



Cáncer de Mama: Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento

Hospital de Caldas

N. LENIS, MD; C.A. ESPARZA, MD.

Palabras clave: Cáncer de mama, Biopsia incisional, Registro codificado del Ca. de mama.

Se hizo un estudio descriptivo, retrospectivo de 296 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, atendidos en el Hospital de Caldas, entre el 1 de enero de 1984 y el 31 de diciembre de 1996; 2 casos ocurrieron en varones (0.7%). La incidencia anual promedio fue de 22.8 casos; la edad promedio, 52.6 años; 25.4% eran nulíparas; 97,5 de las pacientes tenían cáncer avanzado, estados II a IV; 5.1 de las mujeres se presentaron con cáncer bilateral; estado 0 sólo 1 paciente, 2.5%; la biopsia incisional fue el método diagnóstico más empleado, 51,1%; no se encontró sistematización en la nomenclatura de los diagnósticos histológicos ni en su codificación; promedio de ganglios extirpados en cirugía, 14.5; se hizo tratamiento quirúrgico en 76%; radioterapia en 48%; quimioterapia en 35%; seguimiento a 5 años en 5.7% y a 10 años en 3%. Se considera indispensable crear el registro codificado del cáncer de mama; adelantar una campaña de diagnóstico temprano e incrementarla; sistematizar la terminología o nomenclatura y los códigos de diagnóstico; revisar periódicamente los protocolos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de mama.

INTRODUCCION

En Colombia se acepta ampliamente que el cáncer de mama constituye un problema importante de salud pública. Según el Registro Institucional de Cáncer del Hospital Universitario del Valle, ocupó el segundo lugar entre las seis localizaciones más frecuentes de cáncer en la mujer, en el período de 1987 a 1991 (1,2).

La denominación cáncer de mama hace referencia a un grupo de entidades clínicas tan diferentes como un carcinoma inflamatorio y un carcinoma ductal *in situ*.

Doctores, Nelson Lenis Nicholls., Prof. Titular; Carlos Alberto Esparza Duque, Prof. Titular; Univ. de Caldas, Manizales, Colombia.

Son entidades que tienen implicaciones múltiples y muy complejas para las autoridades de salud; para los médicos y especialistas que las diagnostican y las tratan; para todo el personal que debe estar en capacidad de colaborar para el diagnóstico temprano, la remisión oportuna y el seguimiento de las pacientes; para la mujer que padece la enfermedad, para su familia, para las empresas en que trabajan y para la economía en general.

El impacto sobre la paciente es muy complejo. Las mujeres que tienen cáncer de mama, como muchas otras personas con cualquier tipo de cáncer, se sienten desamparadas e impotentes ante la enfermedad. Perciben múltiples amenazas: a su vida, a su feminidad, a su familia. Experimentan preocupaciones sobre si el cáncer se ha diseminado; incertidumbre sobre el futuro, que afecta su sexualidad, el cuidado de los hijos, el empleo y otros muchos aspectos de la vida. Sufren ansiedad y temores sobre el tratamiento. Miedo de verse estigmatizadas o rechazadas una vez que se conozca el diagnóstico.

Estas mujeres tienen que afrontar una serie de situaciones importantes y difíciles, tales como detección de un problema en el seno, confirmación del diagnóstico, el período que antecede al tratamiento, la cirugía, la terapéutica subsiguiente con radioterapia, quimioterapia y otros procedimientos. Necesitan ayuda para retornar a la vida normal, atención continuada frente a la posibilidad de recurrencia local del cáncer y a la posibilidad de metástasis.

Un buen manejo de la paciente con cáncer de mama exige mucho más que la simple extirpación de la cantidad correcta de tejido o la formulación científica de las drogas adecuadas. Requiere atención a todos los factores que juegan algún papel en el plan terapéutico, incluyendo a la paciente, a su familia y a los servicios de apoyo.

En este trabajo presentamos los resultados de la evaluación de 13 años de trabajo en cáncer de mama en el Hospital de Caldas, en Manizales.

