

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3821

Frecuencia de carcinoma ductal in situ en pacientes del servicio de mastología del hospital nacional de Itauguá-Paraguay en un periodo de enero 2012 a diciembre 2019

Alba Celia Fernández Ugarte

albys2288@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-0496-6841>

Catherine Andrea Báez Lugo

cathebaez024@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-7177-3412>

Juan Matías Casañas Friedmann

juanmacs01@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8080-7896>

Cesar Andrés Insfran Fernández

cesarinsfran4444@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-6688-5946>

Miguel Angel Vera Ramos

michellvera@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-5950-206X>

Hospital Regional de Pilar

Correspondencia: albys2288@gmail.com

Artículo recibido 14 octubre 2022 Aceptado para publicación: 14 noviembre 2022

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar

Todo el contenido de **Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar**, publicados en este sitio están disponibles bajo

Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) 

Cómo citar: Fernández Ugarte, A. C., Báez Lugo, C. A., Casañas Friedmann, J. M., Insfran Fernández, C. A., & Vera Ramos, M. A. (2022). Frecuencia de carcinoma ductal in situ en pacientes del servicio de mastología del hospital nacional de Itauguá-Paraguay en un periodo de enero 2012 a diciembre 2019. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 5455-5472. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3821

RESUMEN

El cáncer de mama representa un problema de salud pública debido a su frecuencia y principalmente porque el diagnóstico y tratamiento alteran la calidad de las mujeres afectadas en todas las dimensiones, representa la primera causa de muerte por cualquier tipo de cáncer en la población femenina y su pronóstico depende fundamentalmente de la extensión o de la etapa de la enfermedad en la que se diagnostique y del subtipo tumoral.

La detección del carcinoma ductal in situ es la evidencia de que los programas de salud pública son efectivos; ya que este estadio es curable, he aquí la importancia de realizar este estudio, a fin de determinar la cantidad de pacientes que llegan en estadios precoces, que podrían ser beneficiadas de tratamientos menos cruentos pero curativos.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal a fin de determinar la frecuencia de carcinoma ductal in situ en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama del Servicio de Mastología del HNI del 2012 al 2019. Se encontró un total de 24 pacientes con dicho diagnóstico, que correspondió al 3,1% del total de cánceres diagnosticados. En su mayoría provenientes del Departamento Central, de aproximadamente 50 años, sin antecedentes patológicos familiares ni personales de valor, con patrón histológico de alto grado con comedoconecrosis y receptores hormonales positivos; la mitad recibió tratamiento conservado, y la restante, mastectomía; el 20,83% de las pacientes recibió tratamiento reconstructivo inmediato. Es destacable el bajo porcentaje de detección en estadios precoces del cáncer de mama en nuestro medio.

Palabras clave: mastectomía; cáncer de mama; detección precoz.

Frequency of ductal carcinoma in situ in patients of the mastology service of the national hospital of Itauguá-Paraguay in a period from January 2012 to December 2019

ABSTRACT

Breast cancer represents a public health problem due to its frequency and mainly because the diagnosis and treatment alter the quality of the women affected in all dimensions, it represents the leading cause of death from any type of cancer in the female population and its Prognosis depends fundamentally on the extent or stage of the disease in which it is diagnosed and the tumor subtype.

Detection of ductal carcinoma in situ is evidence that public health programs are effective; Since this stage is curable, this is why it is important to carry out this study, in order to determine the number of patients arriving in early stages, who could benefit from less invasive but curative treatments.

A descriptive, retrospective, cross-sectional study was carried out to determine the frequency of ductal carcinoma in situ in patients with a diagnosis of breast cancer from the HNI Mastology Service from 2012 to 2019. A total of 24 patients with said disease were found. diagnosis, which corresponded to 3.1% of all diagnosed cancers. Most of them came from the Central Department, approximately 50 years old, with no valuable family or personal pathological history, with a high-grade histological pattern with comedoconecrosis and positive hormone receptors; half received conservative treatment, and the rest, mastectomy; 20.83% of the patients received immediate reconstructive treatment. The low percentage of detection in early stages of breast cancer in our environment is noteworthy.

Keywords: *mastectomy; breast cancer; early detection.*

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama representa un problema de salud pública debido a su frecuencia y principalmente porque el diagnóstico y tratamiento alteran la calidad de las mujeres afectadas en las dimensiones física, psicológicas, sociales y sexuales.(1) El cáncer de mama es la primera causa de muerte por cualquier tipo de cáncer en la población femenina y su pronóstico depende fundamentalmente de la extensión o de la etapa de la enfermedad en la que se diagnostique y del subtipo tumoral. Aproximadamente el 5% de las pacientes con cáncer de mama se presenta con enfermedad en etapa avanzada al momento del diagnóstico y aproximadamente entre el 20-30% puede sufrir recurrencias de la enfermedad durante el seguimiento. En tanto que las pacientes en estadio localizado logran tasas de supervivencia global a 5 años mayores a 90%(2). Independientemente del estadio de la enfermedad y la supervivencia, un aspecto sumamente relevante constituye la esfera psiquiátrica, según la literatura(3) hasta un 50% de las pacientes con cáncer de mama sufren desórdenes psiquiátricos, por lo cual, en general la ansiedad y la depresión son consideradas comorbilidades importantes, que incluso interfieren en el pronóstico de la misma.

