

# Patología Oncológica Mamaria

## Revisión Epidemiológica del Hospital Dr. Eduardo Wilde 2008-2013

### ¿Una conclusión esperada?

#### Autores

Pablo J. DÍAZ (1), Elisabet R. RADLER (2), Osvaldo SANTA COLOMA (3), Gustavo A. CISNE DÁVILA (3), Mónica AMADEO (4), Iliana Carla MAIAROTA (4), Karina Verónica GUERRERO (4), Sonia M.L. MARCÓN (4)

(1) Citología, Histología y Embriología "B", Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, Biología Celular, Histología, Embriología y Genética, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Arturo Jauretche, Medico de Plata - Ginecología Hospital de Wilde.

(2) Jefa de Servicio - Ginecología Hospital de Wilde

(3) Medico de Planta – Ginecologia Hospital de Wilde – Mastologo

(4) Medica de Planta – Ginecologia Hospital de Wilde

**Patología Oncológica Mamaria**  
**Revisión Epidemiológica del Hospital Dr. Eduardo Wilde 2008-2013**  
**¿Una conclusión esperada?**

**INTRODUCCIÓN**

El cáncer es un problema de salud mundial. En la medida en que otras causas de mortalidad son controladas y la población envejece, las enfermedades neoplásicas aparecen entre las más importantes causales de muerte y discapacidad en el mundo (1).

El cáncer de mama es la principal causa de muerte por cáncer, entre las mujeres en los países desarrollados y en la mayoría de los países en vías de desarrollo. Se estima que, mundialmente, se producen alrededor de 1.200.000 casos nuevos por año, que implican más de 500.000 muertes (2).

La mortalidad por cáncer de mama varía ampliamente de región en región. La República Argentina tiene la segunda tasa de mortalidad en el continente (21,8 por 100.000); lo que se traduce en alrededor de 5.400 muertes por año (1) diagnosticándose 18.000 casos nuevos al año (3). Nueve provincias poseen tasas que superan la tasa nacional: Ciudad de Buenos Aires, Tierra del Fuego, San Luis, Córdoba, San Juan, Mendoza, Santa Cruz, Santa Fe, y Neuquén (1).

El 52% de las defunciones por cáncer de mama se producen en las mujeres entre 50 y 74 años (1), pero los valores ascienden marcadamente, a partir de los 40 años alcanzando su pico máximo en el grupo de mujeres mayores de 80 años (4). Algo similar se reproduce a nivel mundial, en donde el 17% al 36% de todos los cánceres de mama se producen en mujeres menores de 40 (5).

Nunca antes en el mundo hubo tantos adultos mayores, y es la edad uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama, afectando una de cada 8 mujeres a lo largo de su vida. (6). Otro factor de riesgo del que se ha hablado mucho fue el nivel de desarrollo social, aun cuando el perfil de esta causa de muerte se ha asociado con un mayor desarrollo regional están ocurriendo cambios y las muertes también están

creciendo en la población de mujeres de regiones y entidades menos desarrolladas (7).

En la Argentina no se han realizado acciones sistemáticas para la prevención y control de cáncer de mama. El diseño de un programa organizado acorde a las necesidades del país requiere de un diagnóstico previo que brinde información útil para su desarrollo (1).

## **OBJETIVOS**

- Realizar un relevamiento estadístico de la patología mamaria del Hospital Dr. Eduardo Wilde del período 2008-2013.
- Generar una base de datos propia que permita la comparación con estadísticas de otros centros de salud.
- Detectar el tipo de patología oncológica mamaria más frecuente, así como su correlato con la edad de las pacientes y su historia natural.
- Observar el comportamiento de ésta patología en función del tiempo, sus cambios epidemiológicos y conducta en nuestra comunidad.
- Establecer los resultados de ésta investigación como base para futuros estudios y elaborar una planificación estratégica que permita abordar ésta problemática de una manera más efectiva.

## **MATERIALES Y MÉTODOS. DISEÑO. POBLACIÓN. MUESTRA. VARIABLES Y PROCESAMIENTO**

Este trabajo se desarrolló como una investigación observacional descriptiva y retrospectiva a los años 2008-2013.

Se han tomado los registros internos del servicio de Ginecología del Hospital Dr. Eduardo Wilde y se han incluido a todas las pacientes que presentaran informes de Anatomía Patológica oncológica mamaria positiva. Los resultados se han volcado a tablas Excel donde se han cruzado las diferentes variables a analizar, las cuales fueron:

- Año: se tomaron los registros desde el año 2008 al 2013.

- Edad (en años): se expresaron en rangos, a saber, menores de 40, de 41 a 45, de 46 a 50, de 51 a 65, de 66 a 70, de 71 a 75 y mayores de 75.
- Ganglios Linfáticos: Positivos o Negativos, para atipía celular.
- Histopatología: Carcinoma in-situ, Indiferenciado, Lobulillar Infiltrante, Ductal Infiltrante y Mucinoso.

## RESULTADOS

- Detalle 2008

Edad	Cantidad
< 40	2
40 - 45	1
46 - 50	0
51 - 55	1
56 - 60	1
61 - 65	1
66 - 70	2
71 -75	0
> 75	2

Edad	Tipo Histológico	Ganglios
31	Carcinoma Indiferenciado	Positivo
31	Carcinoma Indiferenciado	Negativo
43	Carcinoma Indiferenciado	Positivo
53	Carcinoma in situ	Negativo
56	Carcinoma Lobulillar Infiltrante	Negativo
64	Carcinoma Lobulillar Infiltrante	Negativo
68	Carcinoma Lobulillar Infiltrante	Negativo
70	Carcinoma Indiferenciado	Positivo
79	Carcinoma indiferenciado	Positivo

<b>82</b>	Carcinoma indiferenciado	Positivo
-----------	--------------------------	----------

	<b>Cantidad</b>	<b>Ganglios Positivos</b>
<b>Carcinoma Indiferenciado</b>	6	5
<b>Carcinoma in situ</b>	1	0
<b>Carcinoma Lobulillar Infiltrante</b>	3	0
<b>Totales</b>	10	5

- Detalle 2009

<b>Edad</b>	<b>Cantidad</b>
<b>&lt; 40</b>	1
<b>40 - 45</b>	0
<b>46 - 50</b>	0
<b>51 - 55</b>	0
<b>56 - 60</b>	2
<b>61 - 65</b>	0
<b>66 - 70</b>	4
<b>71 -75</b>	2
<b>&gt; 75</b>	1

