



**CARACTERISTICAS CLÍNICAS Y FACTORES ASOCIADOS EN LAS
PACIENTES CON CANCER DE MAMA**

Informe Final

Trabajo de Graduación

Autores:

María Fernanda León Carrasco

Nataly Carolina Torres Palacios

Director:

Dr. Galo Duque Proaño

Asesor Metodológico:

Dr. Marcelo Ochoa Parra

Cuenca-Ecuador

2015

Características Clínicas y Factores Asociados en las Pacientes con Cáncer de Mama.

León Carrasco, María Fernanda¹, Torres Palacios, Nataly Carolina¹, Duque Proaño, Galo², Ochoa Parra
Marcelo³.

1. Estudiante de Décimo Nivel de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay.

2. Director de Trabajo de Carrera. Oncólogo del Hospital “José Carrasco Arteaga” IESS. Docente de la
Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay.

3. Asesor Metodológico. Médico Intensivista del Hospital Universitario del Rio y del Hospital “José
Carrasco Arteaga”. Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay.

Correo electrónico:

FL: ua046018@uazuay.edu.ec

NT: ua048317@uazuay.edu.ec

Dirección para entrega de correo:

Dirección 1: Challuabamba, Sector Apangoras s/n.

Dirección 2: Urb. Colinas de Challuabamba lote 150.

Fecha de recepción del estudio :

Viernes 4 de Septiembre de 2015

[2015]-[ua046018]-[ua048317]

RESUMEN

Objetivo:

Determinar las características clínicas factores asociados y características histopatológicas en pacientes con cáncer de mama en el hospital José Carrasco Arteaga durante el 2009-2013

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo en 122 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que acudieron al servicio de oncología del hospital José Carrasco Arteaga durante 5 años seleccionada de una base de datos de 3450 pacientes luego de aplicar criterios de inclusión y exclusión, los datos obtenidos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS edición 20, y se compararon los resultados con estudios previos.

Resultados: La edad mínima de las pacientes estudiadas fue de 26 años y una máxima de 79, la mediana de edad del diagnóstico fue de 55 años el grupo etario predominante fue el de 40 a 64 años de edad, el factor asociado más común fue el uso de hormonas exógenas, la ooforectomía como factor protector estuvo presente en 9 pacientes, el tipo de tumor más frecuente fue el ductal infiltrante, la mama más afectada la izquierda y el sitio el cuadrante superoexterno, el estadio tumoral al momento del diagnóstico más frecuente fue el estadio II

Palabras Clave: cáncer de mama, clasificación, factores asociados.

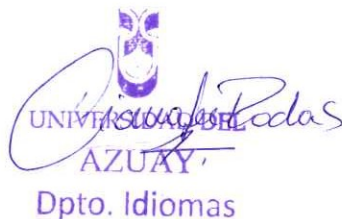
ABSTRACT


Objective: To determine the clinical features, associated factors and histopathological features in patients with breast cancer at *José Carrasco Arteaga* hospital during 2009 to 2013.

Materials and Methods: A descriptive study was conducted in 122 patients diagnosed with breast cancer, who came to the oncology department at *José Carrasco Arteaga* hospital for 5 years. This sample was selected from a database of 3450 patients after applying inclusion and exclusion criteria. The data obtained were analyzed using SPSS 20 edition statistical program, and the results were compared with previous studies.

Results: The minimum age of the patients studied was 26, and the maximum was 79. The median age at diagnosis was 55. The predominant age group was the 40 to 64 years old one. The most common associated factor was the use of exogenous hormone. Oophorectomy as a protective factor was present in 9 patients. The most frequent type of tumor was the infiltrating ductal. The most affected breast was the left one, and the upper outer quadrant. The most frequent tumor stage at diagnosis was Stage II

Keywords: Breast Cancer, Classification, Associated Factors.




Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres de todo el mundo con una incidencia anual de 25,1 por 100000 habitantes, y también una causa de mortalidad femenina importante con 14,7 por 100000 (1). La mama más afectada es la derecha, su localización más frecuente es el cuadrante supero externo, los tipos histológicos más comunes son el lobulillar y ductal (2) (3); la edad de inicio de la presentación de esta patología es a partir de los 25 años, luego su incidencia aumenta llegando a su pico máximo alrededor de los 70 años (4).

