

Artículo Original

CORRELACIÓN CLÍNICA, IMAGENOLÓGICA E HISTOPATOLÓGICA EN TUMORES MALIGNOS DE LA GLÁNDULA MAMARIA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DR. FRANCISCO ANTONIO RISQUEZ (2004-2014)

Clinical, imagenological and histopathological correlation in mammary gland malignant tumors. Experience at the Dr. Francisco Antonio Risquez hospital (2004-2014)

Nathasha Aranaga Brice¹, Franco Calderaro Di Ruggiero²

Resumen

Introducción: El cáncer de mama representa la primera causa de muerte en mujeres en nuestro país y es la patología que se diagnostica con mayor frecuencia en las mujeres a escala mundial. **Objetivo:** Determinar la correlación clínica, imagenológica e histopatológica de los tumores malignos de la glándula mamaria, en pacientes intervenidas quirúrgicamente en el servicio de Cirugía General del Hospital Dr. Francisco Antonio Risquez en el periodo 2004-2014. **Métodos:** Se realizó un estudio epidemiológico, retrospectivo, de corte transversal. Se incluyeron todas las pacientes intervenidas quirúrgicamente en nuestro servicio por tumores malignos de la glándula mamaria, que contaran con historia clínica completa. **Resultados:** El 47,83 % eran pacientes de 41-50 años, la mayoría consultó por presentar masa palpable. Los tumores se presentaron con mayor frecuencia en la mama derecha, midiendo en el 52,17 % ≥ 2 y < 5 cms, siendo móviles en el 65,21 % de los casos y no dolorosos en el 30,43 %. El 52,17 % de las mamografías fueron BI-RADS 0, solo 5 casos BI-RADS 4 y 2 casos BI-RADS 5. La mayoría de los ecosonogramas reportaron tumor mamario. Se observó que el 52,17 % de las PAAF (Punción con Aspiración con Aguja Fina), reportaron carcinoma ductal. Se utilizaron la mastectomía parcial y la

radical modificada como opciones terapéuticas. El 92,30 % de los casos resultaron ser carcinoma ductal en la biopsia definitiva. Existe asociación entre la PAAF el ecosonograma, la mamografía y la biopsia definitiva, siendo la mamografía la relación más débil, en este estudio la sensibilidad de la PAAF fue de 86,96 %, la del ecosonograma 82,61 % y la mamografía 30,43 %. La especificidad para las tres pruebas fue del 100 %. **Conclusiones:** Para el diagnóstico de los tumores malignos de la glándula mamaria, es fundamental correlacionar la clínica, los estudios imagenológicos e histopatológicos y de esta manera aumentar la sensibilidad y especificidad de los mismos, realizando detecciones en estadios tempranos, mejorando el pronóstico y la morbi-mortalidad.

Palabras clave: Correlación, Mama, Clínica, Imagenología, Histopatología, Tumores malignos, Glándula Mamaria, Cáncer.

Abstract

Introduction: Breast cancer represents the first cause of death in women in our country and is the pathology that is diagnosed more frequently in women worldwide. **Objective:** To determine the clinical, imaging and histopathological correlation of malignant tumors of the mammary gland in patients surgically treated in the

Recibido: 13/01/2018 Aceptado: 07/06/2018

Declaración de conflicto de interés de los autores: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

1. Cirujano General. Mastóloga. Hospital Dr. Francisco Antonio Risquez. Caracas-Venezuela.

2. Doctor en Ciencias de la Salud. Cirujano General - Ginecólogo - Oncólogo. Director del Post Grado de Cirugía General Hospital Dr. Francisco Antonio Risquez. Jefe del Servicio de Cirugía General. Caracas-Venezuela. Correo electrónico: francocalderarod@hotmail.com

General Surgery Department of the Dr. Francisco Antonio Risquez Hospital in the period 2004-2014. Methods: A retrospective, cross-sectional epidemiological study was conducted. All the patients who underwent surgery in our department for malignant tumors of the mammary gland, who had a complete clinical history, were included. Results: 47.83 % were patients of 41-50 years, most consulted for presenting palpable mass. Tumors were more frequent in the right breast, measuring 52.17 % ≥ 2 and <5 cm, being mobile in 65.21 % of the cases and non-painful in 30.43 %. The 52.17 % of mammograms were BI-RADS 0, only 5 cases BI-RADS 4 and 2 cases BI-RADS 5. Most of the ecosonograms reported mammary tumor. It was observed that 52.17 % of PAAF (Puncture with Fine Needle Aspiration), reported ductal carcinoma. Partial mastectomy and modified radical were used as therapeutic options. The 92.30 % of the cases turned out to be ductal carcinoma in the definitive biopsy. There is an association between PAAF, the ecosonogram, mammography and definitive biopsy, with mammography being the weakest relation, in this study the sensitivity of PAAF was 86.96 %, that of the ecosonogram 82.61 % and mammography 30.43 % The specificity for the three tests was 100 %. Conclusions: For the diagnosis of malignant tumors of the mammary gland, it is fundamental to correlate the clinical, imaging and histopathological studies and in this way increase their sensitivity and specificity, making detections in early stages, improving prognosis and morbidity.-mortality.

Key Words: Correlation, Breast, Clinical, Imaging, Histopathology, Malignant Tumors, Mammary Gland, Cancer.

