

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE VILLA CLARA

CARTA AL EDITOR**El autoexamen y la detección precoz del cáncer de mama****Self-exam and early detection of breast cancer**Fe Dora Peñate Tamayo¹, Ana Victoria de la Torre Santos²

1. Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico Arnaldo Milián Castro. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: fdorapt@infomed.sld.cu
2. Hospital Universitario Dr. Celestino Hernández Robau. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

Señor Editor:

El cáncer de mama, con la excepción del cáncer de piel, es el más común entre las mujeres. Para su detección es fundamental examinar las mamas de la mujer para realizar un diagnóstico precoz, antes del inicio de los síntomas.

Dentro del programa de cáncer del sistema de salud en Cuba, para la atención primaria, existe una estrategia encaminada a detectar en cada área de salud los grupos de alto riesgo y realizar actividades de prevención del cáncer de mama. La promoción de salud está dirigida a educar a la población en el autoexamen de mama mensual y promover la importancia del examen físico por un profesional capacitado, divulgar a través de los medios de difusión masiva los síntomas y signos más frecuentes de presentación de esta enfermedad. En relación con los recursos humanos es necesario perfeccionar al personal médico y paramédico en los signos y síntomas del cáncer de mama y garantizar el funcionamiento de las consultas de filtro en todos los municipios.

Resulta paradójico que las pacientes con cáncer de mama lleguen a recibir atención especializada tardíamente. En una investigación realizada en el Hospital Universitario «Dr. Celestino Hernández Robau» de Santa Clara, Villa Clara, que incluyó a 95 pacientes con cáncer de mama que iban a recibir tratamiento con quimioterapia, se encontró que el 42 % de las pacientes estaban en estadio III. Este hallazgo resultó relevante porque, de acuerdo con lo previsto en el programa de cáncer, la detección debió haberse hecho de forma precoz en estadios clínicos menos avanzados, y solo el 9,7 % de las pacientes estaban en estadio I, lo cual resulta un porcentaje bajo, sobre todo si se tiene en cuenta que el estudio excluyó a las pacientes en estadio IV.

En la mayoría de los países, con sistemas de salud bien desarrollados, la mayor parte de los tumores de mama se diagnostican en estadios iniciales; aproximadamente el 80 % de los casos tienen menos de 2 cm, con uno o ningún ganglio axilar afectado.¹⁻⁴

Hernández Hernández DM,² en un estudio realizado sobre la detección de cáncer, que incluyó 242 pacientes, encontró que el 21,1 % estaban en la etapa clínica I, 21,9 % en etapa IIA, 16,5 % en etapa IIB, 19 % en etapa IIIA, 12 % en etapa IIIB, 7% en etapa IIIC y 2,5 % en la etapa IV, es decir, que solo el 21,5 % de las pacientes estaban en estadios avanzados.

El papel del autoexamen de mama es polémico; la Sociedad de Cáncer Americana (CAS, por sus siglas en inglés) ya no recomienda los autoexámenes mensuales; sin embargo, considera que todas las mujeres deben aprender sobre los beneficios potenciales, limitaciones y daños del autoexamen de mama. Las mujeres deben recibir instrucciones apropiadas para realizar el autoexamen y decidir individualmente la periodicidad con que lo realizan. Otros grupos

sugieren que el autoexamen sistemático puede ocasionar más resultados falso-positivos y, por consiguiente, más biopsias de lesiones benignas.^{3,5}

Un metanálisis de 12 estudios, que involucran un total de 8 118 pacientes con cáncer de mama, correlacionó el autoexamen de mama con el tamaño del tumor y el estado del sistema linfático regional. Las mujeres que realizaron el autoexamen tuvieron una mayor probabilidad de tener tumores más pequeños y menos riesgo de tener metástasis a los linfonodos axilares que aquellas que no lo hicieron. Un estudio multicéntrico del *Memorial Sloan-Kettering Cancer* y la Universidad de Virginia, trató de medir los beneficios y costos de agregar los exámenes clínicos del pecho al pesquiasaje mamográfico anual. Estos exámenes descubrieron 14 cánceres de mama adicionales, o 0,02 % de los 60 027 exámenes realizados, y el costo adicional detectado fue de \$122 598.00 Basado en este informe, el beneficio de exámenes clínicos del pecho parece ser marginal.^{3,6,7}

