



CANCER DE MAMA

I- INTRODUCCION

En muchos países, incluyendo al Uruguay, el cáncer de mama es un grave problema sanitario, cuya importancia se ha acrecentado en los últimos años.

Las investigaciones realizadas por diferentes centros científicos de las más diversas latitudes, propenden a precisar la magnitud del problema del cáncer de mama, a señalar los factores que se consideran de riesgo y a plantear una serie de hipótesis con relación al origen y al mecanismo de producción de esta neoplasia.

De acuerdo a la información epidemiológica publicada por Saracci, R. y Repetto, F., se ha notado un aumento importante en la incidencia del cáncer de mama, constituyéndose en el cáncer más frecuente en la mujer después de los cánceres de piel. Concomitantemente ha habido un aumento en la mortalidad por cáncer de mama, manteniéndose las dos curvas, morbilidad y mortalidad, paralelas y ascendentes.

En el Uruguay, cuyo perfil oncológico es similar al de los países desarrollados de occidente, el cáncer de mama tiene una importancia primordial. La tendencia de la mortalidad, francamente ascendente y la incidencia que prácticamente duplica la de pulmón en hombres, hablan de la magnitud de su importancia. En el año 2000, en nuestro país, fallecieron por cáncer de mama 669 mujeres.

La prevalencia de este cáncer en forma asintomática en la mujer uruguaya, poco habituada al autoexamen mamario, también ha de ser alta y justifica, a nuestro entender, la realización de campañas de educación y de detección precoz de esta localización tumoral.

II- FACTORES DE RIESGO

A- PREPONDERANTES

- 1- Existencia de cáncer de mama en la familia** – Un conjunto de estudios de la década del 60 en familias que presentaron cáncer de mama, permitieron establecer que en las hijas de mujeres con cáncer de mama, las posibilidades de contraer dicho cáncer serían dos o tres veces mayores que las de la población general.

El riesgo era todavía mayor si el cáncer de mama materno era premenopáusico y bilateral. Algunos autores sostienen que en caso de comprobarse esta situación, cáncer mamario materno premenopáusico y bilateral, se deben tomar medidas especiales de prevención para las hijas (examen mamario seriado, proscripción de anticonceptivos orales, proscripción de estrógenos). Se ha llegado a pensar que en las familias de alto riesgo existiría un gen autosómico dominante, que explicaría la susceptibilidad del cáncer de mama.

- 2- Poblaciones migratorias** – El estudio de las poblaciones que migran ha puesto de manifiesto hechos interesantes. Las descendientes de japonesas que migraron a EEUU tiene tasas más altas que las que viven en Japón. Las descendientes de chinos que han pasado varias generaciones en Hawaii, tienen tasas tan altas como las mujeres caucásicas.

En suma, el estudio de las poblaciones que migran muestra que las poblaciones que proceden de áreas de baja tasa de incidencia, al ocupar zonas de alta tasa, presentan un aumento lento y definitivo en las tasas en las generaciones sucesivas.

- 3- Nutrición y niveles socioeconómicos** – Las diferencias dietéticas entre Asia y los países occidentales han sido involucradas para explicar las diferencias en las tasas de cáncer de mama. Parecería que las dietas altamente calóricas coinciden con un aumento en la incidencia del cáncer de mama. La dieta posiblemente afecta la síntesis hormonal y particularmente el metabolismo de los estrógenos. La asociación de las tasas de cáncer de mama con el consumo total de grasas y proteínas animales, que coinciden generalmente con un aumento de la masa corporal (peso y altura), ha sido mostrada en muchos estudios. Los depósitos grasos corporales actuarían como reservorios de carcinógenos liposolubles, que oportunamente se liberarían en la sangre para llegar por esta vía al epitelio de los ductos mamarios. Recientemente en Japón ha aumentado la mortalidad por cáncer de mama, lo que se superpone al aumento de los niveles nutricionales.

En relación con lo anterior se ha observado que las tasas más elevadas de cáncer de mama, ocurren en los grupos sociales de más alto nivel socioeconómico. Estas observaciones se han confirmado en estudios realizados en San Francisco, EEUU, donde las tasas más altas ocurren en los sectores de más altos ingresos.

B- OTROS

- 4- Fecundidad y lactancia** – Clásicamente se admitía que el riesgo de contraer un cáncer de mama, se encontraba en relación inversa con la paridad. Recientemente esta relación fue estudiada en siete áreas del mundo y se observó que cuanto más joven es la mujer al tener su primer hijo, el riesgo relativo es menor y que el riesgo aumenta a medida que aumenta la edad en la primera paridad. El riesgo de la nulípara equivaldría al de una mujer con su primera paridad a los 30 años. Si la primera paridad está por debajo de esta edad, el riesgo disminuye, y si está por encima el riesgo aumenta. De estos estudios se desprende que el efecto protector está vinculado al nacimiento del primer hijo.

La hipótesis de que la lactancia disminuye el riesgo de cáncer de mama tiene más de 50 años. Varios estudios realizados en las últimas décadas muestran pequeñas o ninguna diferencia entre las mujeres que amamantan y aquellas que no lo hacen.

Por tanto, el efecto protector de la lactancia es pequeño o no existe. Sin embargo, hace unos años se ha publicado la situación que ocurre entre las mujeres Tanka en Hong Kong. Estas mujeres acostumbra a amamantar a sus hijos sólo con la mama derecha y el cáncer de mama ocurre entre ellas desproporcionadamente en la mama izquierda.