El éxito en investigación y tratamiento en este cáncer ha conducido al aumento de la supervivencia de los pacientes, debido al diagnóstico precoz y tratamiento oportuno; lo que genera particular interés para continuar estudiando sus bases y fundamentos a fin de mejorar los tratamientos, no solamente en lo que respecta a la mama en sí, sino al tratamiento integral de la mujer afecta.(1) Varios estudios hablan de la mortalidad generada por el cáncer de mama, pero pocos resaltan que esta mortalidad se da a edades precoces, muy alejadas de la expectativa de vida de las mujeres, lo que se traduce en muchos años de vida perdidos, esto conlleva alteraciones sociales, costos económicos elevados y por sobre todo desestructuración familiar y social.(4)

Entre los aspectos más destacados de los avances científicos/tecnológicos se encuentra la evolución de los métodos de detección: mamografía digital, sistemas de lectura asistida por ordenador y tomosíntesis, el desarrollo de un sistema estandarizado para la interpretación de imágenes y la incorporación de técnicas quirúrgicas menos invasivas, la mejora de los tratamientos sistémicos y los avances en el ámbito de la genómica.(5)

La mortalidad por cáncer de mama en mujeres está asociada al envejecimiento, siendo más pronunciada en el grupo de 80 años y más, la tendencia de la tasa bruta de

mortalidad es ascendente y se asoció positivamente con la educación y negativamente con el porcentaje de ruralidad(6)

El carcinoma de mama incluye un grupo heterogéneo de tumores con comportamiento biológico diferente, es bien sabido el componente étnico y hormonal que influye en la caracterización clínico-patológica del mismo; la diversidad clínica y pronóstica se establece a nivel molecular que posteriormente da la expresividad, lo cual le confiere la variabilidad biológica característica(7).

Hoy en día se recomienda el tamizaje de cáncer de mama desde los 40 años de edad; las mujeres con riesgo promedio de padecerlo deben realizarse una mamografía en forma anual desde los 40 años; en cambio aquellas con riesgo aumentado deben iniciar 10 años antes que el familiar más joven de primer grado que padeció la enfermedad. Es esencial destacar que la mamografía anual entre los 40 y 84 años produjo el mayor porcentaje de reducción de muertes por cáncer de mama (39,6%)(8)

El Carcinoma ductal in Situ (CDIS) no es una única enfermedad, se considera un grupo heterogéneo de lesiones cuya presentación conforma diversas características arquitectónicas, distintas tendencias de crecimiento y múltiples patrones citológicas. Las pacientes con CDIS presentan una proliferación de células epiteliales malignas confinada al interior de los ductos mamarios sin evidencia mediante microscopía óptica, de invasión a través de la membrana basal hacia el estroma circundante. Difieren en su presentación clínica e histológica así como por su potencial biológico variando desde lesiones de bajo grado –en la cual no modifica la expectativa de vida-hasta lesiones de alto grado-q pueden ocultar carcinomas invasoras y ser potencialmente lesiones precursoras (9)

El diagnóstico ha aumentado exponencialmente con la introducción de la mamografía en el screening de cáncer de mama. En los EEUU la incidencia de CDIS aumento del 5.8% por cada 100000 mujeres 1970 al 32.5% por cada 100000 mujeres en 2004. Este aumento se atribuye a la utilización de la mamografía de forma sistemática. Más del 90% de los CDIS se detectan solo en estudios por imágenes pues son mayoritariamente asintomáticos (por microcalcificaciones) y un 6% de los sintomáticos. Es importante aclarar que la densidad mamográfica se ha relacionado con un aumento del riesgo de cáncer de mama siendo aún controvertido, encontrándose inversamente relacionada con la precisión mamográfica y una disminución en su sensibilidad del 10-20%. La

ecografía se ha convertido en un método diagnóstico complementario a la mamografía para valorar la naturaleza sólida o quística de lesiones en mamas predominantemente densas. Tiene una sensibilidad para detectar lesiones papilares de hasta el 83%.

Debido a su heterogenicidad relacionada con el patrón de crecimiento, tipo celular, extensión y comportamiento biológico, en sus inicios se dividió simplícidamente en dos tipos:

Comedocarcinoma: caracterizado por ser menos diferenciado, con nivel mitótico elevado, presencia de necrosis asociada y mayor expresión del protooncogen c-erb B2 con presencia de aneuploidias lo que le otorga un comportamiento microinvasivo

No Comedocarcinoma: representado por subtipos: micropapilar, cribiforme y sólido, con menos necrosis y sin tendencia a la calcificación.

Para el logro del acertado y adecuado diagnóstico, estadificación y tratamiento, es menester contar con una completa anamnesis, así como cronología signológica y sintomática, para posteriormente complementarse con un exhaustivo examen físico que evidencie hallazgos sospechosos (nódulos, secreciones, retracciones, ulceraciones y adenopatías), derivando en la necesidad de solicitar pruebas imagenológicas: mamografía y ecografía mamaria y toma de muestras adicionales (Punción aspirativa con aguja fina o biopsia core) para lograr la caracterización inmunogenética.