Cita: Aranaga N, Calderaro F. Correlación clínica, imagenológica e histopatológica en tumores malignos de la glándula mamaria. Experiencia en el hospital Dr. Francisco Antonio Risquez (2004-2014). Rev Digit Postgrado. 2018; 7(1): 23-30.

INTRODUCCIÓN

El Cáncer de mama es la patología maligna más frecuente en las mujeres a nivel mundial.⁽¹⁻³⁾ En nuestro país, ocupa el primer lugar tanto en incidencia como en mortalidad, registrándose para 2010, 4.073 nuevos casos y 1.723 defunciones.⁽⁴⁾

En la actualidad la población mundial ha aumentado su expectativa de vida, con un promedio de 69,64 años para el 2010, según la ONU y ha adoptado costumbres

cada vez más occidentales, favoreciendo así los factores de riesgo, esto, aunado a las numerosas campañas de pesquisa, a los avances en los métodos diagnósticos y a la aplicación de los mismos desde edades más tempranas, ha generado un incremento en las estadísticas de esta patología.⁽⁵⁾

Existen numerosos factores de riesgo que favorecen la expresión de esta enfermedad, resaltando aquellos que son modificables (la obesidad, el tabaquismo, el sedentarismo, la paridad después de los 30 años, entre otros), ya que es ahí en donde deben centrarse las campañas de prevención. Entre los factores no modificables se encuentran la edad, la densidad mamaria, la historia familiar y las mutaciones genéticas.^(6,7)

Generalmente en estadios precoces esta entidad clínica suele ser asintomática. El síntoma más frecuente es la presencia de una masa palpable no dolorosa, pueden observarse también cambios en la piel (edema, retracción, ulceración, etc.) y/o en el pezón.⁽⁸⁾

El diagnóstico se realiza a través de la historia clínica, el examen físico y el apoyo en estudios de imagen como la mamografía y el eco mamario. El diagnóstico histológico debe realizarse mediante la biopsia por aguja fina, gruesa, estereotáxica o excisional.^(9,10)

Una vez estadificado deben tomarse las decisiones terapéuticas más adecuadas de acuerdo al caso, de manera de favorecer el pronóstico y sobrevida de las pacientes.⁽¹¹⁻¹³⁾

En el servicio de cirugía general se ha tenido la invaluable oportunidad de dar atención a un número importante de casos a lo largo del tiempo, es por eso que se realizó el presente trabajo, de manera de determinar la correlación clínica, imagenológica e histopatológica de los tumores malignos de la glándula mamaria, en pacientes intervenidas quirúrgicamente en el servicio de Cirugía General del Hospital Dr. Francisco Antonio Risquez en el periodo 2004-2014.

MÉTODOS

Se realizó una revisión exhaustiva de las historias médicas de las pacientes con diagnóstico de Cáncer de mama, intervenidas quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía del Hospital Dr. Francisco Antonio Risquez, en el periodo 2004-2014. Se incluyeron todas las pacientes intervenidas quirúrgicamente en nuestro servicio por tumores malignos de la glándula mamaria, que contaran con historia clínica completa, datos personales de contacto, estudios imagenológicos completos, resultado de biopsias pre, peroperatoria y definitiva, nota quirúrgica y seguimiento postoperatorio.

Se obtuvieron datos en relación a las variables evaluadas en este estudio (edad, motivo de consulta, examen físico, ecografía, mamografía, resultados de biopsias pre y post operatorias, así como también el tratamiento quirúrgico realizado), posteriormente fueron

analizados y representados en gráficos y tablas. Se estableció la correlación, se aplicó la prueba de Chi cuadrado de Pearson y el coeficiente de correlación Phi.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio (enero de 2004 - diciembre de 2014), en el Servicio de Cirugía General del Hospital “Dr. Francisco Antonio Risquez”, fueron intervenidas quirúrgicamente 115 pacientes con diagnóstico de tumores mamarios, de las cuales, el 80 % (92 pacientes) correspondieron a neoplasias benignas y el 20 % (23 pacientes) a tumores malignos de la glándula mamaria (Figura 1).

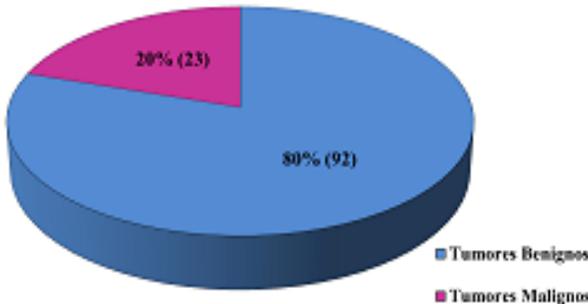


Figura 1. Tumores malignos de la glándula mamaria.

Al analizar la distribución por grupos etarios, encontramos, como lo demuestra la figura 2, que los tumores malignos de la glándula mamaria, se presentaron con mayor frecuencia en pacientes con edades comprendidas entre los 41 y 50 años, representado por 11 pacientes (47,83 %), seguidos por el grupo de 51 a 60, con 5 pacientes (21,74 %), el de 61 a 70 con 3 pacientes (13,04 %) y mayores de 70 años 2 pacientes (8,69 %). En los grupos de 20 a 30 y de 31 a 40 solo se presentó un caso en cada uno (4,35 %); cabe destacar que la paciente más joven de nuestra muestra contaba con tan solo 29 años.