<b>Edad</b>	<b>Tipo Histológico</b>	<b>Ganglios</b>
<b>39</b>	Carcinoma indiferenciado	Negativo
<b>56</b>	Carcinoma indiferenciado	Negativo
<b>58</b>	Carcinoma Ductal Infiltrante	Negativo
<b>66</b>	Carcinoma Ductal Infiltrante	Positivo
<b>70</b>	Carcinoma Ductal infiltrante	Positivo
<b>70</b>	Carcinoma Ductal in situ	Negativo
<b>70</b>	Carcinoma Ductal Infiltrante	Positivo

<b>71</b>	Carcinoma Ductal Infiltrante	Positivo
<b>75</b>	Carcinoma Ductal Infiltrante	Negativo
<b>85</b>	Carcinoma ductal Infiltrante	Negativo

	<b>Cantidad</b>	<b>Ganglios Positivos</b>
<b>Carcinoma Indiferenciado</b>	2	0
<b>Carcinoma in situ</b>	1	0
<b>Carcinoma Ductal Infiltrante</b>	7	4

- Detalle 2010

<b>Edad</b>	<b>Cantidad</b>
<b>&lt; 40</b>	0
<b>40 - 45</b>	0
<b>46 - 50</b>	1
<b>51 - 55</b>	1
<b>56 - 60</b>	0
<b>61 - 65</b>	4
<b>66 - 70</b>	0
<b>71 -75</b>	2
<b>&gt; 75</b>	1

<b>Edad</b>	<b>Tipo Histológico</b>	<b>Ganglios</b>
<b>48</b>	Carcinoma Ductal Infiltrante	Negativo
<b>53</b>	Carcinoma Ductal Infiltrante	Positivo
<b>61</b>	Carcinoma Ductal Infiltrante	Negativo
<b>61</b>	Carcinoma lobulillar Infiltrante	Positivo
<b>61</b>	Carcinoma Ductal Infiltrante	Negativo
<b>63</b>	Carcinoma Ductal in situ	Negativo

<b>71</b>	Carcinoma Lobulillar Infiltrante	Positivo
<b>73</b>	Carcinoma Ductal Infiltrante	Positivo
<b>89</b>	Carcinoma Ductal Infiltrante	Negativo

	<b>Cantidad</b>	<b>Ganglios Positivos</b>
<b>Carcinoma Ductal Infiltrante</b>	6	2
<b>Carcinoma Lobulillar Infiltrante</b>	2	2
<b>Carcinoma Ductal in situ</b>	1	0

- Detalle 2011

<b>Edad</b>	<b>Cantidad</b>
<b>&lt; 40</b>	0
<b>40 - 45</b>	1
<b>46 - 50</b>	0
<b>51 - 55</b>	0
<b>56 - 60</b>	0
<b>61 - 65</b>	1
<b>66 - 70</b>	0
<b>71 -75</b>	3
<b>&gt; 75</b>	1

<b>Edad</b>	<b>Tipo Histológico</b>	<b>Ganglios</b>
<b>44</b>	Carcinoma Lobulillar Infiltrante	Negativo
<b>61</b>	Carcinoma Ductal in situ	Negativo
<b>73</b>	Carcinoma indiferenciado	Positivo

<b>75</b>	Carcinoma Ductal Infiltrante	Negativo
<b>75</b>	Carcinoma Ductal Infiltrante	Positivo
<b>84</b>	Carcinoma Ductal Infiltrante	Negativo

	<b>Cantidad</b>	<b>Ganglios Positivos</b>
<b>Carcinoma Lobulillar Infiltrante</b>	1	0
<b>Carcinoma in situ</b>	1	
<b>Carcinoma Indiferenciado</b>	1	1
<b>Carcinoma Ductal Infiltrante</b>	3	1

NOTA: A lo largo del año, la actividad asistencial del nosocomio se vio afectada por múltiples jornadas de protestas pertenecientes al sector de profesionales, administrativos y asistentes, alternamente. La actividad de guardia siempre fue asegurada y priorizada, al igual que la patología oncológica de consultorios externos. De ésta manera las pacientes muchas veces no podía acceder al nosocomio, o cuando si lo hacían no podían ser asistidas por los profesionales porque éstos se encontraban bajo retención de tareas. Situación similar ocurría cuando la protesta partía de los administrativos y asistentes, haciendo que la entrega de turnos, recepción de pacientes, despacho de historias clínicas, etc... fuera anulada dificultando de manera inexorable la actividad cotidiana del hospital.

- Detalle 2012

<b>Edad</b>	<b>Cantidad</b>
<b>&lt; 40</b>	0
<b>40 - 45</b>	3
<b>46 - 50</b>	2
<b>51 - 55</b>	2
<b>56 - 60</b>	1



<b>61 - 65</b>	2
<b>66 - 70</b>	1
<b>71 -75</b>	2
<b>&gt; 75</b>	6

<b>Edad</b>	<b>Tipo Histológico</b>	<b>Ganglios</b>
41	Carcinoma indiferenciado	Positivo
41	Carcinoma ductal infiltrante	Positivo
43	Carcinoma ductal infiltrante	Positivo
49	Carcinoma ductal infiltrante	Positivo
49	Carcinoma ductal infiltrante	Positivo
51	Carcinoma ductal infiltrante	Negativo
52	Carcinoma ductal infiltrante	Positivo
58	Carcinoma ductal infiltrante	Positivo
61	Carcinoma ducto infiltrante	Positivo
62	Ductal infiltrante	Positivo
67	Carcinoma ductal infiltrante	Negativo
73	Carcinoma ductal infiltrante	Positivo
73	Carcinoma ductal in situ	Negativo
78	Carcinoma indiferenciado	Negativo
78	Carcinoma ductal infiltrante	Negativo
83	carcinoma indiferenciado	Positivo
84	Carcinoma ductal infiltrante	Positivo
84	Carcinoma ductal infiltrante	Positivo
94	Carcinoma Mucinoso	Negativo

	<b>Cantidad</b>	<b>Ganglios Positivos</b>
<b>Carcinoma Indiferenciado</b>	3	2

<b>Carcinoma Ductal Infiltrante</b>	14	11
<b>Carcinoma in situ</b>	1	0
<b>Carcinoma Mucinoso</b>	1	0

- Detalle 2013

<b>Edad</b>	<b>Cantidad</b>
<b>&lt; 40</b>	3
<b>40 - 45</b>	2
<b>46 - 50</b>	3
<b>51 - 55</b>	1
<b>56 - 60</b>	2
<b>61 - 65</b>	2
<b>66 - 70</b>	0
<b>71 -75</b>	1
<b>&gt; 75</b>	5

