

INCIDENCIA Y CARACTERISTICAS CLINICAS
DEL CANCER DE MAMA EN EL IOHP DURANTE
EL TRIMESTRE FEBRERO-MAYO 1997

Dr. Julio Duarte* / Ulises Acosta** / Erick Velásquez**

RESUMEN

El Carcinoma de mama ha sido llamado el primer tumor, y a pesar que se origina de una glándula tan accesible a la examinación continua cobrando un tributo tan alto "la muerte", se sabe que 1 de cada 8 mujeres en los EE.UU. padecerá esta enfermedad.

Este tumor se origina de las células epiteliales que revisten los canalículos o de las células epiteliales que revisten los lobulillos mamarios. Aparece a cualquier edad, pero con un pico de mayor incidencia a los 45 y 70 años, ocasionando unos 46,300 fallecimientos, y que su incidencia ha ido aumentando con una tasa anual 1.2% desde el año 1940, por lo que sería la primera causa de muerte en mujeres entre los 40-50 años.

Para la elaboración de esta investigación se examinaron 50 mujeres en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter (IOHP) las cuales eran cáncer de mama positivas. Estas pacientes fueron examinadas durante nuestras visitas al Instituto Oncológico por un período de dos meses y medio, utilizando como hipótesis que el cáncer de mama posee mayor incidencia en mujeres mayores de 40 años de edad.

Mediante la realización de esta investigación comprobamos nuestra hipótesis de que el cáncer de mama posee mayor incidencia

* Oncólogo Patólogo, Prof. de INTEC

** Estudiantes de Medicina de INTEC.

en mujeres mayores de 40 años, ya que sólo el 28% de nuestra muestra eran menores de 40 años de edad. Se pudo determinar que la obesidad es un factor de predisposición al cáncer de mamas, ya que el 72% de los pacientes examinadas estaban en sobrepeso. Nuestra tabla de antecedentes muestra que el 88% de los pacientes no tenían antecedentes familiares, lo cual quiere decir que sólo 6 mujeres de 50 sí tenían antecedentes familiares con cáncer. En cuanto a paridad se refiere, el porcentaje más alto (el cual fue un 28%) los obtuvieron las mujeres nulíparas, lo que indica que el cáncer mamario es más frecuente en mujeres nulíparas que multíparas.

Palabras claves:

Cáncer de mama, cáncer ductal, cáncer lobulillar, menarquia, metástasis, receptores, grado, estadio clínico.

INTRODUCCION

En el próximo siglo posiblemente la causa principal de muerte ha de ser el cáncer. Actualmente en los EEUU más de un millón de personas descubren cada año que padece algún tipo de cáncer, algunos son curables, sin embargo los cálculos obtenidos por la Sociedad Americana del Cáncer refieren que se van a producir 500,000 fallecimientos por cáncer equivalentes al 22% de la mortalidad (1,2,3).

En la República Dominicana no tenemos datos estadísticos que describa la posición del Cáncer de mama en relación con los demás cáncer, pero sí sabemos de que el cáncer de Cervix es el tumor maligno más frecuente; en este tétrico desfile no sabemos el lugar que le corresponde al cáncer mamario. Puede ser esta la iniciación de un plan nacional donde se involucren los centros superiores de enseñanza y los hospitales escuelas con fines de tener un registro Nacional de tumores y saber qué tipo de neoplasia causa morbilidad y mortalidad en la República Dominicana.

Existen una serie de factores de riesgo para el desarrollo de

cáncer mamario como es la edad, factores genéticos (familiares), los cánceres mamarios genéticos se presentan en edades jóvenes, muestran mayor tendencia a la bilateralidad y aparecen en varios miembros de la familia a lo largo de tres o más generaciones. Los genes específicos relacionados con estos cánceres han sido identificados en el cromosoma 17; uno de ellos es el gen supresor tumoral P53 y el gen BRCA1 del cromosoma 17q, el descubrimiento de estos genes permite la posibilidad de identificar las mujeres con alto riesgo de desarrollar cáncer mamario. (4.5.6).

También se han involucrados antecedentes personales, enfermedades mamarios, factores endocrinos endógenos, factores endocrinos exógenos y factores ambientales.

Para que el cáncer de mama sea curable ha de diagnosticarse en etapa precoz. El hecho de que el cáncer se diagnostique precozmente no significa sin embargo que es fácil de curar, aunque su período preclínico es largo lo que posibilita por fortuna su detección precoz y como la mamografía es un método sensible para la detección de esta etapa ha permitido incrementar la tasa de curación gracias al estudio de control sistémico efectuadas en mujeres asintomáticas.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio prospectivo de pacientes del Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter que se le habrá diagnosticado carcinoma de mama, con el propósito de valorar y precisar las características clínicas de las mujeres que poseían esta enfermedad.

