

Revisión Radiológica y Ultrasonográfica de 83 casos de Cáncer de Mama desde el año 1999 al 2001 en ION SOLCA Guayaquil.

Autores: **Dra. Betty Salazar H (1), Dra. Elfa Haro S. (2), Dr. Edgar Espinoza E. (3), Dra. Patricia Farfán A. (3), Dr. Jair Paladines M. (4).**

- (1) Médico Tratante del Dpto de Imágenes ION SOLCA
- (2) Médico Tratante del Dpto Medicina Nuclear ION SOLCA
- (3) Médico Residente del Dpto Imágenes ION SOLCA
- (4) Médico Residente Hospital Teodoro Maldonado Carbo

Abstracto

En el presente trabajo se hará una revisión de 83 casos de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, su sintomatología de comienzo, los métodos de diagnóstico efectuados, el tipo histológico encontrado, además se efectuarán recomendaciones prácticas para el lector en el manejo del diagnóstico de este problema.

Palabra clave: Cáncer de mama

Introducción

Cada año más de 180.000 mujeres son diagnosticadas en EEUU de cáncer invasivo y 250.000 casos de carcinoma ductal y lobulillar in situ. (1)

Ocupa el segundo lugar como causa de muerte por cáncer. En nuestro país según estadísticas del ION SOLCA Guayaquil ocupa el segundo lugar en frecuencia despues del Ca de Cervix. (2)

Todavía no es posible predecir quien desarrollará un cáncer de mama pero se están conociendo las alteraciones cromosómicas existentes en algunas mujeres con riesgo elevado.

El riesgo de desarrollar un cáncer de mama aumenta con la edad; aunque puede aparecer en todas las edades y, según muchos observadores, parece que el cáncer de mama está aumentando entre las mujeres jóvenes y las afecta a una edad más temprana.

La ventana de oportunidad para detectar cánceres de mama de menor tamaño y estadio parece ser más estrecha entre las mujeres más jóvenes que entre las de más edad. (3)

También los datos de Moskowitz indican que el tiempo de adelanto en el cual una mamografía puede diagnosticar un cáncer

Correspondencia y separatas:

Dra. Betty Salazar H.
Servicio de Imagenología. Radiodiagnóstico
ION-SOLCA
Av. Pedro Menéndez Gilbert (junto a la Atarazana)
Guayaquil-Ecuador

© Los derechos de autor de los artículos de la revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer SOLCA.
Sede Nacional, Guayaquil - Ecuador

Abstract

In this study will be a revision of 83 cases with diagnose of breast cancer , its sintomatology of beginning , techniques of diagnose, kind histopathology founded, sugerencies for reader in guidelines of diagnose of this problem.

Key words: Cáncer de mama.

antes de que se manifieste clínicamente es más breve entre las mujeres más jóvenes. (4)

Existe alguna prueba de que este tiempo de adelanto diagnóstico de la mamografía no es un reflejo de la velocidad de crecimiento, ya que de hecho los cánceres de crecimiento más inmediato son los más rápidamente letales. La supervivencia para el cáncer de mama parece ser similar para un mismo tamaño tumoral, grado histológico o afectación ganglionar entre las mujeres de 40-49 años, que para los que se encuentran entre 50 y 59 años. Un amplio estudio realizado en Suecia indica, en efecto que las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama entre los 45 y 49 años tenían el mejor índice de supervivencia. Pese a que parece que en las mujeres jóvenes el tumor puede alcanzar más rápidamente un tamaño y un estadio avanzado y un grado de letalidad que lo convierte en incurable, el pronóstico está determinado por el tamaño y el estadio en que se actúa sobre la lesión, al margen de la edad de la mujer.

La sospecha de que los cánceres de las mujeres jóvenes son letales más rápidamente es un argumento para realizar un cribaje más agresivo con un intervalo mas corto entre los screenings- en mujeres más jóvenes posibles razones del aumento de la incidencia gradual pero sostenida del cáncer de mama se nos escapan, probablemente sean multifactoriales. Las hormonas son un claro factor Pike y Henderson creen que gran parte del riesgo de cáncer de mama se debe a la exposición de las mujeres a sus propias hormonas (5).

Es probable que tengan lugar daños irreparables en el ADN cuando la multiplicación celular es elevada. La mayor multiplicación celular activa ocurre en la mama durante la fase lútea media del ciclo ovulatorio.