Se han identificado algunos factores de riesgo para desarrollar esta patología como son: historia familiar de cáncer, mutaciones genéticas, historia personal de patología mamaria, edad, etnia, edad de la menarquía, paridad, edad del primer embarazo, de la menopausia, tratamientos hormonales y sobrepeso; por el contrario, se ha observado que la lactancia materna y la ooforectomía constituyen factores protectores para esta neoplasia (5) (6).

En Ecuador el cáncer de mama está entre los primeros tumores malignos causantes de mortalidad femenina. En el año 2010 se observaron 1882 casos nuevos de neoplasias de mama con una tasa de incidencia de 17.3/100000 habitantes y un porcentaje de mortalidad de 9.2%. En el cantón Cuenca se ubica como el segundo más común en mujeres, con una tasa de incidencia cruda de 18.7/ 100 000 habitantes y una tasa de mortalidad de 3.4 /100 000 habitantes (7).

La detección precoz de esta patología es indispensable a nivel de atención primaria, ya que el cribado en el examen físico y las derivaciones oportunas mejoran el pronóstico de la enfermedad. Como médicos generales se debe conocer qué características tienen las mujeres que se encuentran en riesgo para intensificar sus revisiones y acortar los periodos de visita; es decir, no una vez al año, sino dos o tres veces dependiendo del caso.

En este trabajo de investigación se determinarán los factores asociados más comunes en las pacientes con cáncer de mama.

MÉTODOS

El presente trabajo es un estudio descriptivo retrospectivo, está basado en datos obtenidos de 3450 historias clínicas de las pacientes atendidas en el servicio de oncología del hospital José Carrasco Arteaga en el periodo Enero 2009 - Diciembre 2013, las mismas que fueron revisadas y se descartaron según criterios de inclusión y exclusión definidos, además, en los casos en los que no se contó con toda la información necesaria en la historia clínica se procedió a contactarse con las pacientes vía telefónica.

El estudio abarcó toda la población de mujeres con diagnóstico histopatológico confirmado de cáncer de mama y que fueron tratadas desde Enero del 2009 hasta Diciembre del 2013 que cumplieron los criterios de estudio. Las mujeres con neoplasias múltiples, con sospecha o diagnóstico de síndrome de Lynch fueron excluidas del estudio.

Las variables estudiadas fueron: edad, procedencia, residencia, nivel de educación, edad del primer embarazo, paridad, edad de menarquia y menopausia, si la paciente ha sido ooforectomizada, historia familiar de cáncer de mama y grado de consanguinidad, utilización de estrógenos exógenos y su tiempo de utilización, tipo histológico del tumor, mama afectada y cuadrante en el que se encuentra el tumor, estadio del tumor al momento de diagnóstico según clasificación TNM 7ma edición la misma que se especifica en la tabla 1. Además según el TNM de cada paciente se estadió la etapa del cáncer al momento del diagnóstico para facilitar el manejo de los datos, el estadiaje se especifica en la tabla 2.

TABLA 1. Clasificación TNM de cáncer de mama 7ma edición

Tumor primario (T)	
TX	No se puede evaluar el tumor primario
T0	No existe prueba de tumor primario
Tis	<ul style="list-style-type: none"> • Carcinoma ductal in situ • Carcinoma lobulillar in situ • Enfermedad de Paget del pezón que NO está relacionada con el carcinoma invasivo o carcinoma in situ (CDIS o CLIS) en el parénquima mamario subyacente
T1	<p>El tumor mide ≤ 20 mm en su diámetro mayor</p> <ul style="list-style-type: none"> • T1mi El tumor mide ≤ 1 mm en su diámetro mayor • T1a El tumor mide > 1 mm pero ≤ 5 mm en su diámetro mayor • T1b El tumor mide > 5 mm pero ≤ 10 mm en su diámetro mayor • T1c El tumor mide > 10 mm pero ≤ 20 mm en su diámetro mayor
T2	El tumor mide > 20 mm pero ≤ 50 mm en su diámetro mayor
T3	El tumor mide > 50 mm en su diámetro mayor
T4	<p>Cualquier tamaño con extensión directa a pared costal o a piel (ulceración o nódulos cutáneos)</p> <ul style="list-style-type: none"> • T4a Extensión a la pared torácica que no solo incluye adherencia o invasión a los músculos pectorales • T4b Ulceración o nódulos satélites ipsilaterales o edema (incluyendo la piel de naranja), los cuales no satisfacen el criterio de carcinoma inflamatorio • T4c Ambos, T4a y T4b • T4d Carcinoma inflamatorio
Ganglios linfáticos regionales (N)	
Clasificación clínica (cN)	
Nx	No se pueden valorar los gg regionales
N0	Ausencia de metástasis linfática regional
N1	Metástasis ipsilateral axilar movable
N2	<ul style="list-style-type: none"> • N2a Metástasis ipsilaterales niveles i y ii axilares fijos • N2b Afectación mamaria interna sin gg axilares
N3	<ul style="list-style-type: none"> • N3a Metástasis axilares infraclaviculares (grado iii) ipsilaterales • N3b Metástasis en gg mamaria interna ipsilaterales y axilares • N3c Metástasis ipsilaterales supraclaviculares

