

PREVALENCIA DEL CÁNCER DE MAMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA HOSPITAL "CARLOS ANDRADE MARÍN" - OCTUBRE 2009 A DICIEMBRE 2012

Dr. Germán Rodas Feraud

Médico Egresado del Posgrado de Oncología Clínica USFQ-HCAM

Correspondencia:

germanrodas@hotmail.com

Fecha de recepción: 07-02-2013

Fecha de aceptación: 26-03-2013

RESUMEN

Introducción: En el período de tiempo comprendido entre octubre del 2009 y diciembre del 2012, existieron 2942 casos nuevos de cáncer en todas sus presentaciones en el Servicio de Oncología y Radioterapia del Hospital Carlos Andrade Marín. De estos casos nuevos, el 19.5% aproximadamente correspondió a patología maligna de tipo mamario (n=575). De éstos, a continuación se realiza un estudio descriptivo de sus características demográficas, frecuencia en cuanto a estadios de presentación y comparación entre estas dos variables.

PALABRAS CLAVE: carcinoma infiltrante, mama, estadio

ABSTRACT

Summary: In the time period between October 2009 and December 2012, 2942 new cases of cancer in all products in the Oncology and Radiotherapy Carlos Andrade Marín Hospital. Of these new cases, 19.5% corresponded to approximately type breast malignancy (n = 575). In these cases, then a descriptive study of demographic characteristics, frequency stages in terms of presentation and comparison between these two variables.

KEY WORDS: invasive carcinoma, breast, stage

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es una de las patologías de mayor prevalencia dentro del contexto de la patología maligna y la segunda causa de muerte por enfermedad neoplásica en la mujer. Se conoce de inicio que el principal factor de riesgo tiene que ver con la biología molecular de la enfermedad y con la genética, esto tanto en factor pronóstico como en la tasa de respuesta a los diferentes esquemas de tratamiento. Otro factor de riesgo importante tiene que ver con la edad de presentación y principalmente con la etapa pre menopáusica y pos menopáusica de la mujer.

El presente trabajo abarca directamente la prevalencia encontrada en el servicio de Oncología y Radioterapia del Hospital Carlos Andrade Marín del Seguro Social Ecuatoriano en el período indicado, los datos son presentados a continuación en varios aspectos de prevalencia orientados a los factores de riesgo mencionados y se hace una comparación con la situación actual a nivel de Latinoamérica y el mundo. Se deja abiertas interrogantes interesantes en el contexto de futuras investigaciones a realizarse en lo que tiene que ver con la patología mamaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio retrospectivo - descriptivo, se llevó a cabo recolectando todos los casos nuevos de cáncer de mama del Servicio de Oncología y Radioterapia del Hospital Carlos Andrade Marín (octubre 2009 hasta diciembre 2012): se obtuvo datos referentes a edad, etapas de enfermedad e histopatología. Se descartaron aquellas pacientes sin una histopatología clara o que no tuvieron estudios completos de la misma. Se ordenaron las pacientes por rangos de edad de 5 años desde 25 años hasta 90. También se ordenaron en base a la histopatología y a la etapa de la enfermedad. Se hicieron estudios comparativos de estas variables.

Resultados

Incidencia del cáncer de mama de acuerdo a la histopatología: en los datos obtenidos de los casos nuevos del hospital se obtuvo el siguiente resultado:

Tabla I.- Porcentaje de los diferentes tipos de cáncer en pacientes nuevas en el HCAM de octubre del 2009 a diciembre del 2012

Ductal infiltrante	446
Intraductal	70
Mixto	9
Otros	50
n=	575

Presentación del Cáncer de mama de acuerdo a la histopatología



Gráfico 1.- Análisis de frecuencia por motivo de Biopsia renal. Porcentaje de los diferentes tipos de cáncer en pacientes nuevas en el HCAM de octubre del 2009 a diciembre del 2012

Se aprecia sin ninguna dificultad la prevalencia elevada del carcinoma ductal infiltrante con respecto a los otros tipos histológicos. En forma general se ha determinado que el carcinoma ductal infiltrante constituye el 80% de las formas de cáncer de mama (Breast Cancer Network of Strength, 2008) que se concatena con los hallazgos de nuestra institución, mas aun si tomamos en cuenta que los tumores mixtos generalmente presentan un componente ductal infiltrante en conjunto con los otros tales como el intraductal el mucinoso y el medular.

