

Carcinomas de mama femenina diagnosticados en la ciudad de Barranquilla entre 2008 - 2011

*Dederleé-Pérez Gilmar Andres**, *Fonseca Jiménez Eliana Paola***, *Barliza Sánchez Melissa Carolina**** y *Artuz Ramos Katheryn Nohemi*****

* Estudiante de Décimo Semestre del programa de Medicina de la Universidad Simón Bolívar, Barranquilla (Colombia), 2013; Gilmar Dederlee andrew20_04@hotmail.com, **Fonseca Eliana_fonseca08@hotmail.com, ***Artuz katyna29@hotmail.com

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo la identificación del carcinoma de mama femenina diagnosticados en la ciudad de Barranquilla entre 2008 – 2011 de forma descriptiva retrospectiva y utilizando un universo conformado por todos los resultados anatomopatológicos encontrados; los resultados se presentaron con tablas y gráficas univariadas en el programa estadístico Epi-InfoTM7. Dando resultados y conclusiones donde en los años estudiados se presentó un aumento de los diagnósticos pasando de 19,74% en el 2008 a 28,87% para el 2011; el rango de edad que mayores casos reportó fue de 50 – 59 años, la variedad más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante siendo el 80.59% y para la Clasificación de Scarff-Bloom-Richardson modificada encontramos el grado II con 27,41% y al puntaje 8 con 15,50% los que predominaron.

PALABRAS CLAVES: carcinoma de mama, femenina, barranquilla

ABSTRACT

The present research aimed to identify the female breast carcinomas diagnosed in Barranquilla between 2008 - 2011 in a descriptive retrospective and use the universe consists of all pathology results; the results were presented with tables and univariate graphs with in the statistical program Epi-InfoTM7. Giving results and conclusions where the years studied diagnoses increased going from 19.74% in 2008 to 28.87% for 2011 was presented; the older age range reported case was 50 to 59 years, the most common variety was infiltrating ductal carcinoma, being the 80.59% and for the classi-bloom-richardson scarff found the grade II modified with 27.41% and to score 8 15.50% which predominated.

KEYWORDS: breast cancer, female, Barranquilla

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de glándula mamaria es un proceso oncológico donde ocurre una proliferación maligna de las células que revisten los conductos o los lobulillos de dicha glándula. Su incidencia es de notorio en aumento (1) y la convierte en una enfermedad muy estudiada (2).

A través de los años la ciencia ha demostrado las relaciones entre características propias de cada individuo con la aparición de dicho tumor, los cuales son conocidos como factores de riesgos entre los cuales están: sexo, edad, genética, antecedentes familiares, raza, factores reproductivos, dieta, hábitos entre otros.

La población vulnerable demarcada por estos factores de riesgos aumenta cada día, por lo cual se han creado estrategias para disminuir esta tendencia en el territorio colombiano por medio de la resolución 0412 de 2000 (3) demarcando las estrategias de detección temprana y el tamizaje para hacer diagnósticos oportunos y reducir las tasas de mortalidad.

Por otra parte, a nivel clínico se han creados mecanismos para la detección temprana como la exploración mamaria, la exploración médica y el screening mamográfico (Mamografía) para la población en riesgo; confirmado con estas las alteraciones mamaras que son el principal objetivo de consulta médica (sensación de masa) y desplazando el resto de sintomatología como es dolor, retracción de piel y pezón, telorragia y cambios de coloración en la piel.

Individualizando a cada paciente se escoge el método apropiado por el cual se obtenga la muestra para su estudio microscópico y así confirmar el diagnóstico patológico con su respectiva clasificación histológica de acuerdo a lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la escala de Scarff-Bloom-Richardson modificada.

A pesar de las estrategias dadas por el Ministerio de Salud, la patología continua en grandes proporciones sin existir tablas estadísticas en el laboratorio de patología, por lo cual se requiere llenar el vacío existente llevando a la realización del presente estudio retrospectivo de carcinomas de mama femenino entre los años 2008 – 2011 diagnosticado en un laboratorio de patología de la ciudad de Barranquilla siendo un aporte en la información a nivel local logrando obtener datos actualizados de esta patología conllevando a realizar comparaciones con la literatura médica a nivel mundial y nacional sobre el comportamiento de dicha enfermedad.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con carcinomas de mama femenino diagnosticado en un laboratorio de patología de la ciudad de Barran-

quilla entre los años 2008 – 2011 siendo el universo de trabajo todos los resultados anatomopatológicos encontrados en dicha base de datos los cuales se registraron en un formato de recolección con las variables Año, Edad, Diagnóstico y Clasificación de Scarff-Bloom-Richardson modificada (SBR).