MATERIALES Y METODOS

El período de estudio se extiende desde el 1 de enero de 1984 hasta el 31 de diciembre de 1996. Se incluyeron todas las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, confirmado mediante estudio histopatológico, que acudieron a la Consulta Externa del Hospital de Caldas o que fueron vistas en el Comité de Tumores del Departamento de Obstetricia y Ginecología. En total 296 casos. A cada una de ellas se le diligenció un formulario precodificado, especial para pacientes con cáncer de mama.

El formulario consta de 83 variables, cada una con los códigos necesarios para las diferentes opciones. Los códigos fueron llevados a una base de datos, utilizando dBASE IV y las cifras estadísticas se obtuvieron mediante Epi Info Ver. 6.02. El diligenciamiento de los formularios precodificados se inició generalmente en el momento de ingreso de la paciente y se completó mediante la revisión de los datos consignados en la historia clínica de las pacientes.

Los registros precodificados se archivaron en el Departamento de Obstetricia y Ginecología, aparte de la historia clínica, con el fin de poderlos consultar, revisar y completar en el momento oportuno. Para el análisis de los resultados se emplearon estadísticas descriptivas como distribución de frecuencias, promedio y desviación estándar.

RESULTADOS

En todo estudio retrospectivo faltan más o menos datos, con respecto a las variables estudiadas. Para las estadísticas descriptivas, en este estudio, no se tienen en cuenta los casos que carecen de la información correspondiente.

Tabla 1. Incidencia por años del cáncer de mama.*

Año	Casos	%
1984	18	6.1
1985	13	4.4
1986	24	8.1
1987	30	10.1
1988	14	4.7
1989	21	7.1
1990	25	8.4
1991	40	13.5
1992	19	6.4
1993	28	9.5
1994	25	8.5
1995	19	6.4
1996	20	6.8
Total	296	100.0

* Hospital de Caldas, Manizales, 1984-1996. La incidencia anual promedio fue de 22.8 casos.

Edad

Edad máxima, 84 años; mínima, 27 años; promedio, 52.6; desviación estándar (DE), 13.4; el 42.9% son pacientes de 30 a 49 años; el 55.1% se encuentran entre 40 y 59 años (Figura 1).

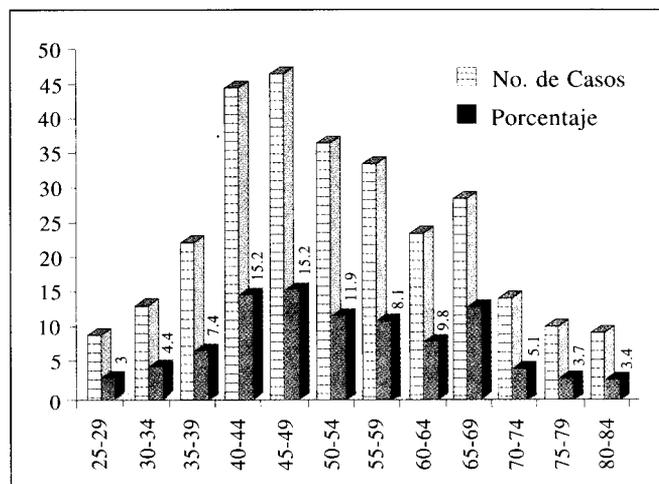


Figura 1. Distribución por edad del cáncer de mama.

Estado civil

Las mujeres casadas o en unión libre se agruparon bajo el concepto de unión estable. Constituyeron el 56.6% del total. Las solteras, viudas o separadas, se consideraron como formas de unión inestable, y fueron el 43.4% (Figura 2).

