

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

CÁNCER DE MAMA: RESULTADOS DEL AÑO 2005

Por:

Dra. Ileana Gómez Delgado¹, Dr. Luis Estévez Cobo² y Dr. Sergio Santana Rodríguez³

1. Especialista de I Grado en Oncología. Hospital Universitario "Celestino Hernández Robau". Santa Clara, Villa Clara. Profesora Auxiliar. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Oncología. Hospital Universitario "Celestino Hernández Robau". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. ISCM-VC.
3. Especialista de II Grado en Oncología. Hospital Universitario "Celestino Hernández Robau". Santa Clara, Villa Clara. Profesor Auxiliar. ISCM-VC.

Descriptor DeCS:

NEOPLASMAS DE LA MAMA/epidemiología

Subject headings:

BREAST NEOPLASMS/epidemiology

El cáncer de mama constituye la tercera causa de muerte por cáncer en el mundo en el sexo femenino, con una tasa de crecimiento anual del 0,5 % y se espera que 1,35 millones de casos nuevos sean diagnosticados para el año 2010. Mueren anualmente alrededor de 14 000 mujeres, que representan el 14 % de todas las muertes por cáncer en el sexo femenino. La tasa de incidencia es más alta en los países desarrollados (excepto Japón), y Estados Unidos presenta la mayor incidencia¹.

En Cuba constituye la primera causa de muerte por tumores malignos en el sexo femenino, con un aumento considerable de la incidencia, pero con un comportamiento lineal de la mortalidad de 20,8% en el año 2003. A finales de los años 80 se creó el programa de diagnóstico precoz del cáncer de mama, que es de vital importancia en la detección de las etapas tempranas de la enfermedad, lo que conduce a un mejor pronóstico, una mayor supervivencia (cinco años) y mejor calidad de vida².

Actualmente el panorama sombrío de esta enfermedad ha cambiado con la introducción, cada vez más, de técnicas quirúrgicas conservadoras del órgano, como: cuadrantectomía y tumorectomía, con disminución de la disección axilar por la técnica de ganglio centinela; el uso de nuevos agentes quimioterapéuticos, como los taxanos; equipamientos tecnológicos más sofisticados en la radioterapia externa y la braquiterapia³; la realización de nuevos ensayos clínicos en etapas avanzadas, que han tenido resultados alentadores; el uso de hormonoterapia con antiestrógenos (tamoxifén) y los estudios sobre marcadores tumorales, como el factor de crecimiento epidérmico, que presupone una agresividad tumoral y fallas en el tratamiento, y la neutralización con anticuerpos monoclonales HR3, entre otros⁴.

La secuencia aceptada mundialmente como de primera línea en el tratamiento del cáncer de mama, debe de ser: primero, el tratamiento quirúrgico con su modalidad; después la quimioterapia, con sus dos esquemas aprobados con adriamicina y ciclofosfamida, en cuatro ciclos, o ciclofosfamida, metrotexate y 5 fluoracilo (seis ciclos); radioterapia externa, local (braquiterapia) o ambas y, por último, la hormonoterapia durante cinco años con antiestrógenos (tamoxifén)⁵⁻⁷.

En nuestro hospital, existe una consulta central para el diagnóstico y tratamiento terapéutico del cáncer de mama, mediante la cual se diagnosticaron, durante el año 2005, 127 casos nuevos, de los 193 que fueron informados como el total de la provincia de Villa Clara y de los 2 437 del total del país.

Se realizó un estudio retrospectivo - descriptivo donde se observó que el mayor promedio de edad fue de 50-69 años, con 61 casos (49 %), el 99,16 % no tenía antecedentes patológicos de cáncer de mama, el motivo de la consulta fue la presencia del tumor en 120 casos (94,4 %), el 59 % se ubicó en la mama derecha y el 60,6 % de los casos en el cuadrante superior externo. El tamaño del tumor al momento del diagnóstico fue de 3 cm en 49 pacientes, que representa un 38,5 %.

En cuanto a la etapa clínica, el T2NOMO (etapa IIa) estuvo representado por 30 pacientes, seguido del T2N1MO (etapa IIb) con 20; el carcinoma ductal invasivo fue la variedad histológica más frecuente, con 74 pacientes (58,2 %).

Para determinar la etapa clínica, se utilizó la clasificación establecida por la unión internacional contra el cáncer (UICC). Además, deben realizarse exámenes complementarios con radiografías de tórax, ultrasonido abdominal, gammagrafía ósea, química sanguínea y marcadores tumorales, como los receptores de estrógenos y progesteronas. Los factores pronósticos para evaluar los resultados y escoger adecuadamente el tratamiento son muy variados y complejos, para los cuales se necesitan equipos tecnológicos avanzados, pero es aceptable universalmente que los más importantes son el tamaño del tumor al momento del diagnóstico y el número de ganglios positivos en la axila; los de mejor pronóstico tienen una dimensión menor a 5 cm y menos de cuatro ganglios afectados⁸⁻¹⁰.

De las pacientes estudiadas, solo presentaron recaída cinco y 122 no la habían sufrido (3,9 % y 95,3 %, respectivamente), y los sitios afectados fueron: pulmón (21 casos), pleura (1), hígado (1) y cicatriz quirúrgica (1).

Referencias bibliográficas

1. National Cancer Institute PDQ. System of Act Cancer Information: Breast Cancer; 2006.
2. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de reducción de la Mortalidad por Cáncer. La Habana: MINSAP; 2002.
3. Yosred MA, Middleton LP, Smith TJ. Recommendations for the sentinel lymph node processing in breast cancer. *Am J Surg Pathol.* 2002;26:377-82.
4. Breast Cancer. Guía de tratamientos para médicos. *Clin Pract Guidel Oncol. NCCN.* 2006;2:1-14.
5. Cano Belfo JM. Tratamiento quirúrgico de las recidivas locoregionales del cáncer de mama. *Rev Cirugía Esp.* 2004 Nov-Abr;38(2):15.
6. Auñón ML. Local relapse after radiotherapy in locally advanced breast cancer patients. *Rev Oncology.* 2002;(5):255-9.
7. Lowa K, Migoshi G. Quantitative analysis of estrogens receptor a and B messenger RNA expression in breast carcinoma by real time polymerase chain reaction. *Cancer.* 2005;(85):1732-8.
8. Cummings MI. Occult metastases in breast cancer. *Cancer Forum.* 2003;27(2):95-7.
9. Martin C, Cutuli B, Velten M. Predictive model at axillaries lymph node involvement in women with small invasive breast carcinoma. Axilar metastases in breast carcinoma. *Cancer.* 2002;94:314-22.
10. Raiding PM. Prediction of axillaries Lymph node stator in breast cancer by use of prognostic indicators. *J Natl Cancer Inst.* 2005;86(23):1771-5.

Recibido: 23 de marzo 2007

Aprobado:4 de abril de 2007