

Pesquizaje de cáncer de mama: presentación de un caso

Screening of breast cancer: a case presentation

Magaly Marion Luna Goza,^I Ana Teresa Serrano Pérez,^{II} Rafael Hechevarría Dupuy,^{III} Fidel Lorenzo Cossio,^{IV} Onelio Armenteros Herrera^V

^I Especialista de I Grado en Cirugía General. Asistente. Policlínico «Antonio Maceo». La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico «Cerro». La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital «Salvador Allende». La Habana, Cuba.

^{IV} Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital «Salvador Allende». La Habana, Cuba.

^V Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico «Antonio Maceo». La Habana, Cuba.

RESUMEN

El pesquizaje del cáncer de mama basado en el estudio mamográfico de las mujeres entre 50 y 65 años de edad constituye el mejor medio para realizar el diagnóstico precoz de la enfermedad. A menos de un mes de reiniciado este proceso en el Policlínico Cerro, se le diagnosticó a una paciente asintomática, de 59 años de edad, un tumor en línea media de los cuadrantes superiores de la mama izquierda. Se le realizó una cirugía conservadora, y se resecó un tumor de 0,7 cm de diámetro, que resultó ser un carcinoma ductal infiltrante en estadio precoz. La paciente fue clasificada de bajo riesgo, actualmente recibe tratamiento adyuvante con poliquimioterapia y su evolución es satisfactoria. Una vez más queda demostrada la importancia del pesquizaje como alternativa para lograr el tratamiento curativo del cáncer de mama, que hoy constituye la primera causa de muerte por cáncer no sólo en la mujer cubana.

Palabras clave: Cáncer de mama, mamografía, pesquizaje.

ABSTRACT

Screening of breast cancer based on mammography study of women aged between 50 and 65 is the better tool to perform the early diagnosis of this disease. At less than a month of onset of this process in "Cerro" polyclinic, a asymptomatic patient aged 59 was diagnosed with a tumor in middle line of high of the left breast quadrants. She underwent a conservative surgery and a ductal carcinoma of 0,7 cm was resected in early stage. Patient was classified as of low risk, nowadays she receives adjuvant treatment with polychemotherapy and its course is satisfactory. Again it was demonstrated the significance of screening as a alternative to achieve the curative treatment of breast cancer, which now is the first cause of death by cancer not only in Cuban woman.

Key words: Breast cancer, mammography, screening.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer y el tumor que mayor número de muertes produce en la mujer en nuestro país. Supone el 18,2 % de las muertes por cáncer en la mujer y la primera causa de muerte en mujeres entre 40 y 55 años. Su incidencia está en aumento sobre todo en los países desarrollados.¹ Cada dos minutos se diagnostica un cáncer de mama en el mundo y una mujer de cada ocho que alcance la edad de 85 años habrá padecido un cáncer de mama en el curso de su vida. El 70 % de los cánceres de mama son detectados por autoexamen, pero no todos los cánceres se detectan por palpación, por lo que la mamografía en las edades de mayor riesgo, junto al examen médico, está indicada. La mamografía es un estudio con baja dosis de rayos x que permite detectar un nódulo antes de que sea palpable y cuando un cáncer de mama es detectado tempranamente, la sobrevida a los 5 años es de 96 %.²

A pesar de que aumenta la incidencia, la tasa de mortalidad ha disminuido en los últimos años. Estos beneficios se atribuyen a los programas de detección precoz y a los avances en el tratamiento sistémico.³

De todo esto se infiere la importancia del pesquizaje del cáncer de mama basado en el estudio mamográfico en las mujeres entre 50 y 65 años de edad, cuando constituye el mejor medio para realizar el diagnóstico precoz de la enfermedad, en el grupo considerado el de mayor incidencia.