Se estudiaron 50 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. Todas fueron sometidas a un cuestionario de investigación, el cual tiene, además de datos personales, preguntas relativas a su paridad, antecedentes familiares, así como cuestionamientos sobre algunos aspectos básicos sobre el tema a tratar.

Las mujeres fueron examinadas de forma manual y fueron pesadas, para así determinar la obesidad.

RESULTADOS

En la fase experimental de esta investigación se encontraron los resultados siguientes:

- De una muestra de 50 mujeres diagnosticadas con carcinoma mamario, 14 eran nulíparas lo cual equivale a un 28% de la totalidad de nuestra muestra. 25 estaban entre 1 y 5 hijos (50%) 11 entre 6 y 12 hijos (22%) (Cuadro No. 1).
- Del 100% de nuestros pacientes el 72% eran mayores de 40 años de edad; el 28% restante osciló entre los 26 y 39 años, lo cual confirma nuestra hipótesis. (Cuadro No. 2).
- El 54% de nuestra muestra eran obesas lo que confirma nuestra hipótesis. El 46% restante estuvo entre 43 y 63 kg. (Cuadro NO. 3).
- De 50 pacientes, 44 no tenían antecedentes familiares (88%) lo cual sólo deja a 6 que sí tenían antecedentes familiares con cáncer (12%). (Cuadro No. 4).
- Obtuvimos que 24 pacientes tenían el cáncer en la mama izquierda (48%), 3 de ellas lo cual significa un 6% tenían afectación bilateral y 23 o sea un 46% tenían afectación en la mama derecha.
- En esta investigación el 38% de los pacientes se encontraron en estadio IIIa, un 42% en estadio clínico IIIb, un 8% en estadio IV y el 12% restante en estadios IIa y IIb. Lo que confirma que llegan en etapa avanzada.

DISCUSION

El Cáncer de mama continúa siendo la neoplasia maligna más frecuente en países desarrollados, en los EE.UU. se le denomina primer tumor y 1 de cada 8 mujeres lo padecerá; en Rep. Dom. el tumor maligno más frecuente es el Carcinoma de Cervix.

La etiología y su patogenia son desconocidas, por lo que el éxito para su tratamiento consiste en la detección precoz; para esos fines recomendamos que toda mujer con masa mamaria debe ser valo-

rada, y si clínicamente sospechamos malignidad, debe ser sometida a una mamografía, biopsia por aspiración o a cielo abierto.

Más recientemente se han utilizado marcadores de tumores para sus seguimientos y respuestas terapéuticas.

Estos marcadores se caracterizan porque son glicoproteínas de alto peso molecular, y tenemos el CEA, CA 15-3 y más recientemente aceptado en los Estados Unidos el CA 27-29, que a diferencia del CA 15-3 porque tiene las características de elevarse en pacientes con carcinoma en etapa In Situ; el cual permite hacer un diagnóstico precoz y podría ser esta la base del éxito del tratamiento.

El cáncer mamario aparece a cualquier rango de edad pero es más frecuente en pacientes viejas, nulíparas, obesas, con antecedentes familiares de cáncer, menarquía temprana, menopausia tardía. (7,8,9).

Aproximadamente el 50% de las mujeres con cáncer de mama primario operable experimentará una remisión durante varios años, o se curará de la enfermedad por medio quirúrgico o radioterapeuta, diferenciar este grupo de pronóstico favorable del que está destinado a recaer es importante para identificar al que se podría beneficiar potencialmente de una terapia sistémica adyuvante. La presencia de metastasis en los ganglios linfáticos axilares sigue siendo el indicador más importante de recaída. Algunos de estos factores lleva años plenamente establecidos, otros comienzan ahora a mostrar su identidad, y no son pocos los que están siendo investigados.

Dentro de los establecidos además de la presencia de metástasis en los ganglios linfáticos, tenemos tamaño tumoral, estado de los ganglios axilares, histología del tumor, grado histopatológicos, receptores hormonales estrogénicos y progestagenos.