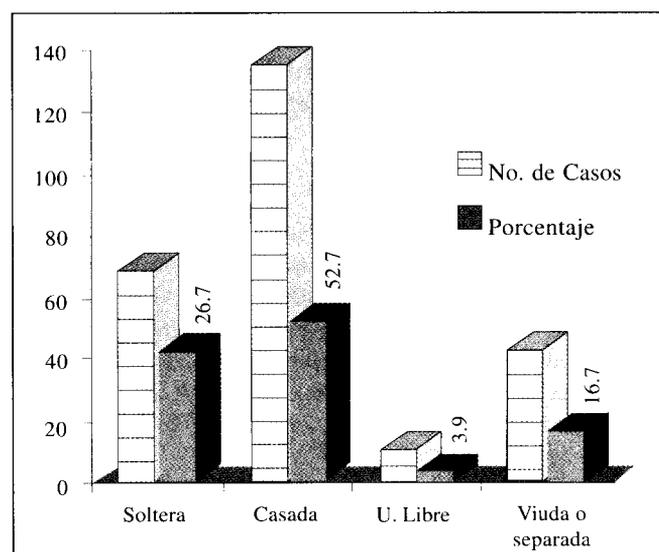


Figura 2. Estado civil de las mujeres con cáncer de mama.

Escolaridad

Consideramos como analfabetas a aquellas pacientes que no tienen ni 1 año de estudio aprobado, las cuales alcanza-

ron la cifra de 13.5%; analfabetas funcionales las que tienen de 1 a 3 años aprobados, y su proporción fue de 48.9% (Figura 3).

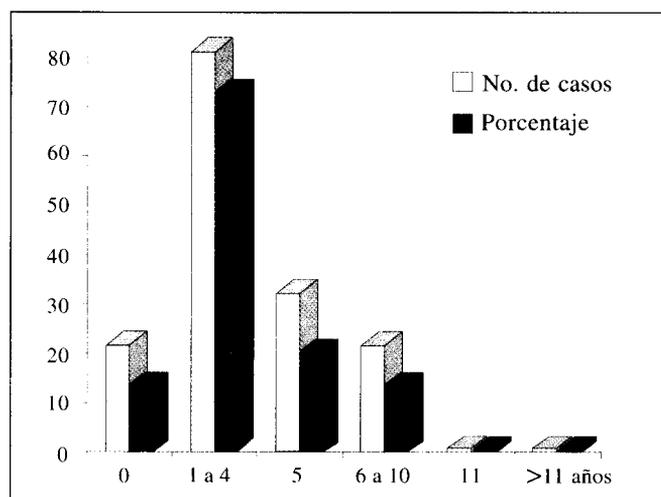


Figura 3. Nivel de escolaridad de las mujeres con cáncer de mama.

Procedencia

El 35.1% eran procedentes de la ciudad de Manizales; el 9.0% de Riosucio; y el 7.2% de Chinchiná; el 48.7% de otros municipios. Se registraron 45 municipios en total. El 75.4% de las pacientes procedían de áreas urbanas; el 24.6%, de áreas rurales. No hay una definición clara y precisa del dato que debe registrarse en la variable «procedencia».

Antecedentes familiares de cáncer

Los antecedentes familiares de cáncer de mama en personas diferentes de la madre, solamente se registraron en 20 pacientes (8.2%) de las 245 en quienes se dispuso de la información. Sólo en 3 casos (1.2%) se registró el antecedente de cáncer mamario en la madre de la paciente: 2 en madres premenopáusicas y 1 en madre posmenopáusica.

Edad de la menarca o menarquia

La edad de la menarca o menarquia varió entre 8 y 19 años, con un promedio de 13.7, y DE de 1.5 años.

Menopausia

Edad máxima, 59 años; mínima, 30 años; promedio, 46 años; y DE, 5.7 años.

Total menopáusicas, 161 (57.7%); premenopáusicas, 118 (42.3%); en 17 pacientes no aparece el dato correspondiente.

Edad del primer parto

Edad máxima, 39 años; edad mínima, 12 años; promedio, 21.9 años; DE, 5.5 años. En el 27.5% de los casos las mujeres habían tenido su primer parto antes de los 20 años (12 a 19).

Paridad

El 25.4% de las pacientes eran nulíparas; la paridad de las que habían tenido hijos (74.6%) varió entre 1 y 20, con un promedio de 5 hijos.

Hay 5 pacientes en las que no se consignó el dato sobre el lado afectado. Los 15 casos de lesiones bilaterales corresponden a pacientes que en su primera consulta al Hospital tenían compromiso de ambas mamas. Se trataba por lo general de estados muy avanzados de la enfermedad (Tabla 2).

