

Patologías Mamarias más frecuentes y su Relación con la Edad

Cerdera Noguera, A. Piuze, M. Soto de Ferrini S; Cerdera Noguera V; Viudes, L. Thompson C (*)

Resumen:

Se estudian 784 casos de biopsias de glándula mamaria en mujeres, realizando una correlación entre la edad de las pacientes y el diagnóstico. Las patologías encontradas en las mujeres menores de 50 años muestran una marcada tendencia a la benignidad, en cambio hay un notable incremento de patologías malignas en pacientes con más de 50 años, lo que nos lleva a concluir que hay una correlación directa entre edad y el tipo de patología mamaria que se presenta.

Introducción

Las lesiones de la glándula mamaria femenina son muy comunes adoptando la forma de nódulos o masas palpables, a veces dolorosas. La mayoría de estas lesiones se deben a cambios **fibroquísticos** (40%) los que incluyen patrones proliferativos (como hiperplasia epitelial leve, moderada, grave o atípica) y no proliferativos (quistes y fibrosis). Estos cambios fibroquísticos tienden a originarse durante la vida reproductiva y pueden persistir después de la menopausia⁽¹⁾.

Solo cerca del 5% de las muestras de biopsias evidencian hiperplasia epitelial atípica. Esta hiperplasia representa un factor de riesgo para un carcinoma, incrementando de 4 a 5 veces la posibilidad de desarrollar una neoplasia maligna^(2,3).

Aproximadamente el 7% de las biopsias mamarias son ocasionadas por la presencia de un **fibroadenoma**⁽¹⁾. Se cree que un incremento absoluto o relativo de la actividad estrogénica participa de su desarrollo, por lo que suele presentarse en mujeres jóvenes, siendo la incidencia máxima en el tercer decenio de la vida. En ocasiones remite y calcifica después de la menopausia⁽⁴⁾.

El carcinoma mamario es inusual antes de los 30 años pero se incrementa invariablemente a lo largo de la vida^(5,6,7). La

mayor parte de estas lesiones corresponden a carcinomas ductales (90%) y en menor número al carcinoma lobulillar (10%). Se los divide en no invasores (carcinoma in situ) e invasores o infiltrantes.

Dentro de los carcinomas no invasores el carcinoma intraductal es el más común, representando el 20–25% del total de carcinomas mamarios. De los carcinomas invasores el carcinoma ductal infiltrante representa más del 70%⁽¹⁾.

El objetivo del presente trabajo es evaluar retrospectivamente en mujeres, las lesiones mamarias más frecuentes y su relación con los diferentes grupos etarios.

Materiales y Métodos

De setecientos ochenta y cuatro biopsias evaluadas en un Laboratorio Privado de Patología de la Ciudad de Corrientes, correspondientes a igual número de pacientes, en un período de diez años (enero de 1990– diciembre 1999) se tomaron datos que fueron volcados a una ficha única, incluyendo en cada caso, edad y diagnóstico

Las lesiones fueron clasificadas histopatológicamente en:

- 1) Cambios fibroquísticos (proliferativos y no proliferativos)
- 2) Fibroadenoma
- 3) Carcinoma (variedades: Ductal/Lobulillar/in situ/invasor)
- 4) Otros: mastitis, atrofia, fibrosis.

Se discriminó el número de casos de cada patología con relación a los siguientes grupos etarios:

- 1) Menos de 20 años
- 2) 21–30 años
- 3) 31–40 años
- 4) 41–50 años
- 5) más de 50 años

Resultados

Se analizaron los datos de 784 pacientes, observándose que 326 casos (40,32% IC 95% 40,28– 40,35) corresponden a cambios fibroquísticos, 105 casos (13,39% IC 95% 12,98–13,02)

(*) Cátedras de Patología General y Anatomía Patológica.e Histología y Embriología. Facultad de Medicina UNNE.



a fibroadenoma, 210 casos (26,78% IC 95% 26,97–27,03) a carcinoma y 143 casos (18,68% IC 95% 19,65–19,71) a otros.

La media en la edad del total de biopsias analizadas fue de 48,64 + 14,3 años (13 – 95 años); siendo la media de la edad para las biopsias diagnosticadas como carcinoma de 55,49 + 13,6 años (27–95 años) mientras que en las biopsias diagnosticadas como cambios fibroquísticos y fibroadenoma fue de 45,86 + 13,8 años (13–79 años).

En nuestra serie observamos diferencias en relación a la edad de presentación de cada patología, siendo:

- El **Fibroadenoma** la patología mamaria más frecuente en pacientes menores de 20 años (73,91% IC 95% 73,73–74,09) y pacientes de 21–30 años (67,78% IC 95% 67,65–67,91).
- Los **Cambios Fibroquísticos** son mas frecuentes en pacientes de 31–40 años (64,16% IC 95% 64,07–64,25) y 41–50 años (54,08% IC 95% 54,01–54,15).
- El **Carcinoma mamario** presenta su pico de incidencia en mayores de 50 años (39,34% IC 95% 39,29–39,39).
- En **Otros** hay un incremento en pacientes mayores de 50 años (28,01% IC 95% 27,99–28,06) debido a un aumento de Atrofia mamaria, incluida en este grupo.

Estos resultados quedan expresados en la tabla adjunta

Discusión

Los datos obtenidos en este estudio coinciden en proporciones y edades con los reportados en la literatura publicada La frecuencia de cada patología mamaria varia con la edad siendo el **fibroadenoma** muy común en mujeres menores de 30 años, mientras que los **Cambios fibroquísticos** se presentan en mayor proporción en mujeres de 30–50 años. El

carcinoma mamario es más frecuente en mujeres mayores de 50 años.