Clasificación patológica (pN)	
pNx	No se pueden evaluar los gg linfáticos regionales
pN0	Sin evidencia histológica de metástasis en gg linfáticos regionales <ul style="list-style-type: none"> • pN0 (i-) Sin evidencia histológica e inmunohistoquímica (IHC) • pN0 (i+) Presencia de células tumorales ≤ 0,2 mm mediante H-E o IHC • pN0 (mol-) Ausencia histológica y molecular de metástasis • pN0 (mol+) Ausencia histológica e IHC negativa con hallazgos moleculares positivos
pN1 Micrometástasis	Micrometástasis <ul style="list-style-type: none"> • pN1mi Micrometástasis (> 0,2 mm y/o más de 200 células, pero < 2,0 mm) • pN1a Metástasis en 1-3 gg axilares y al menos una de ellas > 2 mm • pN1b Metástasis en gg mamarios internos con afectación micrometastásica-macrometastásica del ganglio centinela sin detección clínica • pN1c Metástasis en 1-3 gg axilares y mamarios internos con afectación micrometastásica-macrometastásica del ganglio centinela sin detección clínica
pN2	Metástasis en 4-9 gg axilares o afectación mamaria interna clínicamente sin afectación axilar <ul style="list-style-type: none"> • pN2a Metástasis en 4-9 gg axilares (al menos uno > 2 mm) • pN2b Metástasis en gg linfáticos de mamaria interna detectados clínicamente sin afectación gg axilares
pN3	<ul style="list-style-type: none"> • pN3a Metástasis en ≥ 10 gg axilares (al menos uno > 2 mm) o metástasis en gg infraclaviculares (ganglio axilar de grado iii) • pN3b Metástasis en > 3 gg axilares y mamarios internos detectados clínicamente, o > 3 gg axilares o afectación de cadena mamaria interna (micrometástasis-macrometástasis ganglio centinela) sin detección clínica • pN3c Metástasis linfática supraclavicular ipsilateral
Metástasis a distancia (M)	
Mx	No evaluadas.
M0	No existen pruebas clínicas o radiológicas de metástasis a distancia <ul style="list-style-type: none"> • cM0 (+) No existen pruebas clínicas o radiológicas de metástasis a distancia, aunque sí hay evidencia de células tumorales en sangre circulante, médula ósea o tejidos gg no regionales (≤ 0,2 mm)
M1	Metástasis a distancia detectada clínica o radiológicamente o por medios histológicos > 0,2 mm

Fuente: adaptada de AJCC Cancer Staging Manual, 7.^a edición, 2010

TABLA 2 Estadios del cáncer de mama según clasificación TNM			
Estadio 0	Tis	N0	M0
Estadio IA	T1	N0	M0
Estadio IB	T0	N1mi	M0
	T1	N1	M0
Estadio IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Estadio IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Estadio IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1 o N2	M0
Estadio IIIB	T4	N0 o N1 o N2	M0
Estadio IIIC	Cualquier T	N3	M0
Estadio IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

Fuente: adaptada de AJCC Cancer Staging Manual, 7.^o edición, 2010

Además se analizó el estado nutricional según índice de masa corporal (IMC) calculado con la siguiente fórmula: peso en kilogramos / talla en metros ² según este valor se dividió a las pacientes en 6 categorías que se ilustran en la tabla 3

