



UNIVERSIDAD
CIENCIAS MÉDICAS
HOLGUÍN

**Universidad de Ciencias Médicas
Holguín
Facultad de Ciencias Médicas: “Mariana Grajales Cuello”**

XXXI FÓRUM CIENTÍFICO – ESTUDIANTEL NACIONAL

Tratamiento quirúrgico del cáncer de mama en la mujer adulta mayor. Holguín, Enero - Diciembre 2018.

Autor: Eddye Sánchez Matos.¹

Yilena de la Caridad Santiesteban González.²

Alianna del Pilar Ávila Velázquez.³

Tutor: Dr.: Eddye Sánchez Pupo.⁴

Dr. Pedro Lázaro Fernández Sanz.⁵

¹ Estudiante de 5to año de Medicina. Alumno Ayudante de Cirugía.

² Estudiante de 4to año de Medicina. Alumno Ayudante de Cirugía.

³ Estudiante de 4to año de Medicina. Alumno ayudante de Anestesiología y Reanimación.

⁴ Especialista de 1er grado en Cirugía General. Profesor Asistente.

⁵ Especialista de 1er grado en Cirugía General. Instructor.

**Holguín, 2019
“Año 61 de la Revolución”**

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento constituye el principal factor de riesgo para el cáncer de mama y el tratamiento quirúrgico se presenta como factible vía de resolución de la enfermedad.

Objetivo: Caracterizar los resultados del tratamiento quirúrgico como opción terapéutica en las pacientes adultas mayores con cáncer de mama en el Centro Oncológico Provincial, en el periodo comprendido entre enero a diciembre del 2018.

Diseño Metodológico: Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo en el Hospital General Universitario “V.I.Lenin” durante el período comprendido de Enero a Diciembre del 2018. Se revisó la historia clínica individual para la selección de la muestra de 358 pacientes, de un universo de 465 mujeres adultas mayores con cáncer de mama y dar respuesta a los objetivos planteados.

Resultados: El grupo de edades más afectado fue el comprendido entre 65 y 69 años con 118 pacientes, para un 32.96 %. El 66.47% de las pacientes fueron diagnosticadas en etapas II. La Cirugía Conservadora fue el tipo de cirugía más empleadas, con un índice de complicaciones de 10.06%.

Conclusiones: Existió una demora en el diagnóstico temprano del cáncer de mama en la adulta mayor con predominio del diagnóstico en etapas IIb y IIa. El tipo de cirugía más utilizada fue la cirugía conservadora, presentando un índice de sepsis quirúrgicas bajo. El tratamiento quirúrgico constituyó una importante opción terapéutica en el manejo del cáncer de mama de la mujer adulta mayor.

Palabras clave: cáncer de mama, tratamiento quirúrgico, adulta mayor.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN-----Pág. 1

MARCO TEÓRICO-----Pág 3

OBJETIVOS-----Pág. 6

DISEÑO METODOLOGICO-----Pág 7

RESULTADOS-----Pág. 13

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS-----Pág. 23

CONCLUSIONES-----Pág. 28

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----Pág. 29

ANEXOS

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el envejecimiento como un proceso fisiológico que se inicia en el momento de la concepción y se hace más evidente después de la madurez, en el cual se producen cambios cuya resultante es una limitación de la adaptación del organismo al entorno.¹

En Cuba la población total excede los 11,2 millones de habitantes, con una dinámica poblacional característica de un país de transición demográfica avanzada, evidenciada por el hecho de que al finalizar el año 2015 nuestra población alcanzó un 15.8 por ciento de personas de 60 años y más (1,7 millones), en la provincia Holguín fue de 14,7%.²

De acuerdo con los modelos de pronósticos aportados por la Unidad de Análisis y Epidemiología del Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED), se espera para el año 2025 que Cuba sea el país más envejecido de América Latina, con casi un cuarto de su población de 60 años y más, mientras que veinticinco años después, en el 2050 ya no sólo será el más envejecido de América Latina, sino, uno de los más envejecidos del mundo y en todo caso su proporción de población de 60 años y más superará proporcionalmente con respecto a la total al conjunto de países conceptualizados como desarrollados en el mundo.²

Como se manifiesta en la mayoría de los países que presentan signos de envejecimiento o que enfrentan este proceso, en la población femenina se observa un mayor porcentaje de personas en edades avanzadas. En Cuba la población femenina presenta un 16.5 por ciento de adultas mayores y la masculina un 15.0 por ciento de adultos mayores. De igual forma del total de personas de 60 años y más aproximadamente el 52 por ciento corresponde al sexo femenino frente a un 48 por ciento del sexo masculino que en cifras absolutas significa que las féminas superan a los varones en algo más de ochenta mil.²

En los Estados Unidos, el cáncer de mama representa el 27 % del total de cánceres en el sexo femenino.³

La incidencia del cáncer de mama aumenta desde los 30 años, se estabiliza entre los 50 y los 65 y vuelve a crecer hasta los 85 años. En los países

desarrollados, a pesar de que la tasa de incidencia de cáncer de mama ajustada por edad continúa en aumento, la mortalidad por este tipo de cáncer disminuyó en la década pasada.⁴

Actualmente en Cuba se diagnostican más de 20 mil nuevos casos de cáncer al año, de ellos 2 466 de cáncer de mama. Las provincias con mayor número de casos de cáncer de mama en el país son Ciudad de La Habana, Villa Clara, Santiago de Cuba, Holguín, Guantánamo y Camagüey.⁵

Según reportes del Programa Nacional de Cáncer de Mama del MINSAP, esta neoplasia maligna es la segunda causa de muerte, después del cáncer del pulmón y ocupa el primer lugar en incidencia y el segundo en mortalidad de los que afectan a la mujer cubana.^{5,6}

En el año 2017 en la provincia Holguín se reportaron 2537 enfermos de cáncer. A su vez, fallecieron 115 pacientes por esta causa.

