

INCIDENCIA DE TUMORES MALIGNOS DE LA MAMA. SERVICIO DE PATOLOGÍA MAMARIA. REPORTE PRELIMINAR

JOSÉ R PRINCE D, VILMA S MUÑOZ, BAHIA MAHMOUD S, DANIEL A GUERRERO T, JOSÉ E MORO B, EDDY V MORA

INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO", VALENCIA, ESTADO CARABOBO

RESUMEN

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente en mujeres y la segunda causa de muerte por cáncer. Revisión retrospectiva de historias médicas de todos aquellos pacientes con diagnóstico de tumores malignos de la glándula mamaria, que fueron diagnosticados y tratados de acuerdo los protocolos de Servicio de Patología Mamaria del Instituto de Oncología Miguel Pérez Carreño, durante el período enero 2005-diciembre 2015. Se seleccionaron un total de 657 historias médicas. Un 29,22 % de los tumores malignos mamarios se registraron en el grupo de 41-50 años. Los tumores epiteliales en nuestra investigación constituyeron 98,9 %. Un 88,46 correspondieron a carcinoma ductal infiltrante. El ductal *in situ* representa una proporción baja (0,92 %). Los estadios avanzados (IIB hasta IIIC), representaron en conjunto un 73,82 %. Se encontró una prevalencia del subtipo Luminal B (31,9 %). La intervención quirúrgica más frecuentemente realizada fue la mastectomía total (76,91 %).

PALABRAS CLAVE: Incidencia, cáncer, mama, cirugía, estadio.

SUMMARY

The breast cancer is the most common type of cancer in the women and the second leading cause of cancer death. A retrospective review of the medical records of all the patients diagnosed with malignant tumors of the mammary gland, which were diagnosed and treated according the protocols of the pathology service breast in the Institute of Oncology "Miguel Perez Carreño", during the period January 2005 place December 2015. A total of 657 medical records were selected. 29.22 % of breast malignancies were reported in the group of 41-50 years. The epithelial tumors in our research constituted 98.9 %. An 88.46 corresponded to ductal carcinoma. The carcinoma ductal *in situ* accounts for a small proportion (0.92 %). The advanced stages (IIB up IIIC), together accounted for 73.82 %. A prevalence of the Luminal subtype B (31.9 %) was found. The most frequently performed surgery was the total mastectomy (76.91 %).

KEY WORDS: Incidence, breast, cancer, surgery, stage.

Recibido: 12/05/2018 Revisado: 14/07/2018

Acceptado para publicación: 15/08/2018

Correspondencia: Dr. José R Prince D. Instituto de Oncología "Dr. Miguel Pérez Carreño" Antigua colonia

psiquiátrica Bárbula. Tel: 04144400812. E-mail: prineduno1@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres y la segunda causa de muerte por cáncer. Si bien los agentes causales directos del cáncer de mama siguen siendo en gran parte desconocidos, las estrategias para reducir la carga del cáncer de mama son la concientización, la detección temprana, el diagnóstico certero, el tratamiento oportuno y la atención de apoyo.

En América Latina y el Caribe cada año se diagnostica la enfermedad a aproximadamente 152 000 mujeres y 43 000 mueren por cáncer de mama ⁽¹⁾. En Venezuela, según cifras oficiales del Programa de Oncología del Registro Central de Cáncer del Ministerio del Poder Popular para la Salud, para el año 2013, se registraron un total de 22 416 casos nuevos de cáncer en mujeres, correspondiendo el primer lugar al cáncer de mama con 5 668 casos ⁽²⁾.

El Instituto de Oncología “Dr. Miguel Pérez Carreño” (IOMPC), ubicado en el Municipio Naguanagua, Estado Carabobo, constituye un importante centro de referencia de la patología oncológica del Centro-Occidente del país. Cuenta con el servicio de patología mamaria, en el cual se diagnostican y tratan pacientes con distintas entidades benignas y malignas de la mama.

MÉTODO

Se realizó una revisión retrospectiva de las historias médicas de todos aquellos pacientes con diagnóstico de tumores malignos de la glándula mamaria, que fueron diagnosticados y tratados de acuerdo los protocolos de nuestro servicio, durante el período enero 2005 -diciembre 2015.

