

INCIDENCIA DEL CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE EN LA CONSULTA DE MASTOLOGÍA. JULIO 2013-ABRIL 2015

PAUL RAMOTAR, DANIELA CRISTINA MATA GONZÁLEZ

SERVICIO DE MASTOLOGÍA, HOSPITAL DR. PEDRO GARCÍA CLARA. CIUDAD OJEDA, - VENEZUELA

RESUMEN

El cáncer de mama en Venezuela es una de la principal causa de enfermedad o muerte. Subtipo carcinoma ductal infiltrante es el más común. Analizamos morbilidad de la consulta de Mastología de julio 2013-abril 2015, obteniendo población de 484 pacientes beneficiarios de la consulta de Mastología y muestra de 15 pacientes con diagnóstico anatomopatológico de carcinoma ductal infiltrante. Se evidenció aumento progresivo del número de casos diagnosticados, acordes al repunte de casos en Venezuela, y en relación al incremento de la población beneficiada de la consulta. Tumor palpable representó el motivo de consulta en 73 % de los casos, 11 % relacionados a antecedente de cáncer, 86 % diagnosticados por eco-mamografía, 49 % resueltos quirúrgicamente con mastectomía radical modificada tipo Madden y vaciamiento axilar. Se concluye el aumento de la incidencia de este cáncer en la población estudiada, permitiendo predecir factores de riesgo, y estableciendo como protocolo diagnóstico la eco-mamografía.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, mama, ductal, infiltrante, incidencia, tratamiento

SUMMARY

The breast cancer in Venezuela is one of the leading causes of illness or death. The subtype invasive ductal carcinoma is the most common. We analyzed morbidity consulting in Mastology from July 2013 to April 2015, and obtaining population of 484 patients consulting beneficiaries and Mastology sample of 15 patients with pathological diagnosis of infiltrating ductal carcinoma. The progressive increase in the number of diagnosed cases, commensurate with the rise of cases in Venezuela, and in relation to the increase in the beneficiary population of the consultation was evident. The palpable tumor mass represented reason for consultation in 73 % of cases, 11 % related to history of cancer, 86 % diagnosed by echo-mammography, 49 % resolved surgically Madden modified radical mastectomy and axillary clearance. The increased incidence of this cancer in the study population is concluded, allowing predicting the risk factors, and establishing itself as the eco-mammography diagnostic protocol.

KEY WORDS: Cancer, breast, ductal, infiltrating, incidence, treatment.

Recibido: 06/03/2016 Revisado: 08/05/2016

Aceptado para publicación: 12/06/2016

Correspondencia: Dra. Daniela Mata. Av. 34, Sector Barrio Obrero, Ciudad Ojeda, Municipio Lagunillas,

Estado Zulia, Venezuela. Tel: 0412-3342132. E-mail: danielacristinamatagonzalez@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye en Venezuela una de las más frecuentes causas de enfermedad o muerte, ocupando la segunda posición en la mortalidad general detrás de las enfermedades del corazón.

En cuanto al género femenino, los cánceres más comúnmente diagnosticados cada año son de cuello uterino (3 685 casos), glándula mamaria (3 549), pulmón (1 202) y colon (1 102), que representan el 57 % de la incidencia anual de cáncer en mujeres. Las localizaciones de cuello uterino, glándula mamaria y colon ofrecen la probabilidad de un buen pronóstico, cuando se diagnostican precozmente y se aplican las modalidades de tratamiento más apropiadas. Referente a la mortalidad, el cáncer de cuello uterino se encuentra en primer lugar con 1 612 defunciones, representando el 18 % de las muertes por cáncer en mujeres; en segundo puesto se observa glándula mamaria que alcanzó en el 2005 a 1 425 defunciones y ha mostrado un aumento notable en los últimos años ⁽¹⁾.

El carcinoma ductal invasivo, a veces denominado carcinoma ductal infiltrante (CDI), es el tipo más común de cáncer de mama. Alrededor del 80 % de todos los casos de cáncer de mama son carcinomas ductales invasivos ⁽²⁻¹⁰⁾.

