

Identificación de lesiones mamarias malignas en México

Lizbeth López-Carrillo, Dr. P.H.,⁽¹⁾ Luisa Torres-Sánchez, M. en Sc.,⁽²⁾
Malaquías López-Cervantes, Ph. D.,⁽²⁾ Celina Rueda-Neria, Lic.en I.A.⁽²⁾

López-Carrillo L, Torres-Sánchez L,
López-Cervantes M, Rueda-Neria C.
Identificación de lesiones
mamarias malignas en México.
Salud Publica Mex 2001;43:199-202.

El texto completo en inglés de este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

López-Carrillo L, Torres-Sánchez L,
López-Cervantes M, Rueda-Neria C.
Identification of malignant
breast lesions in Mexico.
Salud Publica Mex 2001;43:199-202.

The English version of this paper is available at: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Resumen

Objetivo. Evaluar la forma en que se detectan las lesiones mamarias malignas en la ciudad de México y estimar el número de pacientes que son diagnosticadas en etapas avanzadas de dicho tumor. **Material y métodos.** Estudio transversal realizado en 256 mujeres entre 1994 y 1996, a quienes se les hizo un diagnóstico histopatológico de cáncer mamario en tres hospitales públicos de tercer nivel en la ciudad de México. Se les entrevistó personalmente y se obtuvo información acerca de sus características reproductivas, clínicas y la forma en la que fue detectado el cáncer mamario. Se calcularon porcentajes y razones de momios, con un intervalo de confianza de 95%. **Resultados.** El 90% de las mujeres identificaron por sí mismas la presencia de un abultamiento en el seno. Del total de las pacientes, sólo 10% fueron diagnosticadas con tumores en estadio I y 27 casos fueron identificados por el médico; estos últimos resultaron con tumores de estadios II B en adelante. **Conclusiones.** La situación actual sugiere que la mortalidad por cáncer mamario en la ciudad de México mantendrá su tendencia al incremento, a menos de que se logre aumentar la proporción de mujeres diagnosticadas en la etapa de los tumores *in situ*, para lo cual se requieren cambios en el funcionamiento de los servicios y un vasto esfuerzo educativo entre la población susceptible de desarrollar la enfermedad. El texto completo en inglés de este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Palabras clave: neoplasmas de la mama; identificación de lesiones; educación en salud; México

Abstract

Objective. To evaluate the modes of detection of breast malignancies in Mexico City and to estimate the number of patients diagnosed in advanced stages. **Material and methods.** This cross-sectional study was conducted between 1994 and 1996, among 256 women with a histological diagnosis of breast cancer, at three tertiary level public hospitals in Mexico City. Personal interviews were conducted to collect data on reproductive characteristics, clinical history, and breast cancer modes of detection. Data analysis consisted of percentages, odds ratios, and 95% confidence intervals. **Results.** Ninety percent of women sought medical care after identifying a breast lump by themselves. Only 10% of patients had a stage-I tumor; all 27 cases first identified by a physician were in stage II-B and higher. **Conclusions.** An increasing trend of breast cancer mortality in Mexico City will persist, unless a greater proportion of tumors *in situ* is detected; this would require enhancing breast cancer screening programs and conducting an intense educational intervention among women at risk. The English version of this paper is available at: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Key words: breast neoplasms; identification of breast lesions; health education; Mexico

(1) Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), México.

(2) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, INSP, México.

Fecha de recibido: 27 de julio de 2000 • Fecha de aprobado: 19 de diciembre de 2000
Solicitud de sobretiros: Dra. Lizbeth López Carrillo. Instituto Nacional de Salud Pública. Avenida Universidad 655,
colonia Santa María Ahuacatlán, 62508 Cuernavaca, Morelos, Mexico.
Correo electrónico: lizbeth@insp3.insp.mx

En promedio, cada día 25 mujeres son diagnosticadas de cáncer mamario en México.¹ Hasta ahora, no existe país alguno donde se haya logrado revertir o atenuar la tendencia creciente del número de pacientes a quienes afecta esta neoplasia maligna.²

El panorama es poco alentador, ya que los factores de riesgo hasta ahora identificados con el desarrollo del cáncer mamario (como edad temprana de la menarca, nuliparidad, edad tardía de la menopausia, antecedentes familiares de cáncer mamario, etc.), en México³ y otros países,^{4,5} no son susceptibles de modificación; de hecho, parecen estar relacionados con cambios deseables como una mejor nutrición, la disminución de la fertilidad, la postergación de la edad al nacimiento del primer hijo y otros más.