Incidenia de cáncer de mama por edad: Los resultados fueron los siguientes,

Tabla II.- Frecuencia de edad de presentación de cáncer de mama HCAM, octubre del 2009 a diciembre del 2012

Intervalo edad	n=	Porcentaje
25-29	7	1%
30-34	15	3%
35-39	28	5%
40-44	51	10%
45-49	78	14%
50-54	87	15%
55-59	90	16%
60-64	81	14%
65-69	31	5%
70-74	49	9%
75-79	27	5%
80-84	19	3%
85-89	12	2%
n=	575	100%

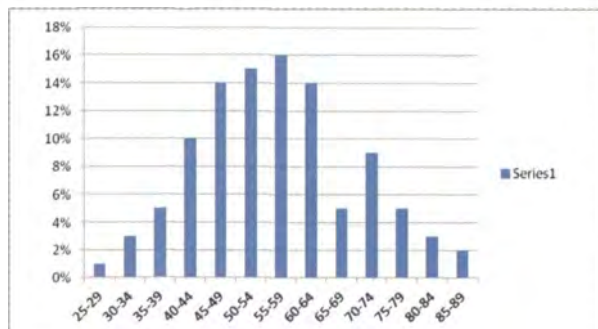


Gráfico 2.- Frecuencia de edad de presentación de cáncer de mama HCAM, octubre del 2009 a diciembre del 2012

En el HCAM se encontró en este período de tiempo que la paciente mas joven con patología mamaria maligna correspondió una mujer de 25 años de edad y la paciente de mayor edad fue de 91 años. El rango de edad que se encontró con mas frecuencia fue de 45 a 64 con 59% de incidencia, seguida del rango de 40 a 44 años con 10%, de 70 a 74 años con 9%. La US Preventive Services Task Force da una recomendación grado B en la que indica que se haga un tamizaje con mamografía cada 2 años en pacientes entre 50 y 74 años de edad, interesantemente en nuestro servicio se observó una incidencia del 24% en pacientes desde los 40 años de edad. En México se realizó un estudio de cáncer de mama en poblaciones urbanas y rurales/indígenas en el que se encontró una prevalencia de 41% en mujeres de población urbana y de 46% en poblaciones rurales e indígenas.⁽⁴⁾ Si relacionamos lo indicado, tomando en cuenta que los estudios de tamizaje son realizados en Estados Unidos y Europa, valdría la pena investigar si en Latinoamérica debería hacerse el tamizaje desde los 40 años de edad.

Incidenia del cáncer de mama de acuerdo al estadiaje.

Los datos recogidos se presentan de la siguiente manera:

Tabla III.- Frecuencia de estadio de presentación de cáncer de mama HCAM octubre del 2009 a diciembre del 2012

Estadio	n=	Porcentaje
IA	117	20%
IB	8	1%
IIA	184	32%
IIB	98	17%
IIIA	79	14%
IIIB	27	5%
IIIC	15	3%
IV	47	8%
n=	575	100%

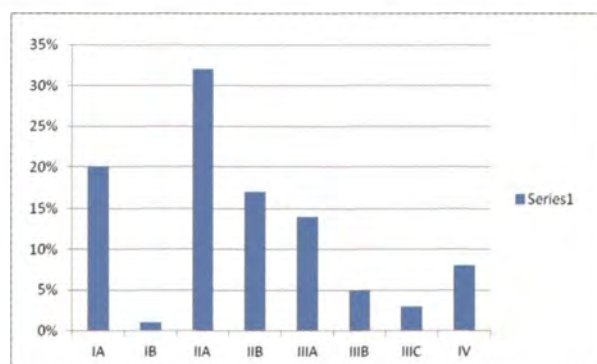


Gráfico 3.- Frecuencia de edad de presentación de cáncer de mama HCAM, octubre del 2009 a diciembre del 2012

