

HOSPITAL UNIVERSITARIO
“DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

INCIDENCIA DEL CÁNCER DE MAMA EN EL HOSPITAL “DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU” DURANTE EL AÑO 2004

Por:

Dra. Belkis Marlene Rodríguez Abreu¹, Dr. Daniel Avelino Couto Hernández² y Dra. Ana de la Torre Santos³

1. Especialista de I Grado en Imagenología. Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara, Villa Clara. Asistente. ISCM-VC. e-mail: marlen@capiro.vcl.sld.cu
2. Especialista de I Grado en Cirugía. Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara, Villa Clara. Instructor. ISCM-VC.
3. Especialista de II Grado en Oncología. Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara, Villa Clara. Instructora. ISCM-VC.

Descriptor DeCS:

NEOPLASMAS DE LA MAMA/epidemiología

Subject headings:

BREAST NEOPLASMS/epidemiology

El cáncer de mama es la tercera causa más frecuente de cáncer en el mundo (796 000 casos en 1990) y la de más alta incidencia en las mujeres (21 % de todos los casos nuevos)¹. Con una tasa de crecimiento anual del 0,5 %, se esperan 1,35 millones de casos nuevos para el año 2010. En el mundo, mueren anualmente alrededor de 314 000 mujeres por esta enfermedad, lo que representa el 14 % de todas las muertes por cáncer en el sexo femenino. Las tasas de incidencia son más altas en los países desarrollados (excepto Japón), y Estados Unidos muestra la tasa de incidencia ajustada por edad más elevada.

En Cuba, el cáncer de mama es la localización más frecuente (17,8 % del total de casos nuevos), y la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres (15,3 % del total de muertes por esta enfermedad). Se observa una tendencia ligeramente creciente del riesgo de enfermar y morir a través del tiempo, especialmente en los grupos de edades mayores de 50 años².

Se ha demostrado la eficacia de la mamografía en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama, cuando es utilizada como método diagnóstico de pesquisaje masivo en mujeres mayores de 50 años. El examen clínico y el autoexamen son métodos complementarios que permiten el diagnóstico en etapas tempranas de la enfermedad. La terapéutica apropiada según el estadio clínico de las pacientes favorece el incremento de la supervivencia y de la calidad de vida de las enfermas.

Mientras la prevención carcinogénica no resulte un hecho infalible que evite la aparición del tumor, la medicina profiláctica dependerá del diagnóstico en etapa incipiente. No está definido hasta dónde la detección precoz es garantía de curación, pero es evidente que el cáncer menos desarrollado tiene mayor posibilidad de curar^{3,4}.

El Ministerio de Salud Pública en Cuba ha diseñado el Programa Nacional de Cáncer de Mama dirigido hacia el diagnóstico preclínico y clínico precoz de esta enfermedad, con el objetivo de reducir la mortalidad, aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida de las enfermas mediante el uso de tratamientos menos mutilantes².

En la actualidad, se han desarrollado múltiples medios diagnósticos para detectar el cáncer de mama, pero muchos de ellos resultan demasiado costosos para introducirlos en un proyecto de gran alcance^{4,5}. Sin embargo, la mamografía, el ultrasonido y la citología aspirativa con aguja fina (CAAF), en combinación con el examen físico, han demostrado tener sensibilidad y costos aceptables.

Para la realización de este trabajo, acudimos a la consulta centralizada de mama del hospital, con el objetivo de conocer la incidencia de esta enfermedad durante un año (2004), los grupos etarios más frecuentes, raza, síntomas y signos clínicos; ubicar el cuadrante y la mama más afectada, así como describir los medios diagnósticos utilizados para lograr diagnosticar el cáncer de seno.

En ese período acudieron a consulta 2 912 pacientes por presentar signos y síntomas; de ellas, a 300 se les realizó la citología aspirativa con aguja fina y la exéresis de la lesión. Resultaron positivas 272, y la incidencia de neoplasia en la consulta fue de 9,34 %.

