron por sustitución de la BAAF en los cortes congelados de la biopsia transoperatoria y \$ 7 975 por realizar intervenciones quirúrgicas conservadoras⁵⁻⁷.

La aplicación de la modificación propuesta al método de Juan Rosai para la preparación en fresco de las piezas quirúrgicas, producto de mastectomías o cuadrantectomías con vaciamiento axilar, resultó más fácil de realizar y permitió un estudio más completo de las piezas. Se evaluaron 19 factores pronósticos morfológicos en las pacientes con carcinomas mamarios. La talla del tumor de los casos estudiados correspondió, por amplia mayoría, a los T 2 y T1. El borde tumoral que se encontró con más frecuencia fue el infiltrante. La mayoría de las mujeres tuvieron márgenes quirúrgicos negativos, independientemente del tipo de intervención quirúrgica practicada, lo que refleja un procedimiento quirúrgico exerético muy bueno. Las variantes hísticas de pronóstico desfavorable fueron las más frecuentes, y dentro de ellas, los carcinomas ductales infiltrantes comunes, asociados o no a carcinoma intraductal. Predominaron, en los casos analizados, los grados histológicos 2 y 3, según el método de Bloom-Scarff-Richarson, lo que significa que el grado de diferenciación de los tumores era moderado o poco diferenciado. No hubo diferencia entre las frecuencias favorables y desfavorables del grado nuclear, según el método de Fisher. El componente intraductal estuvo ausente en la mayoría de los casos, pero cuando se presentó, predominó la forma extensa. Se encontró multifocalidad, multicentricidad, calcificaciones, necrosis, elastosis, invasión vascular linfática y afectación del pezón. La respuesta linfoplasmocitaria peritumoral estuvo presente, con más frecuencia, de forma mínima o moderada. En los vaciamientos axilares analizados, aunque predominó el estatus ganglionar 1, no se encontró diferencia entre las mujeres sin metástasis ganglionar o con ellas. La mayoría de los casos mostró

un receptor hormonal cualitativo negativo. El índice pronóstico de Nottingham que predominó fue el correspondiente al buen pronóstico. En la mayoría de las mujeres con carcinoma mamario se asoció una mastopatía, y cuando esta estuvo presente, fue la no proliferativa o la no proliferativa sin atipia, por lo que no hubo una relación directa entre el grado proliferativo de la mastopatía y el carcinoma. El factor de forma nuclear obtenido por método morfométrico, se correlacionó positivamente con el grado nuclear de Fisher. El mayor número de mujeres de la casuística se encontraban en los estadios comprendidos desde I hasta II b, donde está indicada la intervención quirúrgica conservadora; sin embargo, esta se realizó solo en 44,4 %. Los grupos pronósticos que presentaban axila positiva o negativa no mostraron diferencias. Dentro los casos de axila negativa, predominó el grupo de alto riesgo de recurrencia⁸⁻¹⁰.

Impacto económico:

El impacto económico de este trabajo se basa en las posibilidades de disminución de los costos hospitalarios, al sustituir los cortes congelados de la biopsia transoperatoria por el resultado de la BAAF, siempre que exista coincidencia en la tríada diagnóstica en el marco de una consulta multidisciplinaria de mastología, y de realizar intervención quirúrgica a las pacientes que requieran la indicación de esta técnica.

1. Ahorro de \$ 275.00 por la diferencia en los costos entre ambas intervenciones
2. Ahorro de \$ 75.00 por no realizar la congelación de un fragmento del tumor durante la biopsia transoperatoria.

Todo lo anterior demuestra las ventajas económicas de la intervención quirúrgica conservadora, lo cual representa un ahorro por paciente de \$ 350.00. Esto implica que si a 42 mujeres con tumores de hasta 3 cm se les realizara cuadrantectomía, representaría un ahorro de \$ 14 700.00.