TABLA 3 Clasificación de estado nutricional según Índice de masa corporal IMC	
Diagnostico Nutricional	IMC
Desnutrición	IMC menor a 18,5
Normal	IMC de 18,6 a 24,9
Sobrepeso	IMC de 25 a 29.9
Obesidad grado 1	IMC de 30 a 34,9
Obesidad grado 2	IMC de 35 a 39.9
Obesidad mórbida	IMC mayor a 40

La información obtenida de las historias clínicas y las llamadas telefónicas, se organizaron en una base de datos mediante el programa estadístico SPSS versión 18, en la que se utilizaron herramientas de estadística descriptiva, luego se elaboraron tablas con números y porcentajes con cada característica y factor asociado.

Finalmente se compararon los resultados obtenidos con estudios y literatura nacional e internacional previa con el fin de observar si los datos se corroboran o disciernen con observaciones previas.

RESULTADOS

Características Clínicas

Se estudió a 122 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, de las cuales 17(13,9%) fueron diagnosticadas en el 2009; 16 (13%) en el 2010; 24 (19,7%) en el año 2011; 34(27,9%) en el 2012 y 31 (25,1%) en el 2013.

La edad mínima de las pacientes estudiadas fue de 26 años y la máxima de 79 con una mediana de 55 años, el grupo etario 40 a 64 años de edad fue el predominante con 77 pacientes (63,11%) mientras que el menor fue el de las pacientes menores a 40 años con 17 pacientes (17,90%). 89 pacientes (73%) pertenecieron al área urbana. 83 (68%) de pacientes tuvieron escolaridad entre primaria y secundaria (tabla 4).

TABLA 4. Características demográficas del grupo de estudio hospital "José Carrasco Arteaga" 2009-2013

Grupo Etario (años)	Frecuencia (122)	Porcentaje
<40	17	13,90
40-64	77	63,11
>65	28	22,99
Lugar de residencia habitual		
Urbana	89	73,00
Rural	33	27,00
Escolaridad		
Primaria y Secundaria	83	68,00
Superior	39	32,00

*Fuente: Base de datos de pacientes estudiadas
Elaborada por las autoras*

Factores Asociados

Factores Ginecoobstétricos

El factor más común fue el uso de hormonas exógenas (anticonceptivos orales y terapia de reemplazo hormonal) la cual se evidencio en 25 pacientes (28,70%) con una media de tiempo de uso de 3,56 años. El siguiente factor en porcentaje fue la paridad tardía (> 35 años) presente en 29 pacientes (24,89%). Ocho pacientes (6,5%) refirieron embarazos antes de los 18 años y 63 (51,63%) entre los 19 y 34 años.

La menopausia tardía (> 55 años), la nuliparidad les siguen en frecuencia con 18% cada una y finalmente con un porcentaje menor al 2% la menarquia antes de los 8 años (tabla 5).

115 pacientes (94,2%) tuvieron su menarquia entre los 8 y los 16 años; 5 (4,09%) la tuvieron después de los 16 años mientras que 2(1,6%) tuvieron menarquia temprana antes de los 8 años. 62 mujeres (50,82%) experimentaron la menopausia entre los 40 y 54 años; 3 (2,46%) la tuvieron antes de los 40 años; 23 (18,85%) después de los 55 años de edad mientras que 34 (27,87%) aún continuaba con su ciclo menstrual.

22 de las pacientes estudiadas (18,03%) eran nulíparas, 44 (36,1%) tuvieron de 1 a 2 hijos; 48 (39,3%) tuvieron de 3 a 5 gestas y el restante (6,5%) correspondiente a 8 pacientes fueron grandes multíparas con más de 6 partos, la media de gestas entre las pacientes estudiadas fue de 2,52 (tabla5).

