

**Patologías mamarias en pacientes atendidas en el hospital “Carlos Andrade Marín”.
Enero-octubre 2013**

**Mammary pathologies in patients treated at the "Carlos Andrade Marín" hospital.
January-October 2013**

Autores:

Erika Lizeth Sananay Auquilla¹

Edwin Danilo Salao Pérez²

Jessica Monserrat Toscano Guacho³

¹Hospital Militar HB-11, Riobamba, Ecuador

²Hospital Gineco-Obstetrico Luz Elena Arismedy, Quito, Ecuador

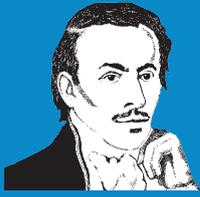
³Distrito Chambo-Riobamba 01D06, Ecuador

Autor de correspondencia: Erika Lizeth Sananay Auquilla. Email: erik_sa@hotmail.es.
Teléfono: 0983195479. Dirección: Barrio San Jose del Chibunga, Riobamba, Chimborazo,
Ecuador.

RESUMEN

Se realizó una investigación con enfoque mixto, de tipo observacional descriptiva, de corte transversal; con el propósito de caracterizar las patologías mamarias, así como los factores de riesgo en las pacientes atendidas en la consulta de Mastología del Hospital del Instituto Ecuatoriano del Seguro Social “Carlos Andrade Marín”, en la ciudad de Quito, durante el período enero-octubre de 2013. La totalidad de la población (326 pacientes de sexo femenino) fue incluida en el estudio; en las que predominó el rango de 40 a 60 años, y el antecedente familiar de cáncer de mamas; la presencia de nódulos resultó la principal causa por la que las pacientes asistieron a la consulta de Mastología; el 88,9 % en el caso de las diagnosticadas con lesiones benignas y el 80,1 % para las malignas. Las presentaciones anátomo-patológicas más frecuentes en las pacientes diagnosticadas con LMB estuvieron dadas por los cambios fibroquísticos (39 %) y los fibroadenomas, con un 30 %. En estudio ecográfico se apreció contornos irregulares en las imágenes de los diagnósticos malignos contrariamente a lo ocurrido en los benignos. El diagnóstico de certeza de lesiones mamarias malignas resultó mayoritariamente en estadios tempranos, posibilitando la adopción de medidas terapéuticas más efectivas.

Palabras clave: enfermedades de la mama, factores de riesgo, autoexamen de mamas.



ABSTRACT

A research with a mixed approach, of a descriptive observational type, of a cross-sectional nature was carried out in order to characterize the mammary pathologies, as well as the risk factors in the patients treated in the Mastology consultation of Ecuadorian Social Security Institute "Carlos Andrade Marín" Hospital, in the city of Quito, during the period January-October of 2013. The entire population (326 female patients) was included in the study; in which the range of 40 to 60 years of age prevailed, and the family history of breast cancer. Patients mainly attended the consultation of Mastology because of the presence of nodules. 88.9% of cases were diagnosed with benign lesions and 80.1% with malignant ones. The most frequent anatomical-pathological presentations in patients diagnosed with LMB were given due to fibrocystic changes 39% and fibroadenomas with 30%. Irregular contours were seen in the images of the malignant diagnoses in an ultrasound study, contrary to what happened in the benign ones. The diagnosis of certainty of malignant mammary lesions was mainly in the early stages by allowing the adoption of more effective therapeutic measures.

Keywords: breast diseases, risk factors, breast self-examination.

INTRODUCCIÓN

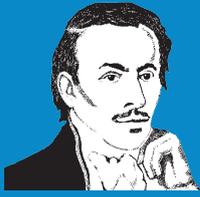
La glándula mamaria puede ser afectada por numerosos procesos inflamatorios benignos de distinto origen. Estos ocurren mayormente en mujeres en edad reproductiva.^(1,2) Esas patologías se presentan con elevada frecuencia en esa población, con una alta probabilidad de existencia de problemas tanto diagnósticos como terapéuticos.^(3,4)

Cualquier estado patológico de la mama requiere de un diagnóstico diferencial con el cáncer de mama; el mismo deberá fundamentarse en las características clínicas de la lesión para aumentar el margen de certeza.⁽⁵⁾