Por constituir el cáncer de mama en la mujer adulta mayor un tema de investigación extenso y de actualidad, por ser un grave problema de salud, y la controversia que origina la toma de decisión de su tratamiento quirúrgico entre los diferentes grupos de trabajo, se ha seleccionado este tema como objeto de investigación, planteando como PROBLEMA CIENTÍFICO: **¿Cuáles son las características del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama en la mujer adulta mayor en el Centro Oncológico Provincial, en el periodo comprendido entre enero y diciembre del 2018?**

Justificación del estudio.

El impacto científico de este estudio está dado en caracterizar el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama en la mujer adulta mayor, se justificará por tanto el uso de técnicas quirúrgicas que propicien un mejor pronóstico, así como disminuir la morbilidad y mortalidad del cáncer de mama. Referente a la esfera social permite aumentar la calidad de vida de las pacientes. Por otro lado, económicamente su importancia está basada en que una vez conocido los factores de riesgos y el tratamiento en distintos casos se podrá actuar sobre la misma y evitar las complicaciones y discapacidades.

Marcos conceptual o teórico

Marcos Histórico

Una de las armas terapéuticas del tratamiento de esta enfermedad lo constituye la cirugía, que tiene sus expresiones más antiguas en el griego Leonidas, en el siglo I DC. Con el cristianismo aparece la patrona de las enfermedades de la mama, Santa Ágata, a quien se le cortaron ambos senos con tijeras de hierro por resistirse a las propuestas del gobernador romano Quintiniano.⁷

Se destacaron médicos árabes como Haly ben Abbas, un persa que aprobaba la extirpación del cáncer de mama con sangrado y Razes, quien toleraba la escisión del cáncer en los casos en que podía ser extirpado.^{7,8}

En el renacimiento Andrés Vesalio recomendaba la mastectomía y el uso de suturas para el tratamiento del cáncer de mama, en lugar de la cauterización y la amputación a cuchillo a este momento utilizadas. Ambrose Paré describió la presencia de adenopatías axilares, Miguel Server sugería extirpar los músculos pectorales y los ganglios axilares.⁸

En el siglo XVIII Henry le Dran llegó a la conclusión de que el cáncer de mama era una enfermedad local en sus primeras etapas y que la diseminación al sistema linfático marcaba un mal pronóstico, audaz contradicción a la teoría humoral de Galeno que había prevalecido durante mil años y que sería sostenida por muchos hombres de ciencia durante los dos siglos siguientes. Durante este siglo decreció el número de mastectomías por los malos resultados y la mutilación indiscriminada.^{8,9,10}

En el siglo XIX la cirugía mamaria cambió radicalmente con la introducción de la anestesia y los principios de antisepsia. En 1854 se discutió en la Academia de medicina de París si el cáncer debía ser tratado o no. Sir James Paget publicó en 1874 la Enfermedad de Paget de la mama. Theodor Billroth extirpaba la mama por completo, pero pensaba que en las lesiones pequeñas podía ser adecuada la escisión total del tumor. El término metástasis fue introducido en 1829 por el médico francés Joseph Recalmier.^{8,10}

A finales de dicho siglo William Halsted preconizaba eliminar los tejidos sospechosos de cáncer en una sola pieza incluyendo la mama, el músculo pectoral mayor y los ganglios axilares. Si bien no había nada nuevo en la operación de Halsted, su mérito consiste en la descripción de la técnica exacta

bajo un basamento lógico y científico y la difusión de sus principios. Sólo diez días después de la publicación de Halsted, Willie Meyer publicó su trabajo “Modificaciones de Willie Meyer al procedimiento de Halsted”, proponiendo la extirpación del músculo pectoral menor. La mastectomía radical de Halsted se había establecido como el tratamiento quirúrgico por excelencia del cáncer de mama, se utilizó durante los próximos 70 años, hasta la aparición de los métodos conservadores.^{8,9,19,11}

En 1891 William Welch empleó por primera vez la congelación al diagnóstico de la patología mamaria.¹²

En 1948 aparecieron dos informes destinados a cambiar el manejo del cáncer de mama y se aceptaron como principios generales en el tratamiento de la enfermedad localizada, el primero fue “Mastectomía radical modificada de D. Patey” y el segundo “Tratamiento con mastectomía simple y radioterapia” de R McWhirter. La tendencia contemporánea de la década del 70 es la técnica de la cirugía conservadora, descrita y perfeccionada posteriormente por Veronesi.

Otros acontecimientos importantes del siglo XX fueron la descripción del carácter sistémico del cáncer de mama por Bernard Fisher, el tratamiento hormonal, el uso de la quimioterapia, la aparición de la mamografía como método diagnóstico, los estudios genéticos y de biología tumoral, así como la técnica del ganglio centinela introducida por Donald Morton y perfeccionada luego por Giuliano.^{13,14,15}

Contexto en el que están inmersas las variables y síntesis del marco conceptual

Sobre la base de estos y otros descubrimientos, en el siglo XXI se desarrollarán nuevas modalidades terapéuticas para el cáncer de mama, que complementarán o reemplazarán las terapias del pasado y en las que será tomada en cuenta para su implementación la edad de los pacientes, ya que actualmente la mujer adulta mayor es excluida de programas de pesquisa y de muchos ensayos clínicos y se le niega la posibilidad de acceder a las técnicas quirúrgicas más adecuadas y otros tipos de tratamiento teniendo los profesionales como “justificación” la edad de estas pacientes y su elevada morbi mortalidad, con el consiguiente incremento del riesgo quirúrgico.^{16,17}

Hace ya muchos años que se ha cambiado la concepción de que el tratamiento quirúrgico radical es prácticamente la única o la mejor alternativa de tratamiento del cáncer de mama. Los avances en cuanto al conocimiento de las características biológicas de este tipo de cáncer y el incremento en la detección de cánceres tempranos mediante el análisis mamográfico a poblaciones de riesgo, o a la población general femenina, han permitido dichos cambios en las conductas terapéuticas. Así, ocupan hoy la atención de los especialistas la cirugía conservadora de mama, el concepto de “ganglio centinela” y el papel de la mastectomía conservadora de piel con reconstrucción inmediata. A favor de la cirugía conservadora, se tiene hoy el conocimiento de la biología del cáncer de mama, que es la que dicta los principios para su manejo quirúrgico.¹⁷

A pesar de todas estas evidencias científicas, la mastectomía continúa siendo un procedimiento utilizado frecuentemente por los cirujanos. En un estudio publicado recientemente por el Proyecto Álamo en España, Martín y Cols, hallaron que la cirugía era el procedimiento aplicado con mayor frecuencia (90.7% de los casos) entre las pacientes con estadios I, II y III de la enfermedad, siendo la mastectomía el tipo de tratamiento quirúrgico más usual (79.7%).