Para dar conclusiones se realizó el análisis de las características histológicas encontradas utilizando la clasificación de la OMS para tumores de glándula mamaria en la plataforma del programa estadístico Epi-InfoTM7 donde se obtuvo tablas de frecuencia y gráficas de barras simples y agrupadas lineales.

La República de Colombia por medio del Ministerio de Salud en la resolución N° 008430 de 1993 establecen normas científicas, técnicas y administrativas para investigaciones en salud clasificando la presente investigación como una investigación sin riesgo pues se realizó una revisión de los resultados anatomopatológicos sin ninguna intervención, sin embargo se firmó acuerdo de confidencialidad.

RESULTADOS

Producto de la recolección de datos se obtuvieron 513 resultados anatomopatológicos sin ser excluidos siendo todo el universo, uno vez tabulados en la variable año se evidenció el incremento de diagnósticos de carcinomas pasando de 19.74% en el año 2008 con 121 casos a 28.87% para 177 casos en el año 2011 y siendo este progresivo para los años 2009 y 2010 (24.63% y 26.75% respectivamente).

Por grupos etarios, (gráfica 1) las mujeres mayores de 50 años son las más afectadas ubicando el grupo etario de 50 – 59 años en el primer lugar con un porcentaje de 27.41% con 168 casos, seguido de 23.65% el rango de 40 – 49 años y en tercer lugar con 20.90% el rango entre 60 – 69 años; los rangos menores de 39 años, 70 – 79 años y mayores de 80 años son los que presentaron los menores porcentajes.

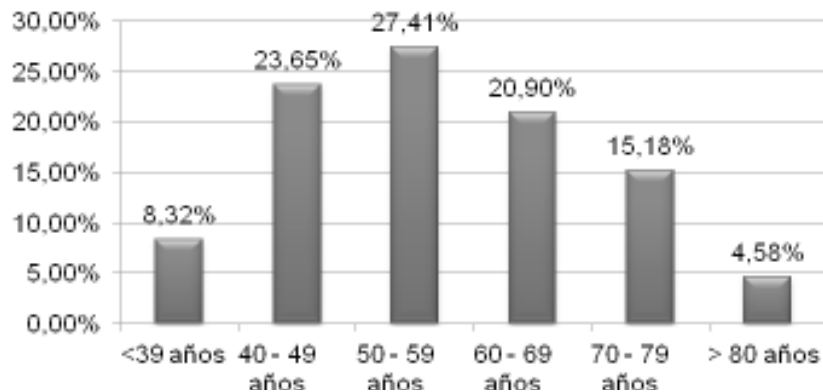
Los tipos histológicos, el carcinoma ductal mayormente diagnosticado alcanzando un 80.59% (494 casos), mientras que el Lobulillar infiltrante corresponde a 7.01% (43 casos); la presentación adenocarcinoma ductal infiltrante con 2.28% (14 casos) y el carcinoma ductal in situ con 1.63% (10 casos).

El grado histológico encontrado según la Clasificación SBR modificada ubica al grado II como el mayor diagnosticado con un 39.97% y con 26.59% al grado III. (Gráfica 2).

El puntaje de la clasificación está liderado con un 15.50% con 95 casos al puntaje 8, seguido del puntaje 6 con 14.52% y 89 casos. (Gráfica 3).

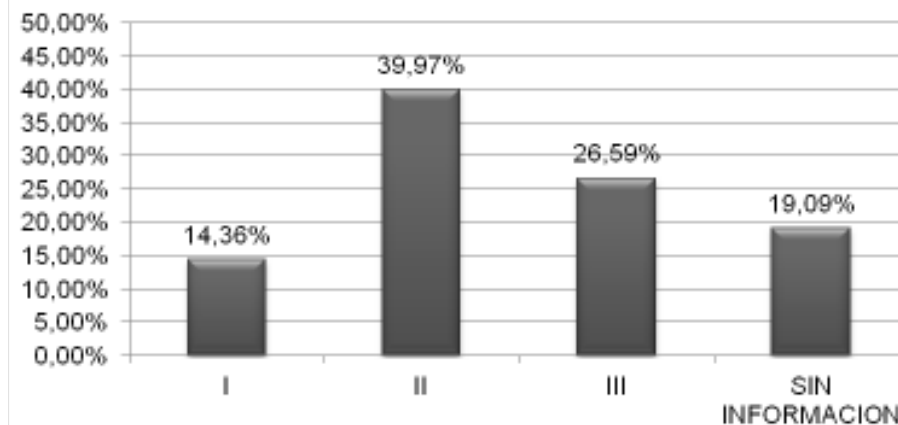
Tanto en el Grado Histológico como en el Puntaje se observa el predominio de 19.09% para el grado