Black y col. Evaluaron 3734 mujeres de la población israelí hallando 28,5% de carcinoma mamario, 48,5% de mastopatía proliferativa, 16,6% de fibroadenoma y 6,4% de otras lesiones benignas no neoplásicas⁽⁸⁾.

Jamal AA estudio 1084 pacientes de la población de Arabia Saudita encontrando 47% de fibroadenoma, 22% de enfermedad fibroquística, 14% de fibroadenosis y 32% de carcinomas⁽⁹⁾.

Con respecto a los estudios que evaluaron la edad de presentación encontramos que Fleming NT y col. Estudiaron en Australia 313 pacientes con carcinoma mamario y 1283 pacientes con patología benigna, hallando un pico de incidencia para el primero de 45 a 54 años y para el fibroadenoma de 30 a 34 años⁽¹⁰⁾.

Sterns EE evaluó 3294 pacientes concluyendo que las lesiones mas frecuentes en mujeres jóvenes es el fibroadenoma, en la edad media los cambios fibroquísticos y en las posmenopáusicas los carcinomas⁽¹¹⁾.

Por ultimo, encontramos diferencias entre nuestros hallazgos y los porcentajes publicados por Ellis y col. Quienes hallaron 7% de fibroadenoma, 40% de cambios fibroquísticos y 10% de carcinomas. En contraste, en nuestra serie obtuvimos 26,78% de carcinomas.

Conclusiones

Nuestros hallazgos tanto en patología benigna como maligna coincide con la mayoría de los reportados en la literatura mundial.

Frecuencias de patologías Mamarias en relación con los diferentes grupos etarios.

PATOLOGÍA EDAD	CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS		FIBROADENOMA		CARCINOMA		OTROS		TOTAL CASOS
	Nº CASOS	%	Nº CASOS	%	Nº CASOS	%	Nº CASOS	%	
MENOS DE 20 AÑOS	5	21,74% IC 95% 21,72–21,75	17	73,91% IC 95% 73,73–74,09	0	–	1	4,35% IC 95% 4,26–4,43	23
21 – 30 AÑOS	10	19,13% IC 95% 19,02–19,24	37	67,78% IC 95% 67,75–67,91	4	7,59% IC 95% 7,47–7,71	3	5,50% IC 95% 5,44–5,56	54
31 – 40 AÑOS	79	64,16% IC 95% 64,07–64,25	21	9,01% IC 95% 16,59–16,73	18	15,02% IC 95% 14,95–15,08	5	4,16% IC 95% 4,12–4,19	123
41 – 50 AÑOS	126	54,08% IC 95% 54,01–54,15	21	9,01% IC 95% 8,97–9,05	51	21,89% IC 95% 21,84–21,94	35	15,02% IC 95% 14,97–15,05	233
+ DE 50 AÑOS	106	30,13% IC 95% 30,08–30,18	9	2,52% IC 95% 2,50–2,54	137	39,34% IC 95% 39,29–39,39	99	28,01% IC 95% 27,99–28,06	351

Atribuimos la discrepancia hallada en nuestra serie con los porcentajes de patología maligna reportado por Ellis y col. a la aplicación sistemática de métodos de detección precoz de neoplasias en la población estudiada por los mismos.

En el presente estudio observamos una correlación directa entre la edad y el tipo de patología mamaria.

La información obtenida es de utilidad en la práctica profesional para la correcta evaluación clínica estas lesiones en cada grupo etario y para la elección de los métodos auxiliares más convenientes en cada caso.

Sería de gran relevancia la realización de estudios epidemiológicos similares en otros centros privados y públicos de nuestro medio a fin de tener un mayor aproximación a nuestra realidad como región.

Bibliografía

1. Ellis H, Cox PJ. Breast problems in 1000 consecutive referrals to surgical out-patients. *Postgrad. Med. J.* 1984; 60 (708): 653-6.
2. Page DL, Dupont WD. Benign breast disease: indicators of increased breast cancer risk. *Cancer Detect Prev* 1992;16(2):93-7.
3. Page DL, Dupont WD. Histopathologic risk factors for breast cancer in women with benign breast disease. *Semin Surg Oncol* 1988;4(4):213-7.
4. Hunter TB, Roberts CC, Hunt KR, Fajardo LL. Occurrence of fibroadenomas in postmenopausal women referred for breast biopsy. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44(1):61-4.
5. Nagata C, Hu YH, Shimizu H. Effects of menstrual and reproductive factors on the risk of breast cancer: meta-analysis of the case-control studies in Japan. *Jpn J Cancer Res* 1995; 86(10): 910-5.
6. Titus-Ernstoff L, Longnecker MP, Newcomb PA, Dain B, Greenberg ER, Mittendorf R, Stampfer M, Willett W. Menstrual factors in relation to breast cancer risk. *Cancer Epidemiol Biomark Prev* 1998;7(9):783-9.
7. Kessler LG. The relationship between age and incidence of breast cancer. Population and screening program data. *Cancer* 1992; 69 (7 Suppl):1896-903.
8. Black MM, Modan B, Lubin F, Triffleman E, Cuckle H, Rosen N, Kwon Cs, Peretz M, Alfandary E. A nationwide study of breast disease. *Cancer* 1988; 61(12): 2547- 51
9. Jamal AA. Pattern of breast diseases in a teaching hospital in Jeddah, Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2001; 22(2): 110-3
10. Fleming NT, Armstrong BK, Sheiner HJ. The comparative epidemiology of benign breast lumps y breast cancer in Western Australia. *Int J Cancer* 1982; 30(2): 147- 52
11. Sterns EE Age-related breast diagnosis. *Can J Surg* 1992; 35(1): 11-2.