

Análisis crítico del trabajo: Avances en el diagnóstico del cáncer de la mama. Importancia en la pesquisa y diagnóstico precoz. Reflexiones sobre el problema en Venezuela

Dr. Francisco Montbrun

Individuo de Número

Discusión del trabajo presentado por el Dr. José Antonio Ravelo Celis para ingresar como Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina. Análisis crítico

El autor desarrolla brillantemente las tres secciones que componen el tema. Cumple en forma exhaustiva las exigencias modernas y su repercusión en la precocidad y en la complejidad del diagnóstico, y alcanza un eficiente desarrollo en varias clínicas del sector privado de nuestra atención médica. Factores de naturaleza económica y aun de tipo accidental, como es el caso de la catástrofe de diciembre de 1999, han influido para empeorar nuestra asistencia pública, con la alteración consiguiente de su efectividad, tanto cualitativa como cuantitativamente. El autor, sin embargo, cumple con su papel de factor de innovación y de guía de una futura organización, que deja cimentada con mayor precisión.

Temporalmente el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) cumple lo mejor que puede con la exposición estadística, la cual por los factores expuestos no pueden tener la exactitud ni la valoración requeridas para su comparación exacta con las que presentan otras fuentes. Sin embargo, el autor hábilmente considera los avances que pueden deducir de la clínica y la epidemiología del cáncer del seno y destaca el papel del sexo, 0,63% en el hombre. En la mujer indica la rareza de su aparición antes de los veinte y cinco años y su máxima frecuencia entre los 45 y 50 años, manteniéndose elevada hasta los 60 años. La mayor frecuencia en la premenopausia, es asignada a factores genéticos, hereditarios (oncógenes BrCa1 y BrCa2), con influencias hormonales y elementos de origen ambiental. Entre estos aspectos el autor recurre a la bibliografía internacional e incluye consideraciones sobre las mutaciones de varios grupos de cromosomas,

base de cualquier estudio de mayor profundidad.

La bibliografía que el autor incluye es rica y moderna y fundamenta la influencia innegable de la herencia en el cáncer de la mama; la aplicación de los factores de prevención, adelantados, en forma precoz, constituye un real avance.

La paridad tardía, la nuliparidad, la larga historia menstrual son útilmente señalados para la aplicación oportuna del tratamiento preventivo, el cual también debe actuar en los casos de menarquía precoz. Factor de riesgo es el tratamiento con estrógenos en la menopausia y la osteoporosis.

La observación simultánea de las pacientes en estas circunstancias, exige el control con la mamografía y tratar de aumentar las indicaciones de la progesterona.

Son fundamento para futuros trabajos las consideraciones relativas a la terapia hormonal de reemplazo, las enfermedades previas de la mama, la aplicación de las radiaciones, las implicaciones relacionadas con la raza y la desnutrición, las cuales determinan los factores previamente señalados, fundamento de vigilancia y destinados a practicar el tratamiento oportuno de los casos más expuestos.

El trabajo insistente sobre la pesquisa que debe perseguir a la enfermedad, aun en los casos de condición satisfactoria. Hoy en día, cuando se ha acentuado la cirugía cosmética mamaria, se modifica desfavorablemente la estructura de la glándula, haciendo más difícil la exploración y más arduo el descubrimiento de las zonas cicatriciales o deformadas, residuos de suturas o elementos de prótesis que ocultan la presencia de lesiones y la posibilidad de pasar desapercibidas.

Pesquisa significa búsqueda, información acerca de los pormenores o elementos de algún cuerpo. El resultado del proceso es obtenido de inmediato o,

como generalmente sucede, por la integración de elementos que sucesivamente aparecen para consolidar lo que se busca. Eventualmente el resultado se obtiene de inmediato a través de uno o más sentidos. Otras veces el proceso es más complejo y el factor del raciocinio, del intelecto, actúa para obtener el resultado definitivo. En nuestro caso se palpa la superficie de la mama y la estructura subyacente en busca de impresión de nódulos o dureza, la cual se aprecia circunscrita, con alteración frecuente de su morfología, de su movilidad, dimensión y ubicación; fundamentalmente en su dimensión (T), acompañado o no con otra masa nodular ubicada en uno o más linfonodos (N/N) cercanos, en la mama o aquellos más distantes: axila o vísceras (M). La combinación de estas siglas expresa la denominación o clasificación de modo abreviado. (Por ejemplo T1 – N1 – M0; es decir, tumor primario con metástasis en un linfonodo del mismo lado y sin metástasis cercana movable).

Se establece así una sistematización, la cual ayuda definitivamente en la identificación y en la clasificación de los casos, con la resultante influencia sobre el diagnóstico y el tratamiento (Cuadros 1 y 2).

