

CARACTERIZACIÓN DEL CARCINOMA DUCTAL CONSULTA DE ONCOLOGÍA. IVSS HOSPITAL UYAPAR PERÍODO 2007-2013

MARÍA PUERTA L, CARLOS TOVAR, SAMUEL YARY M, MELANIA MARÍN

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la caracterización de casos de cáncer de mama tipo carcinoma ductal en el Instituto Venezolano de Seguro Social Hospital UYAPAR durante el período 2007-2013. **MÉTODO:** Se utilizó un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo. La muestra está representada por 150 historias clínicas archivadas en el Departamento de Registro y Estadística del Instituto de Seguro Social Hospital UYAPAR con diagnóstico de carcinoma ductal entre los años 2007-2013. **RESULTADOS:** La mayoría de los casos se presentaron en el año 2010 con un 26,6 % (n=35), la mayoría de las pacientes con este diagnóstico tenían una edad comprendida entre 50-54 28 % (n=42), género femenino predominante 100 % (n=150), el factor de riesgo mayormente presentado fue: edad mayor de 45 años 72 % (n=108). De los signos y síntomas presentados por la pacientes estudiadas el más frecuente fue el dolor con un 46,6 % (n=70). En cuanto al tratamiento, el más utilizado fue la quimioterapia con 72,6 % (n=109). El método diagnóstico definitivo para el cáncer de mama tipo carcinoma ductal fue la biopsia con 100 % (n=150), de los casos las pacientes que mayormente tuvieron recidivas recibieron tratamiento con quimioterapia con 26,6 % (n=29) y cirugía con 24,5 % (n=15). **CONCLUSIONES:** Se diagnosticaron 150 casos de cáncer de mama tipo carcinoma ductal, cuyas características son importantes saber ya que es una enfermedad prevenible.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, mama, carcinoma ductal, diagnóstico.

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine the characterization of cases of type breast cancer ductal carcinoma in the Venezuelan Social Security Institute UYAPAR Hospital during the period 2007 to 2013. **METHOD:** A retrospective descriptive study type was used for us. The sample is represented by 150 medical records filed in the Department of Registration and Statistics Institute of Social Security Hospital UYAPAR diagnosed with ductal carcinoma between the years 2007-2013. **RESULTS:** Most of the cancer cases occurred in the year 2010 with 26.6 % (n = 35), the majority of patients with this diagnosis were aged between 50-54 28 % (n = 42), the gender predominantly was the female 100 % (n = 150), the risk factor was mostly presented: older than 45 years 72 % (n = 108). Signs and symptoms presented by the patients studied was the most frequent pain with 46.6 % (n = 70). As for treatment, the most widely used chemotherapy was 72.6 % (n = 109), the definitive diagnostic method for breast cancer ductal carcinoma biopsy rate was 100 % (n = 150) of cases mostly patients had recurrences treated with chemotherapy with 26.6 % (n = 29) and surgery 24.5 % (n = 15). **CONCLUSIONS:** The 150 cases of breast cancer type were diagnosed how ductal carcinoma whose characteristics are important to know because it is a preventable disease.

KEY WORDS: Breast, cancer, ductal carcinoma, diagnostic.

Recibido: 15/07/2016 Revisado: 18/10/2016

Aceptado para publicación: 27/12/2016

Correspondencia: Dr. Samuel Yary M. Hospital Uyapar, IVSS, Estado Bolívar, Venezuela. E-mail:samuelyary@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama ocupa en la actualidad el primer lugar en incidencia de las neoplasias malignas en las mujeres, representa 11,34 % de todos los casos de cáncer, hay un incremento global de aproximadamente 1,5 % anual, sin embargo, en los países de economía emergente este incremento es alrededor de 5 %. El grupo de edad más afectado se encuentra entre los 40 y los 59 años de edad. La mortalidad por cáncer mamario se ha incrementado en 10,9 % relativo en los últimos años (de 13,06 en 2000 a 14,49 en el año 2005) ⁽¹⁻³⁾.

A partir del 2006 este padecimiento ocupa el primer lugar de mortalidad por neoplasia en las mujeres mayores de 25 años, desplazando al cáncer cérvico-uterino, causando cerca de 500 mil muertes cada año de las cuales el 70 % ocurre en países en desarrollo, aunque el riesgo de morir es mayor entre las mujeres que habitan países pobres, debido a un menor acceso a los servicios de salud para la detección temprana, tratamiento y control. En el año 2010 la tasa estandarizada de mortalidad fue de 18,7 por 100 mil mujeres de 25 y más años, lo que representa un incremento del 49,5 % en los últimos 20 años ⁽¹⁻⁴⁾.