Gráfica 1. Distribución porcentual por grupos etarios de los carcinomas de mama femenina diagnosticados en la ciudad de barranquilla entre 2008 - 2011



Fuente: Base de datos obtenida

Gráfica 2. Distribución porcentual según el Grado histológico de los carcinomas de mama femenina diagnosticados en la ciudad de barranquilla entre 2008 - 2011



Fuente: Base de datos obtenida

histológico y 42.09% en el puntaje para el rango donde no se obtuvo información en el reporte anatomopatológico de esta clasificación. (Gráficas 2 y 3 Respectivamente)

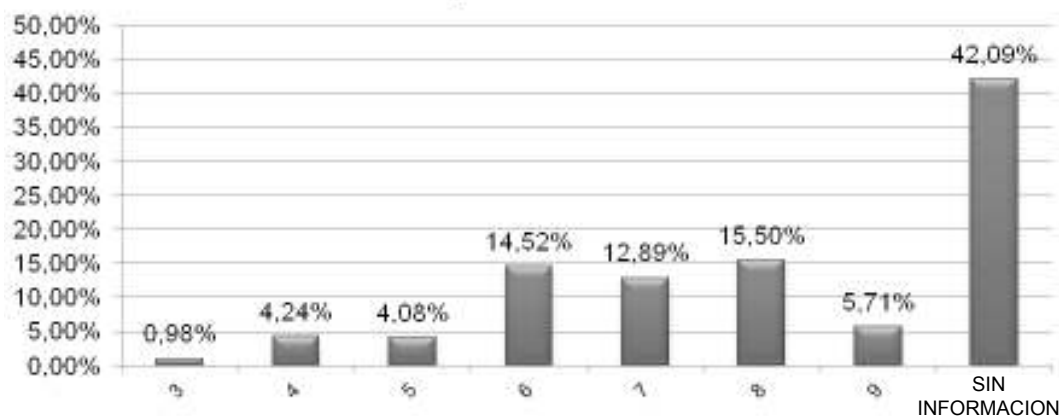
Las tablas bivariadas arrojan datos importantes tomando las variables de diagnóstico con grupo etario, se evidenció al carcinoma ductal infiltrante con mayor presentación en los 50 – 59 años con 28.75% frente al rango de 60 – 69 años con 21.85%; el carcinoma lobulillar infiltrante su mayor presentación fue en el rango de 70 – 79 años con 65.37% frente a la variante in situ que presentó 2 casos (100%) en el rango 40 – 49 años.

El grado histológico relacionado con los grupos etarios, muestra mayor presentación en el rango 50 - 59 años para el grado I (29.55%) y el grado II (33.06%) mientras que al grado III predominó en el rango 40 – 49 años (28.21%)

DISCUSIÓN

El carcinoma de mama es una enfermedad que causa destrucción de vidas tanto física como psicológicamente al presentar en ocasiones pérdida de la integridad del cuerpo y/o cambios funcionales y estructurales corporales (4); por lo cual en Colombia, el

Gráfica 3. Distribución porcentual según el Puntaje histológico de los carcinomas de mama femenina diagnosticados en la ciudad de Barranquilla entre 2008 - 2011



Fuente: Base de datos obtenida

cáncer se perfila como un problema de salud pública por el incremento de la incidencia y mortalidad (5); con tasas de incidencia de 212,9 y 33.500 casos nuevos anuales en mujeres (6).

Se nota un incremento en el diagnóstico de esta patología con el paso de los años infiriendo ser gracias a la política nacional adoptada por el ministerio de Salud en realizar screening permanente a la población en riesgo, sin dejar de tener la mirada fija en el grupo etario de los mayores de 50 años pues la incidencia de este aumenta con la edad (4) guardando relación mundial en estudios realizados en Kumasi (Ghana), Brasil, Perú y Chile (7-10) y nacionalmente demostrado en investigaciones previas en los Departamento de Caldas, Antioquía y las ciudades de Neiva y Cali (11-14).