Con las mismas letras, como se expresa a continuación, el estadio 0 es plenamente negativo. Así T0 se expresa en relación al tamaño en forma progresiva. Por ejemplo, T is, carcinoma *in situ*; T1 – N0 – M0 -estadio I, etc. Es recomendable entonces que, el especialista que clasifique un cáncer debe tener a su lado la tabla-guía.

Cuadro 1
TNM

T	T = Tumor primario
	Tis = Carcinoma <i>in situ</i>
	T1 = Menos de 2 cm de diámetro
	T2 = Entre 2 y 5 cm
	T3 = Más de 5 cm
	T4 = Cualquier volumen extendido a la piel o tórax
N	N = Regional
	NC = Sin linfonodos
	N1 = Linfonodos con metástasis axilar
	N'' = Linfonodos con metástasis fija
	N3 = Linfonodos mediales
M	M = Distantes sin metástasis
	M1 = Linfonodos distantes presentes

Cuadro 2

Estadios			
Estadio 0	T is	N0	M0
Estadio I	T1	N0	M0
Estadio II			
Estadio IIA	T1	N1	M0
Estadio IIB	T2	N0	M0
Estadio III			
Estadio IIIA	T1	N2	M0
Estadio IIIB	T2	N2	M0

La palpación es el recurso más efectivo y de menor costo y, se considera, la técnica común para detectar el cáncer. Se requiere que el clínico inicie su entrenamiento en esta técnica, desde la etapa de estudiante de medicina, para que pueda detectar las diferencias esenciales de la mama en todas sus fases de desarrollo ya que, la sensibilidad para detectar cualquier anomalía sólo se adquiere con la repetición manual de la palpación de la mama, de la axila, del pezón y la areola (Figura 1).

En los países desarrollados y en los consultorios de clínicas especializadas, dotadas con equipos de diagnóstico sofisticados, se han superado ya los exámenes de palpación manual practicados hasta los años ochenta en nuestro país y se avanza en el campo de la mamografía digital, complementada con el ultrasonido y la RMN, técnicas estas que contribuyen a mejorar la resolución de imágenes y ampliar el diagnóstico. Igualmente se optimiza el análisis de los tejidos en la toma de la biopsia con la estereotaxis; se progresa en el estudio de los oncógenes (BRC 1 y 2) y en la más nítida apreciación de los bordes de la biopsia extraída y, por tanto, en la seguridad de la exacta eliminación del proceso.

Sin embargo, la palpación cuidadosa hecha por manos entrenadas, sigue siendo un método de apreciable seguridad para controlar a toda la comunidad. Examinada totalmente en sus componentes, a mujeres de edad superior a los veinte y cinco años, revisada en todos los campos de cada mama, integrada a los antecedentes personales y al estudio de los factores de riesgo. Si al examen manual de la mama se agrega la mamografía y se consideran los factores complementarios descritos se esta cumpliendo, como así lo afirma el ponente, una compleja labor, respaldada por la mayor eficiencia. La consideración de los elementos por biopsia, es definitiva en el diagnóstico el cual debe

ser cada vez más preciso y exhaustivo si se tiene en cuenta al aumento progresivo de la incidencia del cáncer de la mama, tal como lo demuestra el trabajo en consideración, el cual también demuestra el aumento de los factores de riesgo.

Es minucioso el estudio que el autor hace en esta parte del trabajo y no vamos a repetir lo que él muestra con plausible exactitud.

Es de destacar de sus reflexiones como signo de alarma, el hecho de no existir en el país un programa organizado y coherente de pesquisa del cáncer ginecológico completo, agravado por la inexistencia del examen de la colectividad que asiste a los ambulatorios del primer nivel de atención y que deben seguir bajo control a lo largo del sistema de salud.

Son asimismo plausibles sus recomendaciones de aumentar racionalmente el presupuesto de la salud y todos los recursos humanos estructurales e



Figura 1. Variedades de la palpación no sexual de la mama.

instrumentales que destinen a tan ardua labor. Igualmente, es indispensable elevar el nivel de entrenamiento y preparación de quienes estudian medicina en campo tan exigente.

Es interesante la asociación de la intoxicación crónica en la producción del carcinoma mamario, especialmente a través de la alimentación. Véase el gráfico originario de Ross Pelton (Figura 2).

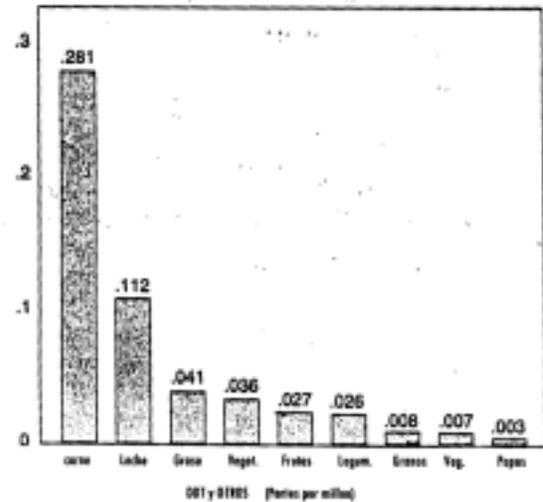


Figura 2. Residuos de pesticidas. Ross Pelton.