El incremento en la esperanza de vida y el envejecimiento poblacional traen consigo una mayor exposición a factores de riesgo con el consecuente aumento en la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles, entre las que se encuentra el cáncer.^{15,16,17,18}

El término cáncer deriva del vocablo latino cancre, cangrejo, por la similitud de su crecimiento excéntrico, como las patas de un cangrejo, que Hipócrates observó en la cara y las mamas de algunos enfermos.¹⁸ El cáncer es una enfermedad multifactorial polimorfa y heterogénea, tiene expresiones biológicas bien definidas y para su control requiere un tratamiento multidisciplinario.

La etiología del cáncer de mama, al igual que la de otros cánceres es multifactorial. El envejecimiento constituye el mayor factor de riesgo para el cáncer de mama, más de la mitad de todos los cánceres de mama en América del Norte y la Unión Europea ocurren en mujeres de 65 años y más.^{10, 11,12}

Los estudios epidemiológicos coinciden en identificar la neoplasia de la mama como una de las primeras causas de morbi mortalidad por cáncer.

En Cuba existen los Programas Nacional de Reducción de la Mortalidad por Cáncer y de Atención al Adulto Mayor, en los cuales el Estado invierte cuantiosos recursos humanos y materiales para lograr su cumplimiento y con ello aspirar a una mayor calidad de vida en los pacientes en edad geriátrica.

OBJETIVOS

General

Caracterizar el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama en el Centro Oncológico Provincial, en el periodo comprendido entre enero y diciembre del 2018.

Específicos

1. Definir las características de los factores de riesgo en las pacientes adultas mayores con cáncer de mama teniendo en cuenta las variables:
 - Edad.
 - Edad de la menarquia.
 - Edad de la menopausia.
 - Edad a la que tuvo su primer hijo.
 - Antecedentes patológicos personales de cáncer de mama.
 - Antecedentes patológicos familiares de cáncer de mama.
 - Índice de masa corporal.
2. Determinar la etapa clínica en el momento del diagnóstico del cáncer de mama en las pacientes adultas mayores.
3. Determinar las variantes de tratamiento quirúrgico realizadas.
4. Identificar las complicaciones quirúrgicas del grupo de pacientes estudiado.

DISEÑO METODOLÓGICO

Clasificación y contexto.

Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo (de serie de casos) de mujeres adultas mayores con cáncer de mama atendidas en la Unidad Funcional de Mastología del Centro Oncológico del Hospital Universitario “V. I. Lenin “durante el período comprendido de Enero a Diciembre del 2018.

Universo y Muestra.

El universo estuvo representado por las 465 mujeres en edad geriátrica diagnosticadas con cáncer de mama durante el período de tiempo estudiado en la Unidad Funcional de Mastología del Centro Oncológico.

Para la selección de la muestra se realizó un muestreo no probabilístico, quedando constituida por 358 pacientes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión.

- Pacientes sin deterioro de la función cognitiva capaces de precisar los datos requeridos en la Historia Clínica Individual.

Criterios de exclusión.

- Pacientes diagnosticadas en etapa clínica IV, cuya opción de tratamiento no es quirúrgico.

Definición de términos y operacionalización de variables.

Variable	Clasificación	Escala	Descripción	Indicador
Edad al momento del diagnóstico. (Años)	Cuantitativa Discreta	60-64 65-69 70-74 75-80. 85 y más.	Refiere la edad en la cual se le diagnosticó el cáncer de mama.	frecuencia absoluta y porcentaje
Edad de la menarquía. (Años)	Cuantitativa Discreta	Menos de 12 12 y más	Refiere la edad en la que tuvo la menarquía.	frecuencia absoluta y porcentaje
Edad de la menopausia . (Años).	Cuantitativa Discreta	Menos de 54 54 años y más	Refiere la edad en la que tuvo la menopausia.	frecuencia absoluta y porcentaje
Edad a la que tuvo el primer hijo. (Años)	Cuantitativa Discreta	Nuliparidad Menos de 15 15-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49	Refiere la edad en la que tuvo el primer hijo.	frecuencia absoluta y porcentaje
Antecedentes familiares de cáncer de mama.	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Refiere antecedentes familiares de cáncer de mama. No refiere	frecuencia absoluta y porcentaje
Antecedentes	Cualitativa nominal	Sí	Refiere antecedentes	frecuencia absoluta y

personales de cáncer de mama.	dicotómica	No	personales de cáncer de mama. No refiere	porcentaje
Etapa clínica al momento del diagnóstico	Cualitativa ordinal	0 (In situ) I II a II b III a	Tumores in situ. Tumores < de 2 cms sin ganglios linfáticos palpables. Tumores entre 2 y 5 cms sin ganglios linfáticos palpables, ó menores de 2 cms con adenopatías unilaterales móviles. Tumores entre 2 y 5 cms con adenopatías unilaterales móviles y tumores mayores de 5 cms. Cualquier tumor mayor de 5 cms con ganglios linfáticos unilaterales móviles, o cualquier tumor con ganglios linfáticos fijos entre	frecuencia absoluta y porcentaje