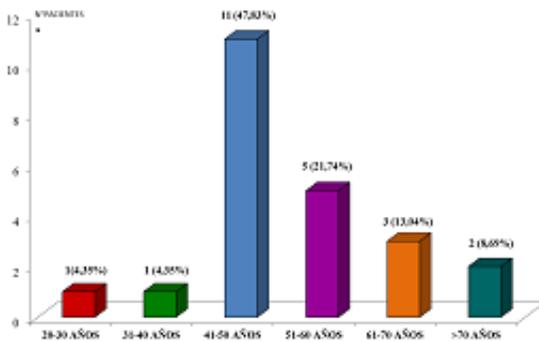


Figura 2. Tumores malignos de la glándula mamaria. Distribución por grupos etarios.

El motivo de consulta más frecuente referido por las pacientes con cáncer de mama atendidas en nuestro Servicio, fue la presencia de masa palpable, con un total de 15 casos, lo que equivale al 65,22 %, 5 pacientes (21,74 %) mencionaron presentar aumento de volumen,

2 (8,69 %) mastalgia y solo una (4,35 %) manifestaciones cutáneas (fisura en el pezón). Figura 3.

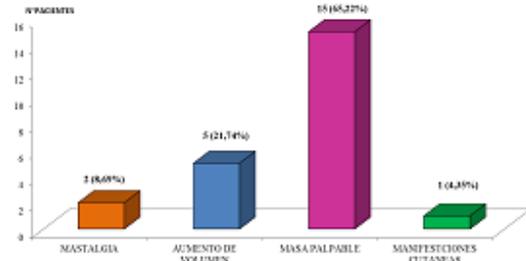


Figura 3. Tumores malignos de la glándula mamaria. Motivo de consulta.

En este estudio, la mama derecha fue el asiento de la mayoría de las neoplasias malignas con 13 casos, mientras que en la mama izquierda observamos 10, cifras que representan el 56,52 % y el 43,48 % respectivamente.

En cuanto a la ubicación, 6 (26,09 %) de los casos se encontraron en el cuadrante superior externo (CSE), 5 (21,74 %) en la unión de los cuadrantes superiores (UCS) y 3 (13,04 %) en el cuadrante superior interno (CSI). En el cuadrante inferior externo (CIE) se evidenciaron 2 (8,69 %) casos, al igual que en aquellas pacientes en donde no se reportó la localización exacta del tumor. Se observó un caso (4,35 %) tanto en el cuadrante inferior interno (CII), como en la unión de los cuadrantes inferiores (UCI), la región retro-areolar y la totalidad de la glándula mamaria (Figuras 4 y 5).

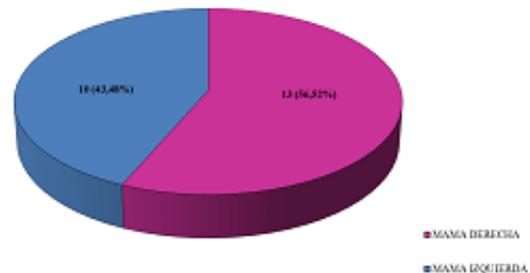


Figura 4. Tumores malignos de la glándula mamaria. Mama afectada.

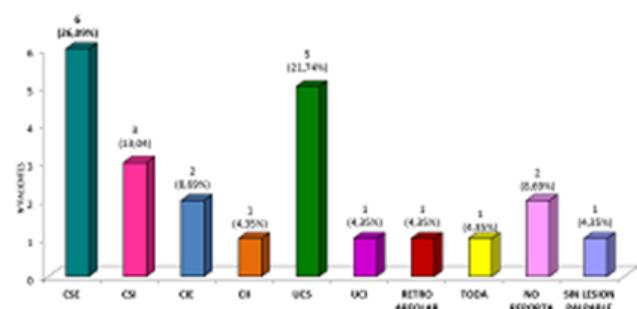


Figura 5. Tumores malignos de la glándula mamaria. Ubicación.

Para determinar las características clínicas de los tumores malignos de la glándula mamaria, encontrados en las pacientes en estudio, tomamos en cuenta el tamaño tumoral, la movilidad de la lesión y la presencia o no de dolor a la palpación de la misma.

Como se puede observar en la figura 6, la mayoría de los casos (12- 52,17 %) correspondieron a tumores ≥ 2 y < 5 cms, seguidos de los tumores ≥ 5 cms con 7 casos (30,43 %), 2 (8,7 %) en los que no se registró el tamaño de la lesión y una paciente (4,35 %) en la que el tumor ocupaba la totalidad de la mama. Es importante destacar que en una paciente (4,35 %) la neoplasia no era palpable y el diagnóstico se realizó mediante estudios imagenológicos (mamografía).

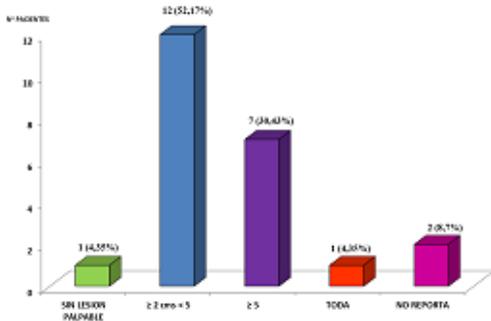


Figura 6. Tumores malignos de la glándula mamaria. Tamaño tumoral.