En las Américas para el año 2008 se diagnosticaron más de 320 000 casos de cáncer de mama con 82 000 casos de muerte debido a la enfermedad. En los países Latinoamericanos y el Caribe las estadísticas son más alarmantes, porque en ellos se presenta la mayor proporción de mujeres fallecidas menores de 65 años por cáncer de mama (58 %) y son la región en las Américas con mayor número de casos nuevos y muertes presentando la mayor tasa de riesgo de fallecer por cáncer de mama ⁽⁵⁾.

En Latinoamérica se estima que la incidencia de la enfermedad se presenta en las mujeres una década antes que en países como EE.UU y

Europa. Para incrementar el problema de salud en los países Latinoamericanos solo entre un 5 % y 10 % son diagnosticados en etapas tempranas. Debido a las campañas de concientización en contra de la enfermedad en la población femenina de países europeos y EE.UU, han logrado aumentar hasta un 50 % el diagnóstico de cáncer de mama en estadios tempranos logrando excelentes resultados y pronóstico para el paciente que sufre la enfermedad ⁽⁶⁻⁸⁾.

En Venezuela, la incidencia estimada de cáncer en glándula mamaria en mujeres para el año 2009 fue de 3 943 casos nuevos representando el 21 % de la incidencia anual para registro de cáncer y con un número de 1 643 defunciones representando el 16,51 % de la mortalidad por cáncer. Las cifras anuales de mortalidad muestran un incremento de muertes por cáncer de mama del 19,08 % para todas las edades y del 21,92 % en menores de 40 años entre el período 2005 y 2010 ^(7,9).

En nuestro país para el año 2008 se presenta una incidencia en promedio nacional de 24,8 por cada 100 000 mujeres, ya para el año 2009 aumento la tasa de incidencia a 29,48 por cada 100 000 mujeres, siendo los estados más afectados: Distrito Capital, Vargas, Miranda, Aragua, Nueva Esparta y Carabobo. El último anuario de mortalidad reportado por el Ministerio Para el Poder Popular de la Salud (MPPS) 2010, reporta 1 697 muertes por tumores malignos de la mama superando la cifra de mortalidad por tumor maligno de cuello uterino con 1 238 muertes ⁽¹⁰⁻¹⁴⁾.

El principal motivo de consulta en relación a las mamas de una mujer es la detección de una masa o tumoración. Aproximadamente el 90 % de todas las masas mamarias son causadas por lesiones benignas ⁽¹⁵⁻²⁶⁾. El cáncer de mama precoz generalmente no causa síntomas; razón por la cual los exámenes regulares de las mamas son importantes ⁽²⁷⁾.

El diagnóstico de cáncer de mama solo puede

adoptar el carácter de definitivo por medio de una biopsia mamario ⁽²⁸⁻³⁸⁾.

El cáncer de mama representa un problema de salud pública a nivel mundial y por lo tanto Venezuela no escapa a esa realidad. En nuestro país representa la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer venezolana. Su prevención primaria es por ahora un interrogante, aunque sí se pueden hacer esfuerzos para realizar, al menos, una prevención secundaria o diagnóstico precoz. Por ende con la implantación de los programas de detección precoz se cumplen parte de los objetivos planteados.

Sin embargo, la inexistencia de programas organizados y coherentes de pesquisa del cáncer mamario es una falla muy grave de nuestro sistema sanitario. Por ello es necesario desarrollar y difundir con amplitud entre las mujeres venezolanas los beneficios que pueden recibir de los programas de pesquisa y prevención del cáncer; la alta curabilidad de las lesiones tempranas, con tratamientos más conservadores y menos costosos.

En el interior del país muchos hospitales públicos carecen de métodos diagnósticos o poseen equipos antiguos que reciben poco uso y casi ningún mantenimiento y control de calidad. En el Estado Bolívar, como ejemplo, los hospitales públicos no hacen mamografías y estas solo se logran en centros privados.

En vista de todo lo que se ha plateado, considerando la alta incidencia de esta problemática, la falta de información pertinente a nivel estadístico y así como también las repercusiones desde el punto de vista biopsicosocial que pueden aparecer en las pacientes, se decide realizar esta investigación para conocer todas aquellas características de casos por cáncer de mama tipo carcinoma ductal, IVSS Hospital UYAPAR. Puerto Ordaz, Estado Bolívar (2007- 2013).

MÉTODO

Estudio de tipo descriptivo y retrospectivo. Estuvo integrado por 638 historias clínicas archivadas en el Departamento de Registro y Estadística del Instituto de Seguro Social UYAPAR con diagnóstico de cáncer de mama entre los años 2007-2013. Representada por 150 historias clínicas archivadas en el Departamento de Registro y Estadística del Instituto de Seguro Social Hospital UYAPAR con diagnóstico de carcinoma ductal entre los años 2007-2013.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes adultos, de ambos géneros, hospitalizados en el Instituto de Seguro Social UYAPAR con diagnóstico de cáncer de mama tipo carcinoma ductal durante el período 2007-2013.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes hospitalizados y diagnosticados con otro tipo de cáncer de mama.
- Pacientes embarazadas.
- Pacientes con enfermedades crónicas que puedan afectar la historia natural del carcinoma ductal.

