

Caracterización del Cáncer de Mama en mujeres de la República Argentina

Grupo Colaborativo para el Estudio del Cáncer de Mama en la Argentina. PROYCAM 2014¹

Roberto P. Meiss,* Roberto Chuit,** Grupo Colaborativo para el Estudio del Cáncer de Mama en la Argentina¹

RESUMEN

Objetivo

Se realizó un estudio para conocer el patrón epidemiológico de presentación de casos nuevos de cáncer de mama en la Argentina.

Material y método

En un total de 1.732 casos con confirmación histológica, diagnosticados durante los años 2012 y 2014, se estudiaron los siguientes parámetros: a) demográficos; b) biológicos; c) clínicos; d) métodos de diagnóstico; y e) patológicos.

* Instituto de Estudios Oncológicos, Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires, Argentina.

** Instituto de Investigaciones Epidemiológicas, Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires, Argentina.

*** Grupo Colaborativo para el Estudio del Cáncer de Mama en la Argentina, Buenos Aires, Argentina.

**** Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO).

***** Sociedad Argentina de Mastología (SAM).

***** Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer (LALCEC).

Correo electrónico de contacto:
rmeiss@gmail.com

¹ Roberto P. Meiss,* Roberto Chuit,** Jorge E. Novelli,***,**** Eduardo Abalo****,***** Antonio Lorusso****,***** Francisco E. Gago, *** Néstor C. Garelo,*** Juan C. Staringer,*** René A. del Castillo, *** Paola Spuri,*** Susana Morales,*** Soledad del Castillo,*** Andrés del Castillo,*** Magaly Pereyra Cousiño, *** Alejandro J. Di Sibio,*** Raúl J. Schwam,*** Dalila Vidalle,*** Roberto J. Billingham,*** Carlos A. Schelotto,*** Samuel Seiref,*** Marta Rodríguez de Di Módica,*** María C. Robles,*** Fernando Martínez Corti,*** Francisco von Stecher,*** Jorge Sarrouf,*** José A. Gómez,*** Graciela J. Catalfamo,*** Ricardo M. A. Gile,*** Agustina Miller,*** Pedro Daguerre,*** Gabriela Jorge,*** Juan Mural,*** María C. Manfredi,*** David O. Sigalevich,*** Rafael Iñigo,*** Stella Maris Raya,*** Andrés Gómez Henson,*** Karina Pesce,*** Cinthia E. Velázquez Andretta,*** Guillermina P. Eidenson,*** Leticia Ramos,*** Pedro R. Crosa,*** Federico L. Bianchi,*** Marta Martínez,*** Mariela Kugler,*** Rubén Márquez Ruiz,*** Sandra P. Roda,*** Roberto O. Virginio,*** Romina Ciucci,*** Carlos H. Bittar García,*** Rodolfo A. Righetti,*** Alfredo O. Sajama,*** Claudia A. Vittori,*** Roberto Bernarda,*** Santiago N. Sánchez,*** Carlos F. Navarro,*** Susana M. Sosa,*** Nidia Real,*** Javier I. J. Orozco,*** Juan P. Begue,*** Luciano Mignin,*** Eugenio Villarroel,*** Marcelo Schnitman Giacinti,*** Katerine Torrez Monroy,*** Emiliano G. Peláez,*** Alejandra C. Tissieres,*** Orlando Á. Forestieri,*** Gustavo Wagner,*** Francisco N. Sosa,*** Gustavo Olivera,*** Julián Calza Serra,*** Poldy Riffel,*** Lorenzo Medici,*** Jorge A. Schiaffi,*** Alejandro F. Gutiérrez Zigarán,*** Martín A. Vélez,*** Federico Coló****