Fundamentado en lo expuesto, enfatizando la elevada morbimortalidad del cáncer de mama a nivel mundial, no exenta en Venezuela; y partiendo de la elevada incidencia del carcinoma ductal infiltrante como tipo celular más frecuente se presenta la necesidad de evaluar la incidencia del CDI en pacientes beneficiarias de la consulta de Mastología del Hospital “Dr. Pedro García Clara”, a fin de identificar población de riesgo y dirigir protocolos diagnósticos y terapéuticos que permitan diagnóstico oportuno, y tratamiento eficaz.

MÉTODO

OBJETIVOS

- Analizar las estadísticas de morbilidad de la consulta de Mastología en el período precisado.
- Identificar pacientes con patología mamaria estudiada con diagnóstico anatomopatológico de CDI
- Identificar y evaluar factores de riesgo comúnmente asociados al CDI
- Precisar algoritmo diagnóstico y terapéutico empleado.

La población está constituida por 484 pacientes del género femenino y masculino, que representan el número total de beneficiarios de la consulta de Mastología en el período comprendido entre julio 2013 y abril 2015.

La muestra está representada por 15 pacientes con diagnóstico anatomopatológico de CDI beneficiarias de la consulta de Mastología durante el tiempo estudiado.

Se realizó estudio y valoración de cada caso, revisión de antecedentes, exploración física exhaustiva, solicitud e interpretación de paraclínicos y estudios de extensión dentro de los que destacan eco-mamografía bilateral, ecosonograma axilar, radiología de tórax, ecosonograma abdominal y gammagrama óseo; toma de muestra de lesión y diagnóstico anatomopatológico e inmunohistoquímico con posterior aplicación de terapéutica médico quirúrgica según el caso y diseminación de la patología mamaria.

Investigación desarrollada bajo tipo de estudio observacional prospectivo, empleándose el tipo de muestreo intencional. Para desarrollar el estudio se empleó la observación directa y revisión documental como técnica de recolección de datos. El análisis de contenido se realizó bajo la modalidad mesa de trabajo e interpretación de datos.

RESULTADOS

Se evalúa la incidencia del CDI en pacientes beneficiarias de la consulta de Mastología en el período comprendido entre julio 2013 y abril 2015. Se evidencia 60 beneficiarias de la consulta, cero diagnosticadas con CDI de julio- diciembre 2013; 180 beneficiarias y 4 diagnosticadas con CDI de enero- diciembre 2014; en contraste con 244 beneficiarias de la consulta y 11 diagnosticadas con CDI de enero-abril de 2015.

Partiendo de la muestra obtenida, constituidas en términos generales por 15 pacientes con edades comprendidas entre 40 y 80 años. Siendo el motivo de consulta asociado, la tumoración palpable en la mama 73 % (11 casos) en contraste con 7 % (1 caso) que consulta por secreción a través del pezón y 20 % (3 casos) referidas de la consulta de Mastología con diagnóstico anatomopatológico de cáncer de mama con tratamiento de neoadyuvancia 66 % (2 pacientes) o cirugía mamaria previa con quimioterapia y radioterapia 33 % (1 paciente).

De las pacientes estudiadas, se encontró el antecedente familiar de cáncer en parientes de primer grado 27 % (4 casos); de los cuales destacan cáncer de mama en 75 % y cáncer de tráquea en 25 %. Antecedente de hipertensión arterial en el 27 % de los casos (4 pacientes), tabaquismo en el 20 % (3 pacientes). El 26 % restante no presentaba antecedentes patológicos.

La determinación clínica de patología mamaria con criterio oncológico correlacionada a diagnóstico final se realizó por: hallazgo de tumor al examen físico 73 % (11 pacientes); Hallazgo eco-sonográfico de patología mamaria 86 % (13 pacientes); hallazgo mamográfico de patología mamaria 86 % (13 pacientes); resonancia magnética mamaria 14 % (2 pacientes).

La valoración de diseminación ganglionar se realizó con: adenopatía palpable al examen físico 42 % (6 pacientes), ecosonograma de

región axilar 49 % (7 pacientes), mamografía 35 % (5 pacientes), resonancia magnética 14 % (2 pacientes).

El método empleado para la evaluación de metástasis: ecosonograma abdominal 100 % (15 pacientes), radiología de tórax PA 100 % (15 pacientes), gammagrama óseo 21 % (3 pacientes).