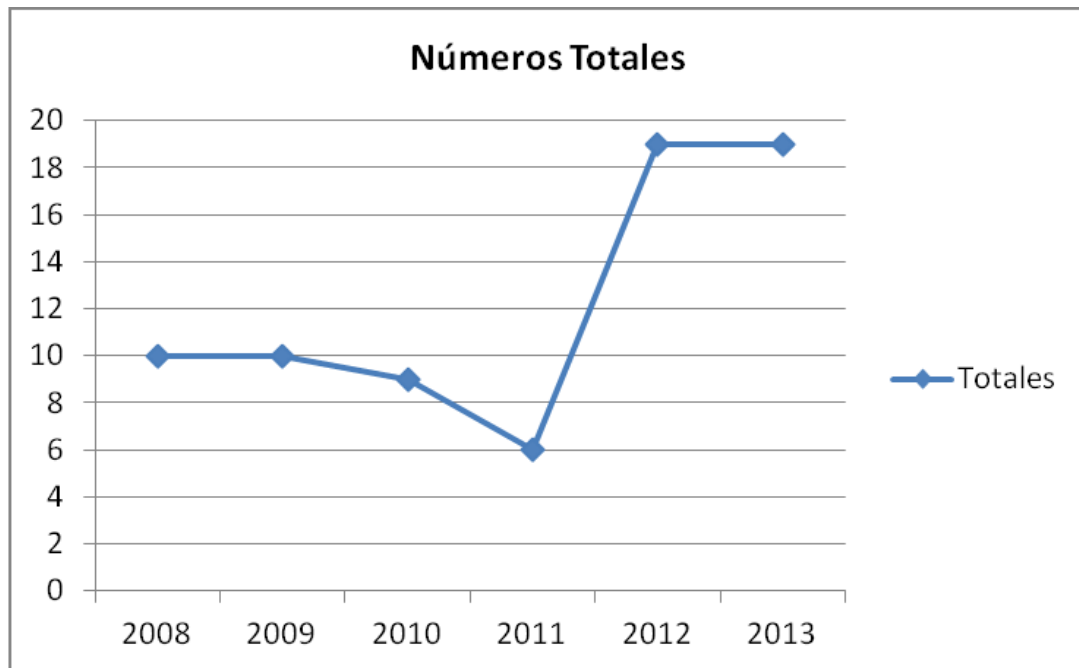
<b>Edad</b>	<b>Tipo Histológico</b>	<b>Ganglios</b>
<b>28</b>	Carcinoma Indiferenciado	Negativo
<b>35</b>	Carcinoma Ductal Infiltrante	Negativo
<b>35</b>	Carcinoma ductal infiltrante	Positivos
<b>41</b>	Carcinoma Indiferenciado	Negativo
<b>43</b>	Carcinoma Ductal Infiltrante	Positivos
<b>46</b>	Carcinoma Indiferenciado	Negativo
<b>49</b>	Carcinoma Ductal Infiltrante	Positivos
<b>49</b>	Carcinoma ductal infiltrante	Negativo
<b>52</b>	Carcinoma Ductal infiltrante	Negativo
<b>58</b>	Carcinoma Ductal Infiltrante	Negativo
<b>58</b>	Carcinoma Ductal Infiltrante	Positivos

<b>62</b>	Carcinoma ductal infiltrante	Positivos
<b>65</b>	Carcinoma ductal infiltrante	Negativo
<b>73</b>	Carcinoma Ductal Infiltrante	Positivos
<b>76</b>	Carcinoma Lobulillar invasor	Negativo
<b>77</b>	Carcinoma ductal infiltrante	Positivos
<b>78</b>	Carcinoma Indiferenciado	Negativo
<b>79</b>	Carcinoma Ductal Infiltrante	Positivos
<b>85</b>	Carcinoma Ductal Infiltrante	Positivos

	<b>Cantidad</b>	<b>Ganglios Positivos</b>
<b>Carcinoma Ductal in situ</b>	0	0
<b>Lobulillar infiltrante</b>	1	0
<b>Ductal Infiltrante</b>	14	9
<b>Carcinoma indiferenciado</b>	4	0

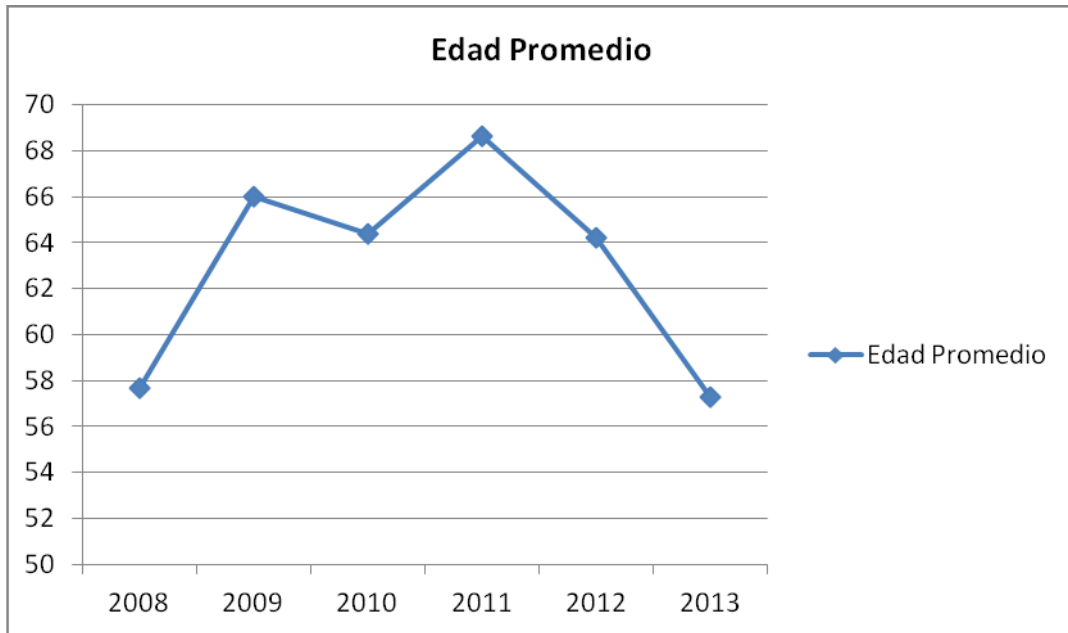
- Incidencia en Años

<b>Año</b>	<b>Números totales</b>
<b>2008</b>	10
<b>2009</b>	10
<b>2010</b>	9
<b>2011</b>	6
<b>2012</b>	19
<b>2013</b>	19
<b>Total</b>	73



