Pesquisa de cáncer de mama

Breast neoplasm screening

Dra. Caridad Agüero Betancourt;^I Dra. Alina de la Paz Carmona;^I Dr. Ismael Ferrer Herrera;^{II} Dr. Claudio Abreu Viamontes^{III}

- I. Especialista de I grado en Medicina General Integral. Policlínica Comunitaria Docente “Ignacio Agramonte y Loynaz” Camagüey, Cuba.
- II. Especialista de II grado en Medicina Interna. Profesor Asistente.
- III. Especialista de I grado en Medicina Interna.

RESUMEN

Se realizó un estudio transversal en 244 mujeres de 15 y más años del Consultorio 24 del médico de familia, de la Policlínica Comunitaria Docente “ Ignacio Agramonte y Loynaz”, durante el año 1999, con el objetivo de pesquisar el cáncer de mama, a todas se les realizó examen físico de las mamas y a las que resultaron positivas de afecciones de este órgano se les hizo ultrasonografía para definir el diagnóstico. El grupo de edades de mayor frecuencia fue el de más de 60 años, prevalecieron las mujeres sin antecedentes familiares de cáncer ni historia propia de afecciones de mamas, con su primer hijo antes de los 30 años, menarquia entre 12 y 14 años y tipo corporal promedio, finalmente resultó que un 9,38 % tenían lesiones benignas y el 0,81 % malignas.

DeCS: NEOPLASMAS DE LA MAMA.

ABSTRACT

A cross-sectional study in 244 women of fifteen years or older from Health Clinic 24, Family Physician Plan of “ Ignacio Agramonte” Polyclinic, during 1999, was carried out with the aim of screening breast cancer. All women were performed physical exam of breast and in those positive for positive for affections of this organ, ultrasonography was used

for defining diagnosis. The age group with higher frequency was that older than 600 years; women neither with family history of cancer nor with own history of breast affections, with their first child before 30 years, menarche from 12 to 14 and body size within 9,38 % had benign lesions and 0,81 % malignant.

DeCS: BREAST NEOPLASMAS.

INTRODUCCIÓN

Existe una alta incidencia de afecciones mamarias, principalmente benignas, las que se caracterizan por ser bien delimitadas, dolorosas, no adheridas a planos profundos y carecen de adenopatías regionales:

Clasificadas en: ¹

I. Displasias

- Fibrosas
- Adenomatosas
- Fibroquísticas

II. Epiteliales

- Fibroadenomas
- Tumores filoides benignos

III. Mesenquimatosas

- Lipomas
- Mixomas
- Rabdomiomas

En el mundo se llevan a cabo programas de pesquisa del cáncer de mama y en Cuba se iniciaron los primeros pasos en un Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama en el año 1987.² A pesar de la tecnología disponible, más del 97 % de las neoplasias malignas son descubiertas aún por las propias mujeres y en la mayoría de los casos de forma casual,^{3,4} El objetivo de nuestra investigación es conocer y tratar la población afectada por cáncer de mama.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal a las 244 mujeres de 15 y más años del Consultorio 24 del médico de la familia de la Policlínica Comunitaria Docente “Ignacio Agramonte y Loynaz” durante el año 1999, con el objetivo de pesquisar el cáncer de mama

A todas se les realizó examen físico de las mamas y a las que resultaron positivas de afecciones se les hizo ultrasonografía para definir el diagnóstico. Las principales variables estudiadas fueron grupos de edades, historia de cáncer familiar o propio, edad del primer parto, menarquía, tipo corporal. Los datos obtenidos se procesaron mediante el paquete de programas estadístico Microstad empleando estadística descriptiva, distribución de frecuencia y test de hipótesis de proporciones. La confiabilidad del estudio fue de un 95 % ($P < 0,05$)

Control semántico: Se usaron las tablas de peso - talla para el sexo femenino:

Delgado: Pacientes ubicadas entre el 3 y 10 percentil.