Al realizar el examen físico se pudo evidenciar que en 15 pacientes de la muestra (65,21 %), el tumor era móvil, mientras que en un solo caso (4,35 %) la lesión era fija.

En 7 de los casos revisados no se pudo constatar la movilidad del tumor, en 6 de ellos porque no se encontraba reportado en la historia clínica y en uno de los casos porque la lesión no era palpable. (Figura 7).

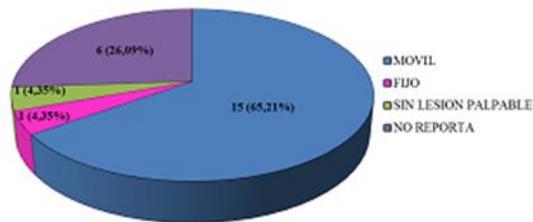


Figura 7. Tumores malignos de la glándula mamaria. Movilidad.

Llama particularmente nuestra atención, el hecho, de que en la mayoría de los casos (11-47,83 %), no se mencionó si la tumoración era dolorosa o no, en 7 de los casos (30,43 %) no había dolor a la palpación, en contraste con 4 casos (17,39 %) en los que la lesión era dolorosa. Una de nuestras pacientes presentó lesión no palpable, por lo cual no se pudo establecer las características clínicas de la misma (Figura 8).

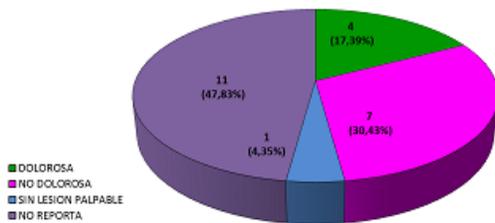


Figura 8. Tumores malignos de la glándula mamaria. Presencia de dolor.

El American College of Radiology, diseñó un sistema estándar para describir los hallazgos y resultados de la mamografía, clasificándolos en categorías enumeradas del 0 al 6 y recibiendo como nombre Sistema BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System).

El BI-RADS 0 hace referencia a un estudio no concluyente, en el que es necesario realizar exámenes complementarios, como el ecosonograma mamario, para poder establecer un diagnóstico. En nuestro trabajo fue el resultado más frecuente, con un total de 12 casos (52,17 %). En el BI-RADS 1 no existe ninguna patología importante que reportar. La categoría 2 corresponde a hallazgos netamente benignos, aquí se encontraron 3 pacientes que representan el 13,04 %. Observamos un solo caso (4,35 %) de BI-RADS 3, en el cual se engloban aquellos hallazgos que tienen una muy alta posibilidad (más del 98 %) de ser benignos. El BI-RADS 4 son lesiones con sospecha de malignidad y a su vez se divide en 4A (baja sospecha), 4B (sospecha intermedia) y 4C (moderada sospecha). Se encontraron 5 casos (21,74 %) en esta categoría, distribuidos de la siguiente manera: un caso 4A y 2 pacientes 4B y 4C, respectivamente.

En el BI-RADS 5 se encuentran las lesiones altamente sugestivas de malignidad. En este estudio se evidenciaron 2 casos (8,7 %). Por último el BI-RADS 6 hace referencia a tumores de malignidad comprobada mediante estudios histopatológicos. No se reportaron casos ni de BI-RADS 1, ni 6 (Figura 9).

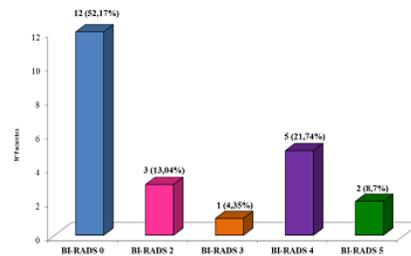


Figura 9. Tumores malignos de la glándula mamaria. Imagenología (Mamografía).

En cuanto al ecosonograma mamario, la figura 10 expresa, que en 19 de los casos (82,61 %) se concluyó el estudio con el diagnóstico de tumor mamario. Para los diagnósticos de ectasia ductal, condición fibroquística y quiste simple se reportó un solo caso en cada uno, al igual que un estudio en los que no se observó ninguna alteración.

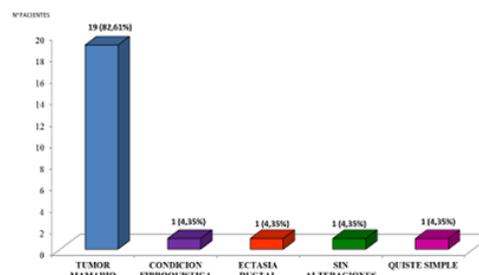


Figura 10. Tumores malignos de la glándula mamaria. Imagenología (Ultrasonido mamario).

Las 23 pacientes de la muestra fueron sometidas a punciones por aspiración con aguja fina (PAAF), siendo estas necesarias para el diagnóstico y la decisión de la conducta.