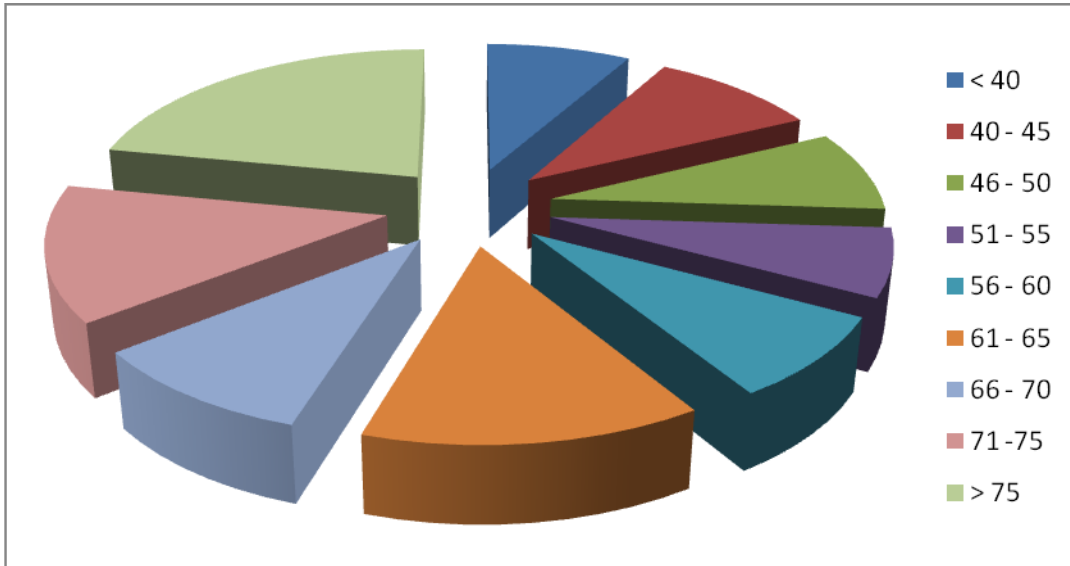
- Incidencia por Edad Promedio en Años

Año	Edad (en años)
2008	57,7
2009	66
2010	64,4
2011	68,66
2012	64,23
2013	57,31
<b>Promedio</b>	63,05



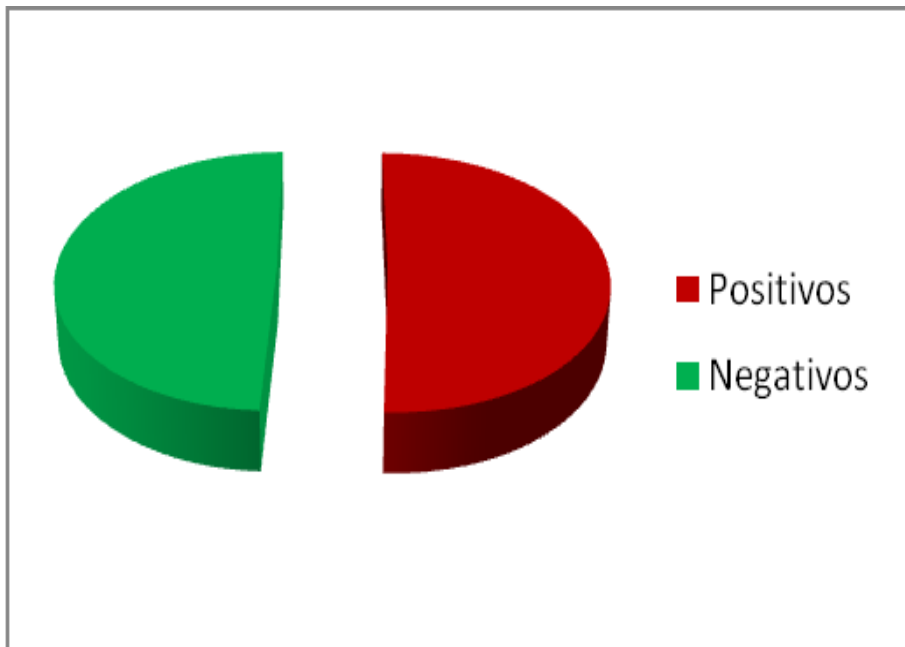
- Incidencia por Edad

<b>Edad</b>	<b>Cantidad total</b>	<b>Promedio</b>
<b>&lt; 40</b>	6	8,21
<b>40 - 45</b>	7	9,58
<b>46 - 50</b>	6	8,21
<b>51 - 55</b>	5	6,84
<b>56 - 60</b>	6	8,21
<b>61 - 65</b>	10	13,69
<b>66 - 70</b>	7	9,58
<b>71 - 75</b>	10	13,69
<b>&gt; 75</b>	16	21,91



