

Original

Epidemiología y características clínico patológicas del cáncer de mama en el Llevant Mallorquín

Agüera J, Martorell JM, Del Moral R, Cuesta M, Lozano M, Romero M, Tubau, Calvo A (*)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El cáncer de mama representa en la actualidad el 32% de los cánceres en las mujeres, siendo el segundo en frecuencia en las mismas y causa el 18% de todas las muertes por cáncer (1,2). De ahí el gran impacto socio-sanitario que representa esta enfermedad.

Es bien conocido el hecho de que la incidencia de cáncer de mama varía de un área geográfica a otra (3,4,5), debido quizás a influencias ambientales como la alimentación o bien a factores genéticos de una determinada población (6,7), por lo que para el clínico, es siempre interesante conocer cual son las características epidemiológicas de este tipo de cáncer en la zona donde realiza su labor.

Según los datos del Registro de Tumores de Mallorca, la incidencia declarada de cáncer de mama en nuestra isla es de 49,6 casos por cada 100.000 mujeres y año, algo superior a la publicada para España por los registros de tumores de la Comunidad Europea, 47,9 casos por 100.000 mujeres y año.

Desde la apertura del Hospital de Manacor en Abril de 1997, este centro se constituye en el receptor de la mayoría de

la patología mamaria maligna del Llevant mallorquín, que es su área de influencia sanitaria. Por tanto, el objetivo de este trabajo es estudiar las diferentes peculiaridades epidemiológicas, clínicas y anatomopatológicas de los casos de cáncer de mama atendidos en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudian los 47 casos de cáncer de mama atendidos en la Fundación Hospital de Manacor desde su apertura en Abril de 1997 a Abril de 1999.

Se ha aplicado un análisis estadístico básico a las diferentes variables estudiadas y también se ha realizado un análisis de la relación estadística entre algunas de ellas mediante el test de Chi².

RESULTADOS

La edad de las pacientes atendidas en nuestro centro osciló desde los 26 a los 88 años, con una media de 58,2 años. Por grupos de edad, las menores de 50 años supusieron el 31,9% frente al 68,1% de pacientes mayores de esta edad (Tabla I).

El 70,2% de nuestras pacientes se hallaban en la menopausia en el momento del diagnóstico de la enfermedad. Por otra parte, analizando algunos posibles factores de riesgo, encontramos que tan solo un 4,2% de los casos presentaban un antecedente familiar directo de cáncer de mama.

Estudiando el dato iniciador del proceso diagnóstico, en el 68% de los casos, fue la propia paciente la que reclamó una consulta, bien a su médico de cabecera o bien directamente al ginecólogo por haberse hallado un nódulo o alteración mamaria. En el 25,5% de los casos fue una mamografía de screening la que puso de manifiesto una lesión radiológica que no era palpable y tan solo en un 6,3% fue el médico quien mediante una exploración mamaria de rutina, descubrió un nódulo o alteración mamaria que no había sido percibida previamente por la paciente.

(*) Servicio de Ginecología. Hospital de Manacor.

Los resultados del estudio mamográfico, que se realizó en todos los casos, fue el siguiente: malignidad evidente en el 62,2% de los casos, imágenes sospechosas de malignidad en el 31,1%, microcalcificaciones que requerían estudio biópsico en el 4,4% y tan solo en un caso, el aspecto radiológico de la lesión mamaria fue catalogado como benigno. Tan solo un 10,5% requirió además realizar una ecografía mamaria para clarificar la sospecha de malignidad

Siguiendo el proceso diagnóstico habitual, en un 57,3% de estas pacientes se realizó una punción-aspiración con aguja fina (PAAF), siendo el resultado de malignidad en el 92,9% de las punciones realizadas. No hubo ningún caso de falso negativo y tan solo en el 7,1% casos, el resultado de la PAAF no fue valorable.

Se sometió a todas las pacientes a biopsia del tumor, ya fuera de manera diferida respecto al tratamiento quirúrgico o bien intraoperatoriamente, para confirmar histológicamente la naturaleza maligna del tumor.

Respecto al tratamiento primario realizado, tan solo el 2,2% de las pacientes tuvieron que recibir quimioterapia neoadyuvante, siendo pues el primer acto terapéutico la cirugía en el 97,8% de los casos.

El tipo de cirugía empleada fue tratamiento conservador entendido como tumorectomía amplia o cuadrantectomía mas linfadenectomía axilar, en el 57,4%. Se realizó mastectomía radical modificada (fundamentalmente tipo Madden) en el 42,5% restante. Si comparamos los grupos de edad (menores y mayores de 50 años), no hubo diferencias estadísticamente significativas respecto al tipo de tratamiento quirúrgico realizado.

En el estudio preoperatorio de extensión se incluyó la determinación en sangre periférica de marcadores tumorales, fundamentalmente el CA-15.3, encontrándose unos niveles elevados tan solo en el 14,8% de nuestras pacientes.