El tipo histológico encontrado mayormente es la variante ductal infiltrante con 80.59% (494 casos), que se correlaciona con la literatura encontrada (15) y con estudios en los departamentos de Caldas, Antioquía y las ciudades de Neiva y Cali (11-14); a nivel mundial en Kumasi (Ghana) (7), Perú (9) Chile (10), Brasil (16,17) y Cuba (18).

La presentación in situ con su variable ductal es muy poco diagnosticado (19,20) (1.63%, 10 casos en la presente investigación) siendo desafortunado dado su buen pronóstico sin embargo, la variable Lobulillar fue menos diagnosticada (0.33%) lo que es directamente favorable dada la relación de padecer una presentación infiltrante en los próximos 20 años de esta variable en un 20 – 35% de posibilidad (21)

La presentación infiltrante, la de peor pronóstico dada su extensión y posibles metástasis, en la variante ductal continuó siendo el 80% de todos los cánceres de mama diagnosticados (15) dando un peor pronós-

tico pues hasta un 60% se encuentran metástasis en ganglios linfáticos asociados a esta (15), mientras la variable Lobulillar demarca un 7% que en algunas ocasiones es subdiagnóstico por su difícil detección a causa de su patrón de crecimiento insidioso representado menos del 10% de los diagnósticos (22).

La Escala de SBR modificada muestra el grado histológico siendo el grado II de mayor presentación (39.97%), seguido del grado III (26.59%) y tercer lugar el grado I (14.36%), lo que podemos observar como un patrón de la enfermedad pues guarda el mismo orden en la ciudad de Cali (14) y en Neiva (13) el mayor es el grado II. Mostafa et al (23) en un estudio comparativo en 3 países entre los años 2002 – 2006 obtiene los grados de acuerdo a esta clasificación en el mismo orden (II, III y I), en 2 de los 3 países, siempre siendo el grado II el de mayor presentación.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados arrojados y teniendo en cuenta cada uno de los objetivos planteados se puede concluir: Respondiendo al objetivo general los tipos de carcinomas diagnosticados con mayor frecuencia son: Carcinoma ductal infiltrante con 494 casos registrados correspondiendo un porcentaje de 80.59% de los 513 estudios encontrados, seguido a este se encuentra el Carcinoma Lobulillar infiltrante con 43 casos para un 7.01%, en tercer lugar es ocupado por el Adenocarcinoma ductal infiltrante con 14 casos que corresponde a 2.28% y en cuarto lugar carcinoma ductal in situ con 1.63% (10 casos); por lo cual el carcinoma ductal es de mayor frecuencia en la población estudiada. Para los objetivos específicos, las edades de mayor presentación es en el rango entre los 50 – 57 años co-

rrespondiendo al 27.41% y la frecuencia de acuerdo a la clasificación Scarff-Bloom-Richardson modificada para los grados ubica al grado II como el mayor diagnosticado con un 39.97% y con 26.59% al grado III y para el puntaje con un 15.50% con 95 casos al puntaje 8, seguido del puntaje 6 con 14.52% y 89 casos. Concluyendo y demostrando que las mujeres con diagnóstico de carcinoma de mama de la ciudad de barranquilla hacen parte de la tendencia mundial y nacional a su presentación lo que convierte en prioridad la educación por parte del personal en el área de la salud a las mujeres con factores de riesgo de esta patología (24), así como a dar a conocer la existencia de los métodos que permiten sobre la detección precoz (13) y de esta forma convirtiéndola en una herramienta sólida para enfrentar el cáncer contribuyendo a reducir las tasas de mortalidad.

RECOMENDACIONES

La única y clara recomendación arrojada por los resultados es tener la información completa de los pacientes, dado que esto nos ayuda a conocer de forma precisa el comportamiento de la patología en estudio, pues no deben ser excluidos casos en los análisis por ausencia de información porque esto denota una mala calidad de las historias clínicas (5).