El mayor porcentaje de casos nuevos de cáncer de mama en nuestro servicio correspondieron a la etapa IIA, IIB, IA y IIIA con un total de 83% para estas etapas y solamente un 17% para las etapas IB, IIIB, IIIC y IV. Si tomamos en cuenta que en las etapas desde la IA hasta

la IIB tenemos un tumor primario de menos de 2cm hasta mas de 5cm, y que además corresponde a un N1 ⁽¹⁾ que significa que existieron máximo 2 nódulos axilares ipsilaterales, se puede decir que algunos de estos tumores fueron detectados por mamografía y otros por palpación de la misma paciente, faltaría por recolectar los datos hasta que punto el tamizaje por mamografía contribuyó a detectar estos tumores en etapas tempranas. El 17% restante fueron enfermedades avanzadas en las que la mamografía únicamente confirmó los hallazgos clínicos o contribuyó a estadificar la enfermedad.

En cuanto a la tasa de sobrevida es conocido que tiene que ver directamente con la etapa de la enfermedad, y, aunque intervienen un sinnúmero de factores tales como la edad, la histopatología y factores de comorbilidad, es un indicador útil en términos de pronóstico, así, de acuerdo a datos del U.S. NATIONAL CANCER DATA BASE el pronóstico en términos de estadiaje es el siguiente:

Tabla IV.- Estadiaje del Cáncer de Mama y porcentaje de sobrevida a 5 años

Etapa	Sobrevida a 5 años
0	93%
I	88%
IIA	81%
IIB	74%
IIIA	67%
IIIB	41%
IIIC	49%
IV	15%

De estos datos se desprende que el 83% de las pacientes que fueron atendidas en nuestro servicio durante el período de tiempo estudiado tendrían una sobrevida a 5 años promedio de entre 67 y 93%, dependiendo de otros factores ya mencionados y adicionalmente la intensidad del tratamiento que significa el uso continuo de los medicamentos indicados dentro del plazo establecido, esto desgraciadamente no siempre se cumple por toxicidad, falta de apego al tratamiento por parte de la paciente e incluso falta de disponibilidad de espacio físico en el área de hospitalización.

Relación entre estadiaje y edad

Se aprecia de los datos recolectados la siguiente frecuencia de casos nuevos de acuerdo a la edad:

Edad	n=	
25-59	356	62%
60-89	219	38%
	575	100%

Frecuencia de presentación de acuerdo a la edad

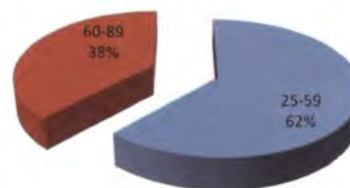


Gráfico 4.- Estadio de presentación de cáncer de mama en pacientes menores de 60 años y mayores de 60 años en casos nuevos HCAM entre octubre del 2009 y diciembre del 2012

Según los criterios de la OMS, un ser humano se considera año a partir de los 60 años de edad, por lo que se hizo el punto de corte en dicha edad.

El comportamiento del estadio de presentación es como sigue:

Menores de 60 años:

Tabla IV.- Estadio de presentación de cáncer de mama en pacientes menores de 60 años en casos nuevos HCAM entre octubre del 2009 y diciembre del 2012

Pacientes jóvenes: 25-59 años		
IA-IIIB	53	32%
IIIA-IV	113	68%
	166	

Frecuencia de estadios de presentación en pacientes jóvenes; 25-59 años

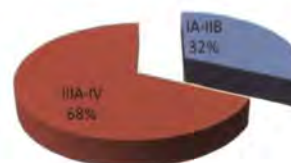


Gráfico 5.- Estadio de presentación de cáncer de mama en pacientes menores de 60 años en casos nuevos HCAM entre octubre del 2009 y diciembre del 2012