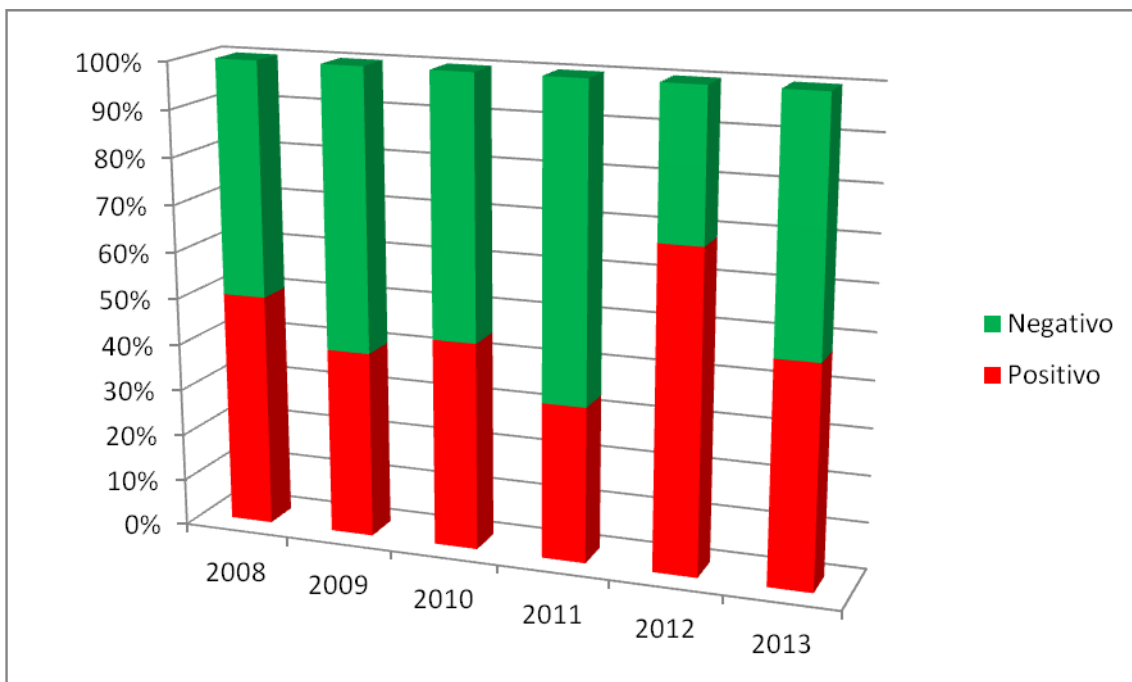
- Incidencia de Ganglios Positivos

Año	Positivo	Negativo
<b>Totales</b>	37	36
<b>Promedio</b>	50,68	49,32



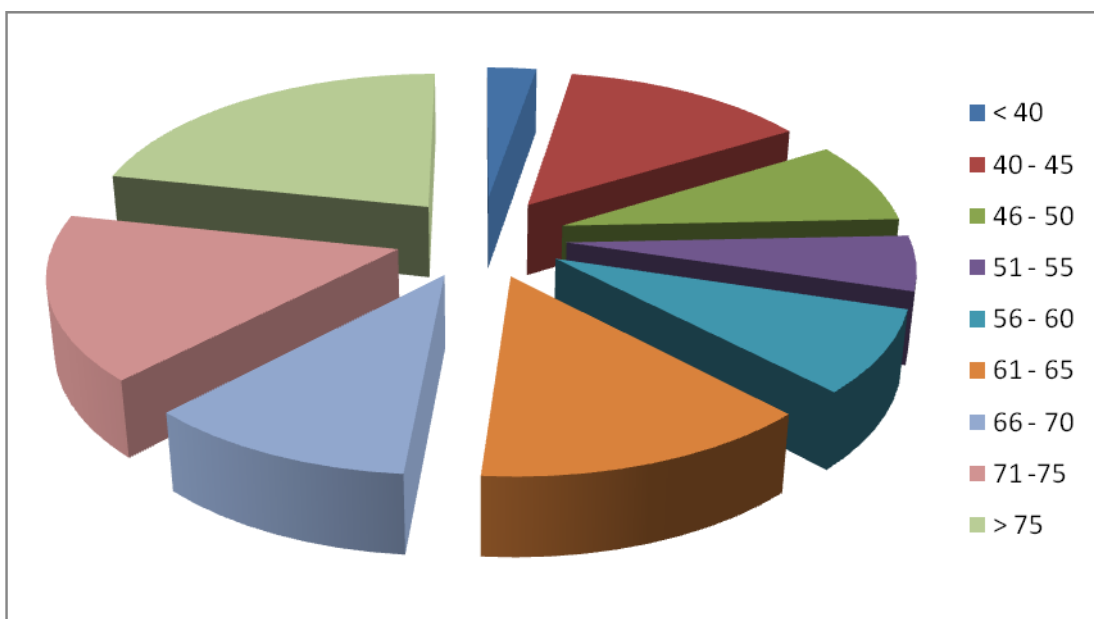
- Incidencia de Ganglios Positivos por Año

Año	Positivo	Negativo
2008	5	5
2009	4	6
2010	4	5
2011	2	4
2012	13	6
2013	9	10



- Porcentaje Total de Ganglios Positivos por Edad

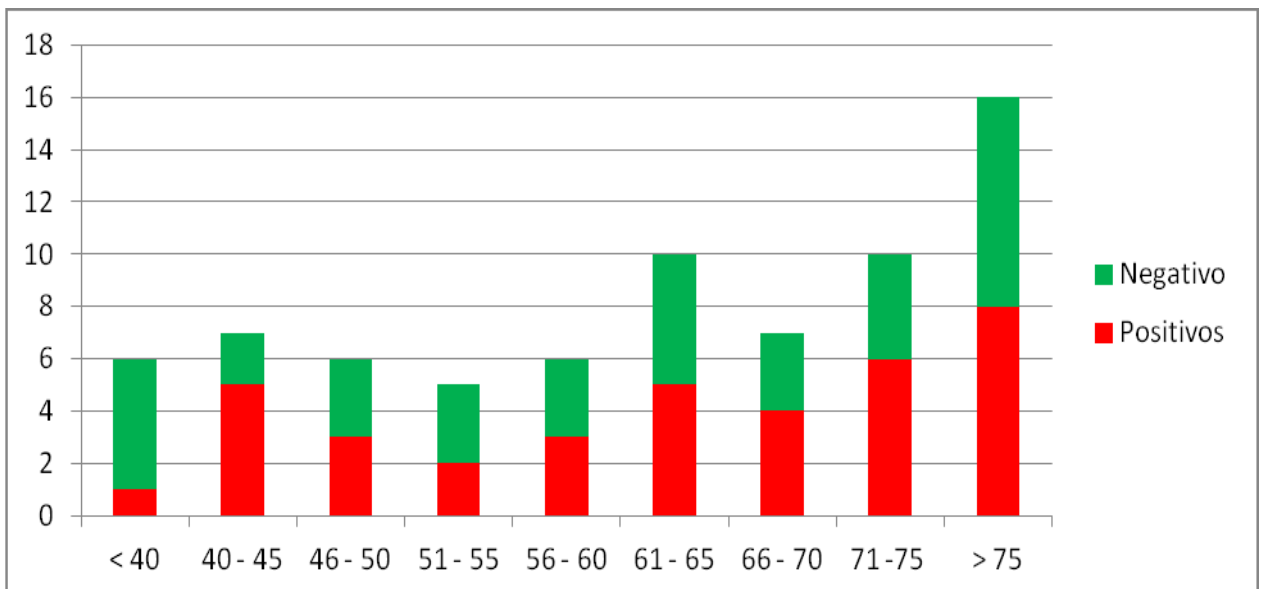
Edad	% (+) total
< 40	2,7
40 - 45	13,51
46 - 50	8,1
51 - 55	5,4
56 - 60	8,1
61 - 65	13,51
66 - 70	10,81
71 -75	16,21
> 75	21,62