		III b	sí o a otras estructuras axilares. Cualquier tumor estudiado como T4.	
Estado nutricional	Cualitativa ordinal	Desnutrido Normal Sobrepeso Obeso	Según la OMS Desnutrido Menos de 20kg/m ² Normopeso 20-24,9 kg/m ² Sobrepeso 25-29,9 kg/m ² Obesidad 30-39,9 kg/m ²	frecuencia absoluta y porcentaje
Tipo de cirugía	Cualitativa Nominal politómica	Cirugía Conservadora Mastectomía Total Ampliada Mastectomía Radical Modificada	Excérecis de un segmento mamario con disección axilar. Ablación de la mama con disección del primer nivel ganglionar. Ablación de la mama con disección axilar.	frecuencia absoluta y porcentaje
Tipo de complicación	Cualitativa nominal politómica	No complicadas	No presentaron ningún tipo de complicación	frecuencia absoluta y porcentaje

		Sepsis quirúrgica	Proceso infeccioso que ocurre en el área quirúrgica	
		Seroma	Acúmulo de líquido serohemático en el área quirúrgica	

Las variables seleccionadas constituyen elementos establecidos y controversiales para el cáncer de mama, de comportamiento no conocido en nuestro medio.

Consideraciones éticas.

Teniendo en cuenta los principios éticos que rigen las investigaciones biomédicas con seres humanos, se consultó el comité de ética de la institución hospitalaria el cual aprobó el acceso a los departamentos de archivo y estadísticas para la extracción de los datos necesarios de las historias clínicas, siempre y cuando se respetaran los principios éticos. No se reveló en ningún momento la identidad de los pacientes estudiados, sólo fue del conocimiento de los autores con fines investigativos (Anexo 1).

Técnicas y procedimientos.

Para la recolección del dato primario se revisaron las historias clínicas individuales de las pacientes incluidas en el estudio, archivadas en el departamento de estadísticas de la Unidad Funcional de Mastología del Centro Oncológico

Se utilizó el procesador estadístico SPSS versión 11.0 para el procesamiento y resumen de los datos mediante la determinación de medidas descriptivas como

frecuencias absolutas y porcentajes, así como la media y la desviación estándar cuando se tratase de resumir variables cuantitativas.

Los resultados se presentaron en gráficos y tablas de distribución de frecuencias simple y de asociación y se confeccionaron mediante el Microsoft Excel. Para la realización del trabajo se utilizó una PC Dual Core con ambiente de Windows 10.

RESULTADOS

Tabla 1

Distribución de las pacientes según la edad en el momento del diagnóstico.
Centro Oncológico del Hospital V. I. Lenin. Enero a Diciembre del 2018.

Edad (años)	No.	%
60 - 64	93	25.98
65 - 69	118	32.96
70 - 74	77	21.50
75 - 79	41	11.45
80 - 84	20	5.59
85 y más	9	2.52
Total	358	100,0

Fuente: Historias Clínicas Individuales.

Media 68,7 años $\pm$ 6,3

En la tabla 1 se muestra la distribución de las pacientes según la edad al momento del diagnóstico, el grupo de edades más afectado fue el comprendido entre los 65 y 69 años con 118 pacientes para un 32.96%, seguido del grupo entre 60 y 64 años con 93 casos para un 25.98 %, esto hace que las pacientes en la sexta década de la vida sean la mayoría en nuestra serie. El promedio de edad fue de $68,7 \pm 6,3$ años.

Tabla 2

Distribución de las pacientes según la edad en la que tuvo el primer hijo.
Centro Oncológico del Hospital V. I. Lenin. Enero a Diciembre del 2018.

Edad (años)	No.	%
Nuliparidad	38	10.63
< 15	10	2.79
15 - 19	104	29.06
20 - 24	96	26.84
25 - 29	56	15.65
30 - 34	23	6.43
35 - 39	19	5.32
40 - 44	8	2.15
44 - 49	4	1.13
Total	358	100,0

Fuente: Historias Clínicas Individuales.

En la tabla 2 se muestra la distribución de las pacientes según la edad a la que tuvo el primer hijo, nuestras pacientes tuvieron el primer hijo mayoritariamente entre los 15 y 19 años de edad, 104 casos para un 29.06%, seguido en orden de frecuencia por las que lo tuvieron entre 20 y 24 años y 25 a 29 años, con 96 y 56 pacientes que representan un 26.84 % y 15.65 % respectivamente. Así como 4 pacientes tuvieron el primer hijo entre 44 y 49 años de edad, representando un 1.13 %.

Tabla 3

Distribución de las pacientes según la edad de la menarquía. Centro Oncológico del Hospital V. I. Lenin. Enero a Diciembre del 2018.

Edad (años)	No.	%
< 12	103	28.77
≥ 12	255	71.23
Total	358	100,0

Fuente: Historias Clínicas Individuales.

La tabla 3 muestra la edad de la menarquía, se observa que 255 pacientes, para un 71.23% tuvieron la menarquía por encima de los 12 años.

Tabla 4

Distribución de las pacientes según la edad de la menopausia. Centro Oncológico del Hospital V. I. Lenin. Enero a Diciembre del 2018.

Edad (años)	No.	%
< 55	235	65.64
≥ 55	123	34.36
Total	358	100,0

Fuente: Historias Clínicas Individuales.

La tabla 4 representa la distribución de las pacientes según la edad de la menopausia, del total de la muestra, 325 pacientes, para el 65.64% tuvieron su menopausia antes de los 55 años de edad, mientras que 123 para el 34.36% la tuvieron a los 55 años o más.

Tabla 5

Distribución de las pacientes según los antecedentes familiares de cáncer de mama. Centro Oncológico del Hospital V. I. Lenin. Enero a Diciembre del 2018.

Presencia de antecedentes	No.	%
si	115	32.12
no	243	67.88
Total	358	100,0

Fuente: Historias Clínicas Individuales.

