

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS
“SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE MAMA

Por:

Dr. Ángel Arturo Pérez Sorí¹, Dra. Guilman Estrada Reyes² y Dr. Ángel Pérez Machado³

1. Especialista de I Grado en Cirugía General. Policlínico “XX Aniversario”. Santa Clara, Villa Clara.
2. Especialista de I Grado en Imagenología. Policlínico “Santa Clara”. Instructora. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Policlínico “XX Aniversario”. Santa Clara, Villa Clara. Asistente. ISCM-VC.

Descriptor DeCS:

NEOPLASMAS DE LA MAMA/diagnóstico

Subject headings:

BREAST NEOPLASMS/diagnosis

El Ministerio de Salud Pública de Cuba ha diseñado un Programa Nacional de Cáncer de Mama dirigido 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 mutilantes¹.

La tarea de divulgación y educación sanitaria a la población consiste en la enseñanza del autoexamen de mama (AEM) a todas las mujeres, de manera tal que esta práctica sea incorporada como hábito.

El Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro” constituye un Centro de Referencia Provincial de Diagnóstico y Tratamiento, lo cual ha facilitado la realización de este estudio. Para ello, cuenta con un equipo multidisciplinario de trabajo, integrado por: radiólogo, oncólogo, cirujano, patólogo, y con los recursos necesarios para realizar el diagnóstico: ultrasonido, mamógrafo y biopsia aspirativa con aguja fina (BAAF). Además, se cumplimentan las normas de diagnóstico y tratamiento oncológico (Clasificación TNM Internacional y modelos terapéuticos de acuerdo con el estadiamiento), así como el seguimiento adecuado de las pacientes con cáncer².

Muchos medios de diagnóstico resultan demasiado costosos para poder introducirlos en un Proyecto de gran alcance³⁻⁵; sin embargo, la mamografía, el ultrasonido y la BAAF, en combinación con el examen físico, han demostrado tener sensibilidad y costo aceptables, y permiten el funcionamiento de un Programa que ha hecho posible mejorar la calidad de vida y el pronóstico de las enfermas y, en última instancia, promover un cambio en el comportamiento de esta enfermedad en nuestra población.

Hemos estudiado el comportamiento actual del cáncer de mama, según los métodos fundamentales empleados para su diagnóstico en nuestro medio: el examen físico, la mamografía, el ultrasonido y la BAAF.

Se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo de 173 pacientes del sexo femenino, entre 20 y 80 años de edad, operadas con el diagnóstico de cáncer de mama en el Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro” de la ciudad de Santa Clara, durante los últimos seis años.

Confeccionamos una base de datos para organizar toda la información recopilada y proceder al análisis de las correspondientes variables, que incluyen: motivo de consulta, tamaño del tumor,

estadio, diagnóstico histológico, resultados de la mamografía, ultrasonido y BAAF, así como la edad de las pacientes y las técnicas quirúrgicas más empleadas.

El Programa Nacional de Cáncer de Mama se subdivide en dos subprogramas: el subprograma de detección preclínico, basado en la realización de mamografías de pesquisaje al grupo de mujeres comprendidas entre 50-59 años de edad, y el subprograma de detección clínico precoz, que se ocupa de las mujeres sintomáticas. En este último caso, encontramos algunas pacientes con más de un síntoma; sin embargo, señalamos solamente aquel que constituye el motivo principal de la consulta. En todas las mujeres sintomáticas, la presencia de tumor palpable detectado mediante el autoexamen de mama o por el médico de asistencia resulta ser la queja principal. De este modo, el motivo de consulta lo dividimos en dos grupos: lesión mamográfica (pesquisaje mamográfico) y tumor palpable.

Ha sido imprescindible la valoración clínica de muchas de estas pacientes por presentar otras enfermedades y la sospecha de neoplasias asociadas, lo que constituye una interrelación necesaria para poder realizar un diagnóstico completo.

Para definir el tamaño del tumor y el estadio de la enfermedad, utilizamos la Clasificación TNM del American Joint Committee on Cancer (AJCC) del año 1997⁴.

En la revisión del diagnóstico histológico empleamos la clasificación aceptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los tumores de la mama⁵.

El motivo de consulta más frecuente de nuestras pacientes fue el tumor palpable, que representó un 95,4 %. Al realizar exámenes imagenológicos predominaron los nódulos irregulares en la mamografía y la imagen hipocogénica en el ultrasonido, con un 50,0 % y 81,0 % de frecuencia, respectivamente.

En el 73,2 % de los casos, la BAAF resultó positiva de células neoplásicas, y este método diagnóstico mostró una sensibilidad de un 92,6 % en nuestro estudio. Predominó el carcinoma ductal infiltrante como variante histológica. Encontramos una aparente relación entre las microcalcificaciones y las formas más agresivas de carcinoma ductal.

La capacidad de la exploración física para detectar anomalías más tempranas o para obtener mayor información sobre anomalías palpables puede ampliarse mediante la obtención de imágenes de la mama^{3,4,6-9}.

En la actualidad, la mamografía es, sin dudas, el estudio imagenológico más sensible y específico empleado con este objetivo⁵.

Las características mamográficas de un tumor maligno se dividen ampliamente en anomalías de densidad (que incluyen varios tipos de nódulos, asimetrías y distorsiones de la arquitectura) y microcalcificaciones. Desde luego, estas dos pueden presentarse de forma simultánea en alguna anomalía, y producir combinaciones (por ejemplo: nódulos con microcalcificaciones) y ocurrir en presencia o ausencia de datos físicos; en este último caso, permite el diagnóstico preclínico y, por tanto, en estadios muy tempranos de la enfermedad⁵.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud Pública. Programa nacional de cáncer de mama. La Habana; 1998.
2. Breast. En: American Joint Committee on Cancer: AJCC cancer staging manual. 5ta ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1997. p. 171-80.
3. Suárez Fernández JM. Detección precoz del cáncer de mama. En: Prevención, profilaxis y diagnóstico precoz del carcinoma de la mama. La Habana: Científico-Técnica; 1990. p. 63-71.
4. Kanieri E, D'Andrea MR, D'Alessio A, Bergoni S, Virno F. The integration of diagnostic tests and the role of outpatient surgery in the management of breast disease. *Int Surg*. 1995;80(2):181-4.
5. Dirk Iglehart J. Mama. En: Sabiston DC. Tratado de patología quirúrgica: bases biológicas de la práctica quirúrgica moderna. 14^a ed. México: McGraw-Hill; 1991.p. 582-623.
6. Schlecht L, Hadijuana J, Hosten N, Oellinger H, Minguillon C, Bombard R, et al. Ultrasound detection of breast cancer with normal mammogram. *Aktuelle Radiol*. 1995;5(5):297-300.
7. Kuijpers TJ, Obdeijn AI, Kruyt RH, Oudkerk M. Solid breast neoplasms: differential diagnosis with pulsed Doppler ultrasound. *Ultrasound Med Biol*. 1994;20(6):517-20.

8. Sivolapenko GB, Douli V, Pectasides D, Skarlos D, Sirmalis G, Hussain R, et al. Breast cancer imaging with radiolabelled peptide from complementarily-determining region of antitumor antibody. *Lancet*. 1995;346(8891-8892):1662-6.
9. Chenevert TL, Helvie MA, Aisen AM, Francis IR, Adler DD, Roubidoux MA, et al. Dynamic three-dimensional imaging with partial k-space sampling: initial application for gadolinium-enhanced rate characterization of breast lesions. *Radiology*. 1995;196(1):135-4.