El grupo etario más frecuente fue el de 58 a 68 años, seguido por el de 47-57 años, lo que coincide con lo informado por algunos autores, como: Delval Gil y colaboradores, quienes plantearon que la incidencia oscila entre los 50 y 60 años de edad⁴. Otro de los aspectos que analizamos fue la raza, y la de mayor incidencia fue la blanca⁵. En nuestro medio, la mama más afectada fue la izquierda, y en cuanto a su localización topográfica, el cuadrante superior externo. Este hallazgo coincide con lo informado en algunos trabajos consultados^{6,7}; sin embargo, no encontramos en la bibliografía cuál es su posible causa.

Los signos más significativos encontrados al realizar el examen físico fueron: nódulo palpable, aumento de tamaño de la mama, enrojecimiento de esta, acompañado de secreción, sangrado por el pezón y adenopatías axilares y supraclaviculares. Analizamos los diferentes estudios mediante los cuales se diagnosticó esta enfermedad, y se hizo evidente que el ultrasonido, la mamografía y la CAAF fueron los exámenes de elección para el diagnóstico de esta afección en nuestro medio; sin embargo, la mamografía no se le pudo realizar a todas las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por problemas de cobertura, por lo que fueron reservadas para aquellas que tenían indicación de posible cuadrantectomía, ya que es una de las premisas para realizar este procedimiento^{8,9}.

PATRONES ULTRASONOGRÁFICOS ENCONTRADOS:

- Aumento de la ecogenicidad del tejido mamario con hipertrofia de los acinos
- Nódulo hipoecogénico de contornos regulares, irregulares o ambos
- Nódulo ecogénico de contornos regulares, irregulares o ambos
- Nódulo complejo con predominio ecogénico
- Nódulo ecolúcido
- Adenopatías axilares

PATRONES MAMOGRÁFICOS ENCONTRADOS:

- Imagen nodular de contornos irregulares
- Imagen nodular de contornos polilobulados
- Lesión estrellada
- Microcalcificaciones
- Infiltración de la piel con retracción del pezón
- Aumento de la vascularización
- Aumento de la densidad radiológica en comparación con su homóloga contralateral
- Adenopatías axilares

Estos hallazgos coinciden con los informados en la bibliografía consultada¹⁰.

Nos encontramos inmersos en el rescate del buen funcionamiento del Programa del Cáncer de Mama para lograr disminuir la incidencia de esta enfermedad, que aún con el trabajo realizado continúa siendo alta en el país y en nuestro centro.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud Pública. Segunda versión del programa nacional de cáncer de mama. La Habana: Abril; 2005.
2. Pérez Sori AA. "Cáncer de mama y sus métodos diagnósticos fundamentales en nuestro medio" [tesis]. Santa Clara: ISCM; 2001.
3. Suárez Fernández JM. Detección precoz del cáncer de la mama. En: Prevención, profilaxis y diagnóstico precoz del cáncer de la mama. La Habana: Científico-Técnica; 1990. p. 33-53.
4. Delval Gil JM, López Bañeres GJ, Rebollo López, FJ, Utrillas Martínez AC, Serrano M. Revisión de conjunto cáncer de mama y mastectomía. Estado actual. Oncology. 2001 Ene;69(1):56-64.
5. Venta Luz A. Mamografía; Intervención e imagen. Philadelphia: Lippincott Williams's e Wilkins; 2000.
6. Bonnadona G. Mama. En: Manual de oncología médica. La Habana: Científico-Técnica; 1986. p. 201-35.
7. De Vita VT. Cancer. Principles and practice of oncology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams e Wilkins; 2005.
8. Valls Pérez O, Parrilla Delgado ME. Atlas de Ultrasonido Diagnóstico. La Habana: Científico Técnica; 1988.
9. Schmitt FC. Factores pronósticos en el cáncer de mama. Rev Senol Patol Marn.1998;11:206-13.
10. Sabate J. Carcinoma intraquístico de la mama. Valor de la ultrasonografía en su diagnóstico. Radiología. 1983;49(10):21.

Recibido: 7 de febrero de 2007

Aprobado: 11 de agosto de 2008