

Cáncer de mama: Evaluación clínica de casos tratados desde 1986 a 1996 en el Hospital Escuela de Corrientes.

Mónica L. Fernández⁽¹⁾; Gustavo J. Macías⁽¹⁾; Dante J. Meza⁽¹⁾; María A. Rivera⁽¹⁾; María del R. Romero García⁽¹⁾;

Resumen

El cáncer de mama es la principal causa de muerte en Argentina y el mundo, afortunadamente las posibilidades de diagnóstico temprano son mayores que otros cánceres.

Planteamos como objetivos: Conocer su frecuencia, posibilidades de diagnóstico temprano y conciencia de la mujer sobre el autocontrol.

Se evaluaron 71 Historias Clínicas de pacientes internados en los Servicios de Ginecología y/o Cirugía del Hospital "José de San Martín"; paralelamente se encuestaron a 216 mujeres.

El Cáncer de mama se encontró en 2º lugar en frecuencia (36%) después del cáncer de cuello (43%).

El motivo de consulta mas frecuente fue por un nódulo (78%) seguido en frecuencia el dolor (12%). La mayoría de las enfermas no consultan tempranamente, sólo el 12% lo hizo antes de los 2 meses.

El nódulo era detectable con la palpación en un 83% y el dolor en un 50%. Los nódulos oscilaban entre 2 y 5 cm. de diámetro, generalmente eran duro elásticos (80%), la mitad no tenían adherencias.

El diagnóstico de certeza lo dió siempre el estudio anatomopatológico.

La estadificación demostró desgraciadamente que el 60% consulta en un estadio avanzado con pocas chances de cura.

Con la encuesta se demostró falta total de control mamográfico, así como del autoexamen. En mujeres mayores de 40 años, solo un 16,5% se hace una mamografía al menos cada 2 años, un 63,1% no lo hace y el 21,4% desconoce la práctica de este estudio.

Adecuada semiología, mamografía oportuna y correcta enseñanza del autoexamen en las mujeres, permitirían aumentar la sobrevida de las pacientes.

Introducción

El Cáncer de Mama reviste importancia por su frecuencia y es la mayor causa de muerte en las mujeres en Argentina, así como en EE.UU.

Requiere una especial atención para su diagnóstico temprano, ya que según estudios, se vio una relación directa entre la extensión de la enfermedad en el momento del diagnóstico y el tiempo de sobrevida⁽¹⁾.

El diagnóstico temprano está basado principalmente en el control mamográfico con criterio de riesgo, además del control por autoexamen de mama y examen profesional⁽²⁾.

Buscando la relación que existe entre los signos y síntomas que llevan a la paciente a la consulta y el estadio más frecuente hallado, se realizaron revisiones de Historias Clínicas para la obtención de datos.

La Organización Mundial de la Salud se encuentra preocupada por las posibilidades reales de realizar diagnósticos más precoces en los países más pobres y en desarrollo, y considera que el autoexamen de mamas es una alternativa utilizable⁽²⁾; lo que incentivó la realización de este trabajo, debido a que el pronóstico del cáncer de mama es desfavorable y no se ha observado disminución en su frecuencia⁽³⁾.

Objetivos

1. Evaluar la importancia del cáncer de mama, buscando su frecuencia dentro de los cánceres ginecológicos, en el Hospital Escuela "José de San Martín".
2. Conocer qué signos y síntomas llevaron a la mujer a la consulta, y cuanto tiempo demoró en realizarla.
3. Evaluar qué porcentaje de pacientes con cáncer de mama consultaron en un estadio clínico que permita un tratamiento temprano.
4. Conocer la conciencia que tienen las mujeres con respecto al control periódico de las mamas por mamografía.

Material y Métodos

En un intervalo de cuatro meses, desde el 3 de marzo hasta el 5 de Julio de 1997, se ha hecho una revisión y posterior selección de fichas de Historias Clínicas de patologías neoplásicas malignas de origen ginecológico, correspondiente a los Servicios de Ginecología y Cirugía, archivados desde 1986 a 1996 inclusive, en el Servicio de Estadísticas del Hospital Escuela "Gral. José F. de San Martín".

(1) alumnos 7º año Facultad de Medicina, UNNE

Examinándose 1000 fichas de Historias Clínicas de pacientes que consultaron a los servicios nombrados anteriormente, de ellas se rescataron 280 casos de patologías neoplásicas malignas ginecológicas, de los cuales 102 eran cánceres de mama. De dichas 102 Historias Clínicas sólo 71 se hallaron redactadas en forma completa para la realización de la investigación.