Durante el curso de un ciclo normal existe una importante multiplicación celular seguida de muerte celular programada (apoptosis). Cuanto mayor es la multiplicación celular mayor es



la posibilidad de que la copia del ADN se vea alterada y de que produzcan copias anómalas. En algunos casos el daño de las células no puede ser corregido y, si la célula no muere, puede adquirir suficientes cambios como para perder el control de su multiplicación y convertirse en tumoral o quedar próxima a los cambios necesarios para que una lesión futura pueda completar la transformación.

Menarquia Precoz:

Esta teoría apoya la baja incidencia de cáncer de mama en las sociedades en que la menarquia tiene lugar al final de la segunda década. En las sociedades o zonas del país donde la primera gestación completa y la menopausia tiene lugar a una edad más temprana, el riesgo de cáncer de mama se reduce (6)

La edad progresivamente más temprana de la menarquia y el retraso de la edad de la menopausia pueden contribuir, en cierta medida, al aumento de la incidencia de cáncer.

Primera gestación Tardía a Término:

Muchas mujeres demoran el momento de su primera gestación a término. Una mujer con su primera gestación a los 18 años tiene una cuarta parte o un tercio de riesgo de desarrollar cáncer de mama que otra cuyo primer embarazo a término se ve retrasado hasta después de los 30 años (7).

Lactancia:

Si la lactancia es protectora, probablemente no se deba al hecho en sí, sino a la duración de la lactancia. Se ha publicado que el riesgo de cáncer de mama puede reducirse a la mitad cuando un individuo lacta durante un total de más de diez años.

Según Newcomb y colaboradores el riesgo de cáncer de mama en mujeres premenopáusicas se reducía entre el 25% y el 30% si había lactado durante mínimo 24 meses. (8)

La hipótesis de Pike apoya no sólo las alteraciones dentro de la propia mama en la lactancia si no la interrupción de ciclos ovulatorios que acompañan a la lactancia.

Anticonceptivos Orales:

El uso prolongado de anticonceptivos es conflictivo, muchos estudios indican que no hay relación otros en cambio indican riesgo relativo para los que utilizaron las píldoras durante al menos, cuatro años antes de su primera gestación.

Algunos estudios indican que la utilización de anticonceptivos orales en edades más jóvenes y durante largos períodos de tiempo pueden aumentar el riesgo de cáncer de mama antes de los 40 años. (9)

Terapia de Sustitución Hormonal:

Colditz y sus asociados han encontrado un aumento significativo en el riesgo de cáncer de mama en mujeres que utilizaban TSH.

Carcinógenos Medioambientales:

Existe un estudio que demostró en la sangre de las mujeres con cáncer de mama una mayor concentración de DDE (dicloro difenil dicloroetileno), un metabolito del DDT (dicloro difenil tricloroetano), mientras que en otros se encontraron niveles más altos de PCB en la grasa mamaria de mujeres con cáncer de mamas.(10)

Factores de riesgo Asociados al cáncer de mama

Habida cuenta de que la existencia de factores de riesgo representa asociaciones y no necesariamente relaciones de causa-efecto, deberían ser interpretados con toda cautela. Pese a que las mujeres pueden encontrarse en esas categorías de aumento del riesgo, ninguna de estas asociaciones tiene suficiente fuerza como para poder predecir con certeza el desarrollo de la enfermedad. Los principales son :

- Sexo femenino
- Más de 35 años
- Menarquia precoz
- Menarquia tardía
- Sin hijos
- Primera gestación a término tardía (después de los 30 años)
- Familiar en primer grado afectada (madre, hermana o hija)
- Historia previa de cáncer de mama
- Biopsia probada para proliferación epitelial atípica
- Biopsia probada para carcinoma lobulillar in situ.

Algunos factores llevan a algunas mujeres a una situación de aumento de riesgo, pero ninguna es inmune. Las asociaciones entre factores específicos y riesgo de cáncer de mama son interesantes e importantes como objeto de investigación. Los factores de riesgo definen sólo aquellas que pueden tener una incidencia basal por encima del 4 ó 6 %, no se ha identificado ninguna población de mujeres sin riesgo y los programas de screening deben tener en cuenta esto. Si estos programas se ofrecen sólo a las mujeres de los grupos de alto riesgo, más del 65% de los cánceres se desarrollara sin el beneficio de la detección precoz.(11)

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de tipo retrospectivo, dirigido, recolectando las historias clínicas de 83 pacientes en el ION SOLCA de Guayaquil desde el año 199 hasta el 2001, tomándose en cuenta los siguientes parámetros para clasificar los casos:

Edad

Sintomatología al comienzo de la enfermedad

Tipos histológicos más frecuentes

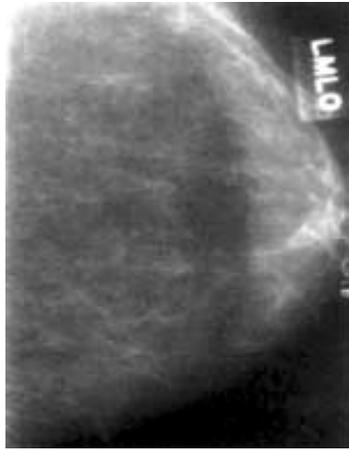
Birads de la neoplasia de acuerdo a la mamografía

El Birads es un sistema de categorización de las lesiones mamarias siendo el tipo 0 un estudio incompleto, que necesita una proyección adicional, un US, comparación con estudios



previos. El Birads 1 es un mamograma negativo (normal), un Birads 2 es un hallazgo benigno, un Birads 3 es probablemente benigno, un Birads 4 sospechoso de malignidad y un Birads 5 es altamente sospechoso de malignidad. (Foto 1, 2).

Foto 1



CA DUCTAL INFILTRANTE

Foto 2



CA MAMA. MICROCALCIFICACIONES



ECO DE MAMA TIPO NODULAR

Conclusiones

En el presente trabajo se encontró que la edad predominante fue entre 35 a 40 años, siendo el segundo lugar las edades comprendidas entre 30 y 34 años (Graf. 1). Este dato es diferente al de la Literatura mundial en donde la edad de mayor incidencia de Patología mamaria maligna es por encima de los 40 años.

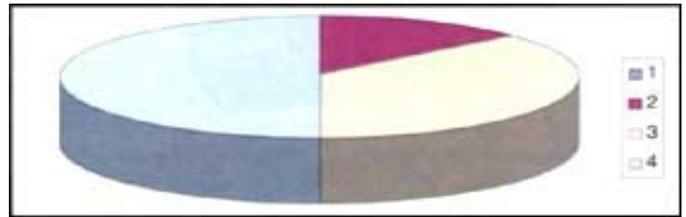
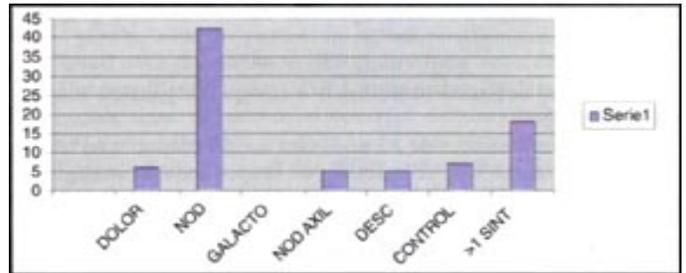


GRAFICO 1

1: 61 PCTES (73.4%) ; 2: 18 PCTES (21.6%) ; 3: 4 PCTES (4.8%)
 1: Edad entre 35-40 años; 2: 30-34 ; 3: 25-29

La sintomatología de inicio en estas pacientes fue en su gran mayoría fue un nódulo palpable en la mama, seguida por la presencia de más de un sintoma, cosa curiosa no se encontró en ninguna de estas pacientes galactorrea (Graf. 2). Este dato coincidió con los reportes encontrados en estudios realizados en otros centros.

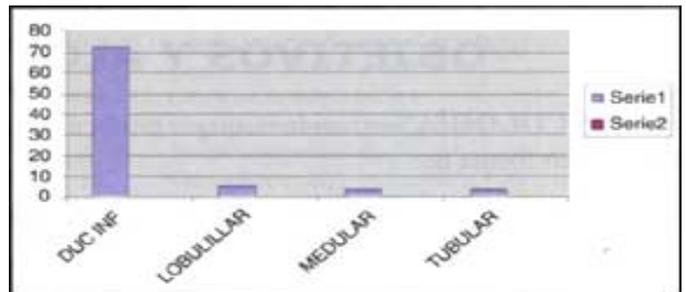
GRAFICO 2



DOLOR:6PCTES (7.2%) ; NODULO:32(50.6%) ; GALACTORREA:0; NODULO AXILAR:3(6%) ; DESCONOCIDO:3(6%) ; CONTROL:78.4% ; MAS DE 1 SINTOMA:18(21.6%)

El tipo de Birads más frecuente fue el tipo 5 (49 casos). (Graf 3), que es altamente sospechoso de malignidad, lo que hace pensar en la llegada tardía de los pacientes a la consulta cuando su problema mamario esta avanzado.