A nivel mundial, el cáncer de mama resulta el más frecuente entre las mujeres.⁽⁶⁾ Los principales factores de riesgo identificados en la literatura están relacionados con la alimentación, elementos reproductivos, menarquia precoz y tardía, uso prolongado de estrógenos, primer embarazo en edad madura y la lactancia materna.⁽⁷⁾

Afortunadamente, prevalecen los diagnósticos de lesiones inflamatorias mamarias que resultan ser benignas. No obstante, el médico debe mantenerse expectante mientras no se excluya la posibilidad de presencia de cáncer mamario.^(8,9)

El facultativo debe ordenar una biopsia siempre que sospeche la presencia de esa entidad patológica debido a las características de las manifestaciones clínicas y que los resultados de los primeros estudios no resultan concluyentes.^(3,5,10)



Las mujeres pueden percibir cuando son portadoras de un nódulo mamario mediante el autoexamen; ante esta posible situación, deben acudir inmediatamente al especialista para que este pueda establecer un diagnóstico que aclare su condición y le brinde soporte psicológico para sobrellevar el estado de angustia que comúnmente se genera.⁽¹⁾

En 2012, las estadísticas reportadas en el Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM), en relación con la Consulta de Mastología, reflejó un problema de salud que requería de una caracterización de esa situación con vista a adoptar medidas al respecto. Entre los diagnósticos de las 264 pacientes atendidas en ese período sobresalieron la mastopatía quística difusa (45.14%), tumores benignos de mama en estudio (18,98%) y tumores malignos de mama (25.5%).⁽¹¹⁾

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación con enfoque mixto, de tipo observacional descriptiva, de corte transversal; con el propósito de caracterizar las patologías mamarias, así como los factores de riesgo en las pacientes atendidas en la consulta de Mastología del Hospital del Instituto Ecuatoriano del Seguro Social “Carlos Andrade Marín”, en la ciudad de Quito, durante el período enero-octubre de 2013.

La totalidad de la población incluida en la investigación estuvo constituida por 326 pacientes de sexo femenino, atendidas en el contexto de estudio en cuestión; cuyas características fueron:

- Estar afiliadas al Seguro Social.
- Presentar manifestaciones clínicas y/o nódulos relacionados con patología de mama.
- Cumplir con protocolo diagnóstico que incluyó ecografía y biopsia.

Variables de estudio: edad, número de gestaciones, paridad, abortos, método anticonceptivo, antecedentes patológicos familiares y personales y características ecográficas.

La recolección de datos se realizó mediante la revisión de historias clínicas únicas en el sistema informático médico utilizado a nivel nacional para atención del paciente llamado MIS AS400, para lo cual se confeccionó la respectiva guía; los que se procesaron en tres etapas: recogida y organización en la base de datos Microsoft Excel; análisis a través de frecuencias relativas y absolutas de las características de las variables de interés; e interpretación de estas para establecer los factores de riesgo presentes.

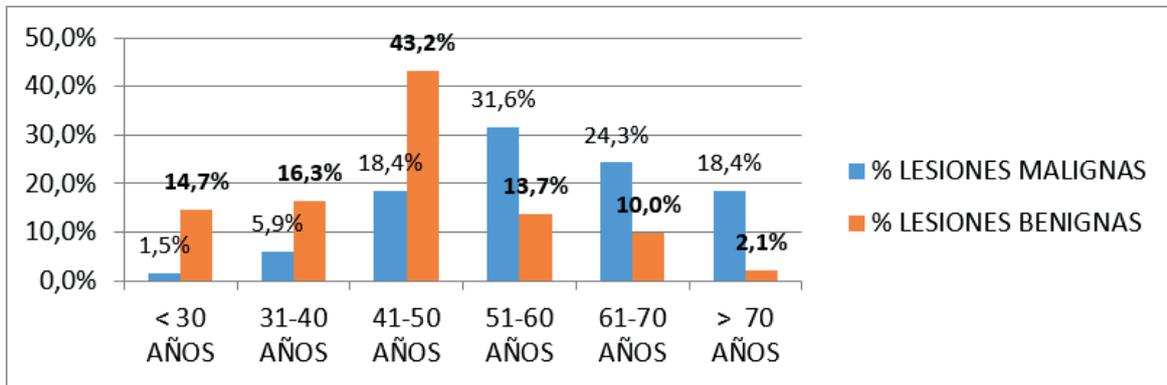
El proceso investigativo contó con la autorización de la dirección del Hospital del Instituto Ecuatoriano del Seguro Social “Carlos Andrade Marín”, en la ciudad de Quito. Los resultados obtenidos se socializaron con los involucrados en el estudio con vista a posibles acciones al respecto. La información derivada de la investigación no tuvo un uso maleficiente.