Actualmente se han identificados nuevos factores pronósticos, como es la cinética celular, el cual puede ser determinado con citometría de flujo, determinan el porcentaje de células en fase S, junto con el estado de ploidia (aneuploidia, Diploidia), la Catepsina D es una proteasa lisosomal con un peso molecular de 52000 y tiene como función digerir la membrana circundante y la matriz extracelular, uno de los procesos fundamentales en la metástasis y estimula el crecimiento celular. El P53 es un gen supresor que está

presente en el brazo corto del cromosoma 17, el producto de este gen es una fosfoproteína nuclear de 53 KD que impide la proliferación celular y su transformación maligna, cuando este gen sufre una alteración en su estructura incrementa su vida media y la forma mutante que se origina se acumula en el interior de las células cancerosas; se ha asociado significativamente el gen P53 en paciente con cáncer mamario y la negatividad de receptores estrogénicos y cánceres con mayor grado histológicos, como es el grado III; con la reducción del intervalo libre de enfermedad y la supervivencia global de la paciente.

Otros nuevos factores pronósticos en el receptor del factor de crecimiento epidérmico, C-erb B2-Neu (o Her -2 -Neu); Ps2, receptores de laminina, mm 23, Haptoglobina, activador del plasminogeno, Oncogen H-ras y C myb; receptores de vitaminas D e Insulina, marcadores angiogénicos, etc. (2,4,5,6,9,10,11).

Estos marcadores son especialmente útiles en pacientes con ganglios negativos que en general tienen un buen pronósticos; su papel fundamental en este grupo es identificar a los pacientes que tienen un riesgo tan bajo de recaída que la terapia sistémica no está justificada, también se puede utilizar factores pronósticos en pacientes con ganglios positivos para identificar a los de un pronóstico tan malo que posiblemente puedan beneficiarse de terapias más agresivas que los convencionales. Los estudios obtenidos muestra la gran heterogeneidad del cáncer de mama y estos problemas son especialmente importantes a la hora de valorar diversos métodos de diagnósticos y estrategias terapéuticas. A pesar del uso creciente de la mamografía más del 80% de los cánceres se diagnosticaran por sus síntomas como es un nódulo incoloro, secreción a través del pezón, erosión, eritema difuso, adenopatía axilares, etc.; por lo que el autoexamen de la mama es recomendable, iniciándose con la inspección, buscando retracción del pezón, hoyuelos en la piel o alteración de la forma.

BIBLIOGRAFIA

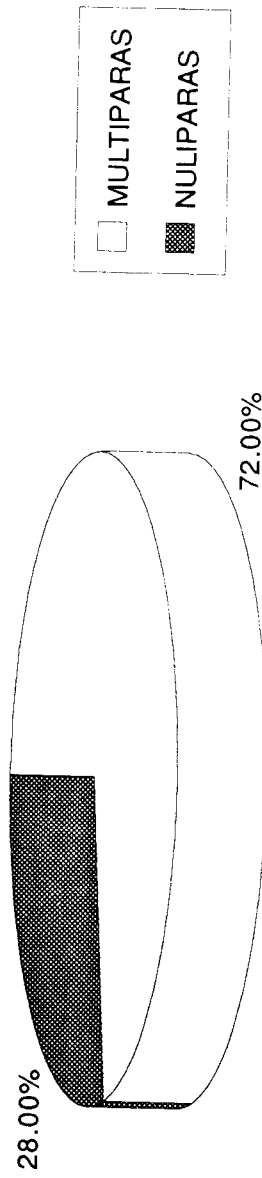
1. Kumar, Cotran, Robbins. **Basic Pathology-fifth edition**. 1992. Pág. 171-235.
2. Gerardo A. Hernández. **Avances en Mastología**. 2da Edición 1996. Pág. 460-502.
3. Gerald P. Murphy. **Oncología Clínica**. Manual de la American Cancer Society. Segunda Edición 1996. Pág. 224-309.
4. Carlos J. Arteaga. **Cáncer y Genes: From Discantry to Clinical Application**. 32 and Annual Meeting (asco). Pág. 103-107 - Mayo 1996-Philadelphia.
5. Judy E. Garber. **Counsenting in Genetic Screening: Breast**. 32 and Annual Meeting (asco). Pág. 133-141. Mayo 1996-Philadelphia.
6. Judy E. Garber. **Breast Cáncer Markes: Genetic Markers of Breast Cáncer Predisposition**. 32 and Annual Meeting (asco). Pág. 213-216. Mayo 1996-Philadelphia.
7. E. Vizcana, A. Duch, R.; Cibrián, F. Jacques, V.; Alberola, V. Bellarch; J. García-Conde. **Value of CA 15-3 in breast cancer and comparison with CEA and TPA: a study of specificity in disease - free follou-up patients and sensitivity in patients at diagnosis of the first metastasis**. Breast Cancer Research and Treatment. Vol. 37(3): 209-216, 1996.
8. Daniel F. Hayes. **Tumor Markers for Breast**. American Society of Clinical Oncology. Educational Book. Pág. 228-233. Mayo 1997.
9. Peter M. Mavdier. **Prognostic Factors in Breast Cancer**. American Society of Clinical Oncology Educational Book. Pag. 217-227. Mayo 1997.
10. Daniel F. Hayes M.D. **Tumor Markers in Breast Cancer. Now Should We use them**. American Society of Clinical Oncology Educational Book. Mayo 1997-Pag. 205-212.
11. Marie T. Boyd, Richard H. **Expression of the estrogen recep-**