Posteriormente se analizaron los datos de estas 71 Historias Clínicas, las cuales fueron volcadas a una ficha confeccionada para tal fin. Dicha ficha contenía una serie de datos destacándose entre ellos las características del tumor (ubicación, tamaño, forma, consistencia, movilidad, adherencia y alteraciones de la piel), diagnóstico presuntivo y de certeza, método para el arribo de los mismos; también características radiológicas y anatomía patológica (tipo histológico y estadío).

Para la estadificación del tumor se utilizó la clasificación TNM y su correlación con la clasificación por estadíos, propuesta por el Breast in American Joint Committee on Cancer: manual for staging of cancer ⁽²⁾⁽⁴⁾.

Simultáneamente se realizó una encuesta con el objeto de evaluar el conocimiento por parte de la población femenina, de los métodos de detección precoz a su alcance, tales como el autoexamen mamario, su correcta maniobra y frecuencia, y control mamográfico. Dicha encuesta se realizó en una población de nivel socioeconómico idéntico a las pacientes con cáncer de mama estudiadas, quienes se hallaban en los hospitales por diferentes circunstancias (internación de familiares, consulta médica, trámites en general, etc...).

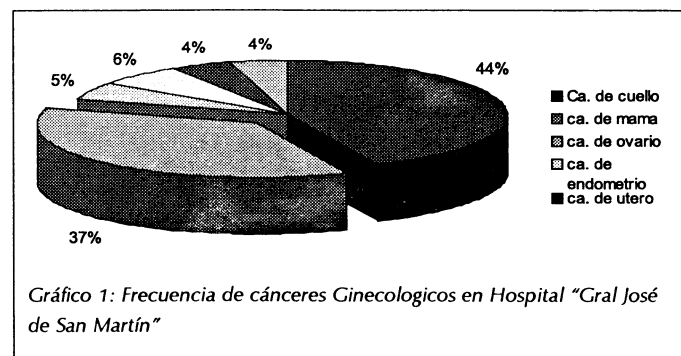
Se consideró como autoexploración correcta la siguiente⁽⁵⁾:

1. Realizada una vez al mes.
2. Luego de finalizada la menstruación, o si no la tiene, un día fijo al mes.
3. Instruido por un profesional o personal capacitado.
4. Maniobra correcta:
 - Comparar la simetría de las mamas y cambios en piel y/o pezones, primero colocando los brazos al lado del cuerpo, luego levantando los brazos y apretando las manos en la cintura.
 - Para la palpación, hacerlo acostada con una almohada debajo del hombro del lado a examinar y con los tres dedos medios de la mano opuesta; utilizando tres niveles de presión, palpar los cuatro cuadrantes y axila.

Resultados

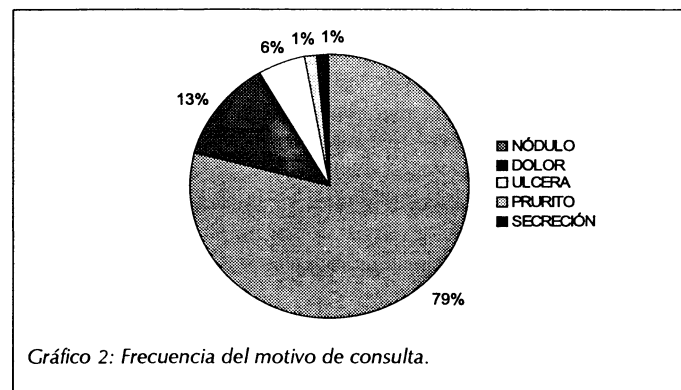
Con respecto al primer objetivo: Se vió que de 280 cánceres ginecológicos en 11 años, el más frecuente fue el cáncer de cuello uterino, correspondiendo este al 43,2 % de los casos (121 *pacientes*), mientras que el cáncer de mama se halla en 2º lugar con un 36,43% de todos los casos (102

pacientes). Con menor porcentaje se hallaron: cáncer de endometrio en un 6,43% (18), cáncer de ovario en un 5,36% (15), cáncer de útero (sin especificar su localización) en un 4,29% (12), así como el cáncer de vulva con un 4,29 % (12) (Gráfico N°1).



De los 102 casos con cáncer de mama, 71 de ellos pudieron ser evaluados en forma completa; dicho número de Historias Clínicas correspondían a un grupo etario con un rango que iba desde los 29 a los 84 años, con un promedio de 51,7 años.