GRAFICO 3



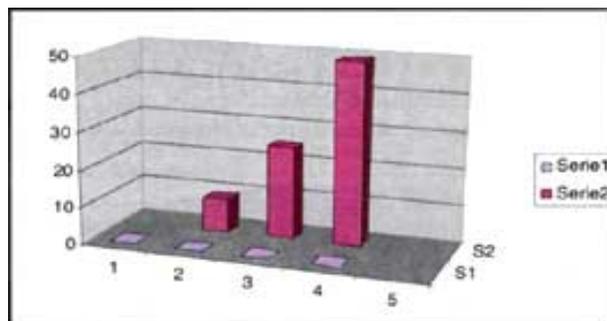
DUC INF:87.9% ; LOBULI:6% ; MEDULAR:3.6% ; TUBULAR:3.6%

El tipo histológico más común fue el Ductal Infiltrante (72 casos). (Graf. 4). Este dato también coincidió con los estudios



alrededor del mundo.

GRAFICO 3



COLUMNA	CASOS	%	BIRADS	
PEQUEÑA	9	10.8	III	SOSPECHOSO MALIGNIDAD
MEDIANA	25	30	IV	PROBABLEMENTE MALIGNO

Recomendaciones

La Mamografía deberá ser utilizada en pacientes de 35 años en adelante, puesto que en nuestro estudio el más alto porcentaje (73.4%) correspondió a este grupo, sin desmerecer el grupo de menores de esta edad sospechosas de malignidad.

Debe de correlacionarse la mamografía con estudios US siempre que tengamos mamogramas densos en este grupo de pacientes.

Hacer un seguimiento clínico e imagenológico en mujeres con alto riesgo.

Pacientes menores de 35 años con lesión palpable en mama, deberán realizarse US, si la lesión es sospechosa de malignidad pedir el estudio mamográfico.

Bibliografía

1. American Cancer Society. Breast: Cancer facts and Figures. Atlanta American Cancer Society 1995
2. Servicio de estadísticas del Ion SOLCA

3. Tabar L, Faberberg G, Day NE, Holmberg L. What is the optimum interval between screening examinations? An analysis based on the latest results of the Swedish two-county breast cancer screening trial. *Br J. Cancer* 1987;55:547-551
4. Moskowitz M. Breast cancer: age-specific growth rates and screening strategies. *Radiology* 1986; 161: 37-41
5. Pike MC, Krailo MD, Henderson BE, et al. Hormonal risk factor. Breast tissue age, and the age-incidence of breast cancer. *Nature*. 1983;303:767-770
6. Sturgeon SR, Schairer C, Gail M, et al. Geographic Variation in mortality from breast cancer among white women in the United States. *J. Natl Cancer Inst.* 1995; 87: 1843-1846
7. Wyshak G, Frish RE. Evidence for a secular trend in the age of menarche. *N. Eng J. Med* 1982;306: 1033-1035
8. Newcomb PA, Stores BE, Longnecker MP, et al. Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer. *N. Engl J. Med* 1994;330:81-87
9. Romien I, Berlin JA, Colditz JA. Oral contraceptives and breast cancer: review and meta-analysis. *Cancer* 1990;66:2253-63
10. Wolff MS, Toneolo PG, Lee EW, et al. Blood levels of organochlorine residues and risk of breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85: 648-652
11. Carlile T, Thompson DJ, Kopecky KJ, et al. Reproducibility and consistency in classification of breast tissue patterns. *AJR* 1983;140:1
12. Lanfranchi, Ecografía mamaria; 1997, MARBAN edición Español. Cap 5; pag 81-116
13. Dock W: Tumor vascularization; assessment with duplex sonography. *Radiology* 1991;181:24-244
14. Cosgrove, JC, Bamber, JB, Davey et al.: Colour Doppler signals from breast tumours. *Radiology* 1990;176:175-180
15. Cosgrove DO, Kedar, Bamber JC, Murrani B, Davey JB, Fisher C, McKinnon JA, Svensson WE, Tohno E, Vagios E, et al.: Breast diseases: color Doppler US in differential diagnosis. *Radiology* 1993 Oct;189(1):99-104
16. Mirtha Ester Lanfranchi; Morman Ignacio Koremblit: Terapia Ultrasonica Tumoral (TUT): Revista Argentina de Radiología Vol 59# 2, 1995. 127-129