Se escogieron como variables a estudiar: sexo, edad, diagnóstico histológico, estadio TNM, tipo

molecular y procedimiento quirúrgico realizado.

RESULTADOS

Se seleccionaron un total de 657 historias médicas, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión de nuestra investigación. Todas las pacientes fueron del sexo femenino. De acuerdo a la edad predominó el grupo entre 41-50 años (Figura 1).

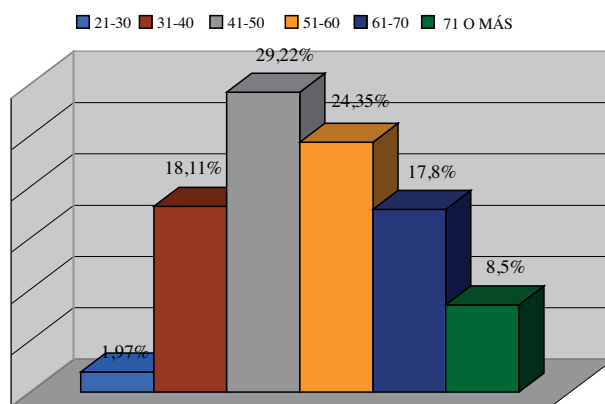


Figura 1. Distribución según grupo etario. Fuente: Departamento Historias Médicas IOMPC.

En relación con la estirpe histológica se evidenciaron un total de 650 casos de tumores epiteliales (98,93 %) y los restantes 7 casos (1,06 %) distribuidos entre tumores de histología mixta, mesenquimales y de origen linfático (Figura 2).

En la distribución por estadios predominaron los avanzados (Figura 3).

Según el tipo molecular 32 % fueron Luminal B, 27 % triple negativo, 17 % Luminal A, Her2 10 % y en el 14 % no se realizó la clasificación tipo molecular. Según el tipo de tratamiento quirúrgico predominó la mastectomía radical modificada (Figura 4).

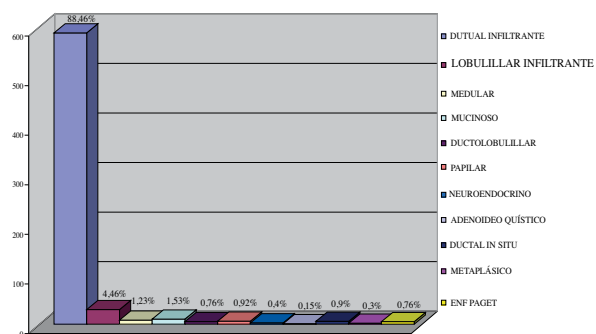


Figura 2. Tumores epiteliales. Fuente: Departamento Historias Médicas IOMPC.

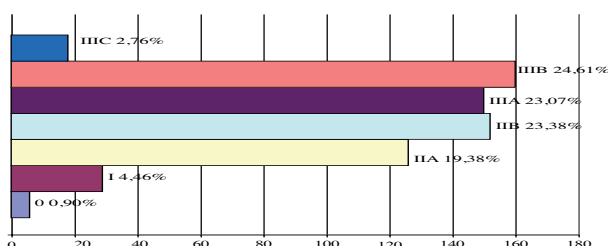


Figura 3. Distribución según estadios TNM. Fuente: Departamento Historias Médicas IOMPC.

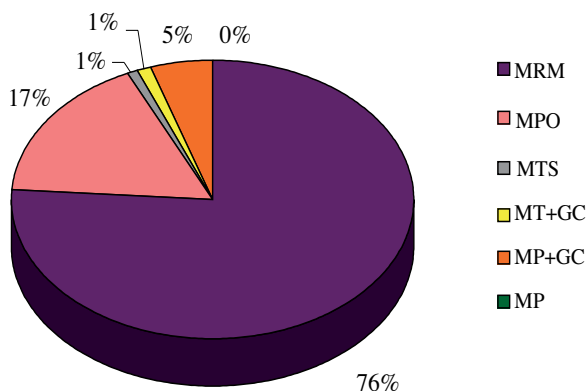


Figura 4. Tipo de tratamiento quirúrgico. Fuente: Departamento Historias Médicas IOMPC.