La tabla 5 muestra los antecedentes familiares de cáncer de mama, en él se observa que la mayor parte de las pacientes, 243 para un 62.88% no tenían antecedentes familiares de cáncer de mama, mientras que 115 pacientes que representan el 32.12% tenían antecedentes familiares de cáncer de mama.

Tabla 6

Distribución de las pacientes según los antecedentes personales de cáncer de mama. Centro Oncológico del Hospital V. I. Lenin. Enero a Diciembre del 2018.

Presencia de Antecedentes	No.	%
Si	13	3.63
No	345	96.37
Total	358	100,0

Fuente: Historias Clínicas Individuales.

La tabla 6 muestra los antecedentes personales de cáncer de mama, en él se observa que la mayor parte de las pacientes, 345 para un 96.37% no tenían antecedentes personales de cáncer de mama, mientras que 13 pacientes que representan el 3.63% tenían antecedentes de cáncer de mama.

Tabla 7

Distribución de las pacientes según etapa clínica al momento del diagnóstico.
Centro Oncológico del Hospital V. I. Lenin. Enero a Diciembre del 2018.

Etapa Clínica	No.	%
0 (In situ)	6	1.68
I	11	3.08
II a	110	30.73
II b	128	35.74
III a	43	12.01
III b	60	16.76
Total	358	100,0

Fuente: Historias Clínicas Individuales.

La tabla 7 muestra la distribución de las pacientes según la etapa clínica, se observa que el 66.47% de las pacientes fueron diagnosticadas en etapas II, de ellas, el 35.74% en etapa IIb y el 30.73 %en etapas IIa. Las etapas III ocuparon el segundo lugar en frecuencia en esta investigación. En esta serie de casos el 3,08% de las pacientes se diagnosticaron en etapa I y el 1,68% en etapa 0.

Tabla 8

Distribución de las pacientes según el estado nutricional expresado por el índice de masa corporal (IMC). Centro Oncológico del Hospital V. I. Lenin. Enero a Diciembre del 2018.

Estado nutricional	No.	%
Desnutrido	30	8.38
Normal	127	35.47
Sobrepeso	126	35.20
Obeso	75	23.95
Total	358	100,0

Fuente: Historias Clínicas Individuales.

Media IMC: 26.6

En la tabla 8 se observa la distribución de las pacientes según el estado nutricional expresado a través del índice de masa corporal. En ella identificamos el mayor número de pacientes, 127 para un 35.47%, con un índice de masa corporal normal, seguido muy de cerca por los pacientes categorizados en sobrepeso y obeso, 126 y 75 casos para el 35.20 y 23.96 % respectivamente, mientras que 30 pacientes, el 8.38 %, estaban desnutridas.

Tabla 9

Distribución de las pacientes por el tipo de cirugía según etapa clínica de la enfermedad. Centro Oncológico del Hospital V. I. Lenin. Enero a Diciembre del 2018.

Etapa Clínica	Tipo de Cirugía											
	Mastectomía		Mastectomía		Cirugía		Negación		Patologías		Total	
	Total		Radical		Conservado		de la		asociadas que			
	Ampliada		Modificada		ra		paciente		impedían la		intervención	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Carcinoma in situ	6	1.68	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1,68
I	3	0.83	0	0	8	2.25	0	0	0	0	11	3,08
Ila	10	2.79	23	6.42	58	16.22	9	2.51	10	2.79	110	30.73
Ilb	20	5.58	34	9.50	51	14.24	13	3.63	10	2.79	128	35.74
IIla-IIlb	23	6.42	26	7.26	40	11.18	9	2.51	5	1.40	103	28.77
Total	62	17.32	83	23.18	157	43.87	31	8.65	25	6.98	358	100

Fuente: Historias Clínicas Individuales.

En la tabla 9 las cirugías conservadoras fueron las técnicas quirúrgicas más empleadas, 157 pacientes, representando un 43.87 por ciento del total de cirugías realizadas. Por su parte 25 pacientes, se negaron por presentar patologías asociadas no pudo ser intervenido quirúrgicamente.

Tabla 10

Distribución de las pacientes según el tipo de complicación presentada. Centro Oncológico del Hospital V. I. Lenin. Enero a Diciembre del 2018.

Complicación	No.	%
No complicadas	322	89.94
Sepsis	16	4.47
Seroma	20	5.59
Total	358	100

Fuente: Historias Clínicas Individuales.

En la tabla 10 del total de pacientes operados 16 presentaron Sepsis de la herida quirúrgica y 20 presentaron seromas, lo que representa que el 4.47% y el 5.59% respectivamente, del total de operadas. Donde del total, 322 pacientes no presentaron complicaciones.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Durante la última década se publicaron entre 4500 y 5000 artículos anuales sobre las enfermedades de la mama. Durante generaciones, la mama ha sido el centro de grandes emociones, de diálogo entre legos, de investigación científica y de innovaciones tecnológicas.^{25, 26}

El diagnóstico, tratamiento y conocimiento de la etiología del cáncer de mama han aumentado de forma geométrica y para mejor. Muchas veces los mismos médicos no tienen el nivel de conciencia y de conocimientos para hacer realidad la máxima de que “la mejor forma de tratar el cáncer de mama es buscándolo”. Sólo seremos capaces de encontrarlos y tratarlos correctamente cuando dominemos las características clínico epidemiológicas de esta enfermedad y se personalice el tratamiento en cada lugar en que la combatimos.²⁷

Se estudió en esta investigación una muestra de 358 pacientes con cáncer de mama.

En la tabla 1 se muestra la distribución de las pacientes según la edad al momento del diagnóstico, el grupo de edades más afectado fue el comprendido entre los 65 y 69 años. La bibliografía revisada aporta datos heterogéneos al respecto, en un estudio norteamericano el grupo más afectado fue entre los 70 y 79 años de edad, mientras el grupo entre 60 y 69 años ocupó el segundo lugar, según datos de la Sociedad Americana de Cáncer.²⁷ En un estudio realizado en Maracaibo, Venezuela, por Hernández y colaboradores el grupo más frecuentemente afectado fue el de 60 a 69 años, coincidiendo con nuestros resultados.