Resultados

Los principales resultados fueron: a) edad media de 59,9 años; 24,5% con estudios universitarios; 66,8% con conocimiento del “auto-examen mamario” con porcentajes menores de práctica relacionados con el bajo nivel de educación y el aumento de la edad ; b) menopausia presente en 74% de las pacientes; antecedente personal de cáncer de mama en un 10,2% y familiar en el 29%; c) 45,4% de los tumores entre 1-3 cm ; 1,9 % de formas bilaterales; d) los métodos de diagnóstico por imágenes mostraron una alta práctica (más del 90% de los casos) de la mamografía y la ecografía con una alta sensibilidad (84 y 90,2%, respectivamente); la práctica de punción con aguja gruesa se realizó en el 45,5% de los casos con 95,6% de positividad ; e) 86,6% de formas infiltrantes con predominio de los tipos histológicos ductales; perfil molecular con un 7% de triple positivo y 10% de triple negativo; pTNM Estadio 0 en el 5,6% de los casos, I en el 38,2%, II en el 36,3%, III en el 14,6% y 3,2% en el IV.

Conclusiones

En comparación con un estudio anterior (1983-1984) de similares características, no se observan diferencias significativas en el perfil de presentación del cáncer de mama en nuestro país.

Palabras clave

Cáncer de mama en mujeres. Epidemiología. Argentina.

SUMMARY

Objective

A study was conducted to know the epidemiological pattern of presentation of new cases of breast cancer (BC) in Argentina.

Materials and method

In a total of 1,732, histologically confirmed cases, diagnosed during the years 2012 and 2014, the following parameters were studied: a) demographic; b) biological; c) clinical; d) methods of diagnosis; and e) pathological.

Results

The main results were: a) mean age 59.9 years; 24.5% with university studies; 66.8% with knowledge of “breast self-examination” with lower percentages of practice related to the low level of education and increasing age; b) menopause present in 74% of patients; personal history of BC in 10.2% and family history of BC in 29%; c) 45.4% of tumors between 1-3 cm; 1.9% of bilateral forms; d) methods of imaging showed high practice (over 90% of cases) of mammography and ultra sound with high sensitivity (84% and 90.2%, respectively); the practice of needle biopsy was performed in 45.5% of cases with 95.6% of positivity; e) 86.6% of infiltrating forms with predominance of ductal types; molecular profile with a 7% of triple positive and 10% of triple negative; pTNM stage 0 in 5.6% of cases, I in 38.2%, II 36.3%, III 14.6% and 3.2% in the IV.

Conclusions

Compared with a previous study (1983-1984) of similar characteristics, no significant differences were observed in the profile of presentation of breast cancer in our country.

Key words

Female breast cancer. Epidemiology. Argentine.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad que, en sus diferentes presentaciones, se está convirtiendo en un problema para la salud pública global aunque no de manera uniforme; la mayor proporción de este incremento recae en países de bajos y medianos ingresos (Vineis *et al.*, 2014) que están en procesos de transición epidemiológica.

En la Argentina, el cáncer de mama muestra una tasa estimada de incidencia, ajustada por edad, de 71,2 x 100.000 (Globocan, IARC 2012). La tasa de mortalidad, ajustada es de 18,3 x 100.000 (Atlas INC 2013). Estas cifras hacen de la Argentina, junto con Uruguay, uno de los países con más altas tasas en Latinoamérica (Globocan, IARC 2012).

Los cambios en los patrones de comportamiento de las mujeres, en los últimos 30 años, con adopción de conductas consideradas como factores de riesgo para este tipo de cáncer, pueden haber incidido en la variación del patrón de presentación clínico-epidemiológico del cáncer de mama. Desde mediados de los años 80, se han producido importantes cambios

en el diagnóstico y en el tratamiento de esta patología. En los años 90, los países desarrollados comenzaron la implementación de programas poblacionales de cribado de cáncer de mama.

Como hipótesis consideramos que la ocurrencia de la enfermedad, estudiada por su extensión clínica, quirúrgica y anatomopatológica, permitirá evidenciar las diferencias, de existir, entre los perfiles de presentación de los cánceres en el pasado y en el presente.

OBJETIVOS

Generales: describir el perfil epidemiológico, clínico y anatomopatológico de las mujeres con cáncer de mama concurrentes a centros asistenciales, públicos y privados adheridos voluntariamente durante el período 2012-2014.