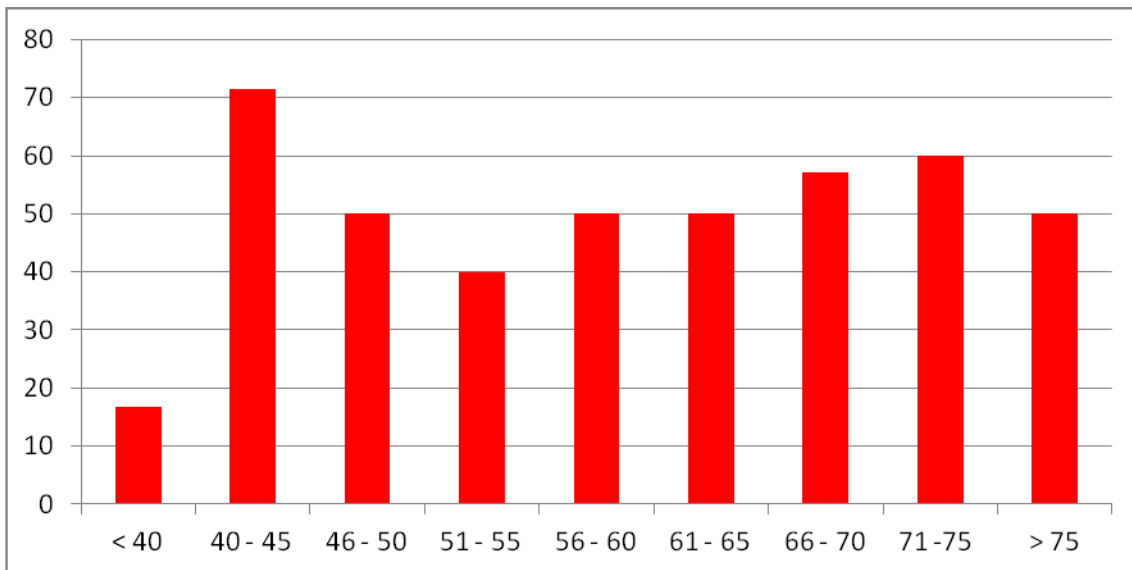


- Ganglios Positivos según Edad

Edad	Positivos	Negativo
< 40	1	5
40 - 45	5	2
46 - 50	3	3
51 - 55	2	3
56 - 60	3	3
61 - 65	5	5
66 - 70	4	3
71 -75	6	4
> 75	8	8