tor gene in developing and adult human breast. Educational Book-Philadelphia 1996. Pág. 243-251.

12. **Peizhora Peter Wac. Incidence trends of female breast cancer in saskatchewan.** 1932-1990. Breast Cancer Research And Treatment. Vol. 37 No. 3. 1996. Pág. 197-207.

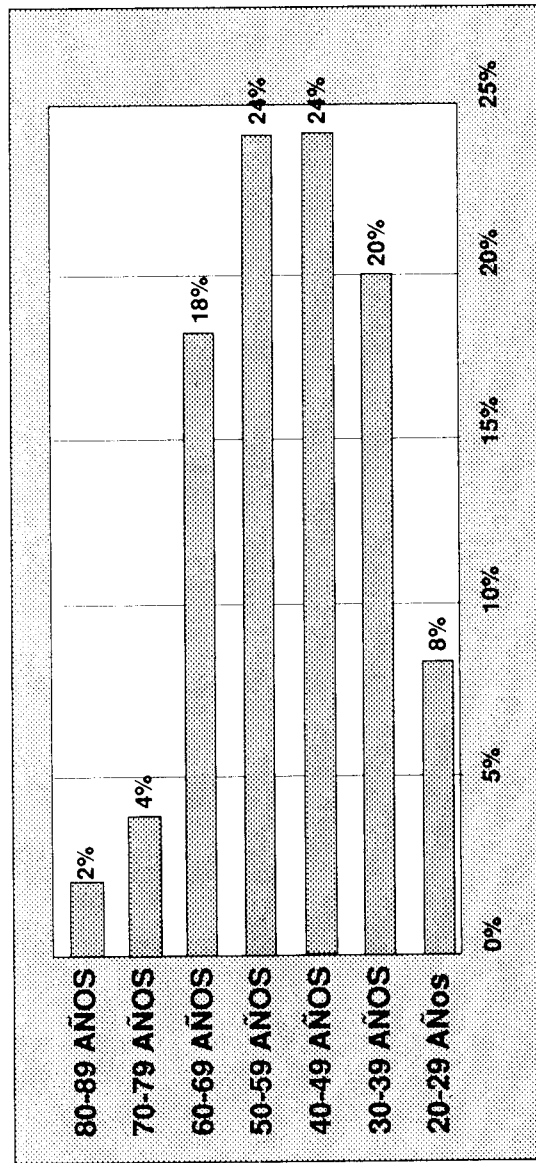
ANEXOS

INCIDENCIA DE CARCINOMA MAMARIO EN MUJERES
DEL INSTITUTO DR. HERIBERTO PIETER SEGUN
PARIDAD EN EL PERIODO DE FEBRERO-MAYO 1997



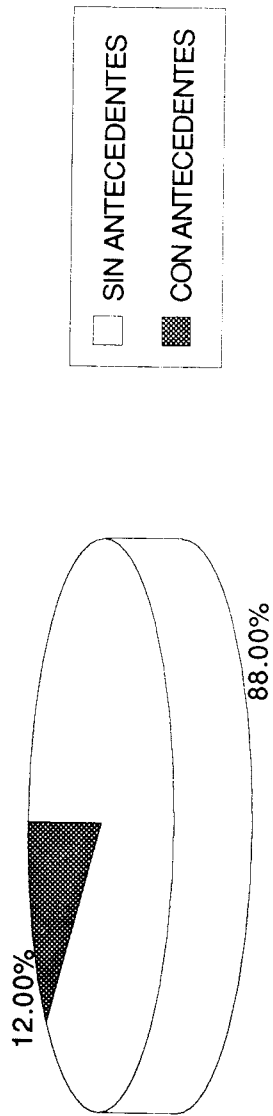
FUENTE: ACOSTA Y VELAZQUEZ, BIOINTEC 1997.