Teniendo en cuenta el segundo objetivo: el motivo de consulta más frecuente fue por la presencia de un nódulo con un 78,87% (56 *pacientes*), con menor frecuencia consultaron por dolor en un 12,68% de los casos (9), por úlcera consultaron en un 5,63% (4) y solamente consultaron por prurito y secreción en un 1,41% (1) respectivamente. (Gráfico N° 2).



Se pudo hallar en un gran porcentaje que el tiempo desde el comienzo de los síntomas y signos hasta que la mujer consulta al médico. El 32,39% de los pacientes (23 *pacientes*) tardaron entre 2 y 6 meses en consultar, solo el 12,68% (9) lo hizo en un tiempo menor a 2 meses, el 8,45% (6) tardaron de 6 meses a un año, 7,05% (5) tardaron de 1 a 2 años, 5,63% (4) de 2 a 3 años, 9,86% (7) más de 3 años y en

un 23,94% de los casos (17) no se pudo rescatar estos datos. (Tabla I).

TIEMPO	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE
Menos de 2 meses	9	12,68%
De 2 a 6 meses	23	32,40%
De 6 meses a 1 año	6	8,45%
De 1 a 2 años	5	7,04%
De 2 a 3 años	4	5,63%
Mas de 3 años	7	9,86%
No se sabe	17	23,94%

Tabla I: Retardo en la consulta.

Considerando la importancia de la anamnesis y el examen físico se evaluaron los signos y síntomas; se buscó cual de ellos aparecía con mayor frecuencia hallándose en primer lugar al nódulo en un 94,37% (67 pacientes) , dolor en un 50,7% (36), tensión mamaria en un 15,49% (11); síntomas y signos tales como, derrame por el pezón, aumento del tamaño de la mama y pérdida de peso se dieron en un menor porcentaje. Es conveniente aclarar que en muchos casos coexistieron varios síntomas y signos.

Para cumplir el tercer objetivo : el tamaño del nódulo al examen físico fue valorado en centímetros (cm) tomando su diámetro mayor. El diámetro al momento de la consulta estaba : de 2 cm. o menos (T1) se hallaron en un 21,13% de los casos (15 pacientes), mas de 2 cm. y 5 cm.(T2) en un 42,25% (30) , mientras que un 25,35% (18) correspondían a un diámetro mayor a 5 cm. (T3 o T4), el 11,27% (8) no se pudo determinar.

Dentro de las características semiológicas del tumor se investigó acerca de su movilidad, dureza , elasticidad, retracción del pezón,, alteración de la piel, derrame por el pezón y la existencia de piel de naranja; encontrándose en orden de frecuencia que la consistencia más frecuente era la duroelástica en un 80,2% de los casos (57), la movilidad se hallaba presente en un 49,3% de los tumores (35), la retracción del pezón se halló en un 25,35 % (18), alteraciones de la piel en un 30,99% (22) incluyendo en este grupo alteraciones como: úlcera, inflamación, etc.; mientras que derrame por el pezón y piel de naranja solo se hallaron en un 14,08% (10) de los casos respectivamente.

La forma del tumor a la palpación fue considerada, hallándose tumores difusos y de bordes imprecisos en un 26,76% (19 pacientes), 25,35% (18) eran de forma redondeada y de bordes nítidos; el 23,94% (17) tenían forma irregular

o lobulado, sólo el 2,82% (2) eran tumores ulcerados; en el 21,13% de los casos (15) no se consignó la forma del tumor.

Respecto a los métodos de diagnóstico presuntivo de cáncer, sobresale el examen físico en un 91,55% (65 pacientes) seguido de mamografía en el 66,20% (47) , y otros métodos de diagnóstico de extensión tumoral como ecografía, TAC y centellografía en un 33,8 % (24).

Respecto a los métodos de diagnóstico de certeza se halló que el 98,59 % (70) fueron diagnosticados por biopsia (examen anatomopatológico), sólo una paciente no tenía informe anatomopatológico.

Llamó poderosamente la atención el estadio avanzado en el que consultan las pacientes, disminuyendo las posibilidades de una terapéutica efectiva; un 59,16% de las pacientes (42) consultaron en un estadio avanzado (III o IV) y sólo el 40,84 % (29) lo hizo en un estadio I o II, es decir con un pronóstico más favorable que los anteriores (Tabla II).