El tratamiento del CDIS permanece controversial. Se acepta que la base de la terapia es la cirugía. Las técnicas realizadas incluyen cirugía conservadora exclusiva, cirugía conservadora asociada a radioterapia y la mastectomía total, fundamentándose la elección del tipo de operación principalmente en la magnitud de la neoplasia. La biopsia de ganglio centinela se realiza en los casos donde exista sospecha de microinvasión y cuando se realiza una mastectomía. La quimioprolifaxis con tamoxifeno resultaría fundamental hoy en día en pacientes con receptores estrogénicos positivos, ya que ha demostrado que reduce el riesgo de recurrencia hasta en un 40%

Las pacientes con CDIS tienen un excelente pronóstico independientemente del tratamiento quirúrgico que se le realice. El 50% de las recidivas locales serán infiltrantes. Casi todas las pacientes con recidivas locales y la mayoría de las que recurre en forma de Carcinoma infiltrante sobre viven luego del tratamiento adecuado

La detección del carcinoma ductal in situ es la evidencia de que los programas de salud pública en cuanto a detección precoz de la enfermedad, son efectivos; a nivel mundial

la detección en este estadio oscila entre el 18-40%(13); este estadio se considera curable porque se considera confinado al tejido mamario, he aquí la importancia de realizar este estudio, a fin de determinar la cantidad de pacientes que llegan en estadios precoces, que podrían ser beneficiadas de tratamientos menos cruentos pero curativos.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar la frecuencia de CDIS en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama del Servicio de Mastología del HNI del 2012 al 2019

Objetivos específicos:

1. Identificar datos demográficos y antecedentes de pacientes con diagnóstico del CDIS (edad, sexo, antecedentes familiares y ginecobstetricos)
2. Describir los motivos de consulta de las pacientes con diagnóstico de CDIS
3. Establecer las características histopatológicas e imagenológicas (tamaño, grado, comedo o no comedo y receptores hormonales, caracterización en mamografía y ecografía) y método de diagnóstico
4. Describir los tipos de tratamientos realizados.

MATERIALES Y MÉTODO

- **Diseño:** observacional, retrospectivo, de corte trasversal.
- **Población estudiada:** Pacientes con diagnóstico de carcinoma ductal in situ que consultaron en el Servicio de Mastología del Hospital Nacional de Itauguá, durante el periodo de enero 2012 a diciembre 2019

Criterio de inclusión

Pacientes mujeres y varones, mayores de 18 años con diagnóstico de carcinoma ductal in situ que consultaron en el Servicio de Mastología del Hospital Nacional de Itauguá, durante el periodo de enero 2012 a diciembre 2019

Criterios de exclusión

Pacientes con fichas incompletas

Tamaño de muestra

Todos los pacientes que cumplieron criterios de inclusión en el periodo de tiempo establecido

Muestreo

No probabilístico de casos consecutivos

Reclutamiento

Se realizó una base de datos con todos los pacientes que cumplieron criterios de inclusión, previa autorización de Jefe de Servicio

▪ **Mediciones**

Variables:

- Presencia de carcinoma ductal in situ: (cualitativa nominal)
- Edad:(cuantitativa discreta) tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo, en años.
- Sexo:(cualitativa nominal) se divide a los pacientes en hombre o mujer
- Antecedentes personales y familiares: (cualitativa nominal) antecedente familiar de primer grado de cáncer de mama, menarca, menopausia, paridad, lactancia materna, uso de método anticonceptivo hormonal.
- Motivo de consulta: (cualitativa nominal) control, nódulo palpable, telorragia, derivación facultativa, mastalgia
- Características histopatológicas e imagenológicas (cualitativa nominal): alto, intermedio o bajo grado; tipo comedo o no comedo; microcalcificaciones, nódulos acompañantes
- Tratamiento recibido: (cualitativa nominal) Cirugía, radioterapia, hormonoterapia

Fuentes de información

Historias clínicas de pacientes obtenidas durante la consulta y seguimiento

Instrumento de medición

Planilla de recolección de datos en base a historias clínicas y evoluciones que incluyó datos clínicos, antecedentes, motivo de consulta, tipo de tratamiento recibido

Procedimiento de recolección de información

Búsqueda de datos en fichas clínicas de pacientes en forma retrospectiva

▪ **Control de calidad:**

La recolección de datos y su verificación se realizó por una persona unificando así los criterios. Tras cargar los datos en las planillas se verificó y corrigió en caso de errores.