Las mamografías son el mejor método para detectar el cáncer de mama en etapas tempranas, cuando es más fácil de tratar y antes de que sea lo suficientemente grande para que se sienta al palpar o haya causado síntomas. La mayoría de las mujeres entre los 50 y 74 años deben hacerse una mamografía, al menos cada dos años, o si tiene entre 40 y 49 años y tienen factores de riesgo adicionales.⁸⁻¹⁰

En opinión de las autoras cualquier beneficio debe ser considerado, tomando como premisas el ahorro económico y las implicaciones que tiene para las pacientes la detección precoz del cáncer de mama, donde destacan mejores resultados terapéuticos y la posibilidad de cirugías más conservadoras. Es innegable la utilidad de la mamografía, pero eso no invalida la pesquisa activa por parte del médico y el autoexamen de mama.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Almagro E, González C, Espinosa E. Factores pronósticos en el cáncer de mama en estadio inicial. *Med Clín (Barc)*. 2016;146(4):167-71.
2. Hernández Hernández DM, Villegas Sandovalb A, Apresa García T. Detección de cáncer de mama en el IMSS: asociación entre uso de servicio y estadio diagnóstico. *Gac Mex Oncol*. 2014;13(4):215-21.
3. Feigin KN, Keating DM, Telford PM. Clinical Breast Examination in a Comprehensive Breast Cancer Screening Program: Contribution and Cost. *Radiology*. 2006;(240):650-5.
4. American Cancer Society. Acerca del cáncer de seno [internet]. USA: American Cancer Society; 2017 [citado 20 ago. 2017]. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guia detallada/cancer-de-seno-que-es-estadisticas-clave>
5. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. ¿Qué puedo hacer para reducir el riesgo de cáncer de mama? [internet]. USA: División de Prevención y Control del Cáncer, CDC; 2016 [citado 20 ago. 2016]. Disponible en: http://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/prevention.htm
6. Khatcheressian JL, Hurley P, Bantug E, Esserman LJ, Grunfeld E, Halberg F, et al. Breast Cancer Follow-Up and Management After Primary Treatment: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol* [internet]. 2012 Nov. 5 [citado 24 mar. 2016];31(7):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.2012.45.9859>
7. Wong SL, Balch CM, Hurley P, Agarwala SS, Akhurst TJ, Cochran A, et al. Sentinel Lymph Node Biopsy for Melanoma: American Society of Clinical Oncology and Society of Surgical Oncology Joint Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol* [internet]. 2012 Aug. 10 [citado 24 mar. 2016];30(23):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.2011.40.3519>
8. Visvanathan K, Hurley P, Bantug E, Brown P, Col NF, Cuzick J, et al. Use of Pharmacologic Interventions for Breast Cancer Risk Reduction: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol* [internet]. 2013 Dec. 1 [citado 24 mar. 2016];31(34):[aprox. 21 p.]. Disponible en: <http://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.2013.49.3122>

9. Jardines L, Goyal S, Fisher P, Weitzel J, Royce M, Goldfarb SB. Breast Cancer Overview: Risk Factors, Screening, Genetic Testing, and Prevention [internet]. USA: CancerNetwork; 2015 Jun. 1 [citado 24 mar. 2016]. Disponible en: <http://www.cancernetwork.com/cancer-management/breast-cancer-overview-risk-factors-screening-genetic-testing-and-prevention>
10. Wörmann B, Aebi S, Greil R, Harbeck N, Overkamp F, Rick O, et al. Breast Cancer in Women [internet]. Berlín: Onkopedia Guidelines; 2012 sep. [citado 20 ago. 2016]. Disponible en: https://www.onkopedia-guidelines.info/en/onkopedia/guidelines/breast-cancer-in-women/@_@view/html/index.html

Recibido: 20 de febrero de 2017

Aprobado: 5 de mayo de 2017

Fe Dora Peñate Tamayo. Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico Arnaldo Milián Castro. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: fdorapt@infomed.sld.cu