PROCEDIMIENTOS

Se acudirá, al Departamento de Registro y Estadística del el IVSS Hospital UYAPAR. Asimismo, se le explicará al personal de salud encargado, el objetivo del estudio por medio de una carta de permiso, con la finalidad de obtener su consentimiento para la revisión de historias médicas.

Se procederá al llenado de una ficha de recolección de datos diseñada especialmente para recabar datos de importancia para la realización del trabajo.

Se acudirá al Departamento del IVSS UYAPAR donde se procederá a la revisión de las historias clínicas que llenen los criterios de

inclusión previamente establecidos, dichos casos conforman la muestra en esta investigación.

Se identificará a cada paciente en cuanto a número de historia, edad, sexo, diagnóstico de ingreso. Por último se analizará signos y síntomas, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento aplicado.

Los datos serán procesados con estadística descriptiva y se presentaron en cuadros de frecuencia simple de una y doble entrada (con números y porcentaje) y para el manejo estadístico de los resultados del estudio se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows, Versión 17.0®.

RESULTADOS

Durante el período en estudio (2007-2013), de 638 historias clínicas archivadas en el Departamento de Registro y Estadística del IVSS, Hospital Uyapar. Se diagnosticaron 150 casos de cáncer de mama tipo carcinoma ductal para un promedio de casos por año (rango de casos). El año donde se registraron más casos fue en el 2010 con 23,3 % (n=35) (Figura 1).

El grupo de edad más frecuente de los pacientes fue de 50 a 54 años, con 28 % (n=42) casos, seguido de 45-49 años con 19,3 % (n=29) (Cuadro 1).

El sexo más afectado fue el sexo femenino con un 100 % (n=150) de los casos estudiados. Los factores de riesgo mayormente presentados fueron: edad mayor de 45 años 72 % (n=108), ACO (anticonceptivos orales) 48 % (n=72), tabaquismo 27,3 % (n=41), menarquía precoz 20,6 % (n=31) (Cuadro 2).

De los signos y síntomas presentados por la pacientes estudiadas el más frecuente fue el dolor con un 46,6 % (n=70) seguido del nódulo mamario palpable con un 44,3 % (n=67) y deformidad en la mama con un 35,3 % (n=53) (Cuadro 3).

En relación al tratamiento, el más utilizado fue la quimioterapia con 72,6 % (n=109) de los

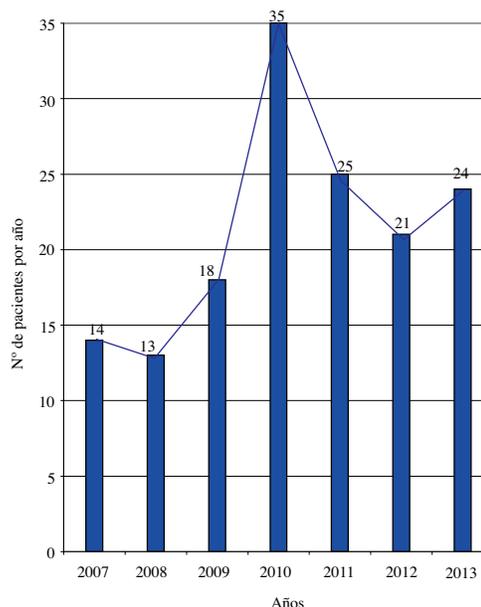


Figura 1. Distribución de los casos de cáncer de mama tipo carcinoma ductal por año.

Cuadro 1. Distribución de los pacientes con cáncer de mama tipo carcinoma ductal según grupo de edad.

Edad	Número	%
30-34	8	5,3
35-39	9	6
40-44	11	7,3
45-49	29	19,3
50-54	42	28
55-59	23	15,3
60-64	15	10
≥65	13	8,6
Total	150	100,00

casos seguido de la cirugía con un 40,6 % (n=61) de los casos.

Cuadro 2. Establecer los factores de riesgo para los pacientes diagnosticados con cáncer de mama tipo carcinoma ductal en la población a estudiar.

Factores de riesgo	Número	%
Sexo : F	150	100
Edad (>45 años)	108	72
ACO	72	48
Tabaquismo	41	27,3
Menarquía precoz (<12 años)	31	20,6
Menopausia tardía (> 55 años)	19	12,6
Antecedentes personales	19	12,6
Antecedentes familiares	18	12
Patología mamaria benigna	17	11,3
Alcohol	17	11,3
Paridad después de los 35 años	13	8,6
Nuliparidad	10	6,6

Nota: más de una paciente presentó más de un factor de riesgo.