▪ **Asuntos éticos**

Se solicitó autorización al Jefe del Servicio de Mastología para la búsqueda y recolección de datos de los pacientes internados en su Servicio, custodiando sobre todo los derechos de confidencialidad, autonomía, beneficencia y no maleficencia de los mismos

Plan de análisis de los datos:

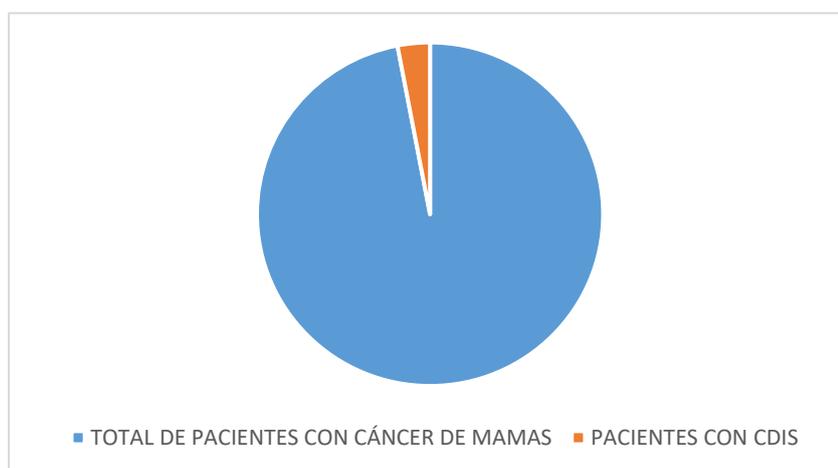
Métodos y modelos de análisis de los datos según variables.

Se elaboró una base de datos según las variables del estudio en planillas electrónicas, y los resultados se presentaron presentados en tablas, se utilizó para el análisis de los mismos el programa EpiInfo 7.0

RESULTADOS

El total de pacientes fue de 24. La frecuencia de carcinoma ductal in situ fue 3,1% (24 casos de 771 del total de pacientes con cáncer de mama)

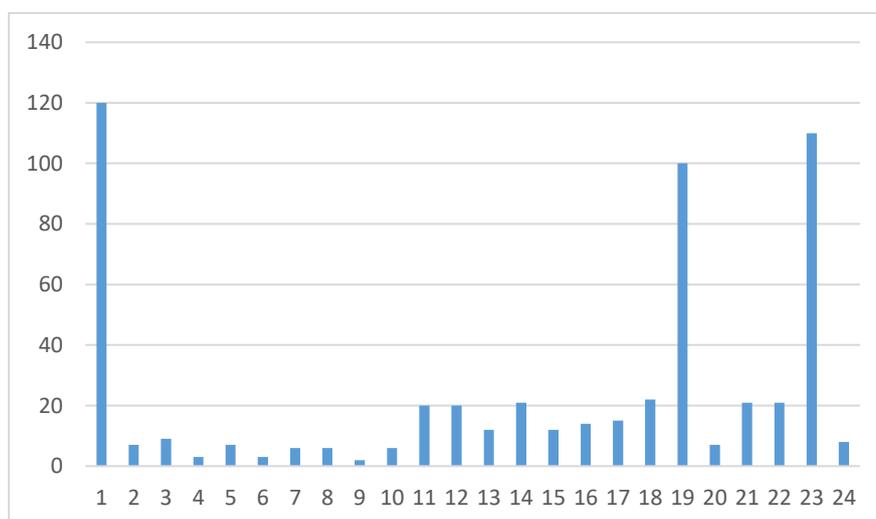
Gráfico 1: *Pacientes con carcinoma ductal in situ en comparación al número total de cáncer de mama. Servicio de Mastología-HNI*



Los datos fueron obtenidos del archivo del Hospital Nacional de Itauguá

La media de tamaño tumoral fue $23,8 \pm 34$ mm, con un rango de entre 2-120mm.

Gráfico 2: *Distribución de pacientes según tamaño tumoral (n:24)*

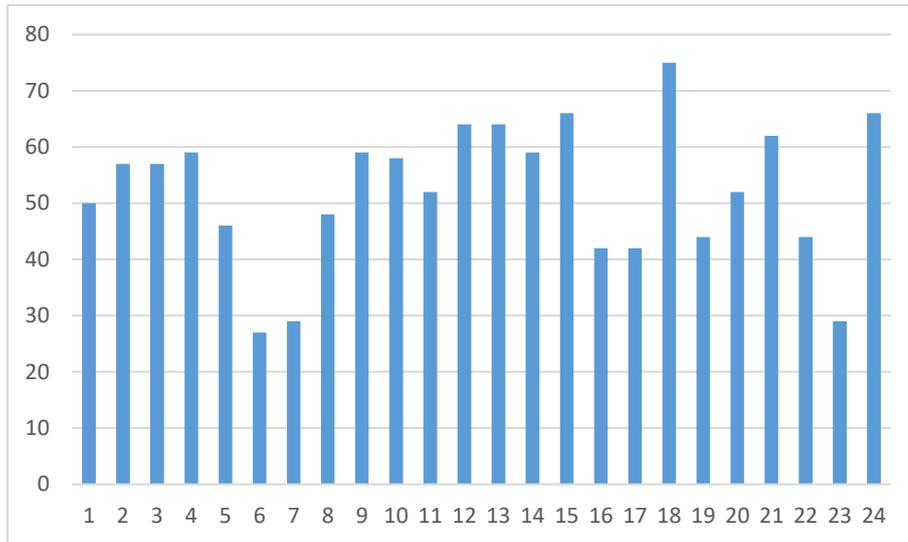


Los datos fueron obtenidos del archivo del Hospital Nacional de Itauguá

El 100% fue de sexo femenino, la media de edad 50 ± 16 años.