Específicos: a) determinar los estadios de presentación del cáncer de mama: b) determinar los estadios de presentación según grado de conocimiento y/o práctica de los métodos de tamizado y diagnóstico utilizado; y c) describir factores de riesgo para el cáncer de mama presentes en la población en estudio.

MÉTODO

Se realizó un *estudio colaborativo multicéntrico* coordinado por la Academia Nacional de Medicina, por intermedio de sus Institutos de Estudios Oncológicos y de Investigaciones Epidemiológicas y con la participación de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASOG), LA Sociedad Argentina de Mastología (SAM) y la Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer (LALCEC). Este estudio presentó las siguientes características metodológicas:

Tipo de diseño: *corte transversal, observacional cuantitativo.* Se establece una meta de 1.500 casos para analizar en el período fijado.

Población objeto: todos los casos de cáncer de mama, en mujeres, registrados y reportados por cada uno de los servicios, instituciones, profesionales, públicos y privados, que se adhirieron voluntariamente durante el período 2012-2014.

Criterio de inclusión: toda paciente que cumpla con la definición de “cáncer de mama” antedicha diagnosticado y/o tratado en los servicios públicos y privados adheridos.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos: los datos fueron recolectados en 2 formularios estructurados que se presentan en el sistema *on-line* <www.cancerdemama2012.org.ar>.

Consideraciones de información y reparos éticos. El proyecto contempla los principios contenidos en la Declaración de Helsinki, en la Ley Nacional 25.326 de Habeas Data de Protección de Datos Personales y en la Ley Nacional 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

Centros participantes. El Grupo Colaborativo se encuentra constituido a la fecha por el grupo coordinador y 72 profesionales que reportaron casos provenientes de un total de 81 centros asistenciales. La distribución por jurisdicciones y por instituciones, públicas y privadas (Tabla I) muestra un predominio de centros ubicados en tres jurisdicciones: Buenos Aires (24), CABA (12) y Mendoza (9), las cuales suman un 55,5% del total de centros por jurisdicciones. Los centros provenientes del sector privado constituyen el 60,8% (48/81) del total, con una distribución mayor en 4 jurisdicciones: Buenos Aires (14), CABA (9), Mendoza (5) y Entre Ríos (5). Los centros del sector público, 32,8% (31/81) del total, muestran un mayor número en la Provincia de Buenos Aires (10) y en la de Mendoza (4).

Tabla I. Distribución de profesionales y centros asistenciales según sector de salud y por jurisdicción. Argentina. Diciembre de 2014

Jurisdicción	Profesionales		Centros Sector Público		Centros Sector Privado		Total Centros	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Buenos Aires	19	26,4	10	32,8	14	29,1	24	29,6
CABA	12	16,6	3	9,8	9	16,6	12	14,8
Catamarca	1	1,3	-	-	1	2,0	1	1,2
Córdoba	5	6,9	3	9,8	1	2,0	4	4,9
Entre Ríos	6	8,3	1	3,2	5	10,4	6	7,4
La Pampa	1	1,3	-	-	1	2,0	1	1,2
La Rioja	1	1,3	-	-	1	2,0	1	1,2
Mendoza	8	11,1	4	12,9	5	10,4	9	11,1
Neuquén	2	2,7	1	3,2	1	2,0	2	2,4
Río Negro	2	2,7	1	3,2	1	2,0	2	2,4
Salta	3	4,1	1	3,2	2	4,0	3	3,7
San Juan	1	1,3	1	3,2	1	2,0	2	2,5
San Luis	1	1,3	-	-	1	2,0	1	1,2
Santa Fe	3	4,1	2	6,4	1	2,0	3	3,7
Santiago del Estero	2	2,7	2	6,4	2	4,0	4	4,9
Tierra del Fuego	1	1,3	-	-	1	2,0	1	1,2
Tucumán	4	5,5	2	6,4	3	6,0	5	6,1
Total	72	100	31	100	48	100	81	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

RESULTADOS

Finalizado el período para la recolección de casos establecido en los objetivos (del 2 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2014), se registraron 1.732 casos que cumplieron los criterios de inclusión.