Promedio: Pacientes ubicadas entre el 25 y 90 percentil.

Gruesas: más del 90 percentil. ⁵

RESULTADOS

El grupo de edades que presentó el mayor número de mujeres con cáncer de mama fue el de 61 años y más con 64, para el 26,22 % (tabla 1)

Tabla 1. Distribución de las pacientes según grupo de edades

Grupo de edades	No.	%
15 – 30 años	55	22.54
31 – 40 años	53	21.72
41 – 50 años	43	17.62
51 – 60 años	29	11.47
61 años y más	64	26.22
TOTAL	244	100.00

Prevalcieron las mujeres sin antecedentes familiares de cáncer de mama con 225, para el 92,21 % y en el 99,18 % de las encuestadas no había antecedentes de afecciones de mama. (tabla 2)

Tabla 2 Distribución de las pacientes según historia familiar e historia propia de cáncer de mama

Historia de cáncer de mama (CM)	No.	%
Familiar		
No hay historia de CM	225	92.21
· Una tía o abuela materna	14	5.73
· Madre o hermana	5	2.05
· Madre más hermana	-	-
· Madre más dos hermanas	-	-
Propia	242	99.18
· No hay historia de CM	2	0.81
· Hay CM previo	-	-
TOTAL	244	100.00

Fuente: encuesta

De las 244 mujeres 176 tuvieron su primer hijo antes de los 30 años para el 72,13 % (tabla 3).

Tabla 3. Distribución de las pacientes según historia de la descendencia

Historia de la descendencia (primer hijo)	No.	%
Antes de los 30 años	176	72.13
Después de los 30 años	12	4.91
No tiene hijos	56	22.95
TOTAL	244	100.00

Fuente: encuesta

La investigación realizada reveló que de 244 mujeres, 175 tuvieron la menarquía entre los 12 y los 14 años. (tabla 4)

Tabla 4. Distribución de las pacientes según historia menstrual

Historia menstrual	No.	%
Menarquía 15 años o más	22	9.01
Menarquía 12 - 14 años	175	71.72
Menarquía 11 años o menos	47	19.26
TOTAL	244	100.00

Fuente: encuesta

Se pudo constatar que predominaron las mujeres de tipo corporal promedio con 119 para el 48,77 %, seguido de las delgadas con 87 para el 35,65 %. (tabla 5)

Tabla 5. Distribución de las pacientes según tipo corporal

Tipo Corporal	No.	%
Delgada	87	35.65
Promedio	119	48.77
Gruesa	38	15.57
TOTAL	244	100.00

Fuente: encuesta

Aunque prevalecieron las mujeres sin afecciones mamarias en el examen físico debemos señalar que 23 presentaron lesiones benignas para el 9,38 % y dos con tumores malignos para el 0,81 % como se observa en la tabla 6.

Tabla 6. Distribución de las pacientes según las afecciones mamarias

Afecciones Mamarias	No.	%
Sin afecciones mamarias	219	89.75
Tumores benignos de mama	23	9.38
Tumores malignos de mama	2	0.81
TOTAL	244	100.00

Fuente: encuesta

DISCUSIÓN

El Programa Nacional de Reducción de Mortalidad por Cáncer de Mama insiste en la determinación de los factores de riesgo, autoexamen, así como el examen clínico de las mamas y mamografía como técnica de pesquisa masiva en las edades de riesgo (mayores de 55 años)

Entre los principales factores de riesgo de esa afección se incluye la edad, con un mayor pico a los 35 años, y más aún después de los 55 años con un ascenso por encima de los 65⁴. Nuestros resultados coinciden con los hallados por estos autores.