Tabla 2. Mama afectada de cáncer.*

Mama afectada	Casos	%
Derecha	124	42.6
Izquierda	152	52.2
Bilateral	15	5.2
Total	291	100.0

* Hospital de Caldas, Manizales, 1984-1996.

Distribución por cuadrantes

El mayor número de casos (61 pacientes) correspondió a compromiso de varios cuadrantes de la mama izquierda, por tratarse de casos muy avanzados. Siguen en orden, el CSE de la mama izquierda (60 pacientes), CSE de la mama derecha (51 pacientes), varios cuadrantes de la mama derecha (46 pacientes) y los CSI de la mama derecha e izquierda, en menor número; 15 pacientes presentaban compromiso bilateral de las mamas en el momento de la consulta.

En 14 pacientes no fue posible encontrar todos los datos necesarios para precisar el estado clínico, de acuerdo con la clasificación TNM (Tabla 3).

Tabla 3. Estado clínico del cáncer de mama.*

Estado	Casos	%
ESTADO 0	1	0.4
Estado I	6	2.1
Estado II	88	31.2
Estado III	140	49.6
Estado IV	47	16.7
Total	282	100.0

* Hospital de Caldas, Manizales, 1984-1996.

Tipo de biopsia realizada

La más frecuente fue la biopsia incisional (141 casos), seguida por la BACAF (73 casos) y la tumorectomía (32 casos).

El caso que figura en la categoría "No se hizo", es el de un varón al que se le practicó mastectomía, se le diagnosticó un carcinoma medular de mama y falleció a consecuencia probablemente de metástasis cerebrales.

El término "tumorectomía", se emplea con el mismo significado de "biopsia excisional" y se ha conservado porque es el que aparece en los registros. El 65.6% de estos tumores tenía un tamaño de 5 cm. o menos.

Los dos casos de "adenocarcinoma" así como el de "tumor mixto maligno" figuran como tales en los registros, sin más especificación.

Como carcinomas inflamatorios se consideraron aquellos que presentaban infiltración de los linfáticos dérmicos por células malignas (Tabla 4).

Tabla 4. Diagnóstico histopatológico del cáncer de mama. *

Diagnóstico	Casos	%
Adenocarcinoma	2	0.7
Ca. de células en anillo de sello	1	0.3
Ca. ductal <i>in situ</i>	2	0.7
Ca. ductal infiltrante	229	77.4
Ca. epidermoide	1	0.3
Ca. inflamatorio	18	6.1
Ca. lobulillar infiltrante	15	5.1
Ca. medular infiltrante	14	4.7
Carcinoma metastásico	1	0.3
Carcinoma mucinoso	7	2.4
Carcinoma rico en lípidos	2	0.7
Tumor filodes maligno	3	1.0
Tumor mixto maligno	1	0.3
Total	296	100.0

* Hospital de Caldas, Manizales, 1984-1996.

Hemos conservado la nomenclatura de las cirugías realizadas tal como aparece en los registros. Actualmente a la mastectomía radical modificada la denominamos mastectomía con niveles I y II.

En «otras» cirugías se incluyen: una mastectomía bilateral, una oforectomía bilateral, una limpieza axilar, una resección del pectoral mayor, y una extirpación local amplia de una masa (Tabla 5).

Tipo de radioterapia

Preoperatoria, 26 casos (18.2%); postoperatoria, 106 casos (74.1%); y paliativa, 11 casos (7.7%). Dosis promedio: 4.457 rads = 44.6 Gy Desviación estándar; 537.7 rads = 5.4 Gy.

Tabla 5. Tipo de cirugía realizada en el cáncer de mama. *

Tipo de cirugía	Casos	%
Tumorectomía	4	1.8
Cuadrantectomía	2	0.9
Mastectomía simple	48	21.3
Mast. simple ampliada	51	22.7
Mast. radic. modificada	115	51.1
Otras	5	2.2
Total	225	100.0

* Hospital de Caldas, Manizales, 1984-1996.