El tratamiento quirúrgico empleado fue: tumorectomía 14 % (2 pacientes), resección centro mamaria 7 % (1 paciente), mastectomía radical modificada con técnica de Madden 49 % (7 pacientes) sin tratamiento quirúrgico actual 30 %.

Manejo quirúrgico de la diseminación linfática: exploración de ganglio centinela: 21 % (3 pacientes), vaciamiento axilar: 49 % (7 pacientes).

Para desarrollar el estudio se empleó la observación directa y revisión documental como técnica de recolección de datos.

El análisis de contenido se realizó bajo la modalidad mesa de trabajo e interpretación de datos.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue analizar la incidencia de CDI de mama durante julio 2013- abril 2015, encontrando un incremento en el número de casos. Se evidencia un creciente incremento en la incidencia del CDI en las beneficiarias de la consulta de Mastología del Hospital “Dr. Pedro García Clara”, en probable relación con el aumento de la población sobre la cual la consulta de Mastología tiene impacto, y al repunte en las estadísticas del cáncer de mama en Venezuela, siendo esta la segunda patología oncológica diagnosticada en el género femenino, según el último reporte oficial de frecuencia del cáncer en Venezuela publicado en 2008 ⁽¹⁾. En Europa y EE.UU, se diagnostican más de 150 mil casos cada año, de los cuales 50 000

fallecen. Del total de casos en el mundo el 31 % se encuentran en los países en desarrollo según Elías y col. ⁽¹⁰⁾ En la investigación se encontró una prevalencia mayor de cáncer de mama en edades que van de los 40 a 80 años. Este rango también se ha reportado en estudios realizado por Zeicher y col. ⁽¹¹⁾.

El CDI es el subtipo celular más frecuente del cáncer de mama, que se corresponde con lo reportado por Brandan y col., donde mencionan que aproximadamente el 80 % de los carcinomas es ductal infiltrante ⁽⁵⁾. Según Rizo y col., y Holmes y col., han determinado que el subtipo de cáncer de mama más común al realizar el diagnóstico en pacientes jóvenes como de edad adulta ha sido el CDI ^(6,7).

El motivo de consulta más frecuentemente asociado al CDI fue el tumor palpable, en concordancia con las manifestaciones clínicas descritas para el cáncer de mama ⁽²⁾. El antecedente de historia familiar de cáncer estuvo presente en 4 pacientes, de los cuales el 75 % corresponde a cáncer de mama, en similitud a lo publicado por Guzmán y col., donde se plantea como otros factores de riesgo, la historia familiar de cáncer de mama, ovario o endometrio, antecedentes personales de cáncer de mama, edad avanzada, el exceso de exposición a la radiación ionizante, el consumo de alcohol, entre otros ⁽³⁾.

La mayoría de las pacientes con CDI presentaron hallazgo sugestivo de patología en la eco-mamografía, representando este, uno de los más significativos métodos diagnósticos, en relación con lo postulado por Díaz y col., que establece que la ecografía mamaria mejora la especificidad de la mamografía en la caracterización de las masas, sirve de guía para las biopsias percutáneas y es la imagen de elección en los procedimientos percutáneos de biopsia, considerándose así este binomio, el método de elección para el *screening* del cáncer de mama ⁽⁴⁾.

Se solicitó como estudios de extensión para evaluación de metástasis el ecosonograma

abdominal, radiología de tórax y el gammagrama óseo, apoyados en los estudios de Barragán y col., que formulan como evidencia que el estudio de todos los pacientes con cáncer de mama debe incluir historia clínica completa, biometría hemática, pruebas de coagulación, química sanguínea, incluyendo pruebas de función hepática y fosfatasa alcalina, mamografía bilateral y ecosonograma mamario, determinación de receptor estrogénico y progestacional, Her 2/neu, y si es necesario, revisión histopatológica. Asimismo, se recomienda la telerradiografía de tórax, y el gammagrama óseo, como apoyo preoperatorio y para la valoración de metástasis, con especial interés en casos con sintomatología ⁽⁸⁾.