TABLA 5. Factores asociados al cáncer de mama hospital "José Carrasco Arteaga" 2009-2013

Uso de hormonas exógenas (ACO o TRH) *	Frecuencia (122)	Porcentaje
SI	35	28,70
NO	87	71,31
Edad del Primer Embarazo (años)		
> 35 años	29	23,89
< 35 años	93	76,21
Edad de la menopausia (años)		
>55	23	18,85
<55	99	81,15
Numero de Gestas		
Nulíparas	22	18,03
1 o mas	100	81,96
Edad de la menarquia (años)		
<8	2	1,64
>8	120	98,29

* ACO: Anticonceptivos orales. TRH: Terapia de remplazo hormonal

*Fuente: Base de datos de pacientes estudiadas
Elaborada por las autoras*

Antecedentes

La ooforectomía, considerada factor protector fue realizada en 9 pacientes (7,38%) 7 fueron bilaterales y 2 unilaterales.

El minimo de IMC fue de 16, un máximo de 46 con una media de 25. El sobrepeso estuvo presente en 41 pacientes (33,6%); 62 (50,8%) tuvieron IMC normal, en 4 de ellas (3,27%) se encontró desnutrición y en 15 (12,3%) tuvieron obesidad.

La patología mamaria benigna previa estuvo presente en 40 (32,7%); cincuenta y tres (43,44%) no referían la misma y 29 (24%) ignoraban si poseían este antecedente . 22 mujeres (18%), tenían familiares de primer o segundo grado diagnosticadas con cáncer de mama, de las cuales 8 (6,55%) fue la madre la afectada, 5 pacientes (4,09%) tuvieron hermanas y una de ellas (0.81%) reportó tener tanto madre como hermanas diagnosticadas, los restantes 8 (6,56%) corresponden a antecedentes de tías tanto maternas como paternas. (Tabla 6)

TABLA 6. Factores asociados al cáncer de mama en "Hospital José Carrasco Arteaga" 2009-2013		
Ooforectomía	Frecuencia (122)	Porcentaje
Si	9	7,38
No	113	92,62
Estado Nutricional		
Sobrepeso u obesidad	57	46,7
Desnutricion o peso normal	65	53,28
Patología mamaria benigna previa		
Si	40	32,79
No	82	67,21
Antecedentes Familiares de cáncer de mama		
Si	22	18,03
No	100	81,97

*Fuente: Base de datos de pacientes estudiadas
Elaborada por las autoras*

Características Tumorales

La mama más afectada fue la izquierda en 68 (55,7%) de las pacientes, la derecha se vio afectada en 51 (41,8%) mientras que en 3 pacientes (2,5%) se encontró compromiso bilateral.

El tumor se encontró en el cuadrante superoexterno en 53 mujeres (43,4%), le sigue el cuadrante superointerno en 17 (13,9%), los cuadrantes inferiores en 12 pacientes (17,2%), la línea de unión intercuadrantes en 15 pacientes (12,3%), el restante 12,4% (23 pacientes) se reparte entre la localización retroaereolar, cola de Spence y tumores multicentricos. (tabla 7)

Mama afectada	Frecuencia (122)	Porcentaje
Izquierda	68	55,70
Derecha	51	41,80
Bilateral	3	2,50
Ubicación anatomica del tumor		
Cuadrante superoexterno	53	43,40
Cuadrante superointerno	17	13,90
Espacio Retroaereolar	16	13,10
Línea intercuadrantes	15	12,30
Cuadrante inferoexterno	11	9,00
Multicentrico	6	4,90
Cola de Spence	3	2,50
Cuadrante inferointerno	1	0,80

*Fuente: Base de datos de pacientes estudiadas
Elaborada por las autoras*

El tipo histológico más representativo en el estudio fue el ductal infiltrante hallándose en 107 mujeres (87,7%), le sigue el lobulillar infiltrante en 6 pacientes (4,9%), el restante 7,4% (9 pacientes) se reparte entre patrones mixtos, mucinoso, medular, adenoideo y papilar. (Tabla 8)

TABLA 8. Características histopatológicas tumorales del cáncer de mama hospital "José Carrasco Arteaga" 2009-2013

Tipo histológico del tumor	Frecuencia (122)	Porcentaje
Ductal infiltrante	107	87,70
Lobulillar infiltrante	6	4,90
Mixto ductal y lobulillar	2	1,60
Mucinoso mixto	2	1,60
Adenoideo quístico	1	0,80
Ductal in situ	1	0,80
Lobulillar in situ	1	0,80
Medular	1	0,80
Papilar	1	0,80