1. Costo de la mastectomía = \$ 1 400.00
Costo total de la intervención en 100 pacientes = \$ 140 000.00
2. Costo de la cuadrantectomía = \$ 1 125.00
Costo total de la intervención en 100 pacientes = \$ 112 500.00

Como puede observarse, la diferencia en los costos de ambas formas de intervención, para una paciente, es de \$ 275, pero si analizamos 100, la diferencia es de \$ 27 500.00, que sería el valor ahorrado cada 100 casos, a los que en lugar de realizarles mastectomías se les practicarían cuadrantectomías, siempre que se cumplan las indicaciones para este procedimiento. Con este ahorro se pueden realizar 24 cuadrantectomías adicionales, lo que representa la posibilidad de ejecutar un 25 % más de actividad quirúrgica.

Impacto social y medio ambiental:

La ejecución de este proyecto, en la atención primaria de salud, elevó el nivel de conocimientos en los médicos de familia de los municipios de la provincia de Villa Clara sobre el PNCM, y en aspectos generales sobre esta neoplasia. Esto permite que se puedan cumplir los objetivos y tareas de este programa en el nivel primario de salud.

Mediante el empleo del Modelo de dispensarización para el examen clínico de la mama, se logra una mejor organización y control de la realización del examen clínico anual a las mujeres de 30 años y más, de los 72 consultorios pertenecientes al policlínico "Roberto Fleites".

Se instauraron las consultas de clasificación en 30 policlínicos pertenecientes a diferentes municipios de la provincia de Villa Clara. Ello permite una mejor atención a las mujeres con enfermedades mamarias remitidas desde los consultorios a la consulta multidisciplinaria del hospital, según la regionalización, y servirá de eslabón entre el nivel de atención primario y el secundario.

Con la consulta multidisciplinaria de Mastología de nuestro hospital, se ha logrado que, de una forma dinámica y en una sección de trabajo, pueda conocerse el diagnóstico de la lesión mamaria

de las mujeres que acuden a ella, basados en la clínica, la imagenología y la BAAF, así como definir la conducta terapéutica.

Se logró aumentar el número de intervenciones quirúrgicas conservadoras en nuestro hospital, lo que mejora la calidad de vida de nuestras pacientes, la estética y la esfera psicológica.

Asimismo, se facilitó notablemente la calidad al diagnóstico anatomopatológico del cáncer de mama, al introducirse el estudio de 19 factores pronósticos morfológicos, por las facilidades que ofrecen las modificaciones realizadas al procesamiento de las piezas quirúrgicas de mastectomías.

Referencias bibliográficas

1. Cotran RS, Kumar V, Colins ST. Mama. En: Robbins patología estructural y funcional. 6ta 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. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico 2000. La Habana: Palcograf; 2003.
4. Rostagno R. El imagenólogo y la pieza operatoria de biopsia. En: Tratamiento conservador en cáncer de mama. Madrid: Mc Graw Hill; 200. p. 85-8.
5. Makaren G, Hernández MG. Riesgo y modelos de riesgo para cáncer de mama. En: Tratamiento conservador en cáncer de mama. Madrid: Mc Graw Hill; 2002. p. 25-37.
6. Jamal AA, Mansoor I. Analysis of false positive and false negative cytological diagnosis of breast lesions. Saudi Med J. 2001;22(1):67-71.
7. Arraztoa J. Conducta del cirujano ante la presencia de nódulos palpables en la mama. En: Tratamiento conservador en cáncer de mama. Madrid: Mc Graw Hill; 2002. p. 127-37.
8. Rosai J. Ackerman's surgical pathology. [CD-ROM]. USA: Mosby; 2000.
9. Fisher E, Anderson S, Tan.Chiu E, Fischer B, Eaton L, Wolmark N. Fifteen-year prognostic discriminants for invasive breast carcinoma. Cancer. 2001;91(8):1679-87.
10. Viniegra M, Chacón R. Tratamiento adyuvante del cáncer de mama. En: Tratamiento conservador en cáncer de mama. Madrid: Mc Graw Hill; 2002. p. 325-54.