Se puede observar que en 12 de las pacientes (52,17 %) se reportó "Carcinoma Ductal", seguidas por 5 (21,74 %) pacientes con "Sospecha de malignidad", 4 (17,39 %) "sin evidencia de malignidad", una (4,35 %) con "Hiperplasia ductal atípica" y un caso (4,35 %) con "Hiperplasia ductal típica"; lo relevante de estos resultados radica en la posibilidad de que una paciente con cáncer de mama sea un falso negativo, retrasando así, el manejo adecuado de la misma (Figura 11).

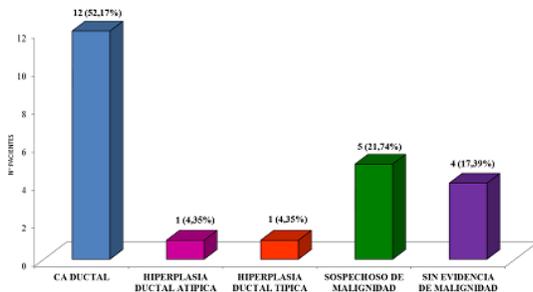


Figura 11. Tumores malignos de la glándula mamaria. Resultados de la PAAF.

En el Servicio de Cirugía General del Hospital Dr. Francisco Antonio Risquez en el periodo 2004-2014, básicamente se aplicaron dos opciones terapéuticas.

La mastectomía parcial en 12 (52,17 %) de los casos y la mastectomía radical modificada tipo Madden en los 11 casos restantes (47,83 %), estos resultados pueden ser observados en el figura 12.

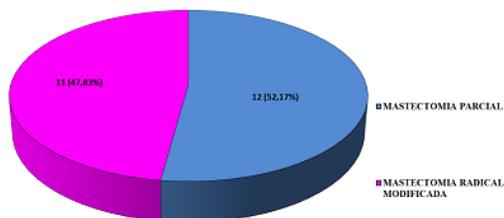


Figura 12. Tumores malignos de la glándula mamaria. Tratamiento quirúrgico aplicado.

El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica, arrojó que 21 de los casos (91,30 %) correspondieron a Carcinoma ductal infiltrante. Una paciente (4,35 %) presentó Carcinoma ducto-lobulillar, de igual manera que se observó un solo caso (4,35 %) de Comedocarcinoma (Figura 13).

En la tabla 1, se tienen las pruebas de asociación realizadas a la distribución de los resultados de biopsia por punción con aguja fina, según los resultados de la biopsia definitiva. Para la prueba chi-cuadrado, utilizando un nivel de significación de 5 % (0,05), se observa que su p-valor (significación asintótica) es igual a 0,000, valor que se encuentra por debajo de 5 %, por lo que se rechaza la hipótesis nula de independencia, lo

que significa que existe una relación entre los resultados del PAAF y de la biopsia definitiva.

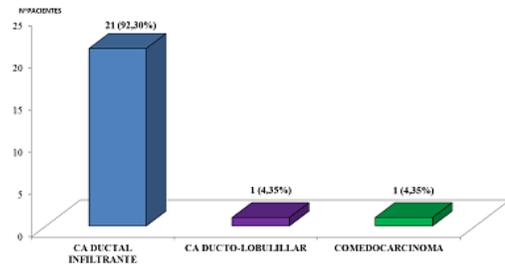


Figura 13. Tumores malignos de la glándula mamaria. Tipos histológicos en estudio anatomopatológico definitivo.

Para la prueba de Phi, se observa que este valor es diferente a 0 y muy cercano a 1 (0,818), por lo que se concluye que existe asociación entre las dos pruebas.

Tabla 1. Tumores malignos de la glándula mamaria. Correlación PAAF - Biopsia Definitiva.

	Biopsia Definitiva		
	Benigno	Maligno	Total
PAAF Benigno	10	3	13
PAAF Maligno	0	20	20
Total	10	23	33

Pruebas de Chi-Cuadrado

	Valor	gl.	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. aproximad
Chi-cuadrado de Pearson	22,074 ^a	1	0,000	
Phi	0,818			0,000
N de casos válidos	33			

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,94.

En la tabla 2, se observan las pruebas de asociación realizadas a la distribución de los resultados de mamografías, según el resultado de la biopsia definitiva. Para la prueba chi-cuadrado, con un nivel de significación de 5 % (0,05), se observa que su p-valor es igual a 0,049, valor que se encuentra por debajo de 5 %, por lo que se rechaza la hipótesis nula de independencia, lo que significa que existe asociación entre los resultados de la mamografía y de la biopsia definitiva.

Para la prueba de Phi, se observa que este valor es diferente de 0, por lo que se concluye que existe asociación entre las dos pruebas no muy fuerte, debido a que el coeficiente es igual 0,342 (no está muy cercano a 1).

En la tabla 3 se tienen las pruebas de asociación realizadas a la distribución de los resultados del ecosonograma mamario según resultado de biopsia definitiva. Para la prueba chi-cuadrado, con un nivel de significación de 5 % (0,05), se observa que su p-valor es igual a 0,000, valor que se encuentra por debajo de 5

%, por lo que se rechaza la hipótesis nula de independencia, lo que significa que existe asociación entre los resultados del ecosonograma y de la biopsia definitiva.

Para la prueba de Phi, se observa que este valor es diferente de 0, y muy cercano a 1 (0,768), por lo que se concluye que existe asociación entre las dos pruebas.

Tabla 2. Tumores malignos de la glándula mamaria. Correlación Mamografía - Biopsia Definitiva.