Mayores de 65 años:

Pacientes mayores de 60 años		
IA-IIIB	407	71%
IIIA-IV	168	29%
	575	



Gráfico 6.- Estadío de presentación de cáncer de mama en pacientes mayores de 65 años en casos nuevos HCAM entre octubre del 2009 y diciembre del 2012

Las pacientes catalogadas como jóvenes, aquellas menores de 60 años, constituyeron el 62% de la incidencia en estos años y tuvieron un 43% mas de presentación en etapas avanzadas con respecto a las mujeres añosas. Nuevamente valdría la pena preguntarse si en nuestro medio el tamizaje debe iniciar a los 40 años.

DISCUSIÓN

En las pacientes estudiadas se aprecia la alta frecuencia del carcinoma ductal infiltrante sobre los otros tipos histológicos de cáncer de mama que mantiene la misma tendencia de otras observaciones hechas en otros centros de cáncer y tendría que ver básicamente con características genéticas de la enfermedad dado que los factores de riesgo establecidos tales como utilización de hormonas, tabaquismo, exposición a agentes químicos, radiación etc, están dados para todas las mujeres de nuestras características. Un factor importante de riesgo tiene que ver con la cercanía de parientes con cáncer de mama.⁽²⁾

En cuanto a lo que tiene que ver con la demografía de la enfermedad, se puede notar que en el HCAM hay un incremento importante de casos de cáncer de mama desde los 35 años de edad llegando a su pico máximo en pacientes de 64 a 69 años de edad. Lo importante en este contexto es que se ha definido dos tipos de riesgo, el primero es el riesgo para la población general, esto es exposición a agentes carcinogénicos. La utilización de anticonceptivos orales incrementa el riesgo de padecer cáncer de mama, aunque éste disminuye luego de 10 años de suspendida la medicación⁽¹⁰⁾. Es importante que los factores de riesgo para cáncer de mama sean valorados a nivel de la consulta de atención primaria, en lo que tiene que ver con antecedentes personales de otras formas de cáncer, familiares en primer y segundo grado de consanguinidad con cáncer de mama, utilización de hormonas especialmente de reemplazo en el climaterio retrasa la menopausia e incrementa la densidad del tejido mamario, su uso por mas de 5 años ha demostrado un incremento en la incidencia entre un 30 a un 50%^(11,12,16,17,18), exposición a radiaciones ionizantes.

Actualmente se indica (recomendación grado B) el estudio mamográfico en mujeres mayores de 50 años cada 2 años.^(2,3). Otro factor de riesgo a tomar en cuenta tiene que ver con el embarazo a temprana edad, pues de darse el primero antes de los 20 años, ha demostrado disminución de riesgo para cáncer de mama^(11,12,13,14,15).

En nuestro hospital se encontró que mujeres entre 60 y 69 años de edad contaban con un 19% de frecuencia que se concatena con un estudio publicado por la Am Cancer Society que encuentra un riesgo de 17% en mujeres de similar grupo etario.⁽²⁾

En cuanto al estadío de presentación se aprecia que el estadío IIA es el que mayor frecuencia ha presentado en este año con un 32% de frecuencia, esto quiere decir mujeres con tumores desde los no detectables hasta tumores iguales o menores a 5cm pero con presencia de nódulos axilares e incluso en cuadrantes mamaros internos.⁽¹⁾

En lo que tiene que ver al cáncer mamario en hombres, en nuestro servicio únicamente se tuvo un paciente que no regresó a controles posteriores; en los estudios realizados se indica que este tipo de malignidad corresponde aproximadamente al 1% de la enfermedad y se incrementa con la longevidad llegando la incidencia a 26%^(19,20).

En las bases de datos de Estados Unidos se define que la mortalidad a 5 años para pacientes en esta etapa de la enfermedad es del 81%, o sea que 19% de pacientes fallecían en los próximos 5 años, tomando en cuenta claro los otros factores de riesgo como edad, factores de comorbilidad y apego al tratamiento.