RESULTADOS

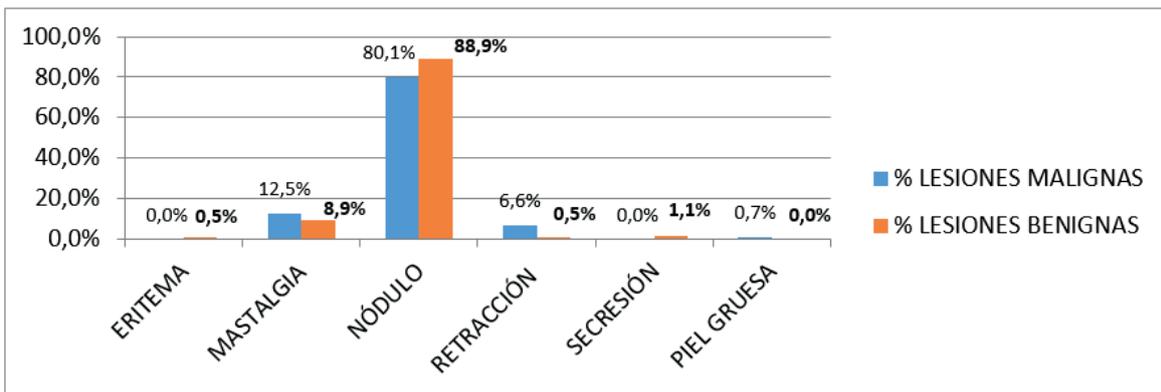
Los resultados observados en la investigación que se presenta arrojaron que la edad de las pacientes osciló entre los 13 y 86 años, predominando el rango de 40 a 60 años. Las diagnósticas reflejaron que 136 pacientes de la muestra presentaron lesiones malignas, mientras que 190 fueron benignas. Más del 60 % de la totalidad refirió tener antecedentes familiares de cáncer de mama.

Gráfico 1. Tipos de lesiones mamarias según edad



La mayoría de las pacientes diagnosticadas con lesiones mamarias benignas (LMB) se concentraron en el grupo de edades de 41 a 50 años (43,2%), con un promedio de 44,4 años. Sin embargo, en el caso de las malignas (LMM) se observó una media de 58,3 años y el rango que prevaleció fue desde 51 hasta 60 años, para el 31,6% (gráfico 1).

Gráfico 2. Signos y/o síntomas por los que se acudió a consulta según tipo de lesión.

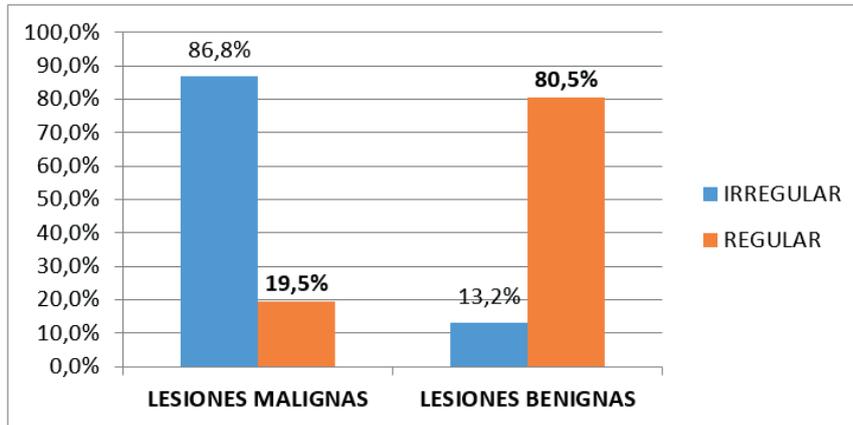


La presencia de nódulos resultó la principal causa por la que las pacientes asistieron a la consulta de mastología; el 88,9 % en el caso de las diagnosticadas con lesiones benignas y el 80,1 % para las malignas (gráfico 2).