INCIDENCIA DE CARCINOMA EN MUJERES DEL
INSTITUTO DR. HERIBERTO PIETER SEGUN EDAD EN
EL PERIODO DE FEBRERO-MAYO 1997



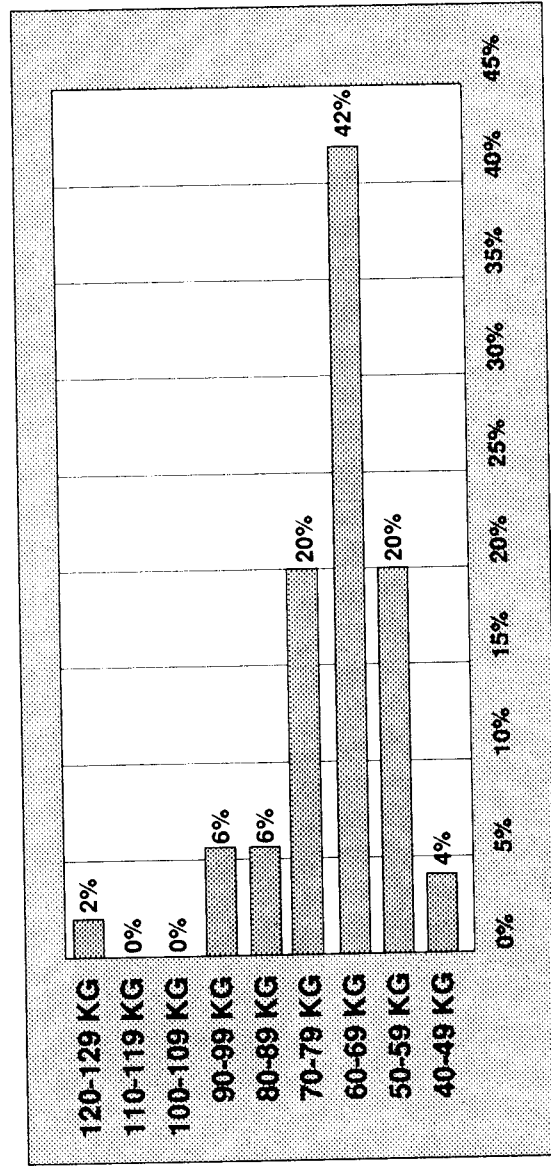
FUENTE: ACOSTA Y VELAZQUEZ. BIOINTEC 1997.

INCIDENCIA DE ANTECEDENTES FAMILIARES DE
PACIENTES CON CARCINOMA MAMARIO DEL
INSTITUTO DR. HERIBERTO PIETER EN EL PERIODO
DE FEBRERO-MAYO 1997



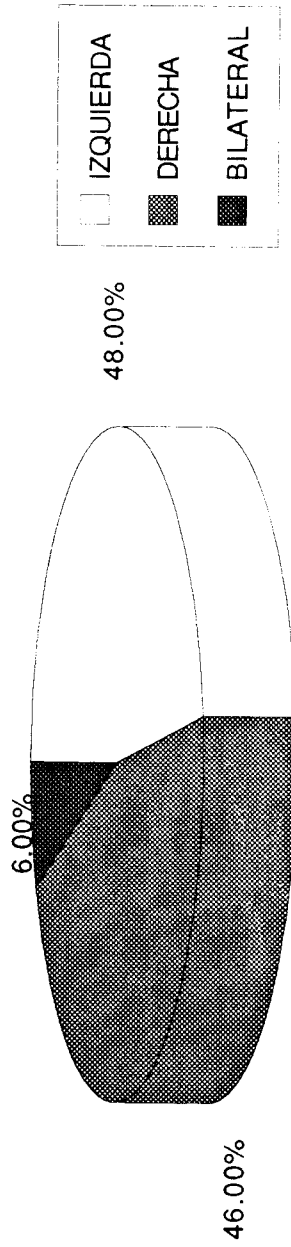
FUENTE: ACOSTA Y VELAZQUEZ, BIONTEC 1997.

INCIDENCIA DE CARCINOMA MAMARIO EN MUJERES
 DEL INSTITUTO DR. HERIBERTO PIETER SEGUN PESO
 EN EL PERIODO DE FEBRERO-MAYO 1997



FUENTE: ACOSTA Y VELAZQUEZ, BIOINTEC 1997.

INCIDENCIA DE CARCINOMA MAMARIO EN MUJERES
DEL INSTITUTO DR. HERIBERTO PIETER SEGUN
LOCALIZACION DE LA AFECTACION DURANTE EL
PERIODO DE FEBRERO-MAYO 1997



FUENTE: ACOSTA Y VELAZQUEZ, BIOINTEC 1997.