ESTADÍO	Hosp. Escuela	Uriburu y Bernardello ⁽¹¹⁾
I-II	40,84% (29pacientes.)	80% (80 pacientes)
III-IV	59,16% (42pacientes.)	20% (20 pacientes)
Total	100% (71pacientes.)	100% (100 pacientes)

Tabla I: Tabla comparativa de estadios tumorales.

Analizando el cuarto objetivo : con respecto a las encuestas realizadas, se pudieron obtener los siguientes datos:

De un total de 216 mujeres encuestadas, sólo el 43,52% (94) realiza un autoexamen de mama , mientras que el 56,48% (122) no lo hace.

De las que se autoexaminan, el 67,02% (63) lo hace con la maniobra correcta, y el 32,98% (31) practica una maniobra incorrecta.

Considerando el grupo de mujeres que se realizan el autoexamen de mamas, un 26,6% (25) lo hace con intervalos menores a un mes; un 28,7% (27) se autoexploran las mamas cada mes, tiempo que se considera adecuado para conservar la eficacia del autoexamen , y en un tiempo mayor a un mes un 44,7% (42). De las mujeres que se hacen el autoexamen con una maniobra y frecuencia correctas, fueron sólo 22 las que cumplen con este requisito, correspondiendo al 10,19% de las 216 mujeres encuestadas.

Entre las mujeres que se hallan en edad de realizar un control mamográfico, es decir aquellas mayores de 40 años (103), sólo un 16,5% (17) se hace una mamografía al menos cada 2 años, un 63,1% (65) no lo hace y el 21,4% (22) desconoce la práctica de este estudio.

Discusión

El cáncer de mama es una patología significativa por los alcances de su malignidad y por presentar mayores posibilidades de tratamiento seguido de curación en los estadios tempranos de la enfermedad. En el mundo occidental, se aprecia en los últimas décadas una mayor incidencia estimada entre 2 a 4% por año⁽⁶⁾.

En general, la incidencia en los países en desarrollo es más baja, mientras que es alta en los países desarrollados, con la notable excepción de Japón. Alguna variabilidad puede ser debida a la falta de registros en los países en desarrollo, pero probablemente exista una verdadera diferencia⁽⁴⁾.

En nuestro trabajo se encontró que el cáncer de mama se halla en 2° lugar en frecuencia (36,42%) luego del cáncer de cuello uterino (43,21%); por su parte, en un artículo, Domínguez Casares, afirma que el cáncer de mama por sí solo es algo más frecuente (27%) que la suma de los cánceres del aparato genital en su totalidad (23%). Habría que tener en cuenta la realidad a la que se refiere este autor español, ya que son datos de un país desarrollado; además en nuestro país no existen registros de incidencia de esta enfermedad.

Podríamos pensar que el cáncer de cuello es más frecuente porque estudiamos una población de nivel socioeconómico bajo, que sabemos es un factor predisponente para su desarrollo⁽⁵⁾.

Con respecto al motivo de consulta, vimos que el más frecuente es el signo nódulo (78,88%), seguido por el síntoma dolor. Similares resultados fueron encontrados por Uriburu con respecto al orden de aparición, siendo más frecuente el tumor (75%) y luego el dolor (5%).

Sobre el tiempo que tardaron los pacientes en consultar, el mayor porcentaje lo hizo entre los 2 y los 6 meses, antes de los 2 meses un porcentaje menor, y en los periodos posteriores se observa disminución de las cifras de consulta. Estos datos semejan a los encontrados en una revisión de 100 casos hallados por Uriburu, en la cual en el periodo de 2 a 6 meses consultó un 32%, antes de los 2 meses lo hizo el 28%, decreciendo los porcentajes con el avance del tiempo.

En nuestro trabajo teniendo en cuenta los signos y síntomas al examen físico, vimos que la paciente presentaba un nódulo en el 94,37% y dolor en el 50,7%, debiendo considerar que muchas pacientes presentaban más de un signo y/o síntoma. Estos valores fueron comparados con los datos obtenidos por Uriburu, donde el tumor se halló en el 71,5% y el dolor en el 10,4%.

El nódulo tenía tamaños muy variados, predominando los que se encontraban entre 2 y 5 cm. (47,6%). Este tamaño es objetivable por palpación y podría ser diagnosticado antes de llegar a estas dimensiones. Porque según se afirma para que un tumor sea palpable debe medir 1 cm de diáme-

tro y en estas circunstancias tiene un 17% de probabilidades de haber embolizado a otras regiones⁽⁷⁾.