Gráfico 3:

Distribución de pacientes por edad. n:24



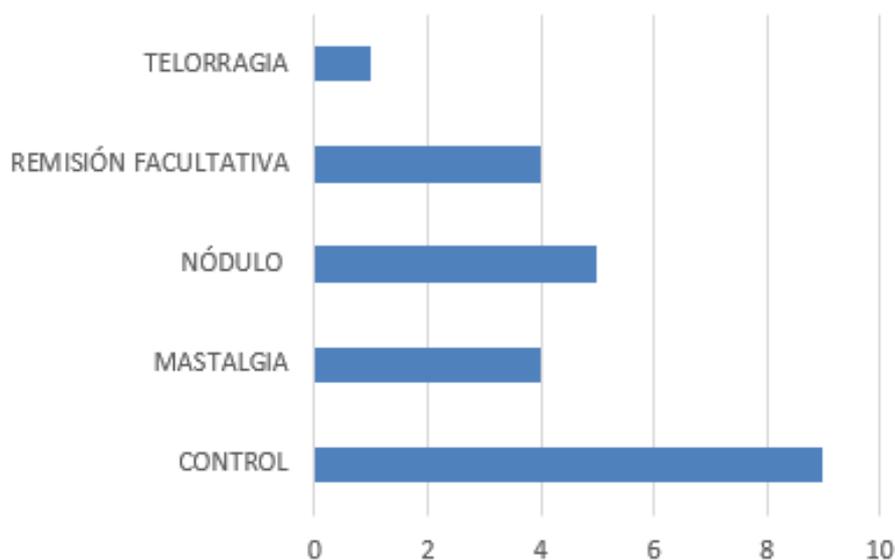
Los datos fueron obtenidos del archivo del Hospital Nacional de Itauguá
El 56% de las pacientes procedió del departamento Central (14 pacientes)

Tabla 1: Distribución según la procedencia por Departamentos del país (n:24)Ç

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Central	14	56
Cordillera	3	12
Guairá	2	8
Alto Paraná	2	8
San Pedro	2	8
Paraguarí	1	4

Con respecto a los antecedentes patológicos personales: ninguna de las pacientes presentó menarca precoz ni menopausia tardía, en cuanto a la lactancia materna solo 4 del total de pacientes no la realizaron, de las demás pacientes el promedio de lactancia fue de 2,79 años. 13 pacientes (55,16%) no utilizaron ningún método anticonceptivo hormonal, 7 de ellas (29,16%) utilizaron anticonceptivos orales y 4 pacientes (16,66%) anticonceptivos hormonales parenterales.

Gráfico 4: Motivos de consulta según frecuencia. (n:24)



Nódulo: 5 pacientes (20,83%), remisión facultativa (por microcalcificaciones sospechosas): 4 casos (16,66); telorragia 1 paciente (4,16%)

Tabla 2: Distribución según antecedentes patológicos familiares (n: 24)

Antecedentes patológicos	Frecuencia	Porcentaje
Sin antecedentes de valor	17	68
Cáncer de mama (madre)	2	8
Cáncer de colon (madre)	1	4
Cáncer de mama (hermana)	1	4
Cáncer de ovario (abuela)	1	4
Cáncer de ovario (madre)	1	4
Cáncer de vejiga (hermana)	1	4

El motivo de consulta más frecuente fue el control mamario: 14 pacientes (58,33%), En cuanto a los antecedentes patológicos familiares 68% (17 pacientes) no poseen antecedentes de valor

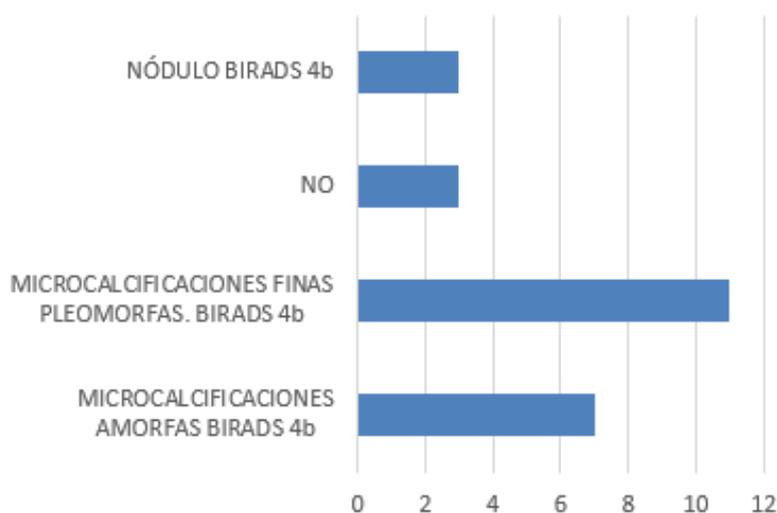
Los datos fueron obtenidos del archivo del Hospital Nacional de Itauguá

En lo que respecta a los hallazgos en los exámenes complementarios, se encontró algún tipo de hallazgo en 22 pacientes:

Tabla 4: Distribución de pacientes según hallazgos en mamografía (n:24)