Entre las diagnosticadas con LMM predominaron aquellas con un solo nódulo (66,2 %), y se obtuvo un promedio de 1,6 nódulos por paciente. Sin embargo, en el caso de las LMB, el 59,8% tuvo más de una formación nodular y el promedio de presencia de estos por individuo fue de 2,96.



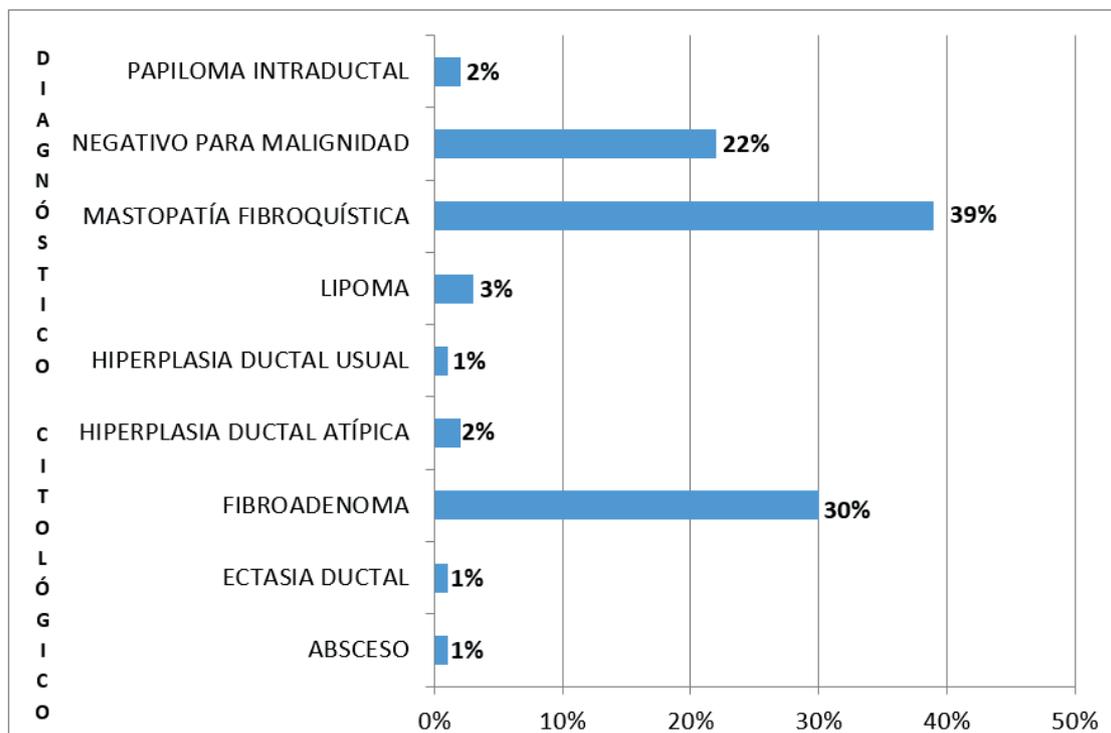
Gráfico 3. Características del contorno de la imagen en ecografía según tipo de lesión mamarias.



En relación con las características del contorno de la lesión que se observa en la ecografía, se apreció que el 80,5 % de LMB impresionó bordes regulares; mientras que, para las LMM, el 86,8 % resultó irregular (gráfico 3). En ambos casos predominaron las imágenes hipoecogénicas.

En la población de estudio preponderaron las pacientes con al menos una gestación. Entre aquellas con lesiones mamarias benignas (LMB), el 78,4 % tuvo esa característica, mientras que entre las que presentaron lesiones mamarias malignas (LMM) fue el 81,6 %.