Consideramos que las diferencias existentes entre las diferentes bibliografías pueden estar relacionadas con las expectativas de vida de cada país, observamos en este estudio que la edad media de nuestras pacientes se acerca a las reportadas en los países más desarrollados.^{27, 28}

En las tablas 2, 3 y 4 se muestra el comportamiento de tres variables que expresan la exposición estrogénica endógena de la mujer, ellas son: Edad de la

Menarquia, Edad de la Menopausia y Paridad. El comportamiento en esta investigación coincide con lo reportado en la literatura.^{29, 30,31}

Cuando una mujer es nulípara, tiene su primer hijo después de los 30 años, una menarquia antes de los 12 años y una menopausia tardía, después de los 55 años, se incrementa el riesgo de padecer un cáncer de mama, debido a la existencia de concentraciones elevadas de estrógenos endógenos.^{29,30}

En estudios donde se miden las concentraciones endógenas de estrógenos se observó que el riesgo era prácticamente seis veces mayor en las mujeres de mayores concentraciones hormonales, sugiriendo que el aumento de la exposición a estrógenos endógenos a lo largo de la vida incrementa el riesgo de desarrollar un cáncer de mama.^{29,30}

La mayoría de las investigaciones reportadas al respecto se han realizado en países desarrollados donde las características de la paridad son diferentes a nuestro grupo de pacientes que se semejan más a la de países subdesarrollados. Debemos destacar que estas pacientes son adultas mayores, que tuvieron su primer hijo cuando aún nuestro país no había alcanzado los indicadores sociales y de salud que presenta en la actualidad.^{32,}
33

En la tabla 5 observamos que el 32.12 por ciento los pacientes, tenían antecedentes familiares de cáncer de mama. Este último resultado refleja el riesgo que representan los antecedentes familiares de primer y segundo grado en este tipo de enfermedad.

La bibliografía consultada plantea que las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama diagnosticados antes de los 50 años, presentan tres veces más riesgo de desarrollar un cáncer de seno que aquellas que no los tienen. Autores como Lynch and Lynch en su serie de 325 pacientes documentan hasta un 32 % de pacientes con familiares con antecedentes de cáncer de mama.³⁴

Se debe destacar que la gran mayoría de los estudios reportados se relacionan en series donde no se han separado para el estudio las pacientes en pre y post menopáusicas, como el cáncer de mama familiar se diagnostica generalmente en pacientes premenopáusicas explica los altos porcentajes en los datos reportados por otros autores. En este estudio el autor considera que las

particularidades genéticas de la población holguinera, aún no totalmente estudiada, puede influir en estos resultados.

La tabla 6 representa los antecedentes patológicos personales de cáncer de mama representan un factor de riesgo establecido para el cáncer de mama, se describe que aproximadamente el 10% de todos los cánceres de mama ocurren con antecedentes de una neoplasia anterior en sus senos.³¹ Los resultados de este estudio, donde solo 13 pacientes, para el 3.63 % tenían el antecedente y hace que sea más bajo que lo reportado en la literatura. Los autores consideran que esto se debe a que las pacientes de esta serie eran atendidas por primera vez en consulta central de mastología y las que ya tienen diagnóstico previo se atienden en consultas de seguimiento.

En la tabla 7 mostramos la distribución de las pacientes según etapa clínica al momento del diagnóstico. Las etapas III ocuparon el segundo lugar en frecuencia en esta investigación, no coincidiendo con otros autores cubanos que reportan como segundo lugar la etapa I. En esta serie de casos el 3.08 por ciento de las pacientes se diagnosticaron en etapa I y el 1.68 por ciento en etapa 0. Si consideramos que el tamaño tumoral y los ganglios linfáticos son los factores pronósticos más importantes en el cáncer de mama y a su vez, ellos determinan el estadiamiento, es alarmante el bajo porcentaje de pacientes diagnosticadas en etapas donde se obtienen los resultados más favorables.

La tabla 8 expone la distribución de las pacientes según el estado nutricional expresado por el índice de masa corporal. Aunque las pacientes con un índice de masa corporal normal fueron mayoría en nuestra investigación, es evidente que la unión de las categorías sobrepeso y obesa evidencia que más de la mitad de las pacientes, tenían un peso mayor que el normal.^{35, 36}

Se conoce que la obesidad favorece la aparición de diferentes tipos de cáncer en la mujer posmenopáusica, entre ellos el de mama. Reeves GK y colaboradores en un estudio con un nivel de evidencia II-2, en un millón de mujeres en el Reino Unido entre 50 y 64 años de edad, concluye que el mayor índice de masa corporal está asociado significativamente con un aumento del riesgo de cánceres incidentes y diez fatales, de diecisiete tipos específicos

considerados. Este estudio prospectivo de cohorte consideró 1.2 millones de mujeres entre 50 y 64 años de edad y las siguió por 5,4 años para cánceres incidentes y 7 años para mortalidad por cáncer, en él se reporta un riesgo relativo (RR) de la incidencia de cáncer asociado con un aumento del IMC de de 1, 40 para cáncer de mama pos menopáusico.^{35,36}

Algunos autores plantean que en ello interviene el aumento de la actividad de la aromatasa no glandular, resultante en niveles séricos de estradiol elevados y a la influencia que tienen la obesidad y el estado menopáusico sobre el sistema de estrógenos del tejido canceroso de la mama, dada por una expresión intratumoral significativamente elevada de esteroides.³⁷

En la mujer posmenopáusica obesa, el tejido adiposo se convierte en el único órgano productor de estrógenos, a través de la androstenediona, ya que se altera la unión de estos con la proteína transportadora de esteroides sexuales, lo que induce elevadas concentraciones de estrógenos libres.³⁷