Refiriéndonos ya a las características anatomopatológicas de los casos estudia-

dos, encontramos que el tipo histológico más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante (CDI) en un 70,2%. El segundo tipo en frecuencia fue el carcinoma ductal in situ (CDIS) en el 8,5%. Los tipos lobulillar infiltrante y comedocarcinoma suponían un 6,3% cada uno, seguidos por el carcinoma tubular en el 2,1% y el mucinoso con otro 2,1%. Tras estudio estadístico, no hemos encontrado diferencias significativas que asocien un determinado tipo histológico de tumor con los grupos de edad, la presencia de menopausia o de antecedentes familiares para el cáncer de mama.

Siguiendo con el estudio histológico de la pieza quirúrgica, la frecuencia de afectación de los ganglios axilares fue del 31,9%. De las pacientes con ganglios positivos, el 33,3% tuvieron más de tres ganglios afectados. Esta presencia de ganglios positivos en el estudio anatomopatológico, no parece tener una asociación significativa con un tipo determinado de tumor ni con un grupo de edad específico, según nuestros resultados.

Analizando otras características de los tumores en nuestras pacientes, encontramos que la positividad para receptores de estrógenos fue del 73,9% y para los receptores de progesterona del 71,7%. La positividad o no a este tipo de receptores hormonales, no se relaciona de manera estadística con los grupos de edad, presencia o ausencia de menopausia, tipo histológico del tumor o elevación de los niveles sanguíneos del marcador tumoral CA-15.3.

Respecto a la clasificación por estadios de los diferentes casos, éstos se reparten de la siguiente manera: Tumor in situ (estadio cero) en el 8,5%, Estadio I en el 23,3% de los casos, un 51,0% en estadio II, un 12,7% en estadio III y por último un 4,2% en estadio IV. Si se analiza separadamente el grupo de menores de 50 años (Tabla II), se observa que en el 50% de los casos, la enfermedad se encontraba en estadios superiores al I. Por otra parte, no hemos encontrado una relación estadística entre un determinado estadio y la existencia o no de menopausia o el tipo de tumor.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Como se comentó en la introducción, es importante para el clínico conocer los aspectos epidemiológicos que pudieran variar de un área geográfica a otra, en una enfermedad con tanta repercusión como el cáncer de mama.

Boring y cols. (2) comentaban en sus trabajos que el 80% de las mujeres con cáncer de mama no tienen ninguno de los factores de riesgo identificados para padecer esta enfermedad, lo cual concuerda con el dato de que entre nuestras pacientes, tan solo el 4,2% presentaban un factor de riesgo tan significado como tener antecedentes familiares de cáncer de mama. Es por esto que dichos autores consideraban a toda mujer como de riesgo para padecer esta enfermedad.

La edad tampoco parece un factor de riesgo totalmente determinante, porque aunque tan solo el 14,8% de nuestros casos se produjeron antes de los 40 años, tuvimos un caso a una edad tan temprana como los 26 años. Las cifras publicadas de cáncer de mama en menores de 40 años oscilan en torno al 17% (3), lo cual parece diferenciarse poco de nuestros resultados, al igual que la edad media de aparición de esta neoplasia que gira entorno a los 56 años (3). El hecho de que la incidencia del cáncer de mama esté aumentando en mujeres cada vez más jóvenes, ya ha sido puesto de manifiesto en tratados ya clásicos sobre el tema. (3)

Parece interesante comentar que aunque la mayoría de las campañas de screening poblacional masivo, como la iniciada en 1999 en Mallorca y que están vigentes en otras Comunidades Autónomas del Estado, ponen como límite inferior para realizar mamografías rutinarias los 50 años, en nuestra casuística casi un tercio de las pacientes (31,9%) tenían menos de 50 años.

Sin embargo, profundizar en el screening mamográfico parece esencial para un diagnóstico temprano de la enfermedad, ya que

en el 68% de nuestros casos, es la propia paciente la que solicita una consulta por haberse descubierto un nódulo mamario, al igual que refieren otros autores (6). Esto supone en muchos casos que la neoplasia mamaria no se encuentre ya en estadio inicial.

La exploración rutinaria de la mama por parte del médico es importante, pero es difícil apreciar tumores menores de 1 cm (3,6), por lo que coincidiendo con la literatura, la mamografía de rutina, sigue siendo la prueba principal en el diagnóstico temprano del cáncer de mama (3).

El esquema diagnóstico de una tumoración mamaria debe de completarse con una documentación anatomopatológica, puesto que según algunos autores, entre el 30 y el 40% de las lesiones que se consideran malignas desde el punto de vista clínico serán benignas al examen histológico (8) y a la inversa, resultarán malignas entre el 20 y el 25 % de las lesiones de aspecto clínico benigno (9) .

Es por esto que en nuestro centro toda lesión mamaria se somete a PAAF , si la lesión es palpable, para confirmar su naturaleza benigna, aunque esta técnica tiene según la literatura un índice de falsos negativos entre el 10 y el 15% (6 ,10). Si la lesión mamaria es sospechosa clínica o radiológicamente, aparte de la PAAF, siempre se somete a la paciente a una biopsia de la lesión (ya sea diferida o en el mismo acto operatorio, previo al tratamiento), para determinar histológicamente la naturaleza del tumor, ya que un diagnóstico anatomopatológico de confirmación, debe de obtenerse antes de realizar cualquier tratamiento para un supuesto cáncer de mama (6) .