CONFLICTO DE INTERESES: No se presenta conflicto de intereses al momento de la realización de la presente investigación.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1 Organización Mundial de la Salud: Cáncer de mama: prevención y control. [Internet]. 2014 [Citado 2 julio 2014] Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
- 3 Martínez F, Tellez F y Sierra A, Protocolo unificado en el cáncer de mama, Asociación Española de Cirujano, Sección de Patología Mamaria. [Internet]. 2014. [Citado 2 Julio 2014] Disponible en: <http://www.cirugest.com/htm/revisiones/cir09-06/09-06-16.htm>
- 4 Resolución Número 412 de 2000 de febrero 25, por el cual se establecen actividades, procedimientos e intervenciones en protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. (Ministerio de Salud, 25-02-2000)
- 5 Giraldo-Mora Clara. Persistencia de las representaciones sociales del cáncer de mama. Rev. Salud pública. 2009, 11 (4); 514 - 525
- 6 Piñeros M, Sánchez R, Perry F, García O, Ocampo R y Cendales R. Demoras en el diagnóstico y

- tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. Salud Pública Mex 2011; 53: 478 - 485
- 7 Piñeros M, Ferlay J y Murillo R. Cancer incidence estimates at the National and district levels in Colombia. Salud Pública Mex 2006; 48: 455 - 465
- 8 Ohene-Yeboah M, Adjei E. Breast cancer in Kumasi, Ghana. Ghana Medical Journal. 2012; 46 (1): 8 - 13
- 9 Inumaru L, Gomes Duarte M, Aparecida da Silveira É, Veloso M. Risk and Protective Factor for Breast Cancer in Midwest of Brazil. Journal of environmental and public health. 2012; Article ID 356851: 9 páginas
- 10 Pinto-Larrea I, Pinto-Tipisimana I. Perfil epidemiológico, clínico y anatomopatológico del cáncer de mama en el hospital nacional Almanzor Aguinaga Asenjo enero-diciembre 2011. Rev Cuerpo Méd. HNAAA 6 (1), 2013
- 11 Caba F, Alvarado S, Cáceres D. Caracterización epidemiológica y evolución del cáncer de mama en Arica y Parinacota, Chile 1997 - 2007. Rev Salud Pública. 2011; 13 (3): 398 - 409
- 12 Lenis N, Esparza C. Cáncer de mama: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento Hospital de caldas. Rev Col Cirugía 1998 V13 N4
- 13 Salas C, Grisales H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquía, Colombia. Rev Panam Salud Pública 2010; 28 (1): 9 - 18
- 14 Gutierrez A, Olaya J, Medina R. Frecuencia de cáncer de seno mediante detección temprana en el hospital universitario de Neiva entre el 1 de junio y el 30 de noviembre de 2007. Rev Colomb Cir 2009; 24: 31-8
- 15 Jaramillo R, Bravo L, Carrascal E, Tamayo O. Expresión de receptores hormonales frente a indicadores pronósticos en carcinoma de mama. Colomb Med 2002 ; 33 (4): 156 - 161
- 16 Breast Cancer Organization. CDI: Carcinoma ductal invasivo. [Internet]. 2013 [Citado 5 Mayo 2013] Disponible en: <http://www.breastcancer.org/es/sintomas/tipos/cdi>
- 17 Peralta O. Cáncer de mama en Chile, Datos epidemiológicos. Rev Chil obstet ginecol 2002; 67 (6): 439 - 445
- 18 Gomes D, Balabram D, Porto S, Gobbi H. Lobular neoplasia: frequency and Association with other breast lesions. Diagnostic pathology. 2011; 6:74: 6 páginas

- 19 Disconzi R et al, Descriptive study of breast cancer in Goiânia between 1989 and 2003. Rev Col Bras Cir. 2011; 38 (4): 212 – 216
- 20 Esengul Uzel, Metin Figen, Tuba Bek, Kubilay Inanc, Senem Onder, Hazmin Kisilkaya. Malignant fibrous histiocytoma of the breast in Young male patient: a case report and review of the literatura. Case rep oncol med. 2013; 2013: 524305
21. Breast Cancer Organization. CDIS: Carcinoma ductal in situ. [Internet]. 2013 [Citado 5 mayo 2013] Disponible en: <http://www.breastcancer.org/es/sintomas/tipos/cdis>
- 22 Grupo CTO. Manual CTO de Medicina y Cirugía, Ginecología y Obstetricia. 8a ed. CTO Editorial. 2011
- 23 Breast Cancer Organization. CLI: Carcinoma lobular invasivo. [Internet]. 2013 [Citado 5 mayo 2013] Disponible en: <http://www.breastcancer.org/es/sintomas/tipos/cli>
- 24 Mostafa J et al, Breast cancer patients in Libya: Comparison with European and central African patients. Oncology Letters. 2011; 2011 (245): 323 – 330
- 25 Angarita F y Acuña S. Cáncer de seno: de la epidemiología al tratamiento. Univ. Méd. Bogotá (colombia), 2008; 49 (3): 344 – 372