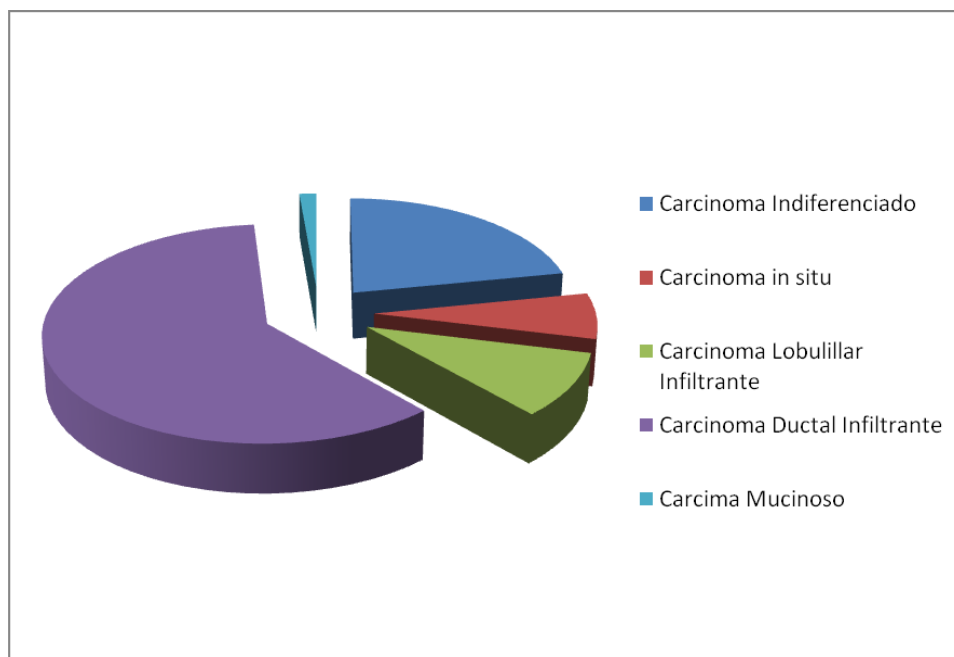


- Porcentaje de Ganglios Positivos por Edad



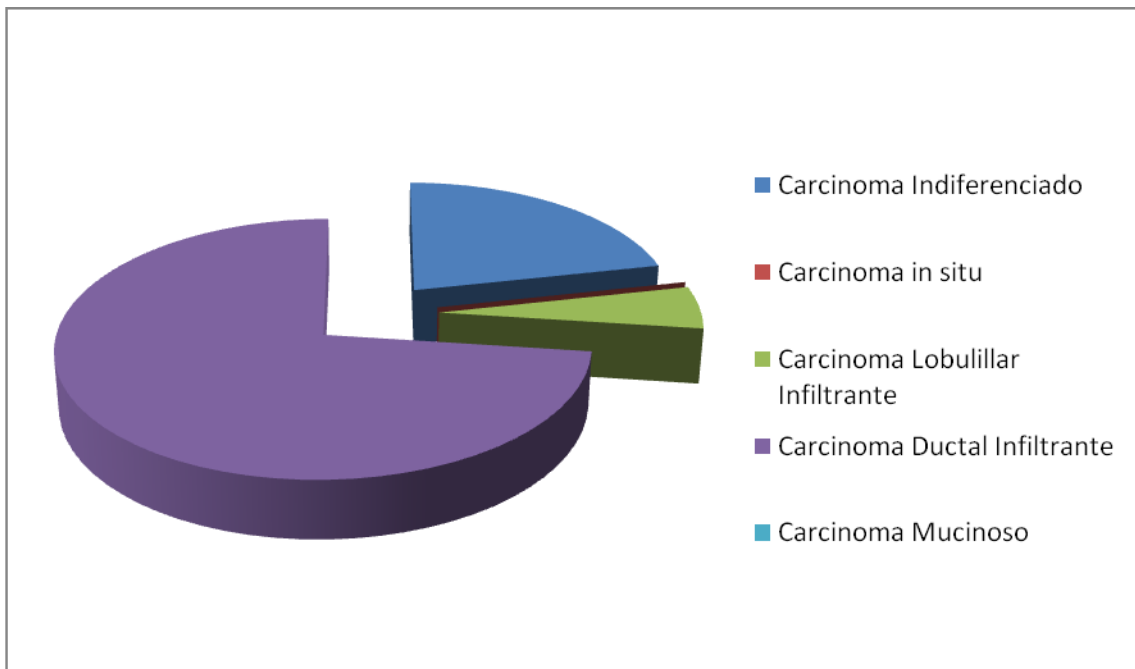
- Porcentaje por Histopatología

	<b>Carcinoma Indiferenciado</b>	<b>Carcinoma in situ</b>	<b>Carcinoma Lobulillar Infiltrante</b>	<b>Carcinoma Ductal Infiltrante</b>	<b>Carcinoma Mucinoso</b>
<b>Cantidad total</b>	16	5	7	44	1
<b>Porcentaje</b>	21,91	6,84	9,58	60,27	1,36



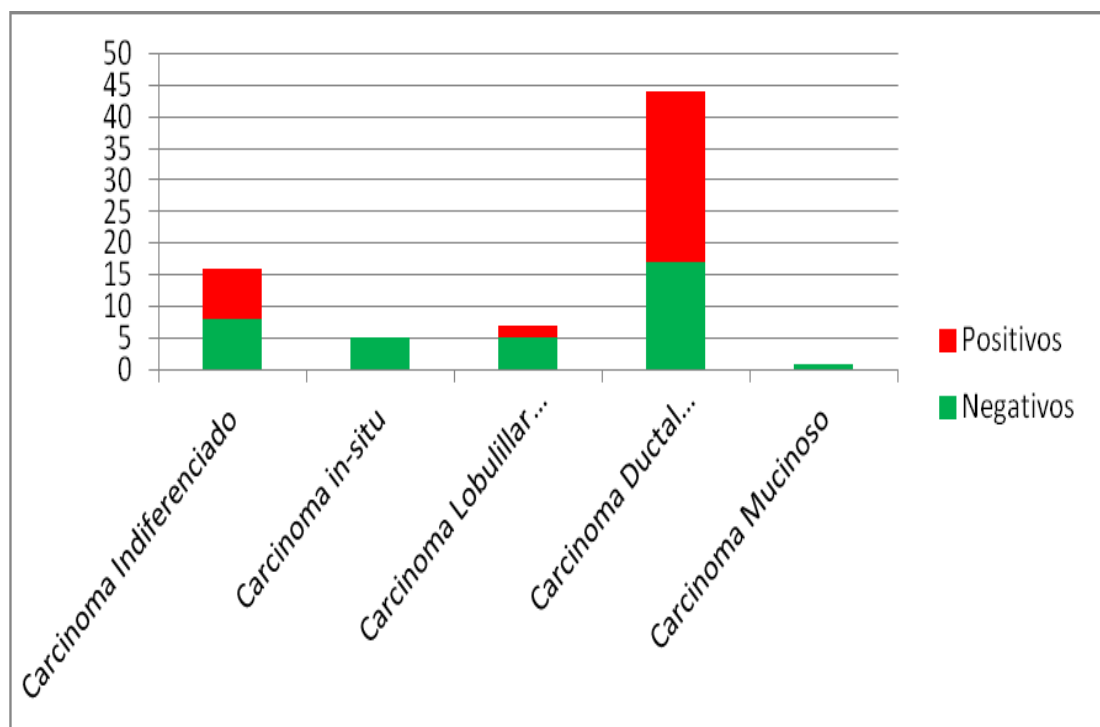
- Ganglios Positivos según Histopatología

	<b>Carcinoma Indiferenciado</b>	<b>Carcinoma in situ</b>	<b>Carcinoma Lobulillar Infiltrante</b>	<b>Carcinoma Ductal Infiltrante</b>	<b>Carcinoma Mucinoso</b>
<b>Total ganglios +</b>	8	0	2	27	0



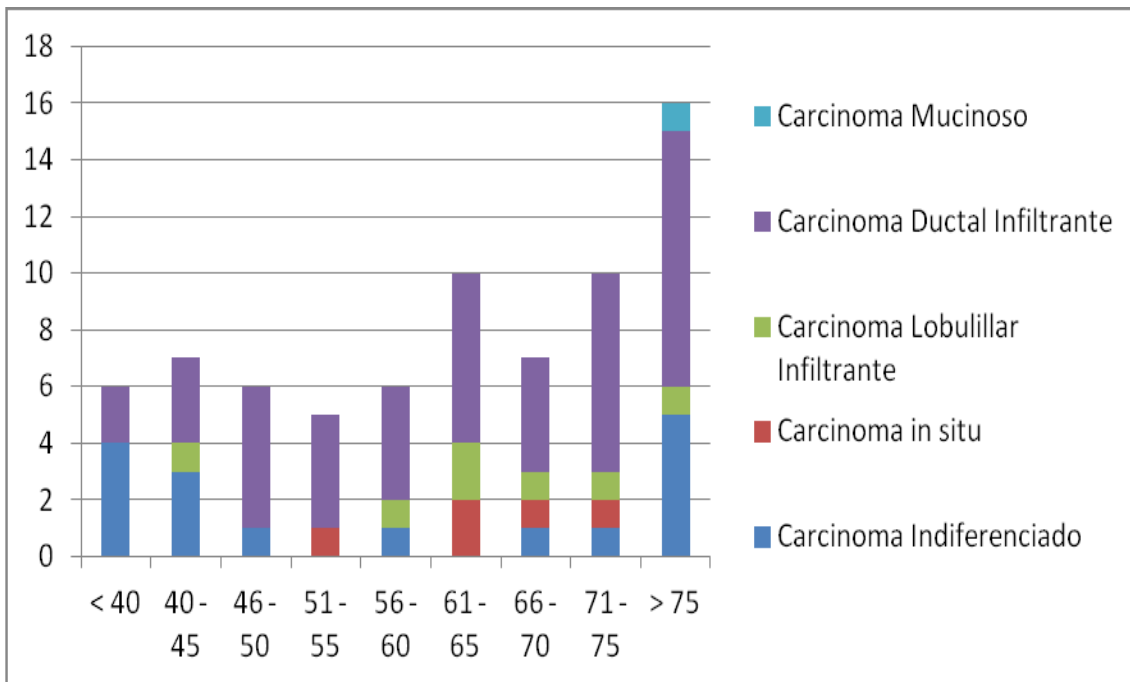
- Relación de Ganglios según Histopatología