Respecto al tratamiento quirúrgico, el hecho de realizar una mastectomía radical modificada o un tratamiento conservador, ha dependido tan solo de las características del tumor (tamaño y localización fundamentalmente) y del tamaño de la mama de la paciente, no de otros factores como la edad (no hay diferencias significativas respecto al tipo de cirugía entre menores y

mayores de 50 años) o el tipo histológico del tumor, ya que los resultados son los mismos independientemente del tipo de tratamiento quirúrgico, como se puso de manifiesto en estudios que ya son clásicos de Veronesi (11,12) y del NSABP (13).

En cuanto a los tipos histológicos encontrados, el carcinoma ductal in situ (CDIS) aparece discretamente en mayor frecuencia que lo publicado para otras áreas geográficas de nuestro entorno como lo es Cataluña (5% de los casos) (4,5). El carcinoma ductal infiltrante (CDI) es el tipo histológico predominante en nuestro estudio, no diferenciándose este aspecto con otros resultados publicados, al igual que la frecuencia de los otros tipos histológicos encontrados (3,6). Tampoco encontramos diferencias respecto al hallazgo de adenopatías positivas (3), que parece tener relación con el tamaño del tumor (3)

y no con el tipo histológico. El hecho de encontrar más de 3 ganglios positivos, en nuestro estudio en el 33,3% de los casos, supone un empeoramiento del pronóstico (14).

Otros aspectos estudiados son la elevación del marcador tumoral CA-15.3 y la presencia de receptores hormonales para estrógenos y progesterona en el tumor, no pudiendo encontrar una asociación significativa entre la presencia de receptores positivos para estrógenos y presencia de niveles elevados en sangre periférica de CA-15.3, corroborando lo que sugieren algunos autores (3).

Finalizaremos reiterando la atención que debemos prestar a las pacientes jóvenes con patología mamaria en nuestra área sanitaria, debido a la nada despreciable incidencia de cáncer de mama en menores de 50 años.

TABLA I:
EDAD DE LAS PACIENTES

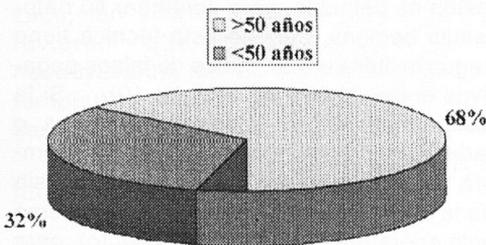
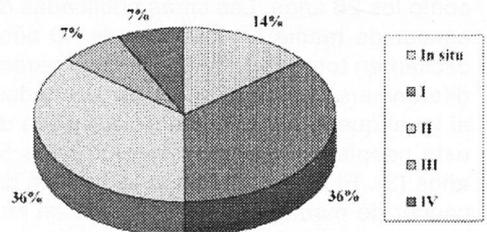


TABLA II:
ESTADIO EN MENORES DE 50 AÑOS



BIBLIOGRAFIA

- 1-American Cancer Society. Cancer facts and figures. 1994, Atlanta: ACS, 1994
- 2-Boring CC, Squires TS, Tong T. Cancer statistics, 1993. CA Cancer J Clin 1993; 43: 7-26
- 3-González Merlo y cols. Oncología Ginecológica. Cap. 11 Cáncer de mama. Ed Salvat 1991.
- 4-Borrás J y cols. El registro poblacional de Tarragona 1982. Asociación Española contra el Cancer. Oncología originales, 1984, IX:
- 5-Rodríguez Sarmiento M.C. Evidencias actuales sobre el cáncer de mama. Bolletí de Planificació

- Familiar. Servei de Sanitat . Diputació de Barcelona 1987.
- 6- Berek JS, Hillard PA, Adashi EY. Ginecología de Novak. Capítulo 36. Cáncer mamario. Ed McGraw-Hill 1998.
- 7-Van 't Veer P, Van Leer et cols. Combination of dietary factors in relation to breast cancer occurrence. Int J Cancer 1991; 47: 649-53.
- 8-Basset LW, Liu TH et cols. The prevalence of carcinoma in palpable vs non-palpable mammographically detected lesions. Am J Roentgenol 1991; 157: 21-4.

9-Miller AB, Bulbrook RD. Screening detection and diagnosis of breast cancer. *Lancet* 1982; 1:1109-11.

10-Frable WJ. Fine needle aspiration biopsy: a review. *Hum Pathol* 1983; 14:9-28.

11-Veronesi U, Sacozi et cols. Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. *N Engl J Med* 1985; 312:665.

12-Veronesi U, Zucali R, Luini A. Local control and survival in early breast cancer: the Milan

Trial. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1986; 12:717-20.

13-Fisher B, Bauer M, Margolese R et cols. Five years results of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and segmental mastectomy with or without radiation in the treatment of cancer. *N Engl J Med* 1989; 320: 822-8.

14-Haagensen CD. *Enfermedades de la mama. De Panamericana, Buenos Aires* 1987.