Dado que el cáncer de mama puede ser detectado con relativa facilidad debido a la asequibilidad de la mama y a la eficiencia de los métodos de diagnóstico con que se cuenta en la actualidad, su índice de curabilidad es elevado, siempre que el diagnóstico se realice en estadios tempranos. Por estas razones se creó en Cuba en el año 1990 el Programa de Diagnóstico Preclínico y Precoz del Cáncer de Mama, sobre las bases de la divulgación, el uso de métodos modernos de diagnóstico y la atención médica. La tarea de divulgación y educación sanitaria a la población consiste en la enseñanza del autoexamen de mama (AEM) a todas las mujeres, de

manera tal que esta práctica sea incorporada como hábito. Los medios auxiliares de diagnóstico que se utilizan en el programa son: la mamografía (Mx) y el ultrasonido (US). Este programa tiene como objetivo reducir la mortalidad por cáncer de mama, aumentar la supervivencia de las pacientes con cáncer de mama y mejorar la calidad de vida de las enfermas con el uso de tratamientos menos mutilantes.⁴

Luego de un estudio de incidencia por grupo de edades se determinó que el grupo con mayor riesgo es el comprendido entre los 50 y los 64 años de edad, y se redujo la mamografía para tamizar dicho grupo, manteniendo el AEM y el examen clínico para las mujeres mayores de 25 años, pues cada vez con más frecuencia se está viendo lamentablemente la presencia del cáncer de mama en edades tan tempranas como éstas.

Cuba obtuvo módulos de diagnóstico mamográficos compuestos por mamógrafos Toshiba (japonés), máquina de revelado automático y un negatoscopio específico para el informe e interpretación adecuada de las mamografías, además se compraron chasis nuevos con pantallas intensificadoras, así como líquidos de revelados y fijados de una misma firma comercial (Kodak), lo cual sin lugar a dudas mejora notablemente la calidad técnica del estudio mamográfico. Estos mamógrafos están fijos en los diferentes hospitales provinciales y trabajan en función del programa de detección preclínico y precoz del cáncer de mama en la realización de las mamografías a este grupo de edad (50-64 años) 3 días a la semana a razón de 100 estudios diarios (300 a la semana) y 1200 exámenes mensuales, con un intervalo de 3 años entre un examen mamográfico y otro.⁴ Por esta razón, en la actualidad las pacientes comprendidas en el grupo de 50-64 años acuden al centro donde radique el equipo fijo de mamografía para la realización de este estudio.

Para lograr este objetivo, el sistema de salud se apoya en el médico y la enfermera de la familia, específicamente en los calificados para esta actividad, es decir, los médicos que están recibiendo el Diplomado de Oncología en la Comunidad y que a su vez son los responsables del programa de cáncer en su policlínico y la enfermera que recibió el Curso de Promoción de Salud, todos miembros de los observatorios municipales de cáncer, en la capital, así como en las diferentes organizaciones de masas como la FMC y CDR donde se desarrollará una importante labor educativa para que asistan estas mujeres a realizarse el examen mamográfico, orientados por los gestores de cáncer en la comunidad, actividad regida por el Grupo Provincial de Oncología de Ciudad de La Habana.

A menos de un mes de reiniciado el proceso en la capital, en el policlínico «Cerro», se diagnosticó a una paciente asintomática, de 59 años de edad, un tumor por mamografía. La paciente recibió el beneficio de la curación de su enfermedad, gracias al pesquizado del cáncer de mama. A continuación se presenta dicho caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente del sexo femenino, de 59 años de edad, mestiza, con antecedentes de asma bronquial e hipertensión arterial, asintomática en lo relativo a su enfermedad, que acudió a la citación por parte de la enfermera del consultorio, por orientación del médico de familia responsable del programa de cáncer en el policlínico, para realizarse mamografía para pesquizado de cáncer de mama. No tenía antecedentes personales ni familiares de enfermedad en las mamas.

Fue nuevamente citada para consulta central de mama, al presentar lesión mamográfica, según lo establecido en el flujograma del Programa Nacional.

Datos positivos al examen físico (examen de mamas):

- Mama izquierda (MI): aumento de volumen mal definido, de contornos irregulares, de consistencia pétreo, de aproximadamente 1 cm de diámetro, fijo, no doloroso a la palpación, hacia LM de CS, alto, a 3 cm por encima del complejo areola-pezones. No alteraciones en la piel. No adenopatías axilares.
- Mama derecha (MD): sin alteraciones.