El método diagnóstico definitivo para el cáncer de mama tipo carcinoma ductal fue la biopsia con 100 % (n=150) representado la totalidad de los casos estudiados (Cuadro 4).

Cuadro 3. Distribución de los signos y síntomas presentados por los pacientes diagnosticados con cáncer de mama tipo carcinoma ductal.

Hallazgos clínicos al ingreso	Número	%
Dolor	70	46,6
Nódulo mamario palpable	67	44,3
Deformidad en la mama	53	35,3
Alteraciones en areola-pezones	24	16
Alteraciones en piel de la mama	18	12
Síntomas asociados a metástasis	11	7,3

Nota: Más de una paciente presentó más de un signo o síntoma.

De los casos las pacientes que mayormente tuvieron recidivas recibieron tratamiento con quimioterapia con 26,7 % (n=29) y cirugía con 24,6 % (n=15) (Cuadro 5).

Cuadro 4. Correlacionar los métodos diagnósticos y la edad de los pacientes en la población a estudiar.

Edad	Método diagnóstico					
	Ecosonograma Mamario		Mamografía		Biopsia	
	Número	%	Número	%	Número	%
30- 34	8	5,3	5	3,3	8	5,3
35-39	9	6	6	4	9	6
40-44	11	7,3	9	6	11	7,3
45-49	25	16,6	28	18,6	29	19,3
50-54	39	26	40	26,6	42	28
55-59	16	10,6	18	12	23	15,3
60-64	10	6,6	13	8,6	15	10
>65	9	6	13	8,6	13	8,6
Total	126	84	132	87,7	150	100

Nota: Más de una paciente se realizó un método diagnóstico

Cuadro 5. Correlacionar el tratamiento utilizado con las recidivas en la población en estudio.

Recidiva	Quimioterapia		Cirugía		Radioterapia		Biopsia de ganglio centinela		Terapia hormonal	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
No	80	73,3	46	75,4	38	86,4	10	83,4	4	80
Si	29	26,7	15	24,6	6	13,6	2	16,6	1	20
Total	109	100	61	100	44	100	12	100	5	100

Nota: Más de una paciente se realizó un tratamiento.

DISCUSIÓN

El presente trabajo tuvo como objetivo fundamental estudiar los casos de cáncer de mama tipo carcinoma ductal, realizando un estudio retrospectivo, para evaluar todos aquellos parámetros mencionados en los objetivos planteados. Se diagnosticaron 150 casos de cáncer de mama tipo carcinoma ductal entre los años 2007-2013, el 23,3 % de los pacientes (n=35) correspondieron al año 2010, reportándose el mayor número de casos de esta patología, concordando con los valores estadísticos plasmados en el anuario de mortalidad del MPPS 2010, se reporta un aumento de casos a un 29,48 % por cada 100 000 mujeres por tumores malignos de la mama.

Durante el período de estudio, que comprendió 7 años (2007-2013) se diagnosticaron 150 casos de cáncer de mama tipo carcinoma ductal y el sexo más frecuente femenino con edad promedio de 45 a 54 años ⁽³⁹⁻⁴²⁾.

El género más afectado durante este período de estudio, fue el femenino con un 100 % (n=150), en edades comprendidas entre 45-59 años (n=42) 28 % en concordancia con los datos obtenidos en un estudio realizado por Sánchez y col., donde se evidenció que el promedio de edad del grupo con cáncer de mama fue mayor

en edades comprendidas entre 45 y 59 años, con un 52,6 % de las pacientes afectadas ⁽⁴³⁾.

Dichos resultados concuerdan con otro estudio sobre el comportamiento del cáncer de mama, donde las edades que predominaron fueron las comprendidas entre los 45 y los 59 años ⁽⁴⁴⁾.

De las pacientes estudiadas el 48 % (n=72) ingerían ACO, Hay evidencias experimentales que el uso de ACO aumenta la actividad proliferativa del tejido mamario al comienzo del ciclo menstrual. Esta alteración en el patrón de proliferación puede estar relacionada con el aumento del riesgo del cáncer de mama que ha sido asociado a la ingestión de ACO, en este estudio el 67 % de la población estudiada ingerían ACO ⁽⁴⁵⁾.