Se realizaron un total de 39 cirugías reconstructivas inmediatas por cáncer de mama, distribuidas de la siguiente manera: 19 reconstrucciones con músculo dorsal ancho 48,71 %, 11 reconstrucciones con implantes mamarios posteriores a mastectomías conservadoras de piel (28,20 %) y 9 colgajos TRAM (23,07 %).

DISCUSIÓN

En Venezuela, según cifras publicadas en 2016 por el Programa de Oncología del Ministerio del Poder Popular para la Salud, para el año 2013, se registraron un total de 22 416 casos nuevos de cáncer en mujeres, correspondiendo el primer lugar a la glándula mamaria con 5 668 casos ⁽²⁾.

Pare ese mismo año, según la misma fuente, la mayor parte de los casos nuevos (29,28 %), estuvieron en el grupo etario de 45-54 años; cifras que coinciden con nuestra serie en la cual un 29,22 % de los tumores malignos mamarios se registraron en el grupo de 41-50 años.

El cáncer de mama masculino es una entidad realmente rara. Las distintas estadísticas a nivel mundial le asignan a esta entidad un porcentaje inferior al 1 % ⁽³⁾. En el IOMPC los tumores malignos en hombres representaron un 0,4 % del total.

La gran mayoría de los tumores mamarios son adenocarcinomas y se cree derivan del epitelio mamario, particularmente de las células de la unidad ducto-lobulillar terminal (*TDLU, terminal ductal lobular unit*). El carcinoma de mama tiene diferentes fenotipos morfológicos y subtipos histopatológicos que presentan diferentes características clínicas y morfológicas ⁽⁴⁾. Los tumores epiteliales en nuestra investigación constituyeron el 98,9 %

El carcinoma ductal invasor NOS (*not otherwise specified*), no especificado de otra manera, es un grupo heterogéneo de tumores

que conforman el 65 % al 80 % de todos los carcinomas de la mama ⁽⁴⁾. Este espectro tan amplio se debe a que no existen criterios estrictos de inclusión. La gran mayoría de los tumores epiteliales de nuestra serie (88,46 %) corresponden a este grupo.

Foote y col., definen el carcinoma lobulillar de la mama como un tumor con una marcada reacción desmoplásica del estroma, un alineamiento de las células del carcinoma y su tendencia a crecer de manera circunferencial alrededor de los ductos y los lobulillos. Se le considera un tipo histológico específico de carcinoma, cuyo origen es el epitelio lobulillar y el conducto terminal. Representa el 5 %-15 % de los cánceres de mama ⁽⁴⁾. Los carcinomas lobulillares infiltrantes ocuparon el segundo lugar en el presente estudio con un 4,46 % del total.

El uso rutinario de la mamografía y los adelantos tecnológicos permiten el reconocimiento de hasta el 95 % de los carcinomas ductales *in situ* (CDIS) que son clínicamente inaparentes. La “generalización” de la mamografía como método de detección precoz ha provocado cambios importantes en la incidencia del CDIS, representando en promedio, en distintas publicaciones locales y foráneas, un 10 %-15 % de los cánceres diagnosticados ⁽⁵⁾. Lamentablemente en nuestro medio, probablemente relacionado con fallas en los programas de tamizaje, el CDIS representa aun una proporción muy baja (0,92 %).

Una información de interés es la distribución por estadio, porque constituye un indicador de la calidad del diagnóstico en la enfermedad. Al realizar la distribución de los casos atendiendo a los criterios establecidos por la AJCC, los estadios avanzados (IIB hasta IIIC), representaron en conjunto un 73,82 %. Estas cifras resultan excesivas y podrían ser atribuidas a la desinformación y al temor de la población femenina venezolana frente a esta patología. Esto indica entre otras cosas la necesidad de

llevar a cabo, más campañas de divulgación e información sobre esta enfermedad.

Al categorizar los tumores desde el punto de vista inmunohistoquímico, según la clasificación propuesta por Carey y col., se encontró una prevalencia del subtipo Luminal B (31,9 %), triple negativo (27,07 %), Luminal A (17,21 %) y HER2 (9,54 %) ⁽⁵⁻⁷⁾, diferente a lo reportado por otras series como las de Uribe y col., ⁽⁸⁾, Irigoyen y col., ⁽⁹⁾ y Calderón y col., ⁽¹⁰⁾; en todos ellos el subtipo Luminal A fue el más frecuente, superando el 50 %.