En el mismo sentido, Gori afirma en sus trabajos que el volumen de la neoplasia en el momento del examen, oscila dentro de límites muy amplios, desde el pequeño, de algo más de 5 mm., hasta el que ocupa casi toda la mama. Cuando el tamaño es menor de 1 cm, se aprecia vagamente como un espesamiento o una induración que no tiene características definidas del cáncer. Es aquí donde queremos destacar que los exámenes complementarios estarían cumpliendo su principal papel.

Considerando las características semiológicas del tumor, en nuestra investigación se han encontrado tumores móviles en un alto porcentaje; también observamos que la mayoría tenía una consistencia duroelástica, y debido al gran tiempo que tardaron las pacientes en consultar, se encontró un número mayor de casos que tenían alteraciones del color, de la temperatura y del trofismo de la piel; en menor grado se ha encontrado derrame por el pezón y piel de naranja; la retracción del pezón se halló en la cuarta parte de las pacientes.

La forma del tumor a la palpación más hallada fue irregular y de bordes imprecisos, siendo menor la forma redondeada con bordes nítidos. Esto determinaría que la malignidad de un tumor es reflejada por sus características semiológicas, ya que la mayoría de las neoplasias son de forma irregular, de bordes imprecisos y fijos a planos superficiales o profundos. Relacionamos estos datos con los obtenidos por Gori y colaboradores quienes encontraron una consistencia predominante duroleñosa, con escasas alteraciones cutáneas (como mastitis, atrofia del tejido celular subcutáneo); el derrame por el pezón no era referido por la paciente pero si demostrado por el examen clínico (no como en nuestros casos donde era referido por la paciente). La retracción del pezón cuando se presentó, fue como único signo para su casuística, y lo consideraban como un signo precoz que se presentó en la mayoría de los casos; lo que demuestra que un estudio realizado en un nivel social más elevado, determina que las pacientes presentaban mayor cantidad de síntomas y signos tempranos. La movilidad para ellos fue predominante, al igual que la forma irregular y los bordes difusos. Se arriesga la hipótesis de que la consistencia duroelástica encontrada en la mayoría de los casos, no concuerda con los datos bibliográficos consultados porque posiblemente estaba mal consignada en la Historia clínica. Es sabido que la consistencia del carcinoma ductal infiltrante (forma histopatológica predominante en nuestro trabajo) es duropétreo o duroleñosa⁽⁸⁾.

Como hemos referido en resultados, con el examen físico fue posible en un 91% de los casos hacer un diagnóstico presuntivo de cáncer; dicho método según la Medical Mag tiene un 85% de especificidad y una sensibilidad del 96%; tiene como ventajas ser de bajo costo y de fácil realización en

personal entrenado. La mamografía diagnosticó un 61% de los tumores; en la Medical Mag se encontró que esta presenta una especificidad de un 90% y una sensibilidad de un 87%⁽⁷⁾; es la técnica más útil para la detección temprana del cáncer de mama.

Refiriéndonos al diagnóstico de certeza encontramos que la biopsia es el método para afirmar la malignidad del tumor en un 98,5%, viendo en Papadakis que hace referencia a la biopsia como método de diagnóstico de certeza en un 99,5% y con un valor de menos de 0,5% de falsos negativos.⁽⁴⁾

Destacando que cerca del 60% de las mujeres con cáncer de mama llega en una fase avanzada de la enfermedad y sin criterios de operabilidad, y comparando estos valores con otros estudios como el de Uriburu y Bernardello, quienes encuentran una predominancia de pacientes con estadíos de mejor pronóstico (80% con estadíos I y II); pensamos que existen pocas posibilidades para un diagnóstico temprano ya sea por causas inherentes a las pacientes (desinformación, error en la interpretación de los síntomas, imposibilidad para el acceso a la atención médica) y/o por causas inherentes al sistema de atención médica (faltas de programas de prevención, dificultades en la atención hospitalaria).