Durante mucho tiempo, se ha sospechado algún tipo de vínculo entre el tabaquismo y el riesgo de cáncer de mama; sin embargo, los resultados de las investigaciones son diversos. En un estudio a gran escala, se descubrió que el tabaquismo aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de mama en las mujeres, especialmente en las mujeres que comenzaron a fumar antes de tener su primer hijo. El estudio fue publicado en línea el 28 de febrero de 2013 por el Boletín del Instituto Nacional del Cáncer, en este estudio, los investigadores analizaron la información obtenida de casi 74 000 mujeres, un amplio

estudio a largo plazo que analiza los factores del estilo de vida y la prevención del cáncer. Al comienzo del estudio se registraron los siguientes puntos. El 8 % de las mujeres fumaba, El 36 % de las mujeres había dejado de fumar, El 56 % de las mujeres nunca había fumado. Este estudio tuvo los siguientes resultados: la incidencia fue un 24 % más alto en las mujeres que fumaban en ese momento, en comparación con las mujeres que nunca fumaron y fue un 13 % más alto en mujeres ex-fumadoras, en comparación con las mujeres que nunca fumaron. Datos que concuerdan con nuestro estudio porque el 27,3 % de las mujeres tenían hábitos tabáquicos acentuados.

La incidencia de la menarquía precoz (< 12 años) fue de un 20,6 % (n=31) de la población expuesta. Un estudio sobre factores de riesgo, publicado por Marín y col., evidenció que, si la menarquía ocurre antes de los 11 años, el riesgo aumenta entre 10 % a 12 % para la ocurrencia del cáncer de mama. En dicho estudio se evidenció un 25 % de incidencia de menarquía precoz en la población estudiada ^(42,43).

Con relación a la menopausia, si ella ocurre tardíamente (después de los 55 años) se duplica ese riesgo. De las 150 mujeres estudiadas un 12,6 % (n=19) tuvieron una menopausia tardía. Sin embargo, difiere de un estudio realizado por Sánchez y col., porque solo un 4 % de la población estudiada tuvo una menopausia tardía y la mayoría de esas pacientes tuvo una menopausia entre los 45-54 años de edad. Estudios previos han demostrado que el riesgo para desarrollar cáncer de mama se incrementa realmente cuando la menopausia ocurre en pacientes \geq 55 años, donde existe un mayor tiempo de exposición a los estrógenos ⁽³⁷⁾.

De las 150 mujeres entrevistadas, el 12,6 % (n=19) poseen historia personal de cáncer de mama. Las mujeres que ya tuvieron cáncer de mama, alguna vez en la vida, las probabilidades de desarrollar ese tipo de cáncer en la otra mama, o en otra área de la mama aumentan. En estudio

realizado por Portal y col., se observó que de las mujeres con cáncer de mama estudiadas, un 6 % de la población tuvo desarrollo de cáncer mama nuevamente, resultados que concuerdan con el nuestro porque la mayoría de las mujeres que participaron en este estudio no tenían antecedentes de patología maligna mamaria previa ⁽⁴⁴⁾.

Con relación a la historia familiar en la población estudiada se evidenció que el 12 % (n=18) tienen familiares que tuvieron esta patología. En un estudio realizado por Rodríguez y col., fue encontrado 19,6 % de prevalencia de historia familiar de cáncer de mama ⁽⁶⁾. Hallazgos semejantes fueron alcanzados en otro estudio de Márquez y col., donde el 11,26 % de las mujeres entrevistadas tenían algún familiar con cáncer de mama. En ambas investigaciones se observa un número pequeño de mujeres que tenían algún pariente, de primer grado, con cáncer de mama, lo mismo fue encontrado en la presente investigación ⁽³⁰⁾.

La incidencia de antecedente de patología mamaria benigna fue de un 11,3 % (n=17), datos que concuerdan con un estudio realizado por Portal y col., se evidenció que la mayoría (76 %) no poseía antecedente de enfermedad benigna de mama ⁽⁴⁴⁾.

Asimismo, la paridad después de los 35 años fue de un 8,6 % (n=13) concordando con datos de ese mismo estudio donde el 11 % de las mujeres participantes tuvo hijos después de los 35 años de edad. La primera gestación tardía se constituye en uno de los factores no modificables que aumenta el riesgo para desarrollar cáncer de mama ⁽⁴⁵⁾.

El total de las pacientes nulíparas fue el 6,6 % (n=10). En un estudio realizado por Peña y col., se concluyó que las mujeres nulíparas tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama que aquellas mujeres que han parido. Esto es debido a la falta de diferenciación de las células de la glándula mamaria las cuales son más susceptibles a la transformación neoplásica. Nuestros datos se

correlacionan con los resultados de este estudio donde el 9,9 % de la población estudiada resultó no haber tenido hijos⁽¹⁹⁾.