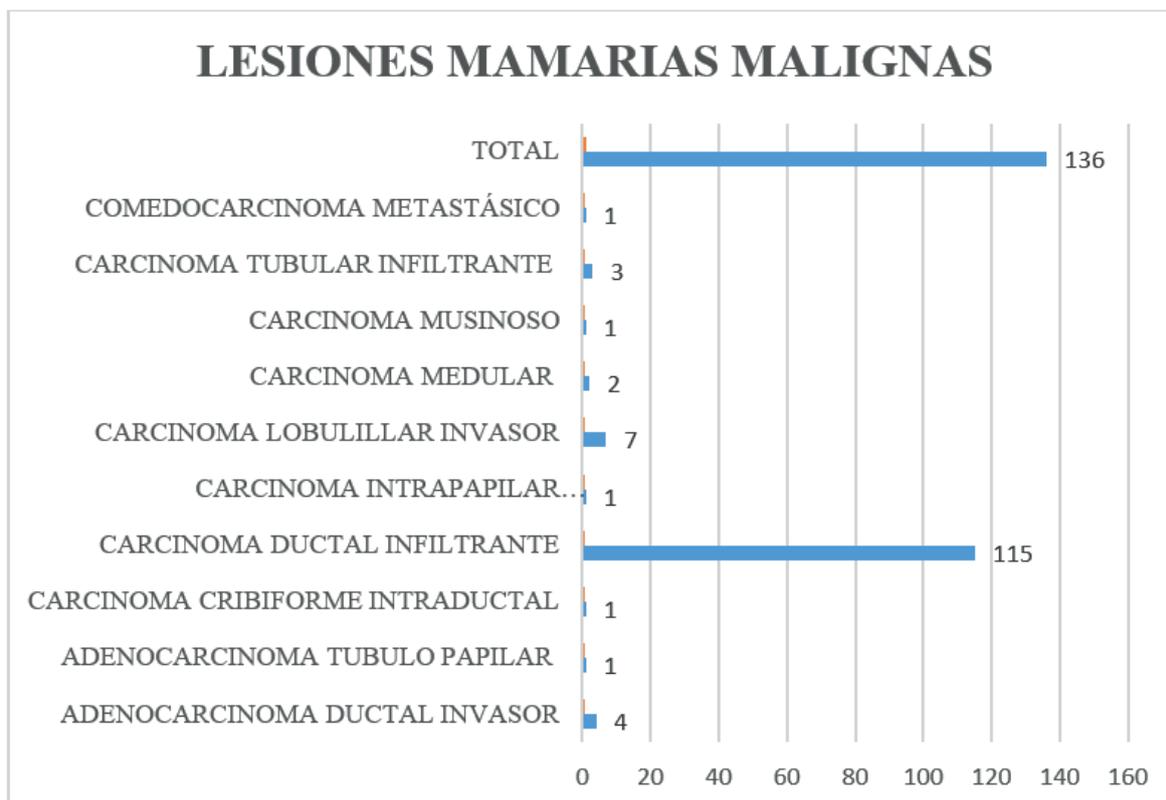
Gráfico 4. Presentación anátomo-patológica en las integrantes de población diagnosticada con LMB





Las presentaciones anátomo-patológicas más frecuentes en las pacientes diagnosticadas con LMB estuvieron dadas por los cambios fibroquísticos (39 %) y los fibroadenomas, con un 30 % (gráfico 4).

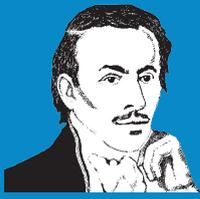
Gráfico 5. Presentación anátomo-patológica en las integrantes de muestra diagnosticadas con LMM



El 84,56 % de las pacientes con diagnóstico de LMM que participaron en la investigación tuvo una presentación anátomo-patológica en forma de carcinoma ductal infiltrante (gráfico 5). En estas mujeres, al momento de tener certeza diagnóstica, el 32 % se encontraba en estadio 2A, el 21 % 2B (21 %) y 1 (17 %); lo que indicó una detección temprana que posibilita la adopción de medidas terapéuticas más efectivas.

DISCUSIÓN

La mayoría de los cánceres de mama son positivos a receptores hormonales, diagnosticados después de los 50 años de edad y de etiología multifactorial.⁽¹²⁾ Cualquier variable que incremente el riesgo de cáncer de mama constituye factor a tener en cuenta al respecto; la literatura identifica varios de ellos, así como la magnitud con que pueden incidir.⁽¹³⁾ Fernández y col., las agrupan en alto o moderado y bajo.⁽¹⁴⁾



Alto o moderado riesgo: ⁽¹⁴⁾

- Pacientes con mutaciones en los genes de Breast Cáncer (BRCA) 1 y 2.
- Lesiones proliferativas de la mama.
- Antecedentes familiares de primera línea de consanguinidad con cáncer bilateral o que lo haya padecido antes de los 50 años sin mutaciones demostradas.
- Antecedente personal de esta patología.