El diagnóstico temprano es, por el momento, la única herramienta útil y ha permitido que los países desarrollados mantengan constante la tasa de mortalidad por cáncer mamario, a pesar de que la incidencia haya seguido en aumento.⁶ Esta situación contrasta con el caso de México, donde la mortalidad por cáncer mamario estandarizada por edad, entre 1990 y 1998, se elevó de 13.16 por 100 000 mujeres entre 25 y más años en 1990, a 15.12 en 1998.⁷

En el presente trabajo se presentan las características clínicas y la forma que permitió identificar a 256 mujeres como casos nuevos de cáncer mamario en tres hospitales de la ciudad de México.

Material y Métodos

Estudio transversal realizado en 256 mujeres a quienes se les diagnosticó por primera vez cáncer mamario, durante el desarrollo de un estudio de casos y controles,⁸ entre 1994 y 1996. Todas las mujeres incluidas acudieron a consulta por primera vez al Instituto Nacional de Cancerología, al Hospital General de México o al Hospital Picacho de Petróleos Mexicanos, de la ciudad de México.

El diagnóstico de cáncer mamario fue corroborado histológicamente y se determinó el estadio del tumor siguiendo los criterios TNM propuestos por el Comité Americano del Cáncer (tumor, nódulo, metástasis).⁹

A cada participante se le aplicó un cuestionario estructurado para recoger información sobre características sociodemográficas y reproductivas, antecedentes familiares en primer grado de cáncer de mama, así como dos preguntas relacionadas con la forma mediante la cual se identificó la lesión y cuáles fueron los signos y síntomas asociados.

El análisis de la información se llevó a cabo con el paquete estadístico Stata 5.0.

Resultados

La edad promedio de las mujeres participantes fue de 50 años con una amplitud de 20 a 90 años. La presencia de los factores de riesgo conocidos para el cáncer mamario, como el inicio de la menarca antes de los 12 años, se observó en aproximadamente 14% de las mujeres; cerca de 20% fueron nulíparas, y entre aquellas que tuvieron hijos, cerca de 17% no dio lactancia materna, mientras que 11% reportó tener antecedente familiar de cáncer mamario. Asimismo, 52.94% de las mujeres informaron no menstruar, y de éstas, 74.05% correspondió a mujeres con menopausia natural.

Como se puede observar en el cuadro I, la mayoría de las pacientes (cerca de 90%) identificaron por sí

Cuadro I
CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS
CON LA IDENTIFICACIÓN DE LESIONES MAMARIAS
MALIGNAS. MÉXICO, 1994-1996

Característica	Frecuencia	
	n	%
Persona que identificó la lesión		
Paciente	229	89.45
Médico	27*	10.55
Clasificación clínica del tumor		
Estadio I	26	10.16
Estadio II A	88	34.38
Estadio II B	78	30.47
Estadio III A	17	6.64
Estadio III B	28	10.94
Estadio IV	19	7.42
Primeros síntomas o signos		
Tumor sin dolor	182	71.09
Tumor con dolor	26	10.16
Retracción o secreción por el pezón	17	6.64
Cambios en la piel	10	3.91
Ganglios axilares	5	1.95
Dolor	10	3.91
Otros	6	2.34

* Los 27 tumores corresponden a estadios de II B en adelante, es decir, tumores de más de 5 cm en su diámetro mayor o con algún tipo de metástasis

mismas la presencia del algún síntoma o signo de cáncer mamario, que en la mayoría de los casos fue un abultamiento o nódulo indoloro, lo cual motivó la búsqueda de atención médica; en consecuencia, la mayor parte de las mujeres correspondieron a estadios avanzados del tumor y solamente 10% de las pacientes, que participaron en nuestro estudio, fueron diagnosticadas con tumores en estadio I, es decir, antes de que presentaran algún tipo de metástasis. Al respecto, es importante mencionar que los 27 casos de cáncer mamario que fueron identificados por el médico correspondieron a tumores de estadios IIB en adelante, es decir, nódulos de cinco o más centímetros o con algún tipo de metástasis regional.