	Biopsia Definitiva		
	Benigno	Maligno	Total
Mamografía	Benigno 10	16	26
	Maligno 0	7	7
Total	10	23	33

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. aproximad
Chi-cuadrado de Pearson	3,863 ^a	1	0,049	
Phi	0,342			0,000
N de casos válidos	33			

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,12.

Tabla 3. Tumores malignos de la glándula mamaria. Correlación Ecosonograma mamario - Biopsia Definitiva.

	Biopsia Definitiva		
	Benigno	Maligno	Total
Ecosonograma Mamario	Benigno 10	4	14
	Maligno 0	19	19
Total	10	23	33

Pruebas de asociación

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. aproximad
Chi-cuadrado de Pearson	19,472 ^a	1	0,000	
Phi	0,768			0,000
N de casos válidos	33			

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,24.

En la tabla 4 se muestra la prueba de chi-cuadrado realizada a la distribución de los resultados del ecosonograma mamario, según el resultado de la biopsia definitiva. Con un nivel de significación de 5 % (0,05), se observa que su p-valor es igual a 0,658, valor que se encuentra por encima del 5 %, por lo que no existen razones para rechazar la hipótesis nula de independencia, lo que significa que no existe asociación en el tamaño del tumor y el resultado de la biopsia definitiva.

En la tabla 5 se puede apreciar la sensibilidad y especificidad para las diferentes pruebas y se aprecia que para la PAAF, la sensibilidad es de 86,96 %.

Tabla 4. Tumores malignos de la glándula mamaria. Correlación tamaño tumoral - Biopsia Definitiva.

		Biopsia Definitiva		
		Benigno	Maligno	Total
Tamaño Tumoral	Entre 2 y 5 cm	5	13	18
	Mayor e igual a 5 cm	3	8	11
	No reporta	2	2	4
Total		10	23	33

Prueba de Chi-Cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,837 ^a	2	0,658
N de casos válidos	33		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,21.

Para la mamografía, la sensibilidad es de 30,43 %, lo que indica que este examen, por sí solo, no es recomendable para diagnosticar malignidad, por lo que debe complementarse con otros estudios.

Para el ecosonograma mamario, la sensibilidad es de 82,61 %.

La especificidad para las tres pruebas es igual a 100 %. Lo que indica que la probabilidad de detectar tumores benignos como benignos es de 1. Esto es debido a que se tomó una muestra aleatoria de historias con diagnóstico de biopsia definitiva benigna (10 casos), entre las cuales, no se obtuvo ningún falso negativo.

Tabla 5. Tumores malignos de la glándula mamaria. Sensibilidad y Especificidad.

	Sensibilidad	Especificidad
PAAF	86,96%	100,00%
Mamografía	30,43%	100,00%
Ecosonograma	82,61%	100,00%

DISCUSIÓN

El cáncer de mama es una patología que afecta a un número importante de mujeres a escala mundial y su pronóstico mejora si es detectado en estadios iniciales.

En el servicio de Cirugía General del Hospital "Dr. Francisco Antonio Riskey", en un periodo de diez (10) años, intervenimos quirúrgicamente a un total de 115 pacientes con diagnóstico de tumores mamarios, de estos, solo el 20 % (23 casos), resultaron tumores

malignos de la glándula mamaria, aunque quizás parezca un número que comparado con otros estudios resultaría poco relevante, analizando nuestra población y el hecho de ser un hospital general, consideramos que es una muestra nada despreciable, sobre todo porque el cáncer de mama continua siendo la primera causa de muerte en mujeres, en nuestro país y los casos se presentan cada vez a edades más tempranas.

Se puede observar en la distribución por grupos etarios, que la mayoría de los casos, representado por un 47,83 % (11 pacientes), se encontró en el grupo de 41 a 50 años, una década menos de lo que se reportó en un estudio realizado en México, en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, entre enero de 2000 y diciembre de 2008, en donde evidenciaron la mayor incidencia en el grupo comprendido entre los 50 y 60. Nuestra paciente más joven contaba con tan solo 29 años, mientras que la del estudio antes mencionado 26.⁽¹⁴⁾

El motivo de consulta más frecuente en nuestro estudio fue la presencia de masa palpable con 65,22 % (15 pacientes), dato que concuerda con la literatura y con el estudio realizado por el Dr. Franco Calderaro en nuestra institución en el periodo 1983-1998, en donde reflejan que esta fue la forma de presentación más común, observándose en un 57,2 % de los casos.⁽¹⁵⁾

En el CSE se encuentra la mayor proporción de tejido mamario, es por ello, que en este, se desarrollan la mayor cantidad de tumores de la glándula mamaria de todas las etiologías, hecho que pudimos observar en nuestro estudio, ya que el 26,09 % de los tumores de nuestra muestra, se ubicaron allí. En cuanto a la mama afectada, la derecha resulto con 56,52 % mientras que la izquierda 43,48 %, una diferencia estadísticamente no significativa.