Riesgo bajo:

- Lesiones de mama no proliferativas.
- Ser adulto mayor.
- Antecedente familiar de cáncer de mama en segundo o tercer grado de consanguinidad.
- Características reproductivas: menarquia precoz, nuliparidad o primer parto después de los 35 años, menopausia tardía.
- Terapia de reemplazo hormonal por más de 5 años.
- Prolongado alcoholismo o tabaquismo.
- Estilo de vida desordenados.
- Obesidad.

Fernández et al.⁽¹⁴⁾ señalan que el Carcinoma ductal o lobulillar in situ constituyen la forma más precoz de cáncer de mama. Estos resultan la transformación maligna de células epiteliales que cubren los lóbulos y los ductos mamarios. La ubicación anatómica de esas células normalmente no traspasa la membrana basal.

La edad está reconocida como uno de los principales factores de riesgo de cáncer de mamas. Los resultados obtenidos al respecto corroboran la teoría a favor del incremento de la posibilidad de padecer esta patología en la medida que se envejece.⁽¹⁵⁾

En equipo liderado por Hernández, al explorar esta variable reportó que la media de la edad en las pacientes diagnosticadas con LMB fue de 51,43 años; mientras que para las LMM alcanzó los 54,47 años.⁽¹⁶⁾

Entre la población femenina, el cáncer de mama resulta el más frecuente; además de la causa principal de muerte a nivel mundial. En 2012, se estimó que de 1 700 000 casos existentes 521 900 fallecieron, representando el 15 % de las muertes por cáncer en las mujeres.⁽¹⁷⁾

La predisposición hereditaria está ampliamente reconocida como uno de los principales factores de riesgo, al respecto se destacan algunas características: asociación con cáncer ovárico, antecedente familiar de este último o de mama, afectación bilateral y aparición en edades tempranas. Se estima que el 5-10 % de los casos tienen un patrón hereditario autosómico dominante. Aproximadamente, el 30 % es atribuido a la presencia de mutaciones germinales en los genes BRCA1 y BRCA2.⁽¹⁸⁾



En relación con las lesiones mamarias, la principal función de la ecografía es la valoración diagnóstica de masas palpables o identificadas con mamografía; este ha demostrado tener un alto margen de eficacia en el análisis adicional de las anomalías no calcificadas, asimetrías y distorsiones.⁽¹⁹⁾

CONCLUSIONES

El rango de edades entre 40 y 60 años predominó en la población estudiada; al igual que las diagnosticadas con lesiones mamarias benignas y aquellas con antecedentes familiares de cáncer de mamas y al menos una gestación. La mayoría de las pacientes diagnosticadas con lesiones mamarias benignas se concentraron en el grupo de edades de 41 a 50 años, mientras que en el caso de las malignas fue desde 51 hasta 60 años.

La principal causa por la que acudieron a la consulta de Mastología las mujeres involucradas en la investigación fue la presencia de nódulos.

En estudio ecográfico se apreció contornos irregulares en las imágenes de los diagnósticos malignos contrariamente a lo ocurrido en los benignos. Las presentaciones anátomo-patológicas más frecuentes en las pacientes diagnosticadas con lesiones mamarias benignas fueron los cambios fibroquísticos y los fibroadenomas; mientras que en los casos de malignas resultó en forma de carcinoma ductal infiltrante. El diagnóstico de certeza de lesiones mamarias malignas resultó mayoritariamente en estadios tempranos, posibilitando la adopción de medidas terapéuticas más efectivas.

Conflicto de intereses: los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Declaración de contribución: Erika Lizeth Sananay Auquilla, Edwin Danilo Salao Pérez, Jessica Monserrat Toscano Guacho trabajaron en la recogida de los datos, su interpretación y en la redacción del artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rubiano-Vinueza J, Trujillo D. Condición Fibroquística de la Mama. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Cali: ASCOFAME; 2011.
2. Tarragona-Foradada J, Gallel-Vicente P. Análisis citológico de las secreciones del pezón en el diagnóstico de la patología mamaria. JANO [Internet]. 2007 Jun [citado 2016 Ene 13]; (1657): 34-26. Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1657/34/1-v0n1657a13107442pdf001.pdf>.
3. Cruz-Benítez L, Cruz-Sánchez LN, Simón-Nacif EG. Correlación diagnóstica entre biopsia por aspiración con aguja fina, estudio histopatológico transoperatorio y estudio histopatológico definitivo de tumores de mama. Redalyc Mex. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas [Internet]. 2011 [citado 2016 Oct 23]; 16(2): 61-66. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47319326003.pdf>.