Si comparamos algunas características seleccionadas de las participantes de acuerdo con la persona que detectó la lesión (cuadro II), encontramos que existe una mayor probabilidad, aunque no estadísticamente significativa, de que sea la mujer quien detecte la lesión si tiene una edad menor de 49 años o una paridad mayor de tres hijos. En relación con el nivel de educación, no se encontró que éste determinara en forma significativa que la mujer o el médico detectaran la lesión.

Discusión

Nuestros resultados demuestran que la mayoría de las mujeres con cáncer mamario concentradas en hospitales públicos de tercer nivel en la ciudad de México

Cuadro II
CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS DE ACUERDO
CON LA PERSONA QUE IDENTIFICÓ LA LESIÓN MAMARIA
MALIGNA. MÉXICO, 1994-1996

Característica	Persona que detectó la lesión		RM	IC 95%
	Paciente	Médico		
Edad al momento de la entrevista				
>49	95	12	1.0	
20-49	134	15	1.70	0.68 - 4.23
Escolaridad				
Ninguna	31	5	1.0	
Primaria	110	12	1.27	0.39 - 4.06
Secundaria o más	88	10	1.17	0.32 - 4.27
Paridad				
Nulíparas	45	9	1.0	
1-3	108	12	1.51	0.57 - 4.00
≥4	76	6	2.49	0.82 - 7.60

son diagnosticadas en estadios avanzados, de manera tal que se reducen importantemente sus posibilidades de curación y sobrevida.

A este respecto se estima que cerca de 96% de las mujeres diagnosticadas con tumores *in situ* (estadio 0) o estadio I sobreviven al menos cinco años con posterioridad al diagnóstico; en contraste, solamente 20% de las mujeres con tumores en estadio IV (que ya tienen metástasis distales) y 75% de aquellas que se encuentran en estadios II y III (con metástasis regionales) pueden sobrevivir durante un periodo igual.¹⁰

La situación actual nos sugiere que la mortalidad por cáncer mamario en México mantendrá su tendencia al incremento, tal y como ha sucedido durante las últimas décadas, a menos que se logre aumentar la proporción de mujeres diagnosticadas en la etapa de los tumores *in situ*, para lo cual se requiere orientar la atención médica a la prevención, ampliar la cobertura y desarrollar un vasto esfuerzo entre la población susceptible de desarrollar la enfermedad.

Al respecto, se debería considerar la inclusión de temas relacionados con la práctica adecuada del autoexamen, los métodos diagnósticos y los factores de riesgo relacionados con el cáncer de mama en los programas escolares dirigidos principalmente a las niñas en edades cercanas al inicio de la menarca y el resto de la adolescencia; asimismo, reforzar estos conocimientos en mujeres en edad reproductiva, mediante talleres que se lleven a cabo en los lugares de trabajo o en espacios comunitarios.

A pesar de que este estudio tiene una limitación importante en el sentido de que no se conoce si la identificación de la lesión fue casual o intencionada, los resultados muestran que el signo que con mayor frecuencia alerta sobre la presencia del cáncer mamario es la existencia de un abultamiento en el seno, que es descubierto casi siempre por la misma mujer, en forma accidental o al realizarse un autoexamen, ya que los tumores que, al menos en esta población, fueron identificados por el examen clínico correspondieron a nódulos grandes (de cinco centímetros o más) con presencia de algún tipo de metástasis.

Si bien el autoexamen del seno es una buena práctica —que de manera regular y correcta deben realizarse las mujeres para detectar anomalías en sus senos—, en la actualidad no representa la mejor opción diagnóstica para el cáncer mamario, puesto que la práctica adecuada del mismo es poco prevalente en la población. De acuerdo con lo referido en un estudio de nuestro grupo de investigación,¹¹ cerca de 30% de las mujeres mayores de 20 años se practican de manera regular el autoexamen del seno, y de ellas un porcentaje menor lo hace en la forma correcta.

En relación con el examen clínico, el consenso internacional, al igual que lo contemplado en la norma oficial,⁷ es que al menos una vez al año las mujeres se deben realizar un examen clínico de los senos a partir de los 20 años de edad y una mamografía cada año a partir de que cumplen 50 años; o desde que cumplan 40 años, si existen factores de riesgo conocidos para este tumor.