	<b>Carcinoma Indiferenciado</b>	<b>Carcinoma in situ</b>	<b>Carcinoma Lobulillar Infiltrante</b>	<b>Carcinoma Ductal Infiltrante</b>	<b>Carcinoma Mucinoso</b>
<b>Totales</b>	16	5	7	44	1
<b>Total ganglios +</b>	8	0	2	27	0



- Tipo Histológico por Edad

<b>Edad</b>	<b>Carcinoma Indiferenciado</b>	<b>Carcinoma in situ</b>	<b>Carcinoma Lobulillar Infiltrante</b>	<b>Carcinoma Ductal Infiltrante</b>	<b>Carcinoma Mucinoso</b>
<b>&lt; 40</b>	4	0	0	2	0
<b>40 – 45</b>	3	0	1	3	0
<b>46 – 50</b>	1	0	0	5	0
<b>51 – 55</b>	0	1	0	4	0
<b>56 – 60</b>	1	0	1	4	0
<b>61 – 65</b>	0	2	2	6	0
<b>66 – 70</b>	1	1	1	4	0
<b>71 - 75</b>	1	1	1	7	0
<b>&gt; 75</b>	5	0	1	9	1
<b>Total</b>	16	5	7	44	1



## DISCUSIÓN

### General:

- Existió un notorio aumento de la incidencia de la patología mamaria oncológica en los años 2012 y 2013.
- Edad promedio del cáncer de mama para el período 2008-2013 fue de 63.05 años.
- A partir del año 2011 hubo una disminución en la edad promedio.
- Por orden, la mayor incidencia fue en mayores de 75 años, 71-75 años, 61-65 años, y las pacientes de 40-45 años igual que 66-70.
- Al momento de la cirugía el 50,68% de los ganglios linfáticos axilares fueron positivos.
- Se notó un marcado aumento de los ganglios positivos en 2012 y 2013.
- Hubo una mayor positividad de ganglios a partir de los 61 años y también en la franja de 40-45 años.
- Las variantes histológicas se ordenaron según frecuencia de la siguiente manera: carcinoma ductal infiltrante, carcinoma indiferenciado, carcinoma lobulillar infiltrante, carcinoma in situ y por último carcinoma mucinoso.

- La frecuencia de ganglios positivos según patología se ordenó de la siguiente manera: carcinoma ductal infiltrante, carcinoma indiferenciado y carcinoma lobulillar infiltrante.
- La variante histológica que predominó en todas las edades fue el carcinoma ductal infiltrante, salvo en las menores de 40 años donde fue mayor el carcinoma indiferenciado.

#### Análisis:

En primera instancia queremos hacer una observación que, en consonancia con las estadísticas mundiales, la incidencia en pacientes menores de 40 años está aumentado y que las variables histológicas y la afección de ganglios linfáticos axilares son dos puntos estadísticamente preocupantes.

Luego de extraer las conclusiones en número bruto hemos arribado al siguiente análisis, que nos plantea un escenario que pone en una situación “border-line” a la moral de los integrantes de todo el sistema de salud.

De los resultados expuestos se desprende claramente que el año 2011 se presenta como un punto clave en la historia del nosocomio, dado que sus valores “desencajan” con la línea evolutiva que se venía perfilando desde el año 2008, y a partir de allí los datos estadísticos de los años 2012 y 2013 han mostrado una situación en donde las variables negativas se han disparado: el número de ganglios linfáticos axilares positivos aumento a más de doble con respecto de los años anteriores; lo mismo ocurrió con la variable de la incidencia anual. También queda expuesta una clara disminución de la edad promedio de hasta casi diez puntos.

Como se notifico en los resultados, el año 2011 fue de actividad inusual por las múltiples jornadas de protesta, que por su puesto afecto al número total de pacientes que podían acceder a la atención del nosocomio. Es por todo lo antes expuesto que creemos que el período 2012-2013 recibió al caudal de pacientes esperado junto con las que habían perdido el contacto con las institución durante 2011, haciendo que la historia natural de la patología mamaria oncológica progresara y que los resultados estadísticos (y sus respectivas implicancias en el estado de salud de la pacientes) fueran poco

favorables, aún cuando la actividad de planta con las pacientes oncológicas se mantuviera durante las protestas.

Al ver los resultados y llegar a éste análisis nos preguntamos:

- ¿Cuánto se ha colaborado (desde la dificultad del acceso a la atención) en éstos números estadísticos?
- Si bien durante las protestas sanitarias se mantuvieron las atenciones de urgencias, emergencias y patologías oncológicas...¿Es moral realizar éste tipo de actividades librando al azar a nuestras pacientes?
- ¿Por qué las pacientes, pese a saber la situación del nosocomio, esperaron a ser atendidas por éste?
- ¿El principio de los derechos de unos es el fin del de los otros?

Con las últimas palabras lo invitamos a recordar un momento muy especial en la vida de todo médico, su jura...

*“...En el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica, juro comprometerme a ... Consagrar mi vida al servicio de la humanidad...Practicar mi profesión con conciencia y dignidad... Hacer de la salud de mis pacientes la primera de mis preocupaciones... Mantener, aún bajo amenazas, absoluto respeto por la vida humana...”*

## **BIBLIOGRAFÍA**

1) Viniegra María, Melisa Paolino, Silvina Arrossi. Cáncer de mama en Argentina: organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control : Informe final julio 2010 : diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. 1a ed. - Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2010.

2) Jemal A, Tiwari RC, Murray T et al. Cancer Statistics, 2004. Ca Cancer J Clin 2004; 54: 8-29



3) Viniestra María. El cáncer de mama en ocho palabras. Una guía breve para la atención primaria de la salud. 1ª ed- Buenos Aires, Instituto Nacional de Cáncer, Ministerio de Salud de la Nación. 2013.

4) Kirchuk Ricardo, Zerga Martha. Pautas en Oncología, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer. Instituto de Oncología Angel Roffo. 2012.

5) Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, et al. Cancer incidence in five continents. Lyon: IARC Scientific Publication, 1997.

6) Sanchez, César. Breast cancer in older women. *Rev. méd. Chile* [online]. 2012, vol.140, n.5 [cited 2014-03-05], pp. 649-658.

7) Vara-Salazar, Elvia de la et al. Breast cancer mortality trends in Mexico, 1980-2009. *Salud pública Méx* [online]. 2011, vol.53, n.5 [cited 2014-03-05], pp. 385-393.