Dentro del término "preoperatoria" se incluyen pacientes en quienes la quimioterapia fue empleada con criterio neoadyuvante, es decir, con el objeto de reducir el tamaño de la masa, antes de proceder al tratamiento quirúrgico (Tabla 6).

Tabla 6. Quimioterapia en cáncer de mama*

Tipo de quimioterapia	Casos	%
Preoperatoria	28	26.9
Postoperatoria	67	64.4
Pre y postoperatoria	9	8.7
Total	104	100.0

* Hospital de Caldas, Manizales, 1984-1996.

El número de ciclos de tratamiento osciló entre máximo 12 y mínimo 1. Promedio 6, y DE 3.

Tabla 7. Esquemas de quimioterapia empleados en el cáncer de mama. *

Esquema	Casos	%
CMF	82	78.9
CAF	12	11.5
CMF Y CAF	3	2.9
CFP	6	5.8
CAO	1	0.9
Total	104	100.0

* Hospital de Caldas, Manizales, 1984-1996.

Años de control

Quince pacientes (5.7%) tienen 5 años de control. Solamente 8 (10%) llegan a 10 años.

Estado de las pacientes en el último control

Solo hay datos de 233 pacientes. 97 (41.6%) se encontraban sin evidencia de enfermedad activa; 86 (36.9%) con enfermedad activa; 7 (3.0%) en estado terminal; las 43 restantes (18.5%) ya habían fallecido cuando se programó el control.

DISCUSION

En 1980 se diseñó el primer registro precodificado para patología mamaria en general, en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Caldas. Nuestro registro actual consta de 83 variables. En los 296 registros encontramos variables que están diligenciadas en todos ellos, tales como la edad (subregistro = 0) y otras, como complicaciones por el uso de hormonoterapia, en las que carecen del dato correspondiente, 218 registros. El subregistro promedio es de 15.5%

A este problema del **subregistro** como factor que "distorsiona el análisis de la información" se refieren Moll Agudelo y colaboradores en la primera conclusión y en las tres primeras recomendaciones de su estudio sobre cáncer de mama en Antioquia (1986-1991) (3).

Las cifras de **incidencia por años** son solo aplicables a nuestra población hospitalaria, ya que tenemos la seguridad de que los casos estudiados no son todos los casos nuevos que ocurren cada año en el Departamento de Caldas. El promedio anual fue de 22.8 (Tabla 1). No tenemos explicación para el aumento a 40 en el número de casos de 1991.

El 55.1% de las pacientes tenían entre 40 y 59 **años de edad**, lo que merece destacarse. Muestra que se trata de mujeres en edad muy productiva y que la enfermedad debe de tener un gran impacto en todas las actividades que ellas desarrollan en esta etapa de sus vidas. Por debajo de 30 años el cáncer de mama es raro (3.0%). La mayoría de las masas son de carácter benigno y, por tanto, el diagnóstico en estas edades, debe hacerse por medio de los datos clínicos y por aspiración con aguja fina.

El **nivel de instrucción** indica que se trata de personas de nivel cultural bajo. Analfabetismo total 13.5%; analfabetismo funcional (1 a 3 años de primaria) 42.3%. El bajo nivel cultural e intelectual es un factor que limita la cooperación de las pacientes para el diagnóstico temprano, el tratamiento y el seguimiento adecuados, de acuerdo con los criterios científicos.

El 51.3% proceden de tres municipios: Manizales, Riosucio y Chinchiná, respectivamente, en su orden de frecuencia. Debe tenerse en cuenta que no siempre el **lugar de procedencia** registrado corresponde al lugar de residencia habitual de las pacientes. En los protocolos debería definirse con claridad cuál es la información que se desea recabar exactamente en la variable procedencia.

Como en otras estadísticas, **el lado más afectado fue el izquierdo**. En este lado, además, las lesiones son tan extensas que predominan las que afectan varios cuadrantes. Siguen en su orden los cuadrantes superoexternos de ambas mamas (Tabla 2).