En relación con los hallazgos clínicos se describió en el presente trabajo el dolor, nódulo mamario palpable, deformidad en la mama, alteraciones en el complejo areola-pezones, alteraciones en piel de la mama como los más frecuentes, en comparación con lo descrito en un estudio realizado por Peralta⁽²⁶⁾ donde se evidenció que el nódulo mamario en un 77 % de los casos fue el signo más frecuente, sin embargo, en nuestro estudio un 46,6 % (n=70) presentó dolor, resultado que no concuerda con dicho estudio puesto que solo un bajo porcentaje (2,5 %) de las pacientes estudiadas presentó este síntoma. Los síntomas y signos comunes en orden de frecuencia fueron: dolor, nódulo mamario palpable, deformidad en la mama, alteraciones en areola-pezones, alteraciones en piel de la mama, síntomas asociados a metástasis⁽²⁶⁾.

Los tratamientos que recibieron las pacientes en este estudio fueron: quimioterapia, cirugía, radioterapia, terapia hormonal, sabiendo que la mayoría de las pacientes recibieron más de un tratamiento el más utilizado fue la quimioterapia en un 72,6 % (n=109) datos que se asemejan a resultados de un estudio realizado por Reyes y col., donde se evidencia que un 70 % de las pacientes recibieron terapia sistémica. También hubo un número significativo de pacientes que recibieron cirugía en un 41 % de la población estudiada. El tratamiento mayormente utilizado en la actualidad fue quimioterapia, seguido de la cirugía, radioterapia, y terapia hormonal⁽⁴⁵⁾.

Los métodos diagnósticos se correlacionan con la edad en nuestro estudio porque existen evidencias científicas que aportan que los diferentes métodos diagnósticos deben utilizarse o son mejores en ciertos tipos de edades, por ejemplo el ecosonograma mamario es más frecuente que sea utilizado en las mujeres jóvenes mientras que la mamografía es mayormente

utilizado en mujeres adultas, esta base está fundamentada en un estudio realizado evaluando los métodos diagnósticos para la detección del cáncer de mama por Rodríguez y col., donde la mayoría de las mujeres jóvenes se realizaron un ecosonograma mamario de entrada y las mujeres adultas se realizaron mamografías de inicio⁽⁶⁾.

La incidencia de las recidivas de cáncer de mama es muy variable según el estadio de la enfermedad y el tratamiento administrado. Entre el 10 % y el 35 % de las mujeres experimentan una recidiva aislada, Bergamo, y col., reportan solo un 2 % de 167 casos de cáncer de mama tipo carcinoma ductal⁽²⁹⁾.

Al revisar la literatura disponible se describen claras diferencias en el patrón de las recidivas locales dependiendo del tipo de cirugía realizada y de la adyuvancia suministrada, presentando tasas promedio de supervivencia similares a 5 años posterior al tratamiento de la recidiva, asociándose a peor pronóstico el grupo de pacientes que han tenido recidivas en comparación a las pacientes que nunca la han presentado

La mayoría de las revisiones indican que el 80 % al 90 % de las recidivas aparecen los primeros 5 años posteriores al tratamiento y tan sólo el 10 % restante lo hacen entre los 5 y 10 años siguientes y que en un porcentaje menor se informan recidivas posteriores inclusive a los 15 años. Nuestro estudio evidencia un porcentaje importante de recidivas en pacientes que recibieron quimioterapia 26,6 % (n=29) y cirugía 24,5 % (n=15) Las pacientes que mayormente cursaron con recidivas recibieron tratamiento a base de quimioterapia y cirugía.

Es necesaria la continuación de este trabajo en pacientes no solo aquellas que fueron o están hospitalizados en el IVVS Hospital Uyapar sino en zonas adyacentes, igualmente con la ayuda de otros centros hospitalarios del estado.

Recomendamos registrar con exactitud la cantidad de casos de cáncer de mama y colocar

todos los datos de las pacientes en las historias clínicas debido a que hay un sub-registro de esta patología y por ende no hay estadísticas confiables.

Concientizar a la población femenina a que disminuyan algunos factores de riesgo como el tabaco, el alcohol, el control de los riesgos de cancerígenos, para así poder tener mejor calidad de vida y salud.

El diagnóstico precoz de tumores puede contribuir también al control de esta enfermedad especialmente a la disminución de la mortalidad por esta causa, este puede realizarse principalmente por la mujer con el autoexamen, seguido de pesquisa de cáncer de mama, y acudir a la consulta médica.

Desarrollar campañas de comunicación educativa para modificar los determinantes del cáncer de mama a través de la adopción de hábitos de vida saludable y la demanda de los servicios para la detección.

Establecer un modelo de detección, dirigido a las mujeres de mayor riesgo, basado en las mejores prácticas conocidas y que permita el incremento de la cobertura de manera segura y eficaz.