El tratamiento quirúrgico de la mama, ha sufrido profundos cambios en sus paradigmas en los últimos 30 años del siglo pasado, pasando de los tratamientos ultra radicales a la conservación de la mama. En el siglo XXI, instaurada definitivamente la biopsia de ganglio centinela, comenzamos a cuestionarnos, la necesidad de continuar la disección ganglionar después de hallar un ganglio centinela positivo.

Aun en este nuevo contexto, el número de mastectomías no ha bajado del 30 %, incluso en las instituciones más prestigiosas tanto nacionales como internacionales, que lleva a un innegable daño estético y consiguientemente psicológico. Es así como surge el concepto acuñado por Audrestch W y col., de cirugía oncoplástica, que “es la integración de la cirugía plástica en el proceso de resección oncológica del tumor para minimizar el impacto estético” ⁽¹¹⁾. Esto se aplica tanto a la cirugía conservadora como a la reconstrucción de la mastectomía.

Es decir, la cirugía mamaria se ha complejizado notablemente, lo que obliga al cirujano de mama a perfeccionarse en estas técnicas, de modo de poder ofrecer a la paciente no sólo el intento curativo, sino también óptimos resultados estéticos a fin de impactar lo menos posible en su calidad de vida.

Sin embargo, en nuestra institución, mantenemos una elevada tasa de mastectomías totales, representando este procedimiento el

76,91 % de las intervenciones quirúrgicas por cáncer realizadas en el IOMPC. Asimismo, se realizaron un total de 37 casos de identificación de ganglio centinela. Estas últimas cifras en concordancia con los estadios avanzados en nuestra serie al momento del diagnóstico.

A pesar de las limitaciones en materiales y en recursos humanos, durante el período estudiado, se realizaron un total de 39 procedimientos oncológicos reconstructivos inmediatos, siendo la técnica más frecuentemente utilizada el colgajo dorsal ancho (48,71 %).

REFERENCIAS

1. GLOBOCAN 2012 (IARC). Section of cancer surveillance Disponible en: URL: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>.
2. MPPS. Programa de Oncología. Registro Central de Cáncer. 2016. Disponible en: URL: www.mpps.gob.ve.
3. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin*. 2005;55:74-108.
4. Foote Fw Jr, Stewart Fw. A histologic classification of carcinoma of the breast. *Surgery*. 1946;19:74-99.
5. Carey LA1, Dees EC, Sawyer L, Gatti L, Moore DT, Collichio F, et al. The triple negative paradox: Primary tumor chemo sensitivity of breast cancer subtypes. *Clin Cancer Res*. 2007;13(8):2329-2334.
6. Rosen PP. The pathological classification of human mammary carcinoma: Past, present and future. *Ann Clin Lab Sci*. 1979;9:144-156.
7. Stuart K, Boyagues J, Brennan M, Ung O. Ductal carcinoma in situ. Management update. *Aust Fam Physician*. 2005;34(11):949-954.
8. Uribe J, Hernández C, Menolascino F, Rodríguez JE, Istúriz LM, Márquez ME, et al. Clasificación molecular del cáncer de mama y su correlación clínica. *Rev Venez Oncol*. 2010;(2):109-116.
9. Irigoyen MA, García FV, Iturriagoitia AC, Beroiz BI, Martínez MS, Grima FG. Subtipos moleculares del cáncer de mama: Implicaciones pronosticas y características clínicas e inmunohistoquímicas *An Sist Sanit Navar*. 2011;34:219-233.
10. Calderón-Garcidueñas AL, Martínez-Reyes G, Gallardo-Gómez AI, Rojas-Martínez A, Cerda-Flores RM. Triple marker immunohistochemistry analysis in breast cancer Mexican patients. *Patol Rev Latinoam*. 2012;50(2):72-79.
11. Audretsch W, Rezai M, Kolotas C, Zamboglou N, Schnabel T, Bojar H. Tumor-specific immediate breast reconstruction in breast cancer patients. *Perspect Plast Surg*. 1998;11:71-106.