La Organización Mundial de la Salud prioriza el antecedente familiar de la enfermedad motivado por factores de carácter genético, mientras que estudios epidemiológicos han demostrado que el efecto protector está en relación con la edad en que se tenga el primer

hijo, en nuestro estudio el riesgo fue superior en las mujeres menores de 30 años discrepando con otros autores, probablemente por las características demográficas de la población objeto de estudio.⁴⁻⁹ En relación con el resultado del examen físico de las mamas la positividad fue relativamente alta, el 10,2 % de las mujeres examinadas, cercano a lo reportado por *Iribar Canes*,⁴ *Hevia Martín*⁷ y *Pérez Suárez*.¹⁰

Finalmente, al clasificar el tipo de afección detectada en la consulta de clasificación y diagnóstico del Hospital Oncológico, la positividad fue mayor para las afecciones benignas, lo que coincide con la mayoría de los autores consultados^{4,7-12}

CONCLUSIONES

1. La población femenina afectada fue mayoritaria en el grupo de más de 60 años sin historia familiar propia de cáncer de mama, con nacimiento del primer hijo antes de los 30 años, menarquía entre 12 y 14 años y peso normal.
2. Predominaron las mujeres con un examen clínico sin afecciones mamarias.
3. Prevalcieron las afecciones mamarias benignas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Robbins Stanley L. Ed, Patología Estructural y Funcional. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1988. p. 1220- 40.
2. Berdino Martínez B, Portuondo Carrillo C, Verdino Sevilla J. Pesquisa masiva de cáncer de mama con un equipo móvil de mamografía. Rev Cub Med Gen Int. 1997; 15 (3): 439 – 42.
3. Díaz González EM, Cordero León M. Nódulo de mama. Papel del Médico General Integral para su detección precoz, mediante la enseñanza y control del autoexamen de mama. Rev Cub Med Gen Int. 1991; 7(4): 328 – 34.
4. Iribar Canes Z, Cordova Armengor M, Quintana Riveron TY. Diagnóstico de enfermedades de las mamas en un sector del médico de familia. Rev. Cub Med Gen Int. 1995; 11(4): 327 – 32.
5. Cabezas Cruz E. Epidemiología del cáncer ginecológico. Rev Cub Med Gen Int. 1994; 10(1): 9 – 16.

6. Morales González R, Pollan Pérez A. Morbilidad del cáncer de mama en la mujer. Rev Cub Med Gen Int. 1999; 15(3): 147 – 52.
7. Hevia Martín A, Rodríguez Menéndez M. Consulta de evaluación de afecciones mamarias en el nivel primario. Resultados. Rev Cub Med Gen Int. 1997; 13(4): 317 – 24.
8. Fernández Garrote L, Molina Buch ML, Camacho Rodríguez R. El médico de la familia y su equipo en el diagnóstico precoz del cáncer de mama. Rev Cub Med Gen Int. 1994; 10(3): 215 – 19.
9. Hernández Echevarría ML, Díaz Narváez V, Acosta Amador F, Rivera Rodríguez T. Valoración de conocimientos de autoexamen mamario en sectores del médico de familia. Rev Cub Med Gen Int. 1993; 9(1): 28 – 35.
10. Pérez Suárez C, Pérez Suárez M, Pérez Profet E, Ojeda Ojeda M. Afecciones mamarias. Su comportamiento en nuestro medio. Rev Cub Oncología 1997; 13(2): 104 – 110.
11. Pardo Castro MZ, Valdés del Pozo ML, Bush Boffil González S, Baufera Boshmonar M, Lachanguere Z. Diagnóstico precoz del cáncer mamario por examen clínico del médico de la familia. Rev Cub oncología. 1992; 8(1): 7 – 10.
12. Bates At. Delay in the diagnosis of breast cancer, the effect neele aspiration etiology to a breast clinic. Eur Surg Onc. 1992; 18(5): 433 - 7.

Recibido: 9/10/2002

Aprobado: 29/1/2003

Dra. Caridad Agüero Betancourt. Especialista de I grado en Medicina General Integral. Policlínica Comunitaria Docente “Ignacio Agramonte y Loynaz” Camagüey, Cuba.