Impulsar la formación y capacitación continua del personal necesario para la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

Promover la gestión adecuada de la infraestructura física, equipo y personal para la provisión de la detección y atención del cáncer de mama.

Fomentar el acceso, utilización y provisión del diagnóstico y tratamiento integral del cáncer de mama con calidad y oportunidad, así como la gratuidad de la atención en mujeres sin seguridad social.

REFERENCIAS

1. Robles S, Galanis, E. El cáncer de mama en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Sal Pub.* 2005; 2(2):65-67.
2. Arce C, Bargalló E, Villaseñor Y, Gamboa C, Lara F, Pérez V, et al. Oncoguía cáncer de Mama. *Cancerología.* 2011;(6):77- 86.
3. Guía para el cáncer de mama en Venezuela. Disponible en: URL: <http://sociedadanticancerosa.org.ve/wp-content/uploads/2015/11/Gui%CC%81a-para-el-Ca%CC%81ncer-de-Mama-en-Venezuela.pdf>.
4. Knaul F, Nigenda G, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Langer A, Frenk J. Cáncer de mama en México: Una prioridad apremiante Salud Pública Méx. 2009;51(Supl 2);S335-346.
5. Bernardello E, Núñez A. 2011. Cáncer de mama. *Rev Argent Cir.* 2011;100(9):6-18.
6. Rodríguez C, Despaigne A, Beltrán Y. Factores de riesgo de cáncer de mama en mujeres pertenecientes a un consultorio médico del Centro Urbano "José Martí". *MEDISAN.* 2013;17(9):22-24.
7. Hernández D, Borges R, Betancourt L. Cáncer de mama en mujeres de edad media evaluación de los factores de riesgo. *Rev Venez Oncol.* 2011;23(4):238-245.
8. Atalah E, Urteaga C, Rebolledo A, Medina E, Csendes A. Factores de riesgo del cáncer de mama en mujeres de Santiago. *Rev Méd Chile.* 2005;128(2):137-142.
9. Aguilar M, González E, García A, Álvarez J, Padilla C, Guisado R, et al. Obesidad y su implicación en el cáncer de mama. *Nutr Hosp.* 2011;26(4):899-903.
10. Guerra C, Ávalos M, González B, Salas R, Sosa M. Frecuencia de factores de riesgo para cáncer de mama en una unidad de atención primaria. Disponible en: URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2013/af133d.pdf>
11. Hernández D, Borges R, Betancourt L. Cáncer de mama en mujeres jóvenes evaluación de los factores de riesgo. *Rev Venez Oncol.* 2010;22(4):216-221.
12. Caldas C. Histological classification of tumors of the breast. Disponible en: URL: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/PONENCIA_25_09_2013_Dr_Arg%C3%BClles.pdf
13. Castillo C, Tur J, Uauy R. Folatos y riesgo de cáncer de mama: Revisión sistemática. *Rev Méd Chile.* 2012;140(2):251-260.
14. Acosta V, Contreras A, Ravelo R, Marín C, Pérez J, Longobardi I, et al. 2010. Carcinoma ductal in situ de la mama: Primeros 100 casos Ceclines. *Rev Venez Oncol.* 2010;22(2):88-93.