Encontramos 15 mujeres con lesiones bilaterales; 9 correspondían a casos muy avanzados en estado IV; 4 eran pacientes con estado III; 1 con estado II y, finalmente, 1 de 38 años a quien 7 años antes le habían practicado mastectomía radical modificada izquierda, en Salamina, y el estudio histológico había sido reportado como carcinoma ductal *in situ*. Vino a nuestra consulta en junio de 1993 y el resultado de una BACAF de pequeño nódulo de la mama derecha fue informado como compatible con carcinoma ductal *in situ*.

Al analizar la Tabla 3, correspondiente al **estado clínico**, observamos que el 66.3% son III y IV, es decir, muy avanzados. Los 0 y I llegan apenas al 2.5%, evidencia de que no hemos logrado avances significativos en el diagnóstico precoz de la enfermedad. Proporcionalmente los estados tempranos diagnosticados en la década de los 80 son el 35.3% y los de la década de los 90 el 32.5%. No hay progreso significativo en cuanto a diagnóstico temprano del cáncer de mama.

El **tipo de biopsia** más utilizado para llegar al diagnóstico es el incisional (51.1%), seguido por la punción (BACAF) y la tumorectomía. La BACAF se empleó en 13 casos antes de 1990, y en 60 después de esa fecha. Actualmente es el procedimiento más común para precisar el diagnóstico de patología mamaria en el Hospital de Caldas. Sobre este tema publicamos un estudio en 1996 (4).

En la Tabla 4 se presentan 13 categorías de **diagnóstico histopatológico** definitivo. Cada patólogo hace su descripción y formula su diagnóstico de acuerdo con sus hábitos personales. Aparentemente hacen falta una nomenclatura y una codificación sistemáticas de los estudios histológicos del cáncer de mama.

El doctor Oscar Acebedo, en su libro *Cáncer de la Mama*, propone adoptar la **clasificación de la OMS** (1989), y entre los datos importantes para el clínico en un momento dado, desde el punto de vista pronóstico y aun terapéutico, cita los siguientes: grado histopatológico y grado nuclear, invasión de linfáticos axilares, invasión vascular o perineural o

ambas, patrón de crecimiento infiltrativo o expansivo, infiltrado linfocitario intra o peritumoral, invasión al tejido graso periganglionar, grado de histiocitosis sinusal en los ganglios linfáticos regionales (5). Trabajos iguales se han presentado en nuestro medio por H. Abaúnza, publicados recientemente en la literatura nacional e internacional, los cuales sirven de derrotero para el manejo real y práctico de nuestros enfermos (6,7).

Se realizaron 255 cirugías (76.0%). Esto muestra claramente que es el recurso fundamental del tratamiento. De hecho, la mastectomía radical modificada se ha convertido en el estándar de tratamiento. Actualmente se recomienda para esta cirugía la denominación de mastectomía total con niveles I y II. Tumorectomía y cuadrantectomía se realizaron solamente en 6 casos (2.7%). Esto indica que la práctica de cirugías conservadoras, tiene por ahora cabida muy escasa entre nosotros, porque los diagnósticos de cáncer de mama se hacen por lo general tardíamente (Tabla 5).

El promedio de **ganglios extirpados** fue 14.5 y el promedio fue 12. Esta última cifra resulta muy baja si se compara con la de Danforth y cols. de 23 (8).

La radioterapia se utilizó en el 48.3% de las enfermas. Es la forma principal de tratamiento complementario. En la mayor parte de los casos (74.1%), fue postoperatoria. En 11 pacientes se empleó exclusivamente con carácter paliativo. La cifra de 48.3% para la radioterapia, principal tratamiento complementario, puede parecer un poco baja, especialmente si se tiene en cuenta que 207 de las pacientes operadas (94.1%) eran estados clínicos de II a IV; 58 de estas pacientes no recibieron radioterapia postoperatoria porque sus ganglios extirpados fueron negativos. Hay además un número de casos, que no podemos cuantificar, que no aceptan someterse a la radioterapia, a pesar de que se les da la cita correspondiente.