*Fuente: Base de datos de pacientes estudiadas
Elaborada por las autoras*

Dos mujeres (1.63%) fueron diagnosticadas con tumores in situ, 21 pacientes (17,77%) tuvieron tumores en estadio I; 60 (49,18%) en estadio II; 31 (25.41%) en estadio III; 21 (17,2%) en estadio III y 11 (9,02%) en estadio IV con metástasis a distancia, de las cuales, 6 tuvieron metástasis viscerales, 3 óseas y 2 pacientes tuvieron invasión tanto ósea como visceral. (Tabla 9)

TABLA 9. Clasificación del estadio clínico e histopatológico del cáncer de mama hospital "José Carrasco Arteaga" 2009-2013

Estadio	Frecuencia (122)	Porcentaje
Estadio 0	2	1,63
Estadio IA	18	14,67
Estadio IB	3	2,50
Estadio IIA	29	23,77
Estadio IIB	31	25,41
Estadio IIIA	20	16,4
Estadio IIIB	1	0,8
Estadio IIIC	7	5,74
Estadio IV	11	9,02

*Fuente: Base de datos de pacientes estudiadas
Elaborada por las autoras*

DISCUSIÓN

En el hospital José Carrasco Arteaga en 5 años se diagnosticó de cáncer de mama a 122 pacientes, el rango de edad más frecuente fue entre 40-64 años al momento de diagnóstico, además se encontró que dentro del estado nutricional de las pacientes el peso normal fue el predominante. En cuanto a la historia gineco-obstétrica de las pacientes se estableció el tiempo de exposición estrogénica, el 94.2% de las pacientes estudiadas tuvieron su menarquia entre los 8 y 15 años y alrededor de un 23% presentaron menopausia después de los 55 años.

Con respecto a los antecedentes patológicos personales y familiares aproximadamente el 30% de mujeres tuvieron patología mamaria no especificada y un 18% tuvieron familiares de primer o segundo grado con antecedentes de cáncer de mama. Finalmente entre las características tumorales: el sitio de localización más frecuente fue el cuadrante superoexterno, la mama más afectada fue la izquierda y el tipo de tumor más frecuente fue el ductal infiltrante.

A nivel mundial, el cáncer de mama es el tumor maligno más frecuentemente diagnosticado y la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres. Cerca de la mitad de los cánceres de mama recién diagnosticados se puede explicar por factores de riesgo conocidos, como la edad de la menarquia, la menopausia, y la enfermedad mamaria previa (8). En nuestro estudio el rango de edad más frecuente setenta y siete (63.11) fue entre 40-64 años, Siegel R. y colaboradores en el 2012, usando datos del Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) en Estados Unidos establecieron el riesgo de padecer cáncer de mama según la edad, desde el nacimiento hasta la muerte toda mujer tiene un riesgo de 12.29 (1 de cada 8 mujeres) y con respecto a rangos de edad el pico máximo se alcanza entre los 70 años y más con un riesgo de 6.58 (1 de cada 15 mujeres) (2) lo que difiere con nuestro estudio pues entre los 50-59 años se encontró el mayor número de pacientes que presentan cáncer de mama, y que según este estudio tendrían un riesgo de 3.53 (1 de cada 28 mujeres).

Un mayor índice de masa corporal y/o aumento de peso se han asociado consistentemente con un mayor riesgo de cáncer de mama (10) (11). En el Nurses' Health Study realizado en el Brigham and Women's Hospital en Estados Unidos 87,143 mujeres entre 30 a 55 años y libres de cáncer, fueron seguidas por 26 años y se encontró que las mujeres que ganaron 10 kg o más tenían un mayor riesgo (RR: 1,18) (12) de cáncer de mama en comparación con las mujeres que mantuvieron su peso, por lo que es de suma importancia el resultado del estado nutricional de nuestras pacientes. Los resultados de nuestro estudio reportaron que la mayoría se encuentra dentro de su peso normal y entre las alteraciones mas frecuentes el sobre peso se encontró en 41 pacientes, como estos datos fueron extraídos de historias clínicas no se especifica si el peso fue tomando antes durante o después del diagnóstico por lo que no consideramos un dato confiable.