La mastectomía radical modificada tipo Madden fue la resección quirúrgica más empleada, según Saure y col., el tipo de cirugía no influyó significativamente en el intervalo libre de enfermedad ⁽⁹⁾; sin embargo, las pautas propuestas por Barragan y col., recomiendan que la opción de cirugía debe ser diseñada para cada paciente de manera individual, la cual debe estar bien informada, y debe saber que la radiación de la mama es requerida en casos de conservación y que una cirugía adicional puede ser requerida en casos de márgenes positivos ⁽⁸⁾.

La metástasis axilar se evaluó con ecosonograma axilar en la totalidad de casos estudiados; se reservó para pacientes seleccionadas la biopsia del ganglio centinela, asimismo, la disección ganglionar fue requerida en un alto porcentaje de casos; apoyado en la premisa propuesta por Barragán y col., que recomiendan en caso de contar con un grupo médico con experiencia en la realización de la biopsia del ganglio centinela y la paciente es una candidata adecuada, es el método preferido para la evaluación de metástasis axilar, del mismo modo recomienda que la cirugía axilar estadificadora debe ser realizada en todos los casos del carcinoma mamario invasor ⁽⁸⁾.

Con el desarrollo del estudio se logró

identificar la incidencia del CDI en la consulta de Mastología, que se mantiene en ascenso. Se determinó como población de riesgo mujeres

del grupo etario comprendido entre 40-80 años; la asociación de antecedente familiar de cáncer, historia de hipertensión arterial y hábito tabáquico.