No se cuenta con información acerca de la cobertura y la calidad del examen clínico del seno en México. En cuanto a la práctica de la mamografía, se ha podido documentar que esta técnica se utiliza con fines diagnósticos, y carecemos de un programa de tamizaje poblacional, además, de acuerdo con los resultados de otro estudio reciente realizado por nuestro grupo, la calidad del diagnóstico mamográfico podría ser deficiente.¹²

Con la escasa y fragmentada información disponible acerca de la situación del diagnóstico temprano del cáncer mamario en México, este trabajo busca llamar la atención acerca de la apremiante necesidad de fortalecer las iniciativas que prevé la norma oficial,⁷ mediante el desarrollo de un programa específico para la detección temprana del cáncer mamario.

Los datos no requieren de mayor explicación; cada año mueren en el país cerca de 2 500 mujeres¹³ debido a esta enfermedad, con una edad mediana en el grupo de 50 a 55 años.¹⁴ Las cifras se mantienen en aumento constante, seguimos cediendo terreno, mientras que en otros países se ha logrado abatir la mortalidad o se ofrecen periodos de sobrevida más amplios y de buena calidad. Es importante reconocer que existen otros problemas de salud en el país que demandan atención y consumen los escasos recursos disponibles al interior del sector, pero también es importante reconocer que el cáncer mamario es particularmente susceptible al diagnóstico temprano y que existen alternativas de alta efectividad para su tratamiento.

Referencias

1. Dirección General de Epidemiología. Compendio del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México. Morbilidad, Regionalización 1993-1996 y Mortalidad Años de Vida Potencialmente Perdidos 1985-1995. México, D.F.: Secretaría de Salud, 1998.
2. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Raymond L, Young J. Cancer incidence in five continents. Lyon, Francia: International Agency for Research on Cancer, World Health Organization 1997; (Publicación científica 143).
3. López-Carrillo L, Bravo J, Poblano O, Ortega D. Reproductive determinants of breast cancer in Mexican women. *Ann NY Acad Sci* 1997;837: 537-550.
4. Bernstein J, López-Carrillo L, Wang L. The epidemiology of Her-2/neu and P53 in breast cancer. *Salud Publica Mex* 1999;41 supl 2:S114-S123.
5. López-Carrillo L. Human health cancer. En: UNEP/ILO/WHO, eds. Global assesment on the state of the science of endocrine disruptors. Ginebra: UNEP/ILO/WHO, 2000. En prensa.
6. Muir CS, Nectoux J. International patterns of cancer. En: Schottenfeld D, Fraumeni J, eds. *Cancer epidemiology and prevention*. 2a. edición. Nueva York: Oxford University Press; 1996:142-167.
7. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. Proyecto de Norma Oficial Mexicana, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Proyecto NOM 041-SSA2-2000. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2000.
8. López-Carrillo L, Blair A, López-Cervantes M, Cebrián M, Rueda C, Reyes R *et al*. Dichlorophenyltrichloroethane serum levels and breast cancer risk: A case control study from Mexico. *Cancer Res* 1997;57:3728-3732.
9. American Joint Committee on Cancer. Breast. En: Beahrs OH, Earl Henson D, Hutter RVP, Kennedy BJ, ed. *Handbook for staging of cancer*. Philadelphia: Lippincott, 1993:161-167.
10. What you need to know about cancer. *Sci Am* 1996;275 (3 Special issue):127.
11. Ortega-Altamirano D, López-Carrillo L, López-Cervantes M. Tres estrategias para la enseñanza del autoexamen del seno en mujeres en edad reproductiva. *Salud Publica Mex* 2000;42(1):17-25.
12. Poblano-Verástegui O, López-Carrillo L, Clemenceau-Valdivia J, López-Cervantes M. The reproducibility of breast cancer diagnosis through mammography: A pilot study in Mexico. *Women Cancer J* 2000;2(1): 31-36.
13. Secretaría de Salud. Principales Causas de Mortalidad en Edad Productiva, Estados Unidos Mexicanos, 1997. Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx/DGEI/vital95/vital/cuadro8.html>. Acceso 23 de marzo de 1999.
14. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación. Tumores. México, D.F.: Secretaría de Salud, 1993. Perfiles Estadísticos No.7:69.