Este mismo estudio reveló que las mujeres nulíparas en o cerca de la menopausia, la incidencia acumulada de cáncer de mama (hasta 70 años) fue del 20 por ciento más bajo, 10 por ciento más bajo, y el 5 por ciento más alto entre las mujeres que dieron a luz a su primer hijo a los 20 años, 25 o 35 años, respectivamente y que el riesgo de una mujer nulípara fue similar a la de una mujer con un primer parto a término a los 35 años, en las pacientes de nuestro estudio casi un 20% fueron nulíparas, 75% tuvieron de 1 a 5 embarazos y 8 fueron grandes multíparas con más de 6 embarazos, la edad del primer embarazo en nuestro estudio demostró que un porcentaje importante (23%) fueron primíparas añosas lo que puede significar un riesgo para haber desarrollado esta enfermedad.

La exposición estrogénica es un factor de riesgo ya conocido en la patogenia del cáncer de mama, determinar factores como menarquia temprana y menopausia tardía son de suma utilidad. El EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition) es un estudio prospectivo de cohortes multicéntrico diseñado para investigar la relación entre la dieta, la nutrición y los factores metabólicos relacionados con cáncer de mama, en el que se demuestra que la edad de la menarquia temprana se asocia con un mayor riesgo de cáncer de mama.

Las mujeres con menarquia en o después de los 15 años de edad eran menos propensas a desarrollar cáncer de mama estrógeno / progesterona positivo en comparación con las mujeres que experimentaron la menarquia antes de los 13 años (hazard ratio [HR] = 0,76 CI 95% 0.68- 0.85). Las mujeres con menarquia en o después de la edad de 15 años también tenían un 16 por ciento menos de riesgo de receptor de estrógeno / cáncer de mama negativo del receptor de progesterona (13). Dichos resultados son consistentes con los obtenidos en nuestro estudio ya que de las ciento veinte y dos pacientes estudiadas 115 es decir más del 90% tuvieron una menarquia en un rango de 8 a 15 años.

El Endogenous Hormones and Breast Cancer Collaborative Group, analizó los datos individuales de nueve estudios prospectivos en 663 mujeres que desarrollaron cáncer de mama y 1765 las mujeres que no lo hicieron, entre los resultados encontramos que a edad más tardía de menopausia el riesgo aumenta 1,03 por ciento para cada año, las mujeres en este estudio se encuentran entre los 58-71 años (14), en los datos obtenidos en nuestro estudio el 19% de pacientes presentaban menopausia posterior a los 50 años, aunque no son la mayoría es un número importante que tiene un factor de riesgo asociado a cáncer de mama, en nuestro estudio un 27% de pacientes tuvieron menopausia en edad tardía, es decir después de los 55 años de edad

La ooforectomía puede considerarse un factor protector para el desarrollo de enfermedad mamaria maligna pero también esta dentro de la terapia endocrina adyuvante para cáncer no metastásico, con receptores hormonales positivos, por lo que nuestros datos con respecto a esta variable no son de gran utilidad pues no se indagó si dicho antecedente fue previo o secundario al diagnóstico

Uno de los estudios más importantes publicados en el 2001 en Lancet por el Colaborativa Group on Hormonal Factors in Breast Cancer en el Reino Unido sobre la relación de cáncer de mama y antecedentes familiares reveló que ocho de las nueve mujeres que desarrollan cáncer de mama no tienen una madre, hermana o hija afectada.

Aunque las mujeres que tienen familiares de primer grado con antecedentes de cáncer de mama tienen un mayor riesgo de la enfermedad, la mayoría nunca desarrollan cáncer de mama, y la mayoría que lo hacen serán mayores de 50 años cuando se le diagnosticó cáncer (15), lo que coincide con los resultados de nuestro estudio ya que menos del 20% de pacientes estudiadas tenían antecedentes familiares de cáncer de mama, pero los controles periódicos en pacientes con antecedentes familiares sigue siendo la conducta ideal ya que estas pacientes si tienen mayor riesgo de desarrollar la enfermedad en comparación con aquellas que no tienen.