Características sociodemográficas

En la Tabla II se muestra la distribución de los casos según la jurisdicción del centro que informa. Las jurisdicciones que mayor número de casos reportaron son: CABA con 500 casos (28,9%), Buenos Aires con 250 casos (14,4%), Córdoba con 214 casos (12,4%) y Mendoza con 213 casos (12,3%). Las provincias de Chaco, Formosa, Misiones, Corrientes, Jujuy, Chubut y Santa Cruz no están representadas en esta casuística.

Tabla II. Distribución de 1.732 casos de cáncer de mama según localización por jurisdicción de los centros asistenciales notificantes. Argentina. Diciembre de 2014

Jurisdicción	Por lugar de notificación	
	Nº	%
Buenos Aires	250	14,4
CABA	500	28,9
Catamarca	3	0,2
Córdoba	214	12,4
Entre Ríos	127	7,3
La Pampa	16	0,9
La Rioja	1	0,1
Mendoza	213	12,3
Neuquén	72	4,2
Río Negro	49	2,8
Salta	26	1,5
San Juan	10	0,6
San Luis	11	0,6
Santa Fe	57	3,3
Santiago del Estero	47	2,7
Tierra del Fuego	17	1,0
Tucumán	119	6,9
Total	1.732	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Tabla IV. Distribución de 1.732 casos de cáncer de mama según sector de cobertura de salud de las pacientes. Argentina. Diciembre de 2014

Sector	Nº	%
Obra Social	1.042	60,2
Prepaga	288	16,6
Mutual	40	2,3
Sin cobertura	305	17,6
S/D	57	3,3
Total	1.732	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Tabla III. Distribución de 1.732 casos de cáncer de mama según grupos de edad al momento del diagnóstico. Argentina. Diciembre de 2014

Grupo de edad (en años)	Nº	%	% acumulado
< 30 años	19	1,1%	1,1
30-34 años	37	2,1%	3,2
35-39 años	91	5,3%	8,5
40-44 años	147	8,5%	17,0
45-49 años	176	10,2%	27,1
50-54 años	213	12,3%	39,4
55-59 años	210	12,1%	51,6
60-64 años	212	12,2%	63,8
65-69 años	183	10,6%	74,4
70-74 años	155	8,9%	83,3
75-79 años	126	7,3%	90,6
80 y +	149	8,6%	99,2
S/D	14	0,8%	100,0
Total	1.732	100,0%	

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Tabla V. Distribución de 1.732 casos de cáncer de mama según nivel de escolaridad alcanzado por la paciente. Argentina. Diciembre de 2014

Escolaridad	Nº	%
Ninguna	16	0,9
Primaria Incompleta	153	8,8
Primaria Completa	298	17,2
Secundaria Incompleta	227	13,1
Secundaria Completa	355	20,0
Universitaria/ Terciaria Incompleta	130	7,5
Universitaria /Terciaria Completa	420	24,2
S/D	133	7,7
Total	1.732	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Edad

Según la distribución de los casos por grupos de edad en el momento del diagnóstico, se registra lo siguiente: la edad promedio es de 59 años, con una mediana de 59 (rango 23 y 92 años); el mayor porcentaje de casos se concentra en el grupo etario de los 50 a 54 años (12,3%); son poco frecuentes por debajo de los 30 años (1,1%); los casos se duplican, respecto de las menores de 30, en el grupo de 30-34 (3,2%) y mantienen su aumento en el de 35-39 (8,5%) y en el de 40 a 44 (17,0%). Hasta este último grupo de edad, prácticamente es constante el incremento de casos: más que se duplican de quinquenio en quinquenio; pero, con posterioridad, la tendencia se estabiliza (Tabla III).

Las variables de la edad son: media 59 años; mediana 59; moda 51; desviación estándar 14 años; rango desde un mínimo de 23 años hasta un máximo de 92.

Cobertura de salud

Predomina el subsector de obras sociales -60,2% (1.042)-, con una menor frecuencia de casos sin cobertura -17,6% (305)-. Los subsectores de mutuales y prepagas representan respectivamente el 2,3% (40) y el 17,6% (288) de los casos (Tabla IV).