Hallazgos	Frecuencia	Porcentaje
Microcalcificaciones finas pleomórficas BIRADS 4b	12	50%
Microcalcificaciones amorfas BIRADS 4b	5	20,83%
Nódulo con microcalcificaciones BIRADS 4b	3	12,5%
Nódulo BIRADS 4b	2	8,33%
Sin hallazgos	2	8,33%

Gráfico 5: hallazgos en mamografía de pacientes con diagnóstico de CDIS. n:24

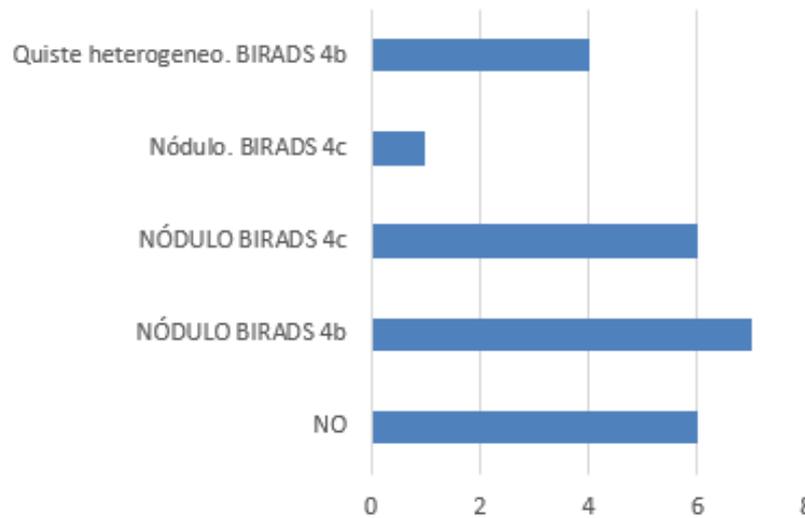


Los datos fueron obtenidos del archivo del Hospital Nacional de Itauguá

Tabla 5: Distribución de pacientes según hallazgos en ecografía (n:24)

Hallazgo	Frecuencia	Porcentaje
Sin hallazgos	5	20,83
Nódulo BIRADS 4b	7	29,16
Nódulo BIRADS 4c	5	20,83
Nódulo con microcalcificaciones BIRADS 4b	4	16,66
Quiste complejo BIRADS 4b	3	12,5

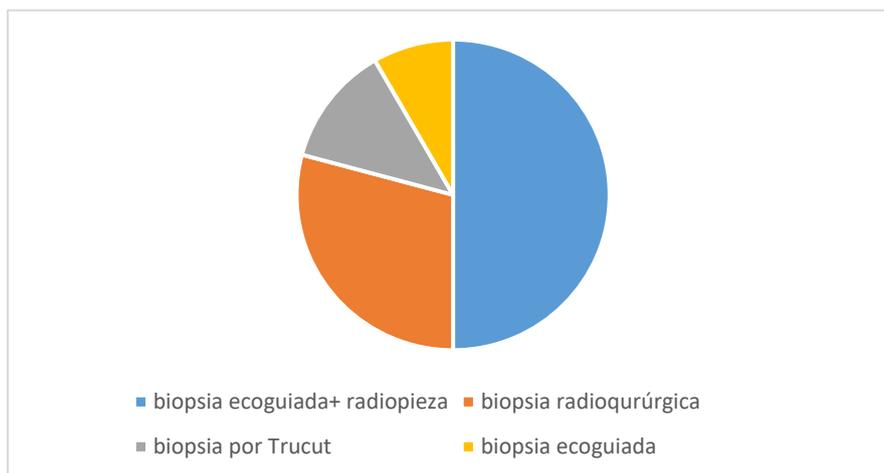
Gráfico 6: hallazgos en ecografía mamaria de pacientes con diagnóstico de CDIS. n:24



Los datos fueron obtenidos del archivo del Hospital Nacional de Itauguá

En cuanto al diagnóstico se realizó por biopsia ecoguiada+ radiopieza en 12 casos (50%), biopsia radioquirúrgica guiada con arpón en 7 pacientes (29,16%), 3 pacientes (12,5%) se realizaron por biopsia por Trucut y 2 de ellos (8,33%) mediante biopsia ecoguiada