Resultados de exámenes realizados:

- Ecografía de mama. MI: imagen nodular de baja ecogenicidad, de 7,6 x 8,2 mm, a 17,5 mm de la piel, en línea media de hemisferio superior, de bordes algo difusos. MD: sin alteraciones.
- Mamografía. MI: nódulo de 1 x 1,2 cm, de contornos infiltrantes en línea media de hemisferio superior, sin microcalcificaciones. No adenopatías axilares. Código 4 del BI-RADS (posiblemente maligno) ([figura 1](#)). MD: sin alteraciones.

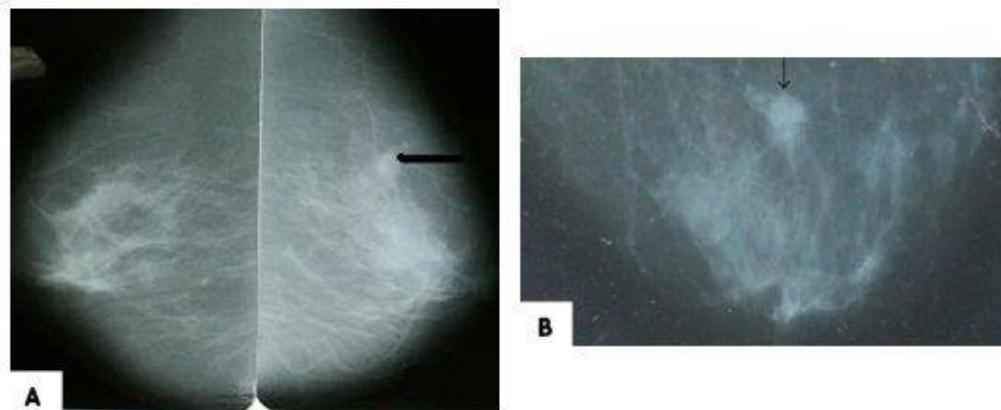


Figura 1. Mamografía. A) Vista oblicua. B) Vista cráneo-caudal.

- Citología aspirativa con aguja fina (CAAF). Altamente sospechoso de células neoplásicas.

El tumor fue clasificado en estadio I por ser T1, N0, M0 y el caso fue discutido en la consulta central de mama, donde se determinó practicar exéresis y biopsia por congelación (BxC), la cual en caso de ser positiva constituiría una indicación de cirugía conservadora (CC): cuadrantectomía con vaciamiento axilar.

La paciente fue intervenida quirúrgicamente; se le realizó exéresis amplia de la lesión, y la BxC documentó un carcinoma ductal infiltrante (CDI), tumor de 0,7cm, con borde de más de 1 cm libre de lesión.

Se realizó el proceder acordado: CC con vaciamiento axilar de I y II nivel de Berg, por medio de incisión romboidea con cierre sagital sobre el hemisferio superior de la MI y plastia en Z sobre la axila izquierda ([figura 2](#)).



Figura 2. **Paciente operada. A) Vista oblicua. B) Vista frontal.**

La biopsia por parafina documentó un carcinoma ductal infiltrante de 0,7 cm en su mayor dimensión, con SBR grado I (bien diferenciado) y 18 ganglios histológicamente normales, con lo cual se determinó el tumor como un bajo riesgo con un pT1bN0M0 para un estadio I de la enfermedad. No se realizó inmunohistoquímica para determinar micrometástasis ($\leq 0,2$ cm). Quedó pendiente el estudio de receptores hormonales.

Se decidió una poliquimioterapia (PQT) con 4 ciclos de ciclofosfamida, metotrexato y fluorouracilo (CMF), después radioterapia sobre la mama operada como está estandarizado en las CC y definir posteriormente hormonoterapia con tamoxifeno por 5 años.

En estos momentos la paciente recibe el tratamiento de PQT (3er ciclo), el cual fue iniciado a las 3 semanas del tratamiento quirúrgico. La evolución es satisfactoria.