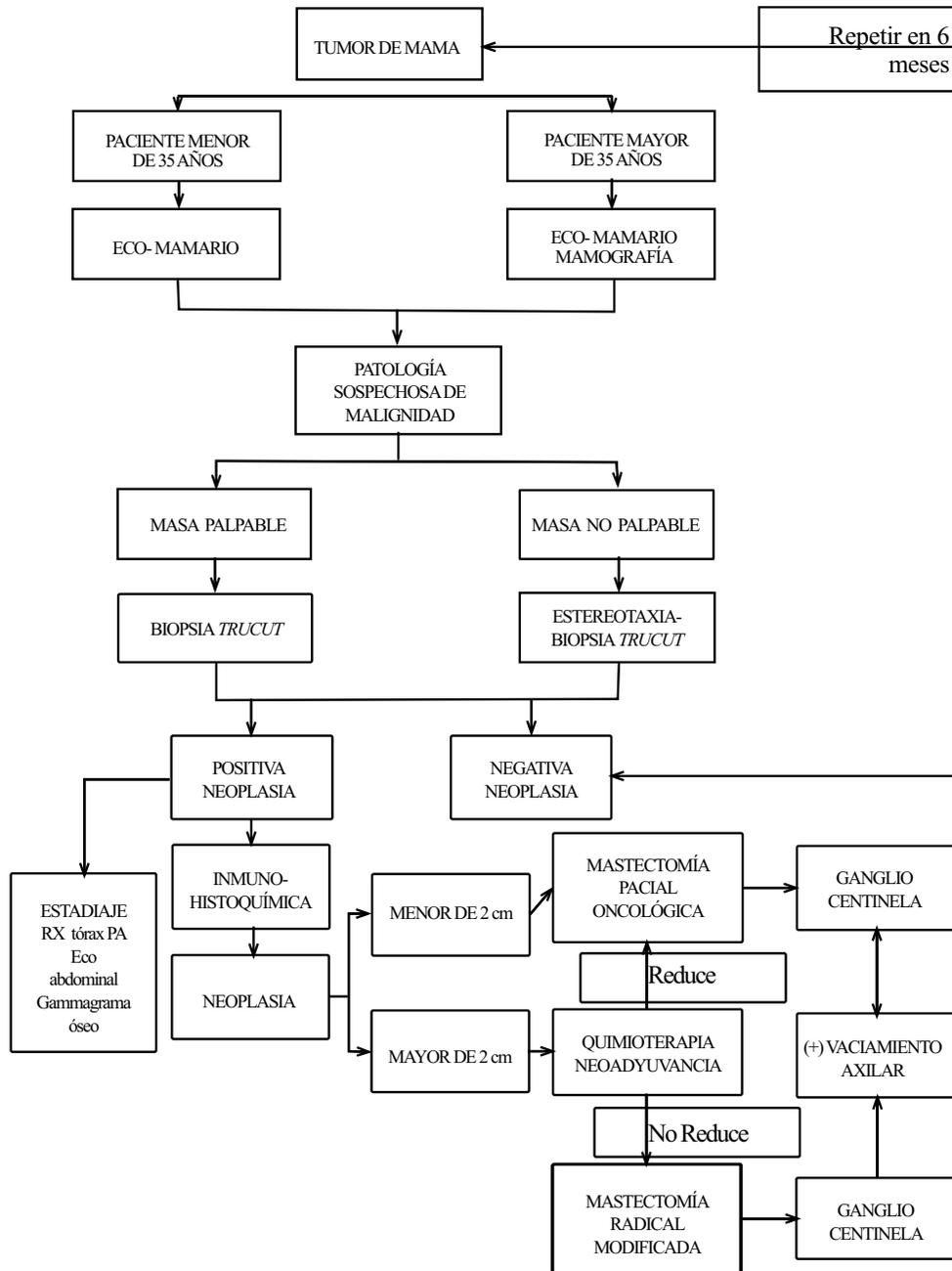


Figura 1.

El diagnóstico final del cáncer de mama se correlacionó en mayor grado con el hallazgo patológico al examen físico, asimismo, alteraciones en eco-sonográficas y en la mamografía, enfatizando el valor diagnóstico de la resonancia magnética de mama en pacientes con tejido fibroglandular denso y en pacientes con prótesis mamarias.

El diagnóstico de diseminación axilar se evidenció por eco-sonografía, seguido del hallazgo a la palpación y a la exploración física de la región axilar.

El estadiaje de las pacientes se determinó por radiología de tórax, ecosonograma abdominal y gammagrama óseo.

El protocolo terapéutico quirúrgico más empleado fue la mastectomía radical modificada tipo Madden, con resultados satisfactorios.

Asimismo, el manejo de la diseminación ganglionar se realizó con disección del ganglio centinela y vaciamiento axilar respectivamente.

La presente investigación fue realizada con el consentimiento y bajo responsabilidad de los pacientes, con fines médicos, preservando la identidad y resguardando la información y los datos presentados, con el apoyo y autorización de la institución.

Se propone, fundamentado en los hallazgos, resultados y conclusiones alcanzadas con la investigación, el protocolo diagnóstico y terapéutico de patología mamaria en el servicio de Mastología del Hospital "Dr. Pedro García Clara" (Figura 1).

REFERENCIAS

1. Capote Luis G. Resumen del cáncer en Venezuela. *Rev Venez Oncol*. 2015;27(4):256-268.
2. [No author's list] Types of breast cancer. Disponible en: URL: <http://bit.ly/1UpOsDF>.
3. Guzmán-Santos K, Morales-Cordero K, Hernández-Rodríguez AW, Gómez Torres E, García Cabral F, Sánchez-Rodríguez SH. Carcinoma ductal infiltrante, el tipo de cáncer de mama más común. Disponible en: URL: <http://bit.ly/1Z087cp>.
4. Díaz Lazo H, Huerto MI. Rol actual de la ecografía en el diagnóstico del cáncer de mama. *Horizonte Médico*. 2007;7(1):7-15.
5. Brandan ME, Villaseñor Navarro Y. Detección del cáncer de mama: Estado de la mamografía en México. *Cancerología*. 2006;1(3):147-162.
6. Rizo P, Sierra M, Basques G, Cano M, Meneces A, Mohar A. Registro hospitalario de cáncer: Compendio de cáncer 2000-2004. *Cancerología*. 2007;2(3):203-287.
7. Holmes, C, Muss H. Diagnosis and treatment of breast cancer in the elderly. *CA Cancer J Clin*. 2003;53(4):227-244.
8. Barragán J, Becerra G, González N, Mainero F, Mijares A, Patlán R, et al. Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en segundo y tercer nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 2009.
9. Saure SVM, Cardozo Hernández J, Hernández Herrera L. Cáncer oculto de mama: Presentación de caso. Hospital Oncológico Universitario. Disponible en: URL: <http://bit.ly/1pVSGGv>.
10. Elias S, Contreras A, Llanque, C. Cáncer o carcinoma de mama. *Rev Pacea Med Fam*. 2008;5(7):14-23.
11. Zeicher I, Cancelaria M. Editorial: Cáncer de mama: Un problema de salud. *Cancerología*. 2006;1:143-145.