La quimioterapia también es un complemento del tratamiento quirúrgico. Recibieron quimioterapia preoperatoria 28 pacientes; postoperatoria, 67; pre y postoperatoria, 9. En conjunto constituyen el 35% del total (Tabla 6).

El esquema de quimioterapia más empleado fue CMF (Tabla 7), y el promedio de ciclos de tratamiento fue de 6; 12 casos recibieron 12 ciclos y corresponden a pacientes tratadas entre 1984 y 1987. Después de esta fecha predomina claramente la práctica de 6 ciclos; 12 pacientes recibieron 1 ó 2 ciclos solamente, 9 porque no volvieron para continuar el tratamiento, 1 por su mal estado, otra porque falleció y la última por razones que no aparecen registradas.

El Tamoxifen se administró a 82 pacientes; 65 de ellas se registran como menopáusicas o posmenopáusicas, es decir,

79.3% de las que recibieron esta medicación. Hay 17 que figuran como premenopáusicas.

En cuanto al seguimiento, el 48.3% llegan a 1 año de control. Solamente 5.7% tienen 5 años; 3.0% llega a 10 años. Probablemente, mientras no se disponga de un registro de cáncer válido, confiable y administrado muy eficientemente, será imposible mejorar las cifras relacionadas con el control de las pacientes. Por consiguiente, será también imposible conocer el impacto real de las medidas de prevención y de tratamiento sobre la morbilidad del cáncer de mama en la región.

El **pronóstico** del cáncer de mama es malo, a menos que se diagnostique en etapa muy temprana. Así vemos que el 58.4% de las pacientes tenían en el momento del último control, enfermedad activa o estado terminal o habían muerto. El 41.6% estaban bien, es decir, sin evidencia de enfermedad. Vale la pena informar que este grupo, constituido por 97 pacientes, estaba mejor controlado que el general, ya que el 8.2% tenía 5 años y el 7.2%, 10 años de control, a diferencia de lo que señalamos en el párrafo anterior.

CONCLUSIONES

1. Hay que seguir inculcando a los estudiantes la importancia de **registros precodificados** bien diligenciados para disponer de datos válidos, confiables y actualizados sobre cáncer de mama.
2. Urge que todos los estamentos interesados cooperen activamente en una campaña de **diagnóstico precoz** del cáncer de mama.
3. Es necesario incrementar el **seguimiento y control** de las pacientes. Esto no se logrará si no existe un registro eficiente, válido, confiable y permanentemente actualizado de todos los casos existentes en un momento dado.
4. Hace falta **sistematizar la nomenclatura y la codificación** de los diagnósticos histopatológicos del cáncer de mama y concretarlo en el registro precodificado correspondiente.
5. El **Comité de tumores** de Ginecología puede revisar este estudio y cooperar eficazmente para que sus conclusiones reciban la atención debida por parte de todos los estamentos interesados en el control del problema del cáncer de mama.
6. Este estudio permite evaluar el trabajo realizado durante 13 años en el Hospital de Caldas, con relación al diagnóstico, el tratamiento, y seguimiento de las pacientes con cáncer de mama, los aciertos y los errores cometidos, así como aquellos aspectos que deberán recibir atención prioritaria en los próximos años.

ABSTRACT

We carried out a retrospective, descriptive study of 296 patients with the diagnosis of mammary cancer, managed at Hospital de Caldas, Manizales, Colombia, in the period between January 1, 1984, and December 31, 1996. Two were males (0.7%). Average yearly incidence was 22.8 cases, mean age was 52.6 years; 25.4% were nulliparous; 97.5% had advanced cancer stages II to IV; 5.1% were bilateral; only 1 patient (2.5%) was stage 0. Incisional biopsy was the most frequent diagnostic method (51.1%). There was no

standardization of the histologic diagnoses of their codification. The average number of lymph nodes resected at surgery was 14.5% surgical treatment was undertaken in 76%, radiotherapy in 48%, chemotherapy in 35%. Five year follow-up was achieved in 5.7% and 10 year follow-up in 3%. It appears indispensable to construct a codified registry of breast cancer, to increment campaigns for early diagnosis, to standardize terminology, nomenclature, and diagnostic codes, and to constantly revise treatment protocols for diagnosis, treatment, and follow-up of patients with mammary cancer.