4. Pérez JA, Barrientos L, Henning E, Uherek F, Salem C, Schultz C, et al. Procesos inflamatorios benignos de la mama. Artículo de actualización. Cuad. Cir. [Internet] 2000 [citado 2016 Oct 21]; (14): 70-79. Disponible en: <http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadcir/v14n1/art13.pdf>.
5. Torres M, et al. Recomendaciones en el manejo diagnóstico de lesiones mamarias. Madrid: Consejería de salud; 2003.
6. Yubero A. Mujer de riesgo para cáncer de mama: Prevención y manejo. Boletín oncológico [Internet]. 2013 [citado 2016 Oct 12]; (14): [aprox 2 p]. Disponible en: <http://www.boloncol.com/boletin-14/mujer-de-riesgo-para-cancer-de-mama-prevencion-y-manejo.html>.
7. Organización Mundial de la Salud. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Vol. 7. Lyon: IARC Library; 2008.
8. Castro-Barba M, Cobos-Bombardiere MP, Sarquis F, Luna G, Miller B. Lesiones benignas de mama que pueden simular un carcinoma en estudios imagenológicos. Rev. argent. radiol. [Internet]. 2011 Mar [citado 2016 Jun 28]; 75(1): 27-32. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-99922011000100007&lng=es.
9. Hospital Universitario Reina Sofía. Protocolo de cáncer de mama. Prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Córdoba: Hospital Universitario Reina Sofía; 2009.
10. Bravo ME, Peralta O, Neira PV, Itriago L. Prevención y seguimiento del cáncer de mama, según categorización de factores de riesgo y nivel de atención. Rev Méd Clín Las Condes [Internet]. Julio 2013 [citado 2016 Nov 20]; 24(4): 578:587. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013701986>. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70198-6](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70198-6).
11. Departamento de Estadística del Hospital del Instituto Ecuatoriano del Seguro Social "Carlos Andrade Marín". Reporte estadístico anual 2012. Quito: HCAM; 2013.
12. Weitzel JN. The Genetics of Breast Cancer. What the Surgical Oncologist Needs to Know. Surg Oncol Clin N Am [revista en Internet]. 2015 [citado 2016 Sep 2];24(4): [aprox. 20p]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.soc.2015.06.011>.
13. Aguilar Cordero M, Neri Sánchez M, Padilla López CA, Pimentel Ramírez ML, García Rillo A, Sánchez López AM. Factores de riesgo como pronóstico de padecer cáncer de mama en un estado de México. Nutr Hosp. 2012;27(5):1631-6.
14. Fernández Á, Reigosa A. Riesgo de cáncer de mama en mujeres con patología mamaria benigna. Comunidad y Salud [Internet]. 2015 Jun [citado 2016 Jun 25]; 13(1): 78-86. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932015000100011&lng=es.



15. Reina-Suárez M, Ramos-Rangel Y, Cisnero-Pimentel L, Reina-Sarmiento M, Alcelú-Sarduy M, González-Suárez M. Characterization of patients with breast cancer and their accompanying relatives. *Medisur* [Internet]. 2018 Feb [citado 2016 Jun 20]; 16(1): 47-54. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2018000100008&lng=es.
16. Hernández-Dimas BR, Márquez-Gloria BL. Factores de riesgo conocidos para cáncer de mama pacientes con cáncer, patología benigna, no patología. *Rev. venez. oncol.* [Internet]. 2010 Mar [citado 2016 Jun 20]; 22(1): 16-31. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822010000100003&lng=es.
17. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2015 [citado 22 Sep 2016]; 65(2): [aprox. 20p]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21262/full>.
18. Miguel-Soca P, Argüelles-González I, Peña-González M. Factores genéticos en la carcinogénesis mamaria. *Rev. Finlay* [Internet]. 2016 Dic [citado 2016 Jun 22]; 6(4): 299-316. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000400007&lng=es.
19. González-Blanco M. Factores de riesgo, prevención y despistaje del cáncer de mama. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2015 Jun [citado 2016 Jun 22]; 75(2): 075-080. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000200001&lng=es.

Recibido: 29 de noviembre de 2016

Aprobado: 16 de enero de 2017