De acuerdo a la encuesta de un grupo de la población femenina, se vió que sólo el 43,5% se autoexaminaba las mamas y un 56,5% no lo hacían, viendo que es menor el número de mujeres que practican este método de diagnóstico temprano. También vemos que sólo una mínima parte (10,19 %) lo realizaba con una maniobra y frecuencia adecuadas. Los estudios de Martínez, Pabst y Coñoman realizados en la Universidad de Chile, con los que no coincidimos con los valores obtenidos con respecto a este tema, afirman que un 29% lo practica bien⁽²⁾. El resto de las mujeres lo realizan en un período no adecuado para la finalidad del método (diagnóstico temprano), ya sea porque el autoexamen se dio entre episodios breves (menores a un mes) o demasiado extensos (mayor a un mes). Es importante analizar que el autoexamen se realice una vez por mes para detectar cambios mínimos⁽¹²⁾ y consideramos que la mayoría de las mujeres no sabían la técnica ni la frecuencia correcta. Esta falla se podría atribuir a la ausencia de un programa de salud, que difunda la importancia del método.

De acuerdo a esta misma encuesta el control mamográfico no es aplicado en la dimensión que podría considerarse como adecuado para pesquisar al cáncer de mama en la población femenina con factores de riesgo para padecerlo. Se considera actualmente este método es el más seguro para detectar un cáncer de mama antes que pueda palparse una masa en la misma⁽⁴⁾. Si bien es cierto que más de las ¾ partes de las mujeres conocen el control mamográfico, sólo el 16,5% lo practica en la frecuencia establecida, lo que nos

muestra claramente que la mayoría de ellas no tienen un control adecuado de sus mamas.

Conclusión

Teniendo en cuenta los resultados, cabe destacar que la mayoría de las pacientes consultaron por un tumor que les llama la atención, pero en estadíos avanzados. Esto indica que las pacientes son capaces de detectar una anomalía en sus mamas.

Sería importante destacar que es posible la educación sanitaria de las mujeres, para que realicen periódicamente autoexamen de sus mamas y consulten al médico en una etapa inicial y de mejor pronóstico.

Se debería comprender la trascendencia de una buena enseñanza a la población femenina, hecha por un médico y/o personal sanitario entrenado, para lograr un aumento en los diagnósticos tempranos del cáncer de mama con métodos de bajo costo, como examen clínico, mamografía y autoexamen; esta trilogía determinaría mayor número de casos detectados tempranamente. Algunos de ellos como la mamografía son capaces de detectar los cánceres de mama de crecimiento lento hasta dos años antes que alcancen un tamaño detectable por palpación por lo tanto no es utópico suponer que estos métodos en conjunto serían efectivos para el hallazgo de estadíos tratables y con mayores posibilidades de curación.

Vemos la necesidad de un programa de detección precoz empleando tres líneas de defensa en forma conjunta:

1. Exploración completa de mamas por un examen físico completo realizado por el médico ya sea especialista o no en el tema.
2. Evaluar si las pacientes se encuentran en un grupo de riesgo y en tal caso realizarle mamografías de control con una frecuencia adecuada. Si la paciente no pertenece a un grupo de riesgo, realizar una mamografía de base y luego en una frecuencia determinada según criterio médico.
3. Educar sobre la importancia y la técnica correcta del autoexamen de mama, considerando para ello una buena maniobra y una frecuencia adecuada.

BIBLIOGRAFIA

1. Uriburu Julio. "Estructura, patología, diagnóstico y Tratamiento". La Mama. Editorial Científica Argentina. Buenos Aires, 1983.
2. Martinez V., Pierart J. Revista Chilena de Cirugía. 1990; 46: 36-39.
3. Papadakis M., Mc. Phee S., Tierney L. "Diagnostico Clínico y Tratamiento". Editorial: El Manual Moderno. Buenos Aires, 1995.
4. Gori y colaboradores. "Ginecología". Editorial: El Ateneo. Buenos Aires, 1990.
5. Lopez Garcia G., Idoate M., Alcazar J. "Medicine: Tratado de Medicina Interna". N° 40. 5ª serie-ginecología. Editorial Panamericana. Buenos Aires, 1996.
6. Revista Medical Mag. Vol. 10. Editorial Argentina. Buenos Aires, 1995
7. Robbins S. L. "Patología estructural y funcional" . Vol II. Editorial Interamericana. Madrid, 1990.
8. Comparato M. R. "Ginecología en esquemas" Editorial El Ateneo. Buenos Aires, 1990.
9. De Vita V., Hellmans S., Rosemberg S. "Cancer: Principios y Práctica de Oncología" .Tomo I. Editorial Salvat. Barcelona, 1990.
10. Mitchans J. R., Uriburu J., Bernardello E. "Patología Quirúrgica". Editorial El Ateneo. Buenos Aires, 1994.
11. Lopez M, Guidi E. "Revista Argentina de Cancerología". 1994, 22: 69/ 104-105.