15. Cortés X, Moncaleano J. Asociación de carcinoma ductal infiltrante de mama y linfoma no Hodgkin anaplásico de células B grandes. Presentación de un caso clínico. Disponible en: URL: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732005000200012
16. Martínez D, Ribeiro M, Gil J, Alcalde M, Salvador J. Seguimiento del cáncer de mama en la mujer joven. *Rev Senol Patol Mamar.* 2012;25(2):22-29.
17. Peña J, Gómez A, Medina S, Muñoz J, Pezzetti L, Pacheco C. Cáncer inflamatorio de la mama. Aspectos clínicos y tratamiento. *Rev Venez Oncol.* 2006;18(3):158-166.
18. Castillo M, Ávila J. Cáncer de mama: Etapa clínica en la que se realiza el diagnóstico y tipos histológicos más frecuentes en mujeres que acuden a un hospital de segundo nivel. Disponible en: URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2010/imi102h.pdf>
19. Sánchez C, Bakal F, Camus Besa, P. Cáncer de mama en mujeres adultas mayores, características clínicas e histopatológicas y resultados del tratamiento con intención curativa. Disponible en: URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001200006
20. Contreras A, Hernández G, Acosta V, Betancourt L, Bracho M, Briceño M, et al. Evaluación inicial y seguimiento de la paciente con cáncer de mama. Reunión de Consenso. *Rev Venez Oncol.* 2009;21(2):113-119.
21. Piñeros M, Sánchez R, Perry F, García O, Ocampo R, Cendales M. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. Disponible en: URL: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000600003&script=sci_arttext
22. Torres A, Barragán J, Becerra G, González N, Mainero F, Mijares A, et al. Disponible en: URL: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/232_IMSS_09_Ca_Mama_2oN/EyR_IMSS_232_09.pdf
23. Batarrita J. Mamografía y detección precoz del cáncer de mama. *Rev Esp Salud Publica.* 2005;79(5):517-529.
24. Berdión B, Portuondo C, Berdión J. Pesquisa masiva de cáncer de mama con un equipo móvil de mamografía. Disponible en: URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251997000500005&script=sci_arttext
25. Uchida M, 2008. Mamografía de screening y realidad chilena. *Rev Chil Radiol.* 2008;14(3):130-134.
26. Peralta J. Patología benigna de la mama. Disponible en: URL: <https://www.scribd.com/doc/255972185/Patologia-Benigna-de-La-Mama>
27. Saldivia F, Ramos S, Báez E, Gutiérrez N, Miranda J, López J, et al. Valor predictivo del Ca 15-3 como marcador tumoral en cáncer de mama. *Rev Venez Oncol.* 2006;18(2):92-97.
28. Martínez A, Aparicio I, Hernández G, Muñoz M, De Santiago J. Factores pronósticos de carcinoma ductal in situ de mama. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2008;73(1):35-41.
29. Bergamo L, Bolívar E, Godoy A, Carrero N, Romero G, Salas J, et al. Tratamiento preservador del cáncer de mama. Dos años de experiencia. *Rev Venez Oncol.* 2011;23(1):46-49.
30. Márquez M, Lacruz J, López F, Borges R. Sobrevida en pacientes con cáncer de mama triple negativo. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2012;72(3):152-160.
31. Portelles A, Rodríguez A, Fernández P, Sanz N, Oller J. 2013. Quimioterapia neoadyuvante en cáncer de mama, localmente avanzado. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400003&lng=es.
32. Contreras AC. Terapia biológica en cáncer de mama conceptos básicos. *Rev Venez Oncol.* 2008;20(3):165-171.
33. Khosravi SP, Izarzugaza P, Encinas GS, Díaz MV, M., Pérez MG. Tratamiento adyuvante en el cáncer de mama operable. *Ann Med Interna.* 2008; 25(1):36-40.
34. Campuzano G. Marcadores tumorales en cáncer de mama. Disponible en: URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medlab/myl-2010/myl109-10b.pdf>
35. Guber R, Arias N, Ruiz N, Soria A. Valores de referencia para marcadores tumorales séricos dosados por inmunoensayo. Disponible en: URL: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572005000300006
36. Boletín de Prácticas Médicas Efectivas: Cáncer de Mama. Disponible en: URL: <http://www.inppares.org/sites/default/files/Cancer%20de%20mama.PDF>
37. Ravelo J. Avances en el diagnóstico del cáncer de la mama. Importancia de la pesquisa y diagnóstico precoz. Reflexiones sobre el problema en Venezuela. *Gac Méd Caracas.* 2001;109(3):389-417.
38. Saure V, Cardozo J, Hernández L. 2010. Cáncer oculto de mama: Presentación de caso. Disponible en: URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000500011.

39. Uribe J, Hernández C, Menolascino F, Rodríguez J, Isturiz L, Márquez M, et al. Clasificación molecular del cáncer de mama y su correlación clínica. *Rev Venez Oncol*. 2010;22(2):109-116.
40. Reporte epidemiológico regional. Estado Bolívar. Semana 14, Dirección de Salud Ambiental, Ministerio del Poder Popular para la Salud. Disponible en: URL: www.mpps.gov.ve
41. Aguilar M, Aspilueta D. Cáncer de mama. Disponible en: URL: <http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20IV%202009/9-%20Cancer%20Mama.pdf>
42. Marín V, Acosta V, Marín E, Pérez J. ¿Es carcinoma lobulillar infiltrante igual a carcinoma ductal infiltrante? Seguimiento a largo plazo. *Rev Venez Oncol*. 2011;23(2):56-65.
43. Sánchez M, Schneider, E, Martínez G, Fonfach C. Cáncer de mama. Modalidades terapéuticas y marcadores tumorales. *Cuad Cir*. 2008; 22(1):55-63.
44. Portal L, Gutiérrez M, Avila J. Cáncer de mama: Etapa clínica en la que se realiza el diagnóstico y tipos histológicos más frecuentes en mujeres que acuden a un hospital de segundo nivel. Disponible en: URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2010/imi102h.pdf>
45. Reyes O, Gómez J, Lugo Y. 2010. Factores psicosociales y tratamiento del cáncer de mama en pacientes del hospital "Virgen del Valle". Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Enero-marzo 2010. Disponible en: URL: <http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2243/1/44%20Tesis.%20WP9%20G633.pdf>