La obesidad, además, puede aumentar los niveles circulantes de hormonas endógenas sexuales, insulina y factores de crecimiento similares a la insulina, los que a su vez aumentan el riesgo de desarrollar cáncer de mama.³⁸

En relación con la asociación entre obesidad y cáncer en las mujeres postmenopáusicas se considera que el IMC de 27 o más para mujeres de talla normal, y de 25 o más para las de baja talla (150 cms) es un factor de riesgo hasta dos veces mayor que en las pre menopáusicas³⁸

Por otra parte, existe una estrecha relación entre el sobrepeso y la obesidad con la actividad física, aunque aún no se conoce con certeza el efecto de esta última en el riesgo de desarrollar cáncer de mama, razón por la cual el tema es actualmente objeto de múltiples investigaciones en el mundo.⁴⁰

En la tabla 9 se muestra la distribución de las pacientes por el tipo de cirugía según etapa clínica de la enfermedad. Poco menos de la mitad de las pacientes de nuestra investigación fueron sometidos a una Cirugía Conservadora, cifras que no difieren lo reportado en la literatura internacional, donde la mayoría de las cirugías que se realizan actualmente son conservadoras. Coincidimos de igual manera con la doctora Inés María Pérez del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología en la Habana. Se evidencia en este estudio que el diagnóstico tardío de la enfermedad influye en la

realización de técnicas más radicales, lo que podría ser una opción válida para estas pacientes si invirtieran las etapas clínicas en el momento del diagnóstico. El resto de las pacientes en estas etapas fue necesario iniciar el tratamiento con cirugía por no tolerar la quimioterapia o negarse a su uso. Es de señalar que 56 pacientes no tuvieron la opción del tratamiento quirúrgico, 25 por presentar patologías que lo impedían y el resto al negarse, lo que hace necesario insistir en el apoyo psicológico que se le debe brindar a las ancianas para enfrentar su enfermedad.

En la tabla 10 se muestra la distribución de las pacientes según el tipo de complicación presentada. Donde observamos que un porcentaje ínfimo de las pacientes, presento sepsis quirúrgica, que no representaron cuadros severos en el proceso de atención al paciente. Esto se corresponde con la cifra reportada en la literatura internacional⁴⁰. Nuestro protocolo de atención establece de forma rutinaria el uso de profilaxis antimicrobiana, que aparejado a los cuidados que se toman con estos pacientes hace que consideremos estos resultados como favorables.

El seroma es una complicación relativamente común en los pacientes operados de cáncer de mama⁴⁸ y por ser generalmente inocua algunos autores no la consideran así, pero por la molestia que esta le causa al paciente y por la necesidad de evacuarla de forma general se considera como tal, sin embargo, no afectó la evolución ni el pronóstico de los pacientes. Ninguna paciente presentó complicaciones transoperatorias ni postoperatorias desde el punto de vista clínico.

El bajo índice de complicaciones reportado en este estudio hace válida la opción de tratamiento quirúrgico en pacientes adultas mayores con cáncer de mama en nuestro medio.

CONCLUSIONES

1. La etapa clínica más frecuente en el momento del diagnóstico fue la etapa IIb.
2. La Cirugía Conservadora fue el tipo de cirugía más utilizada seguida de la Mastectomía Radical Modificada.
3. Las complicaciones quirúrgicas presentadas fueron la Sepsis Quirúrgica y el Seroma.
4. El tratamiento quirúrgico constituye una importante opción terapéutica en el manejo del cáncer de mama de la mujer adulta mayor.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS. Repercusión mundial del envejecimiento en la salud (documento en línea) 2014. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html>. Consultado el 15/12/2018.
2. Malagón, Guevara A, Brenes L El envejecimiento demográfico y la atención al Adulto Mayor en Cuba. Año 2005. GERONINFO. RNPS. 2007; 2110: 2 (2).
3. Coco, M., Indicadores de envejecimiento. Área del Caribe. Disponible en: <http://www.mj.gov.br/sedh/ct/cndi/Adultos-Mayores-Caribe.ppt>. Consultado 17/10/ 2018.
4. Organización Panamericana de la Salud. La salud de las personas adultas mayores: un cambio de paradigma. Resolución CSP25.R12 de la 25ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington: OPS; 1998. pp. 4-7.
5. Organización Panamericana de la Salud. La salud y el envejecimiento. Resolución CE130.R15 de la 130ª Sesión del Comité Ejecutivo de la OPS. Washington: OPS; 2002. pp. 3-4
6. Leal-Mateos M, Ortiz-Barboza A. Mortalidad por cáncer en la persona adulta mayor de Costa Rica. Acta Méd Costarric 2014; 47(1).
7. López Lara F, González C, Santos JA, Sanz A. Manual de Oncología Clínica. Editora de Universidad de Valladolid 2015. España. 276-345.
8. Shih HA. BRCA1 and BRCA2 mutation, frequency in women evaluated in breast cancer risk evaluation clinic. J Clin Oncol 2015; 20:994.
9. Witherby SM, Muss HB. Special issues related to breast cancer adjuvant therapy in older women. Breast. 2014 Dec; 14(6):600 -11.
10. Oficina Nacional de Estadísticas. Panorama Económico y Social de Cuba 2015. Disponible en: <http://www.one.cu/publicaciones/últimas/panorama2015.pdf> Consultado 18/12/ 2018.
11. Hernández G, Bernardello E, Pinotti J. Tratamiento conservador en cáncer de mama. 1ra edición. Editorial MC Graw-Hill Interamericana de Venezuela SA.2004.25
12. Cáncer de mama en la mujer. Consultas médicas. (23 noviembre 2016). Disponible en: <http://www.juventud rebelde.cu.htm>. Consultado 6/12/ 2018.