Las características clínicas, de los tumores malignos de la glándula mamaria en nuestra muestra, fueron principalmente la presencia de una masa palpable, mayor o igual a 2 cms y menor de 5 cms, con un promedio de 4,34 cms, móvil, no dolorosa; En un estudio realizado en tres hospitales públicos tipo 3, en ciudad de México, entre 1994 y 1996, que llevó por nombre "Identificación de lesiones mamarias malignas en México", observaron que 182 pacientes (71,09 %) de las 256 que evaluaron, presentaron, al igual que en nuestra revisión, tumores mamarios no dolorosos.⁽¹⁶⁾

La mamografía representa el Gold estándar en el diagnóstico del Cáncer de mama. En esta muestra, la mayoría de las mamografías reportaron BI-RADS 0, con un 52,17 %, siendo importante resaltar que tan solo siete pacientes (30,44 %) se encontraron distribuidos en las categorías BI-RADS 4 y 5 (21,74 % y 8,7 % respectivamente). En un estudio realizado en el Hospital Provincial Universitario Celia Sanchez Manduley, desde enero 2013 a julio 2014 observaron, que 73 de las 94 pacientes estudiadas se encontraron distribuidas entre las categorías BI-RADS 4 y 5.⁽¹⁷⁾

Al evaluar los ecosonogramas mamarios, en 19 de los casos (82,61 %), la conclusión fue tumor mamario, sin especificar la etiología. El restante de los casos reportaron condición fibroquística (1), ectasia ductal (1), sin alteraciones (1) y quiste simple (1), dejando de lado la posibilidad diagnóstica de patología maligna.

La PAAF, tiene la posibilidad de confirmar el diagnóstico, previamente sospechado, por la clínica y los estudios de imagen, sin embargo en este trabajo, a pesar de que la mayoría de los casos (52,17 %) los concluyeron como Carcinoma Ductal y 21,74 % como sospechoso de malignidad, 6 de los casos pudieron haber escapado de un diagnóstico y manejo adecuado, en vista de que fueron reportados como: sin evidencia de malignidad (4 casos), hiperplasia ductal típica (1 caso) e hiperplasia ducal atípica (1 caso). En el estudio antes mencionado, en el 77,66 % de las PAAF evidenciaron la presencia de células neoplásicas.⁽¹⁷⁾

La evolución de las opciones terapéuticas apunta hacia técnicas más conservadoras y que permitan mejores resultados estéticos, por supuesto, sin perder el norte de la cura de la enfermedad. En nuestro servicio las opciones utilizadas fueron mastectomía parcial en 12 pacientes (52,17 %) y mastectomía radical modificada en 11 pacientes (47,83 %).

En el estudio anatomopatológico de la pieza operatoria, observamos que al igual que lo menciona la literatura nacional e internacional, el carcinoma ductal, fue el tipo histológico más frecuente, en 21 de los casos (92,30 %). Encontramos un caso de carcinoma ducto-lobulillar y un caso de la variedad comedocarcinoma.

Al evaluar la correlación entre la PAAF y la biopsia definitiva, se pudo observar que su p-valor es igual a 0,000, por lo que se rechaza la hipótesis nula de independencia, significando esto, que existe una relación entre estos dos estudios histopatológicos.

Para la prueba de Phi, se observó que este valor es diferente a 0 y muy cercano a 1 (0,818), por lo que se confirma que existe asociación entre las dos pruebas.

En cuanto a la relación de la mamografía y los resultados de la biopsia definitiva, encontramos, que su p-valor es igual a 0,049 y la prueba de Phi, es diferente a 0, por lo que se concluye que existe asociación entre las dos; sin embargo, no se trata de una asociación fuerte, debido a que el coeficiente es igual 0,342 (no está muy cercano a 1), a diferencia del ecosonograma mamario, en el cual su p-valor es igual a 0,000, demostrando que existe una dependencia, pero al ser 0,768 el resultado de la prueba Phi (muy cercano a 1), nos habla de una fuerte relación.

En cuanto al tamaño tumoral, no se encontró relación con el resultado anatomopatológico definitivo (p-valor es igual a 0,658). En este trabajo se observó que la PAAF, presentó una sensibilidad de 86,96 %, la mamografía, de 30,43 % y el ecosonograma mamario de 82,61 %, datos que nos llaman particularmente la atención, ya

que consideramos que la mamografía obtuvo una sensibilidad muy baja al compararla con la literatura y otros estudios, como por ejemplo el realizado por el Dr. Calderaro, en donde se concluyó que este método imagenológico era el más sensible de su investigación con un 98,51 %, seguido del ecosonograma con un 85,48 % y posteriormente la PAAF con un 66,23 %.⁽¹⁵⁾

La especificidad para las tres pruebas fue igual a 100 %, en el estudio antes mencionado evidenciaron que una especificidad de 94,74 % para la mamografía, 90,59 % el ecosonograma mamario y 82,14 % la PAAF.

CONCLUSIONES

Se concluye que al hablar de Cáncer de mama, el diagnóstico debe hacerse mediante un análisis exhaustivo de la sintomatología, el examen físico, los estudios imagenológicos e histopatológicos, sin subestimar la importancia de ninguno de ellos.

La mamografía representa la mejor opción para el diagnóstico precoz, así como también, el método de pesquisa; sin embargo, existen factores que pueden influir en su sensibilidad, siendo necesaria la individualización de cada caso.

De igual manera el estudio citológico preoperatorio (PAAF), aunque su utilidad se basa en la confirmación del diagnóstico, no está exento de los falsos negativos, hecho que pudimos observar en nuestro trabajo.