Gráfico 7: métodos de diagnósticos de CDIS. n:24

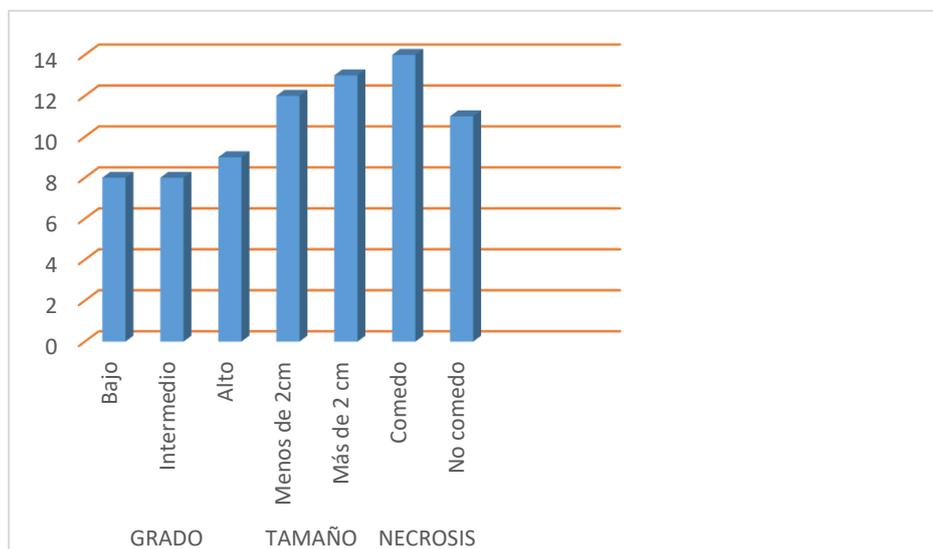


Los datos fueron obtenidos del archivo del Hospital Nacional de Itauguá

En cuanto al resultado de anatomía patológica: 11 pacientes (45,83%) fueron de alto grado, 5 pacientes (20,83%) fueron de grado intermedio y 8 pacientes (33,34%) de bajo grado. En 15 pacientes (62,5%) se observó la presencia de comedoconecrosis. Una de

las pacientes no realizó la prueba de receptores hormonales, del resto, 15 pacientes (65,21%) presentaron receptores positivos, 8 (23,33%) negativos

Gráfico 8: caracterización anatomopatológica. n:24



Los datos fueron obtenidos del archivo del Hospital Nacional de Itauguá 50% (12pacientes) fueron sometidas a resección local, y el restante 50% a mastectomía, de las cuales, 5 pacientes se beneficiaron de reconstrucción inmediata; todas las pacientes con receptores hormonales positivos recibieron hormonoterapia; con respecto a la radioterapia 3 pacientes no se realizaron, 2 de ellas por el diagnóstico de carcinoma papilar intraquístico y una paciente no cumplía con los criterios para ello.

DISCUSIÓN

El cáncer de mama tiene un gran impacto sobre las mujeres, tanto por la importancia que se da a la mama, como por el miedo relacionado a los tratamientos. El tratamiento quirúrgico implica el retiro de toda o una parte de la mama, acompañado en ocasiones de radioterapia, quimioterapia o terapia hormonal sistémica. La enfermedad es agresiva y traumática, pudiendo afectar a la mujer en todas las dimensiones de su vida, acarreando cambios en el desempeño de sus roles y en la percepción de su imagen corporal(1); es por todo esto que de un tiempo a esta parte se dio tanto énfasis a la prevención y diagnóstico precoz sobre todas las cosas, siendo una de las campañas más importantes a nivel país del Ministerio de Salud Pública.

El carcinoma ductal in situ se encuentra en un grupo heterogéneo de tumores, cuyo diagnóstico se vio en aumento con el uso de la mamografía como método de cribado.

El diagnóstico del carcinoma in situ ha sido tradicionalmente clínico, pero en la actualidad se ha convertido en mayoritariamente radiológico debido a la instauración de programas de tamizaje generalizados (\pm 7% en 1984 y 70-80% en 1990-1993), lo cual ha repercutido en la edad y su forma de presentación: la edad media habitual era de 52-55 años y no se detectaban casos por debajo de los 50 años, mientras que en las series actuales ello sucede en un 33%. En la forma de presentación se ha invertido el índice de palpabilidad del tumor (del 60-70% de la década pasada se ha pasado a un 20-30%) en virtud de su menor tamaño (el 65-85% de los casos cursaban antes con un diámetro de hasta 3-3,5

cm, mientras que en la actualidad ese mismo porcentaje no supera los 2 cm). (11)

En nuestra casuística la edad media fue de 50 años, es decir continúa según los parámetros de la década anterior, lo cual atribuimos al déficit en los programas de tamizaje, pese a que la mayoría de las detecciones se realizaron en el contexto de *screening* mamario, por ende, fue por hallazgos en los métodos auxiliares de diagnóstico, fundamentalmente mamografía, pese a que un número importante de pacientes consultó por nódulo palpable. En lo que al tamaño respecta, en nuestro estudio se encontró un valor muy superior a las publicaciones internacionales con una media de 23,8mm y una moda de 6mm, este valor se pudo ver afectado por los valores muy extremos hallados en el estudio que modificó la media calculada.

El sistema de clasificación de Van Nuys, que se basa fundamentalmente en el grado nuclear histológico y la presencia de necrosis es el sistema más reproducible para la clasificación histopatológica(10), en el presente estudio la mayoría de las pacientes correspondía a tumores de alto grado con comedoconecrosis. El alto grado nuclear como factor más importante en la clasificación mencionada, mostró una mayor probabilidad de recidiva después de la conservación de la mama en igual comparación con las lesiones de bajo grado, de igual forma la necrosis de tipo comedo se asocia a mal pronóstico.(10)

Durante la década pasada la estrategia de tratamiento del carcinoma ductal in situ fue muy controvertido, debido a la paradoja de mantener a la mastectomía como técnica de elección cuando ya se había aceptado de forma generalizada la práctica de cirugía conservadora, la controversia surgía ante la alta tasa de recidiva local al conservar la mama(11). En nuestra experiencia la mitad de las pacientes fueron tratadas en forma

conservadora y la otra mitad con mastectomía, la debilidad del trabajo radica en el poco seguimiento que se dio a las pacientes para determinar si presentaron o no recidiva.