De la misma fuente, resumimos a continuación las medidas aconsejadas en la prevención del cáncer de la mama

- Incrementar los estados de alegría y felicidad, minimizando el estrés.
- Reducir la exposición a los estrógenos.
- Hacer ejercicio regularmente.
- Reducir el consumo de grasas a un 20% o menos.
- Predominio de vegetales y frutas frescas en la dieta diaria.
- Consumir alimentos libres de toxinas.
- Reducir el consumo de proteínas animales.
- Incrementar el consumo de fibras.
- Tomar agua purificada o embotellada.
- Tomar suplementos nutritivos.
- Ingerir dosis reducidas de alcohol.
- No fumar.

- Tomar melatonina.
- Usar progesterona natural.
- Reducir la exposición a campos electromagnéticos.
- Evitar exponerse a ambientes contaminados.
- Practicar regularmente auto masajes al seno.
- Realizar anualmente mamografías.
- Visitar con periodicidad al ginecólogo.
- Realizar mensualmente auto examen al seno.

De acuerdo al autor, en 1997 la Sociedad Americana del Cáncer modificó sus normas generales de pesquisa del cáncer mamario y sus recomendaciones son las siguientes:

1. En general
 - ❖ Mamografía anual a partir de los 40 años.
 - ❖ Practicar el auto examen mensualmente.
 - ❖ Examen físico cada 3 años entre los 20 y 30 años y anualmente desde los 40 años.
2. En pacientes consideradas de alto riesgo
 - ❖ Examen clínico y mamografía anual desde los 20 años.

Comenzar con ella 10 años antes de la edad de aparición del cáncer en sus madres.

- ❖ Practicar el auto examen mensualmente.
3. En mujeres menores de 30 años, alto riesgo de embarazo, lactancia y patología mamaria.
 - ❖ Examen clínico, ecosonografía mamaria y una sola proyección mamográfica medio-lateral para excluir microcalcificaciones. Si hay sospecha de cáncer mamario hacer mamografía.

Evaluados los diferentes aspectos de este trabajo, es justo concluir que representa una valiosa contribución a los medios de pesquisa y el diagnóstico del carcinoma de la mama, en la clínica y en la investigación de futuras proyecciones del tema, que consideramos acertadamente desarrollados para constituir una expresión de progreso.

REFERENCIA

Ross-Pelton R, Taffy-Clarke P, Vinton C. How to prevent breast cancer. New York: Ed. Simon & Schuser; 1995.

Evolución de las tasas de mortalidad de menores de 5 años y de la epidemia de VIH / SIDA

La prevalencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en la población adulta y las tasas de mortalidad de menores de 5 años han aumentado o se han estancado en muchos países. A menudo se afirma que el aumento de la prevalencia de infección por el VIH entre adultos registrado en algunos países ha contrarrestado los progresos conseguidos en materia de supervivencia infantil durante los últimos decenios. No se sabe si ese fenómeno se da de forma generalizada o bien localizada. El objetivo de este estudio consistió en investigar si existe una relación entre la evolución de la mortalidad de menores de 5 años y la prevalencia de infección por el VIH en la población adulta y, en caso afirmativo, evaluar la magnitud del efecto.

Se utilizaron datos de las Encuestas Demográficas y de Salud para establecer las tendencias seguidas por las tasas de mortalidad de menores de 5 años en 25 países que disponen de datos referentes al menos a dos puntos en el tiempo: 12 países del África subsahariana, 6 de América Latina, 3 de Asia y 4 del

norte de África y de Oriente Medio. Los países se clasificaron atendiendo a la prevalencia de la infección por el VIH en la población adulta, según las estimaciones hechas para el final de 1997 por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA (ONUSIDA). También se agruparon en tres categorías: seis países (todos del África subsahariana) tenían una muy alta prevalencia de infección por el VIH entre los adultos ($\geq 5\%$), otros 6 (cinco en el África subsahariana) tenían una prevalencia moderadamente alta (1% - 4,9%) y 13 presentaban una prevalencia baja ($< 1\%$). Se calcularon las tasas anualizadas de variación de la prevalencia de infección por el VIH y de la mortalidad de menores de 5 años para cada país a fin de determinar si existe una conexión entre las dos variables. Se procedió asimismo a ajustar un modelo matemático para obtener una estimación de la contribución de la infección por el VIH / SIDA a la mortalidad de menores de 5 años en cada país.

...va a la pág. 442.