13. Cuba reporta incremento en cáncer de mama. (8 octubre 2017). Disponible en: <http://www.juventud rebelde.cu.htm>. Consultado 23/12/ 2018.
14. Dirección Provincial de Salud. Holguín. Registro Provincial de Cáncer.
15. Fernández P, Sanz N, Cruz D, Torres R. Ganglio centinela: Importancia en el diagnóstico y tratamiento actual del cáncer de mama. Correo Científico Médico de Holguín 2016;9(1)
16. Colditz GA, Rosner B. Cumulative risk of breast cancer to age 70 years according to risk factor status: data from the nurses health study. Am J Epidemiol 2016; 160:950?
17. Reeves GK, Pirie K, Beral V, Green J, Spencer E, et al. Cancer incidence and mortality in relation to body mass index in the Million Women Study: cohort study. BMJ 2016; 335: 1107-1108.
18. Quirantez A. Obesidad y cáncer. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/47/es/index.html>. Consultado 27/12/2018.
19. Bland K, Copeland III E. La mama, manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas. 3ra edición. Editorial Panamericana.2007.
20. Sánchez Basurto C. Compendio de Patología Mamaria. 1ra edición. Ciencia y Cultura Latinoamericana.1999. México. 346-389.
21. Stawros AT et al. Solid breast nodules: use of sonographic to distinguish between benign and malignant lesions. Radiology 2016; 206: 123.
22. Marcy PY, Magné N, Castadot P, Bailet C, Namer M. Ultrasound-guided percutaneous radiofrequency ablation in elderly breast cancer patients: preliminary institutional experience. Br J Radiol 2014 Apr; 80(952):267-73. Epub 2006 Oct 26. PUBMED.
23. Morgan JW, Gladson J, Rau K. Position paper of the American council on science and health on risk factors for breast cancer. Breast J 1998; 4 (3): 177-197.
24. Brinton LA, Schairer C, Hoover RN, et al. Menstrual factors and risk of breast cancer. Cancer Invest 2015;10:250-260.
25. Ewertz M, Duffy SW, Adami H, et al. Age at first birth parity and risk of breast cancer a meta-analysis of 8 studies from the nordic countries. Int J Cancer 2015; 66:601-605.
26. Lynch HT, Lynch JF. Breast cancer genetics in an oncology clinic: 328 consecutive patients. Cancer Genet Cytogenet 1996; 22:369.

27. Reeves GK, Pirie K, Beral V, Green J, Spencer E, et al. Cancer incidence and mortality in relation to body mass index in the Million Women Study: cohort study. *BMJ* 2007; 335: 1107-1108.
28. Quirantez A. Obesidad y cáncer. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/47/es/index.html>. Consultado 27/12/2018.
29. Di Pietro PF, Medeiros NI, Vieira FGK, et al. Cáncer de mama en el sur de Brasil: asociación con la ingestión pasada. *Nutr Hosp.* 2017; 22(5):565-572.
30. Friedenreich CM. Review of anthropometric factors and breast cancer risk. *Eur J Cancer Prev* 2016; 15:20.
31. Martínez G, Cano P, González S, Rosales F. Factores predisponentes al cáncer de mama en la Región Lagunera. *Ginecol Obstet Mex* 2004; 72:525-30.
32. Song Y, Sung J, Ha M. Obesity and risk of cancer in postmenopausal Korean Women. *J Clin Oncol* 2016; 26(20):3395-402.
33. Pfeiler G, Treeck O, Wenzel G, Goerse R, Hartmann A, et al. Correlation of body mass index and menopausal status with the intra-tumoral estrogen system in invasive breast cancer. *Gynecol Endocrinol.* 2009 Mar;25 (3):183-7 (Pub Med)
34. Quirantez A. Obesidad y cáncer. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/47/es/index.html>. Consultado 27/12/2018.
35. Di Pietro PF, Medeiros NI, Vieira FGK, et al. Cáncer de mama en el sur de Brasil: asociación con la ingestión pasada. *Nutr Hosp.* 2017; 22(5):565-572.
36. Romero MS, Santillán L, Olivera PC, Morales MA, Ramírez VL. Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama. *Ginecol Obstet Mex* 2016; 7(11):667- 72.
37. Jee S, Yun J, Park E, Cho E, et al. Body mass index and cancer risk in korean men and women. *Int J Cancer* 2016;123(8)
38. Friedenreich CM, Courneya KS, Brian HE. Influence of physical activity in different age and life periods of on the risk of breast cancer. *Epidemiology* 2014; 16: 608.
39. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: MINSAP; 2015.
40. Wildiers H, Ian K, Biganzoli L, Fracheboud, Prof Vlastos. Management of breast cancer in elderly individuals: recommendations of the International Society of Geriatric Oncology. *Lancet Oncology* 2007; 8 (12): 1101 – 1115.



Anexo 1:

**ORGANO DEL PODER POPULAR
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO
“VLADIMIR ILICH LENIN”
HOLGUIN**

AVAL DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LAS INVESTIGACIONES EN SALUD.

Los miembros del Comité de Ética de las Investigaciones del Hospital General Universitario “Vladimir Ilich Lenin”, han revisado el proyecto de investigación titulado: Tratamiento quirurgico del cancer de mama en la mujer adulta mayor. Holguín. Enero – Diciembre del 2018.

Se acuerda aprobar la ejecución de este proyecto, considerando que:

- El proyecto cumple con la bibliografía actualizada que ayuda a la delimitación y definición del problema motivo de estudio, así como el nivel de actualización del tema.
- El protocolo hace referencia en las consideraciones éticas que cumple, y debe indicar que se han observado los principios enunciados en la **Declaración de Helsinki** y siguen su evaluación metodológica.
- Los investigadores involucrados en el proyecto poseen la competencia científica e información relevante.
- Se autoriza a trabajar con las historias clínicas individuales, historias de salud familiar, discusiones de morbilidad materna e infantil, la información que se utilizará de estos pacientes facilitará el desarrollo de la investigación.

Fecha de expedición del aval:

Octubre 5 de 2018.

Dra. Nitza Sanz Pupo
Secretaria del Comité de Ética.
Hospital V. I. Lenin