La incidencia de tumores in situ se ha quintuplicado en los últimos 20 años a costas de las formas ductales (DCIS) respecto a las lobulillares (LCIS) en una proporción de 3/1, pasando de un 1,4% de las biopsias mamarias (efectuadas por indicación fundamentalmente clínica) y de un 3-6% de los tumores de mama a un \pm 25% de los mismos, con un 18-22% de DCIS y un 6% de LCIS (11). Una diferencia llamativa que pone de manifiesto nuestro carente sistema de salud es la diferencia en la tasa de diagnóstico comparando estudios internacionales, incluso solo en el país vecino, Argentina, la tasa asciende a 40% de detección en este estadio(12), en otro estudio correspondió al 18%(13), comparado con el 3,1% que arrojó nuestro estudio, este resultado creemos está relacionado al déficit en educación de nuestra población, que arraiga los tabúes existentes sobre la mamografía principalmente, lo cual impide realizar el diagnóstico en etapas tempranas; haciendo la salvedad que esta cifra podría estar infraestimada debido a la escasa población que abarcó la investigación.

Sería interesante y científicamente relevante dar continuidad al estudio, realizando el seguimiento de las pacientes a fin de determinar si los resultados del tratamiento impartido se mantienen en el tiempo.

CONCLUSIONES

La frecuencia de carcinoma ductal in situ es de 3,1% en el Departamento de Mastología del Hospital Nacional de Itauguá, pese a ello es destacable que la mayoría de los diagnósticos se realizó en campañas de despistaje, es decir las pacientes acudieron por propia voluntad, asintomáticas u oligosintomáticas.

La mayoría de los hallazgos en la mamografía consistió en microcalcificaciones y la biopsia radioquirúrgica fue el método de diagnóstico más comúnmente utilizado.

La mayoría de los resultados de anatomía patológica arrojó tumor de alto grado con presencia de comedoconecrosis, además de receptores hormonales positivos.

En cuanto al tratamiento recibido, la mitad de las pacientes fue sometida a resección local y la mitad restante a mastectomía, además de radioterapia cuando estuvo indicado. Todas las pacientes con receptores hormonales positivos recibieron hormonoterapia. Es destacable que un número considerable de aquellas pacientes que fueron sometidas a mastectomía se beneficiaron de reconstrucción mamaria inmediata.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Recalde M, Samudio M. Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico ambulatorio en el Instituto de Previsión Social en el año 2010. *Memorias del Inst Investig en Ciencias la Salud*. 2012;10(2):13–29.
- Sánchez C, Domínguez F, Galindo H, Camus M, Oddó D, Villarroel A, et al. Características clínicas y pronóstico de pacientes con cáncer de mama HER2 positivo avanzado, en la era antes y después de terapias anti-HER2. *Rev Med Chile*. 2018;146(10):1095–101.
- Villar RR, Fernández SP, Garea CC, Pillado MTS, Barreiro VB, Martín CG. Calidad de vida, ansiedad antes y después del tratamiento en mujeres con cáncer de mama. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25:e2958.
- Navarrete-Valero C, Navarrete-Vázquez C. Mortalidad por cáncer mamario, prostático y cervicouterino, años perdidos y costos de los programas. México, 2013 a 2016. *Gac Med Mex*. 2018;154(6):665–70.
- Bonilla JAM, Tabanera MT, Mendoza LHR. El cáncer de mama en el siglo XXI: de la detección precoz a los nuevos tratamientos. *Radiología [Internet]*. 2017; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rx.2017.06.003>
- Icaza G, Núñez L, BuGueño H. Descripción epidemiológica de la mortalidad por cáncer de mama en mujeres en Chile. *Rev Med Chile*. 2017;145:106–14.
- Medina Bueno GA. Características clínicas y pronósticas de los subtipos moleculares de cáncer de mama determinados por inmunohistoquímica. Arequipa, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(3):472–7.
- Lüthy IA. Tamizaje del cáncer de mama. Certezas y controversias. *Medicina (B Aires)*. 2017;77(5):437–9.
- Maldonado N, Guggiari G, Sequera G, Soskin A, Cañete F. Manual Nacional de normas y procedimientos para la prevención y control del Cáncer de Mama en el Paraguay.
- Calderón N. JM, Febles G. Actualidad para el diagnóstico del carcinoma ductal in situ: correlación radiopatológica. *Horiz Médico*. 2017;17(1):57–65.
- Torner J, Fernández A, García M. Carcinoma de mama in situ . Revisión del tema. 1994;3:125–36.
- Argentina AM, Mstología SA, Patología SA, Radiología SA, Cancerología SA. Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre cáncer de Mama : pautas para el manejo del

carcinoma ductal “ in situ ” de mama (2009). Asoc Médica Argentina. 2010;74(2):193–7.

Del Castillo C, Cabrera E, Derio L, Gaete F, Cavada G. Resultados del tratamiento del cáncer de mama, Programa Nacional de Cáncer del Adulto. Rev Med Chile. 2017;(145):1507–13.