Los tumores malignos de la glándula mamaria en nuestra muestra, se presentaron con mayor frecuencia entre los 41 y los 50 años. La forma clínica fue, una masa palpable, móvil, no dolorosa en la mayoría de los casos.

Los estudios de imágenes evidenciaron predominantemente, lesiones concluidas como BI-RADS 0 en la mamografía y tumor mamario en el ecosonograma. Es indispensable resaltar la relación tan estrecha que existe entre estos dos estudios, ya que en un importante número de casos estos se complementan para poder llegar a un diagnóstico certero.

En la actualidad las opciones quirúrgicas buscan la erradicación de la enfermedad, con los mejores resultados estéticos posibles, en el servicio de Cirugía General se utiliza en primer lugar la mastectomía parcial oncológica y en segundo lugar la mastectomía radical modificada.

El tipo histológico, fue en su mayoría, carcinoma ductal infiltrante (92,30 %). Tanto la mamografía, el ecosonograma mamario y la PAAF presentaron asociación con la biopsia definitiva, siendo la mamografía, la relación más débil.

La sensibilidad de la PAAF fue de 86,96 %, el ecosonograma de 82,61 % y por último, con la sensibilidad más baja, encontramos a la mamografía con 30,43 %. La especificidad para todos los métodos, fue de 100 %.

REFERENCIAS

1. Vinagre Martínez LM. Anatomía Quirúrgica de la mama. En: Sierra García A, editor. Guía Clínica de la AEC: Cirugía de la mama. Madrid: Aran; 2006. p 27-37.
2. González-Fernández J, Ugalde-Ovares C. La glándula mamaria, embriología, histología, anatomía y una de sus principales patologías, el cáncer de mama. Rev Med Costa Rica Centroamérica. 2012; 69(602):317-20.
3. Instituto Nacional del Cáncer. Cáncer de Seno (Mama): Tratamiento (Pdq®) Información General sobre el Cáncer de Mama [internet] EEUU; 2005 [citado marzo 2015]. Disponible en: http://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/pro/tratamiento-seno-pdq#link/stoc_h2_0.
4. Bolívar Abreu E, Betancourt L, Godoy A, Martínez P, Romero G, Bergamo L, et al. Distribución Fenotípica del Carcinoma de Mama en Venezuela. Rev Senol Patol Mamar. 2013; 26:129-33.
5. American Cancer Society. Cancer Facts And Figures. [internet]. Atlanta; 2005 [citado marzo 2015]. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@editorial/documents/document/acspc-044552.pdf>.
6. Cáncer de mama. En: Manual CTO de Medicina y Cirugía: Ginecología. 7ma Edición. Madrid: Mc Graw Hill; 2008. p. 619-24.
7. Fattaneh FA, Devilee P. Tumours of the breast. Tumours of the breast and female genital organs. Lyon (Francia): IARC Press; 2003. p 9-110.
8. Domínguez Cuchillo F, Serra Arbeola P. Estudios de extensión del cáncer de mama: cuándo, dónde y por qué. [internet] Navarra. 2015 [citado abril 2015]. Disponible en: <http://www.zonahospitalaria.com/estudio-de-extension-del-cancer-de-mama-como-cuando-y-por-que/>
9. Senkus E, Kyriakides S, Ohno S, Penault-Llorca F, Poortmans P, Rutgers E, et al. Primary Breast Cancer: ESMO Clinical Practice. Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2015;26 (suppl 5):8-30.
10. Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A, (editors). AJCC cancer staging manual, 7th edition. Francia: Springer; 2010.
11. Cruz-Benítez L, Morales-Hernández E. Historia y estado actual sobre los tipos de procedimientos quirúrgicos realizados en cáncer de mama. GAMO. 2014; 13(2):124-33.
12. Yi-Bin Ch. Cáncer De Mama. [Internet] Massachusetts; Noviembre 2012. [citado abril 2015]. Disponible en: <Http://Umm.Edu/Health/Medical/Spainshency/Articles/Cancer-De-Mama#lxzz3xoqkqbb>
13. American Cancer Society. Cáncer de seno. Comprensión del diagnóstico de cáncer de seno. [internet] EEUU; Septiembre 2015. [Citado junio 2015] Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guidetallada/cancer-de-seno-early-survival-by-stage2>
14. Hernandez-Cruz B, Zabala-Arenas J, Gonzalez-Avila G, Castro-García J, Alvarado-Cabrero I, Apresa-García T. Biopsia por aspiración con aguja fina comparada con aguja de corte en el diagnóstico de cáncer de mama. GAMO. 2012; 11(3):137-44.
15. Calderaro-Di Ruggiero F, Fernandez-Fariñas A, Colmenares-Arreaza G. Correlación Cito-imagenológica-Histológica en patología mamaria. Rev Venez Oncol. 2000;12(1):19-28.
16. Lopez-Carrillo L, Torres-Sanchez L, Lopez-Cevantes M, Rueda-Neria C. Identificación de lesiones mamarias malignas en México. Salud Pública Mex. 2001;43:199-202.
17. Olivia-Perez G, Casado-Méndez P, Fonseca-Mesa Y, Ferrer-Magadan C, Nuñez-Betancourt F. Correlación ecográfica, citológica y mamográfica en el diagnóstico del cáncer de mama. Rev Arch Med Camaguey. 2015; 19(2):119-28.