REFERENCIAS

1. Rojas N RJ, et al: Registro Institucional de Cáncer. Hospital Universitario del Valle "Evaristo García". Primer Quinquenio. 1987-1991. Nov 1992
2. Abaúnza H: Cáncer Mamario. Feder Latinoam Cirug FELAC 1987 (3): 19-32
3. Moll-Agudelo M P, et al: Cáncer de Mama. Rev Col Ginecol 1995 abr-jun; 46:124-9
4. Esparza CA, et al: Correlación entre BACAF y estudio histopatológico. Estudio retrospectivo 1989-1995, Hospital de Caldas. Rev Col Ginecol 1996 jul-sep; 47:193-6
5. Acebedo F O: Cáncer de la Mama. Factores de Riesgo. Prevención. Diagnóstico precoz. 1ª ed. Manizales: Editorial Blanecolor Ltda; 1996
6. Abaúnza H: Cáncer Mamario. Feder Latinoam Cirug FELAC 1987: 35-7
7. Abaúnza H: Editorial. Cáncer Mamario, Trib Méd 1990; 5: 201
8. Danforth DN, et al: Complete Axillary Lymph Node Dissection for Stage I-II Carcinoma of the Breast. J Clin Oncol 1986 may; 4:655-62.

Correspondencia:

Doctor **Nelson Lenis Nicholls** Calle 56 No. 24-12 - Manizales

COMENTARIO

A cargo del doctor **Hernando Abaúnza Orjuela**, ex presidente de la Sociedad Colombiana de Cirugía y Director Ejecutivo de la misma.

Señor Editor:

Tuve oportunidad de revisar el interesante trabajo: «Cáncer de Mama. Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento. Hospital de Caldas, 1984 - 1996».

Es una magnífica revisión epidemiológica de lo que ha sido el cáncer de mama en el departamento de Caldas; trabajos como éste son los que necesitamos para saber la verdadera incidencia y modo de presentación de este tumor en nuestro país, que como en la mayor parte del mundo, experimenta un aumento progresivo.

Sin embargo, me permito hacer algunas consideraciones sobre el mismo.

1. Me da la impresión de que en la Universidad de Caldas el cáncer de mama está siendo tratado por el Departamento de

Ginecología y Obstetricia, lo que para mí es una extraña novedad, ya que en el mundo occidental este tumor está incluso dentro de los parámetros que definen la cirugía general, cuyo especialista es el cirujano general.

2. Definitivamente en la zona geográfica estudiada se observa su aparición en mujeres relativamente jóvenes, ya que más del 50% está por debajo de los 60 años y, específicamente, alrededor del 34% entre las edades de 35 y 49 años.

3. En cuanto al estadio, la inmensa mayoría corresponde a los estados III y IV (más del 65%), lo que está de acuerdo con la realidad nacional, pero me parece raro que el cáncer mínimo prácticamente no aparece, lo que indica que las campañas de mamografía sobre los 35 años, única manera en la actualidad de hacer el diagnóstico de este tipo de cáncer mínimo, no se están realizando.

4. Estoy de acuerdo con los autores en que para la formulación del diagnóstico histopatológico debe instaurarse un acuerdo entre los diferentes patólogos para poder hacer un

buen registro del cáncer y adoptar la clasificación de la UICC y de la OMS.

5. Como los estados III y IV constituyen alrededor del 70% de los casos, me llama la atención que únicamente el 27% de los pacientes tuvieran quimioterapia preoperatoria o de inducción, ya que soy un convencido de que en los llamados cánceres localmente avanzados (III y IV), esta modalidad de tratamiento ofrece las mejores perspectivas.

Considero que el trabajo reúne las condiciones de calidad para ser publicado en la Revista de la Sociedad Colombiana de Cirugía.

Atentamente,

Hernando Abaúnza O., MD., FACS.
Cirujano general



Feliz Navidad
y
Venturoso 1999