DISCUSIÓN

El carácter multifactorial que aún se le atribuye a la etiología del cáncer en general, lo que incluye al de mama en particular, continúa siendo la explicación que la ciencia médica encuentra para ello. Así los factores genéticos (mutaciones de los genes *BRCA1*, *BRCA2*, *p53* y otros que ya se invocan), hormonales (exceso de estrógeno y prolactina) donde tenemos la menarquía temprana y la menopausia

tardía y las enfermedades benignas de la mama, ambientales: hábitos dietéticos, ingestión de bebidas alcohólicas, tabaquismo, obesidad exógena, el sedentarismo entre otros, cargan con los riesgos para padecerlo. El ser mujer y no pensar que tendrá cáncer es el mayor de ellos, que junto a la edad se convierten en la principal causa de un diagnóstico tardío. La falta de educación para la salud y los prejuicios sobre su propio cuerpo hacen que la mujer no se examine periódicamente sus mamas. Hoy el autoexamen de mama, con el examen clínico, el ultrasonido y la mamografía constituyen los pilares para el diagnóstico precoz del cáncer más frecuente en la mujer, única posibilidad para un tratamiento curativo a largo plazo, por el momento, y la esperanza de vida es alta para las mujeres con este tipo de patología. La prevención es hasta el momento la medicina más eficaz para ganarle la batalla al cáncer.

A menos de un mes de iniciado el programa de pesquizaje por mamografía en el policlínico «Cerro» se tuvo la satisfacción de probar una vez más su eficacia e importancia para realizar un diagnóstico precoz, lucha en la que se deben enfrascar los profesionales de la salud para lograr disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama en la capital y en todo el país. Es una lucha no sólo los médicos que tratan esta enfermedad si no de todos los profesionales de la salud, que siempre deben pensar que la paciente que se tiene en frente puede tener un cáncer de mama no diagnosticado.

La mamografía realizada después de los 35 años de edad permite visualizar desde microcalcificaciones patológicas hasta lesiones menores de 1 cm de diámetro, muchas veces no palpables, sobre todo en las mamas voluminosas. Si se realiza primero una mamografía de control a los 35 años en las pacientes de riesgo, y a los 40 años al resto, luego anualmente hasta los 65 años de edad,⁵ es posible salvar muchas vidas.

Muchos países han introducido programas de cribado con mamografía para el cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años. La mayoría de los programas de actividades preventivas recomiendan su realización cada 2 años en este grupo de edad,^{6,7} lo que casi coincide con lo que se realiza en Cuba.

Los estudios muestran que estos programas probablemente reducen el riesgo de muerte por cáncer de mama.⁸

Los autores de esta presentación esperan que ésta sirva para despertar las mentes de nuestras mujeres, profesionales o no, y de nuestros hombres también, que tienen madres, hermanas, esposas, hijas que tienen mamas para lucir, para nutrir y para morir por un cáncer no diagnosticado a tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. National Comprehensive Cancer Network NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Breast Cancer [Internet]. NCCN V2; 2007 [acceso 27/6/2007]. Disponible en: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/breast.pdf

2. Saslow D, Boetes C, Burke W, *et al.* American cancer society guidelines for breast screening with MRI as an adjunct to mammography. CA Cancer J Clin. 2007 Mar-Apr;57(2):75-89.

3. Levi F, Bosetti C, Lucchini F, Negri E, La Vecchia C. Monitoring the decrease in breast cancer mortality in Europe. *Eur J Cancer Prev.* 2005 Dec;14(6):497-502.
4. Ortiz Martínez A. Revitalización del Programa de Detección Preclínica y Precoz del Cáncer de mama. *Gaceta Médica Espirituana* 2005;7(3).
5. Azar ME. Algunos datos acerca del cáncer de mama. Sociedad Argentina de Mastología. 2008 [monografía en Internet][acceso 8/8/2008] disponible en: <http://www.pccp.com.ar>
6. US Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer [monografía en Internet]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2002 [acceso 17/7/2007]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsbrca.htm>
7. Screening for breast cancer: recommendations and rationale. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: recommendations and rationale. *Ann Intern Med* 2002 Sep 3;137(5 Part 1):344-6.
8. Zahl P, Strand BH, Maelhen J. Incidence of breast cancer in Norway and Sweden during introduction of nationwide screening: prospective cohort study. *BMJ* 2004;328:921-924

Recibido: 7 de octubre de 2008.

Aprobado: 26 de diciembre de 2008.

Magaly Marión Luna Gozá. Ave de la Ceiba y Final. Casino Deportivo. La Habana, Cuba.

Correo electrónico: magaly.luna@infomed.sld.cu