En cuanto a la diferencia por edad se ha hecho un corte a los 60 años en la que se observa una diferencia exacta de 43% en cuanto a estadíos catalogados como tempranos y avanzados (EC 0 hasta IIB y EC IIIA hasta IV respectivamente) y posteriormente una comparación entre estas dos variables sin que esto signifique que haya una correlación entre ellas.

No se puede hacer una comparación en forma subjetiva de la situación actual del cáncer de mama en el Ecuador, dado que la última edición del Registro Nacional de Tumores data del año 2003. En cuanto a la situación en América Latina, aunque según datos recientes se considera que hay una prevalencia del 1% de la carga de enfermedad mamaria en mujeres, existiendo un 3.2% en países desarrollados y un 0.4% en países en vías de desarrollo explicado por otras causas de mortalidad en estos y el apareamiento y aplicación de tecnología de diagnóstico mas precoz y el apego a los mismos.⁽⁴⁾

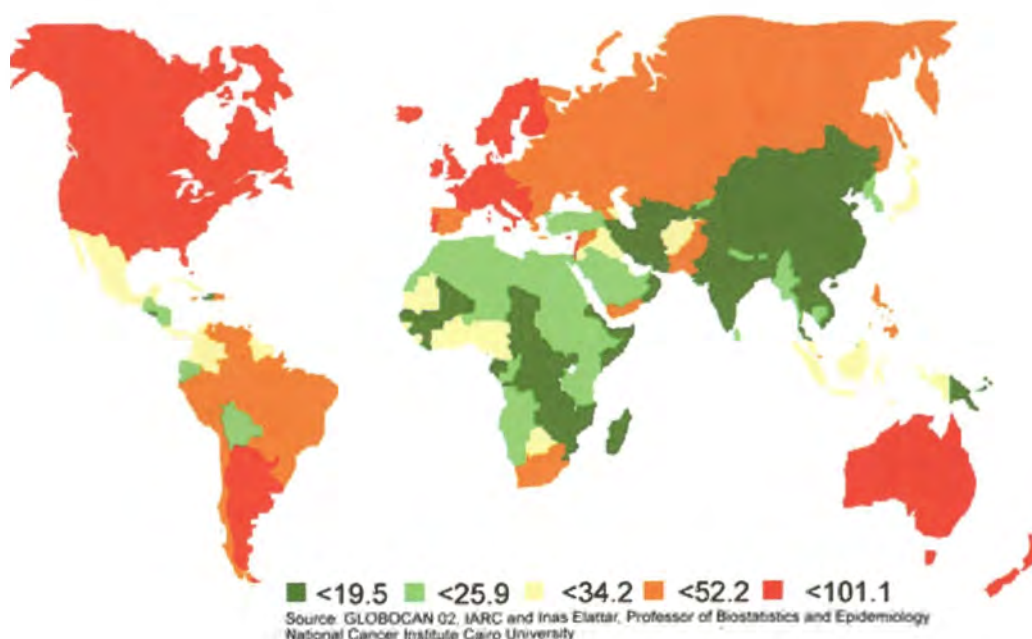
En estudios hechos a nivel mundial en las diferentes y principales regiones del planeta, se encontró al igual que lo expresado anteriormente en relación a nuestro

estudio que los países en vías de desarrollo tiene menor prevalencia del cáncer de mama^(6,7).

- Asia Del Este - 18 por 100.000 mujeres
- Asia Central Del Sur - 22 por 100.000 mujeres
- África Subsahariana - 22 por 100.000 mujeres
- Asia Del Sudeste - 26 por 100.000 mujeres
- África del Norte - 28 por 100.000 mujeres

- Asia Occidental - 28 por 100.000 mujeres
- Sur y America Central - 42 por 100.000 mujeres
- Europa Oriental - 49 por 100.000 mujeres
- Southern Europe - 56 por 100.000 mujeres
- Europa del Norte - 73 por 100.000 mujeres
- Oceanía - 74 por 100.000 mujeres
- Europa Occidental - 78 por 100.000 mujeres
- Norteamérica - 90 por 100.000 mujeres