El cáncer de mama es una enfermedad heterogénea con múltiples tipos histológicos. En los Estados Unidos, los tipos histológicos más comunes son ductal (70% -75% de los tumores), lobulillar (8%), y mixto: ductal-lobular (7% -11%) (9) y otros tumores incluyen variantes definidos por los patrones de crecimiento específicos, y otro tipo histológico. En el presente trabajo el patrón histológico predominante fue el Ductal infiltrante (87.7%) seguido por el lobulillar infiltrante (4.9%) el resto ocupan menos del (3%) lo que es consistente con los resultados de los estudios realizados previamente.

CONCLUSIONES

- La mediana de edad de diagnóstico fue de 55 años con una edad mínima de 26 y máxima 79.
- Los factores asociados mas frecuentes fueron el uso de hormonas exógenas, primiparidad tardía y menopausia tardía.
- El tipo de tumor más común fue el ductal infiltrante, la mama mas afectada la izquierda, el sitio anatómico el cuadrante superoexterno
- El estadio del tumor al momento predominante fue el estadio II

CONFLICTOS DE INTERES

No se presentaron conflictos de interés durante la realización de este trabajo.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

LF, TN, DG y OM responsables de la concepción, diseño del estudio, recolección y

Análisis de datos y preparación del manuscrito final. DG: director del trabajo. OM: análisis

Estadístico. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del artículo

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento a las autoridades de la Universidad del Azuay y la Facultad de Medicina de dicha institución por el apoyo en la realización de este trabajo, al personal y autoridades del Hospital José Carrasco Arteaga por brindar acceso a la información necesaria para esta investigación, a los Doctores Galo Duque y Marcelo Ochoa por su guía en la elaboración de este trabajo, a nuestras familias por el apoyo incondicional durante el proceso.

Revisión Bibliográfica

1. Bevers T, Armstrong D, Arun V. Breast Cancer Risk Reduction. Journal of the National Comprehensive Cancer Network. 2010;; p. 1112-1146.
2. Fletcher S. uptodate. [Online].; 2014 [cited 2014. Available from: <http://www.uptodate.com>.
3. globocan. [Online].; 2013 [cited 2014 Mayo [International Agency for Reserch on Cancer]. Available from: <http://www.globocan.iarc.fr>.
4. Prentice R, Caan B, Chlebowski R. Low-Fat Dietary Pattern and Risk of Invansive Breast Cancer: The Womens Health Initiative Randomized Controlled Dietary Modification Trial. JAMA. 2006 Agosto;(629-642).
5. Botero J, Jubizazhbun A, Henao G. Cancer de mama. In Obstetricia y Ginecologia. Septima ed. Bogota: Tinta Fresca; 2004. p. 639-642.
6. Loehberg C, Jud S, Haeberle L. Breast cancer risk assessment in a mammography screening program and participation in the IBIS-II chemoprevention trial. Breast Cancer Research and Treatment. 2010;; p. 101-110.
7. Quinto informe de incidencia de cancer en el canton Cuenca. Cuenca: SOLCA; 2007.
8. American Cancer Society. [Online].; 2013 [cited 2014 Abril 22. Available from: <http://www.cancer.org/acs/group/content>
9. Siegel R, Naishdham D, Jemal A. Cancer Statistics. American Cancer Society. 2012.
10. Lahmann, Petra; Hoffman, Kurt; Allen, Naomi. BODY SIZE AND BREAST CANCER RISK: FINDINGS FROM THE EUROPEAN PROSPECTIVE INVESTIGATION INTO CANCER AND NUTRITION. International Journal of Cancer. 2004; III: p. 762-771.
11. Han X, Stevens J, P K, T P. Body mass index at early adulthood, subsequent weight change and cancer incidence and mortality. International Journal of Cancer. 2014 Mayo; 135(12).
12. Heather A, Graham A, Rosner B. Adult Weight Change and Risk of Postmenopausal. JAMA. 2006 Julio; 296(2).
13. Ritte R, Lukanova A, Tionneland A, Olsen A. Height, age at menarche and risk of hormone receptor-positive and negative breast cancer: A cohort study. JAMA. 2012 Marzo; 296(2).
14. Timothy J, key D. Endogenous Hormones and Breast Cancer Collaborative Group. Journal of the National Cancer Institute. 2002 Abril; 94 (8).
15. Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58 209 women with breast cancer and 101 986 without the disease. LANCET. 2001 Octubre; 358(9291).