- 5- Ciclo menstrual** – **a) Edad de la menarquía** - El riesgo de cáncer de mama aumentaría cuando la menarquía es muy temprana o precoz. Recientemente Staszewski estimó que las mujeres polacas que tenían su menarquía antes de los 16 años, tenían un riesgo de 1.8 frente a las que tenían la menarquía más tarde. **b) Edad de la menopausia natural** - El peso de la evidencia sugiere que las mujeres con una menopausia tardía tienen aumentado el riesgo de cáncer de mama. Se estima que la mujer que tiene su menopausia alrededor de los 55 años tiene el doble de riesgo que aquella que tiene su menopausia alrededor de los 45 años. **c) Caracteres del ciclo** - Algunos investigadores han observado el predominio de ciclos irregulares entre las mujeres que presentan cáncer de mama. Otros investigadores no han podido confirmar esta observación. **d) Duración de la actividad menstrual** – Varios estudios caso control demuestran la mayor frecuencia del cáncer de mama entre las mujeres que tienen un mayor número de años de actividad menstrual. **e) Ooforectomía** – Existe fuerte evidencia en el sentido de que existe un riesgo menor en las mujeres que llegan a la menopausia mediante maniobras quirúrgicas (ooforectomía quirúrgica) y el riesgo es tanto menor cuanto más joven es la mujer intervenida. El riesgo es menor cuando la menopausia inducida se realiza antes de los 35 años, pero también es evidente en aquellas mujeres cuya cirugía se realizó entre los 40 y los 50 años.
- 6- Enfermedades previas de la mama** – Existe una extensa literatura en la cual se pone de manifiesto una relación entre el cáncer de mama y las mastopatías crónicas. En ese sentido las mujeres que presentan mastopatías crónicas tendrían cuatro veces más cáncer de mama que las mujeres normales. Se tiende a pensar que el acrecentamiento del riesgo estaría limitado a mujeres con lesiones proliferativas epiteliales, del tipo de la hiperplasia atípica lobulillar. La mastopatía sería una afección premaligna que, o predispone al cambio neoplásico, o es de por sí una manifestación temprana del cambio maligno. Otros autores

piensan que tanto la enfermedad benigna como la maligna, estarían regidas por el mismo patrón hormonal.

- 7- **Edad** – La curva de incidencia por edad, con sus dos picos, es la curva occidental. Corresponde a países con alta tasa de incidencia como lo son EEUU, el noroeste de Europa y el Uruguay. La influencia de la edad no es la misma en países con tasas intermedias como el sur de Europa y varios países latinoamericanos, o con tasas bajas, como lo son los países de Asia y Africa.

En los países con tasas altas se puede decir que el riesgo aumenta toda la vida, mientras que en los países con tasas bajas el riesgo aumenta hasta la mitad de la vida, luego se estaciona, para declinar a partir de los 59 años.

- 8- **Riesgo de bilateralidad** – El cáncer de mama bilateral es común. En una revisión realizada por Lewison E.F. y Neto establecieron que del 7 al 10% de las mujeres con cáncer de mama puede desarrollar una lesión contralateral. Estos investigadores también presentaron series de casos en los cuales la proporción de cáncer bilateral era del 8.6%, incluyendo un 1.6% de simultáneos. Urban, J.A. estableció que en mujeres con cáncer de mama a las que se le realizó una biopsia contralateral en el momento de la mastectomía o cuando el proceso recidivaba, la proporción de bilateralidad ascendía al 20%.

- 9- **Factores hormonales** – Las distintas hormonas femeninas, endógenas o exógenas, fueron estudiadas intentando precisar una posible acción etiológica. Sin embargo, no se ha podido confirmar una acción causal clara.

Tampoco existe evidencia irrefutable de la acción de los anticonceptivos hormonales como causantes de la cancerización mamaria.

Por otra parte se sabe que existe una respuesta de muchos cánceres de mama humanos a los estrógenos o a sus antagonistas.

- 10- **Radiaciones** – Se admite la existencia de un aumento del riesgo para el cáncer de mama en las mujeres que fueron sometidas a repetidas radiografías del tórax por afecciones médicas, especialmente la tuberculosis.

Del mismo modo, las mujeres japonesas que estuvieron expuestas a la irradiación de las bombas atómicas desarrollaron más cánceres mamarios que las poblaciones no expuestas.

III- MEDIDAS PREVENTIVAS

La prevención del cáncer de mama, es decir, la instrumentación de medidas para evitar la aparición del cáncer de mama en mujeres sanas, tiene actualmente posibilidades muy escasas. Estarían limitadas a evitar que las mujeres sean sometidas a estudios radiológicos de senos y de tórax innecesarios, a aconsejar el amamantamiento de los hijos y a evitar la ingestión de dietas hipercalóricas, sobretodo con excesos de grasas.

En cuanto a la prevención secundaria, es decir, la detección del tumor en etapas iniciales y por consiguiente con mejores posibilidades de tratamiento, está avalada por el largo período que transcurre entre el inicio celular y la aparición clínica.

Se basa en la implementación de 3 medidas:

- 1- la enseñanza del autoexamen mamario
- 2- el examen clínico médico de la mama y regiones ganglionares satélites
- 3- el estudio radiológico de la mama o mamografía

La American Cancer Society recomienda que las mujeres se realicen una mamografía a los 40 años; una cada 1 ó 2 años entre los 40 y 50, y una cada año después de los 50. El examen clínico médico se aconseja realizar cada 3 años entre los 20 y 40 años y uno cada año después de los 40 años. También se recomienda que el autoexamen mamario se realice mensualmente después de los 20 años y ante la comprobación de cualquier anomalía se consulte al médico.

Los programas de detección de cáncer de mama de masas poblacionales realizados en muchos países del mundo, han dado resultados estimulantes reduciendo las tasas de mortalidad en cifras significativas.

Fuente: Vassallo, J.A.; Barrios, E.- Actualización Ponderada de los Factores de Riesgo del Cáncer. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, 2003.