Breast Cancer Age-Standardized Incidence Rate Per 100,000



Por otro lado, de acuerdo a un estudio realizado en Argentina⁽⁹⁾, la frecuencia del cáncer de mama en mujeres mayores de 60 años fue de 50% y de 30% en mas de 70 años. Si observamos el mapa publicado arriba, se puede observar que de los países de américa latina, es justamente Argentina que presenta la

mas alta incidencia. En el hospital Carlos Andrade Marín juntamente con los datos presentados antes, es importante tomar en cuenta que lo mas importante es la prevención primaria en lo que tiene que ver con educación a la comunidad y los principales factores de riesgo a tenerse en cuenta.

BIBLIOGRAFÍA

1. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Breast Cancer. V 2.2011. 1. National Comprehensive Cancer Network. Available at <http://bit.ly/jOuSUF>. Accessed May 5, 2011.
2. Mahoney M. y cols. Opportunities and Strategies for Breast Cancer Prevention Through Risk Reduction, CA Cancer J Clin, 2008; 58:350-351
3. Moyer V, LeFevre M, Siu A; The Guide to Clinical Preventive Services. Disponible en www.epss.ahrq.gov
4. Lozano R. y cols. Tendencias del Cáncer de Mama en América Latina y El Caribe. Salud Pública de México, Vol 51, 2010. p146
5. American Cancer Society: Breast Cancer Staging, last review Sept. 24, 2012, available on: www.cancer.org
6. UK National Screening Committee. UK Screening Portal: Breast screening across the UK. Accessed October 2012.
7. Stark A, Kapke A, Schultz D, Brown R, Linden M, Raju U:

- Advanced stages and poorly differentiated grade are associated with an increased risk of HER2/neu positive breast carcinoma only in White women: findings from a prospective cohort study of African-American and White-American women. *Breast Cancer Res Treat* 2008; 107:405-414
8. American Cancer Society: Cancer facts and figures 2008. Atlanta: American Cancer Society; 2008.
9. Robles M, et al cols; "Prevalencia de Cáncer mamario en Mujeres Añosas", Fundación Médica Río Negro y Neuquén, 2012
10. Lobelo F, Pate R, Parra D. Carga de mortalidad asociada a la inactividad física en Bogotá. *Rev Salud Pública*. 2006;8(Supl.2):28-41
11. Boyle P. Breast cancer control: signs of progress, but more work required. *Breast*. 2007;14:429-38.
12. Veronesi U, Boyle P, Goldhirsch A, et al. Breast cancer. *Lancet*. 2005;365:1727-41.
13. Iglehart JD, Smith BL. Disease of the breast. In: Townsend CM, Beauchamp RD, editors. *Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice*, 17th edition. (Canada): Elsevier; 2004
14. Clavel-Chapelon F, Launoy G, Auquier A, et al. Reproductive factors and breast cancer risk: effect of age at diagnosis. *Ann Epidemiol*. 1995;5:315-20.
15. Olaya-Contreras P, Pierre B, Lazcano-Ponce E, et al. Factores de riesgo reproductivo asociados al cáncer mamario, en mujeres colombianas. *Rev Saude Publica*. 1999;33:237-45.
16. McPherson K, Steed CM, Dixon JM. The ABC of breast disease: Breast cancer- epidemiology, risk factors, and genetics. *BMJ*. 2000;321:624-8.
17. Hulka BS, Moorman PG. Breast cancer: hormones and other risk factors. *Maturitas*. 2001;38:103-16.
18. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52,705 women with breast cancer and 108,411 women without breast cancer. *Lancet*. 1997;350:1047-59.
19. Fentiman I, Fourquet A, Hortobagyi G. Male breast cancer. *Lancet*. 2006; 367:595-604
20. Ying MW, Agrawal A, Cheung K. The 'other half' of breast cancer: a review of male breast cancer. *JMHG*. 2005;2:406-13.