Nivel educacional

En cuanto al nivel de escolaridad (Tabla V), se observa que un importante número de casos no ha llegado a completar sus estudios primarios (9,6%), y, si se suma a

Tabla VI. Distribución de 1.732 casos de cáncer de mama según año de realización del último control ginecológico (1995-2014). Argentina. Diciembre de 2014

Años del control	N°	%
1955 - 2005	104	6,0
2006 - 2010	293	16,9
2011 - 2014	1.083	62,5
S/D	252	14,5
Total	1.732	100,0

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Tabla VII. Distribución de 1.083 casos de cáncer de mama según realización de examen mamario en el último control ginecológico (2011-2014). Argentina. Diciembre de 2014

Examen mamario	N°	%
Sí	678	62,6
No	394	36,4
S/D	11	1,0
Total	1.083	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Tabla IX. Distribución de 1.732 casos de cáncer de mama según conocimiento de la técnica del autoexamen mamario. Argentina. Diciembre de 2014

Conoce	N°	%
Sí	161	67,0
No	444	25,6
S/D	127	7,3
Total	1.732	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

primarios completos (17,2%) y secundarios incompletos (13,1%), totalizan el 39,9%. El 24,2% de los casos tienen estudios terciarios o universitarios completos.

Antecedentes de salud

Controles gineco-mamarios

Del total de casos, el 62,5% (1.083) refiere haberse realizado control ginecológico durante los tres últimos años (Tabla VI); el 62,5% refiere que se le practicó examen mamario en el último control (Tabla VII). Si se relaciona la práctica regular de controles ginecológicos con el nivel educacional alcanzado, se observa (Tabla VIII) que la consulta para su realización se incrementa a medida que es mayor el nivel educacional, alcanzado un 31,5% en aquellos casos que tienen estudios terciarios/universitarios completos –en contraposición con el 22,3% en los casos que tienen el secundario completo y con el 16,1% en aquellos con primaria completa.

Tabla VIII. Distribución de 1.083 casos de cáncer de mama que realizan controles ginecológicos regularmente (2011-2014) por nivel de escolaridad alcanzado. Argentina. Diciembre de 2014

Escolaridad	N	%	% acumulado
Ninguna	8	0,7	0,7
Primaria Incompleta	78	7,2	7,9
Primaria Completa	174	16,1	24,0
Secundaria Incompleta	134	12,4	36,4
Secundaria Completa	242	22,3	58,7
Universitaria Terciaria Incompleta	92	8,5	67,2
Universitaria Terciaria Completa	341	31,5	98,7
S/D	14	1,3	100
Total	1.083	100	

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Conocimiento y práctica del autoexamen mamario

El 67,0% de los casos dice conocer la técnica del autoexamen mamario (Tabla IX). Si se analiza el conocimiento y práctica del autoexamen mamario en relación con la edad del caso, observamos que el desconocimiento y la no práctica del mismo aumentan a medida que se incrementa la edad, llegando al 59,2% entre las mujeres de más de 75 años y elevándose al 69,7% en las mayores de 80 años. En el grupo que dice conocer y no practicar la técnica del autoexamen hay una situación pareja entre los diferentes grupos, llamando la atención el grupo de mujeres menores de 30 años entre quienes el 26,3% la conoce y no la practica. Cuando se

Tabla X. Distribución por grupo de edad de 1.732 casos de cáncer de mama según conocimiento y práctica de la técnica del autoexamen mamario. Argentina. Diciembre de 2014

Grupo de edad	Conocimiento y práctica del autoexamen mamario									
	No conoce		Conoce y practica		Conoce y no practica		S/D		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
< 30	2	10,5	8	42,1	5	26,3	4	21,1	19	100
30-34	8	21,6	20	54,1	6	16,2	3	8,1	37	100
35-39	12	13,2	61	67,0	12	13,2	6	6,6	91	100
40-44	24	16,3	85	57,8	25	17,0	13	8,8	147	100
45-49	22	12,5	102	58,0	38	21,6	14	8,0	176	100
50-54	30	14,1	123	57,7	35	16,4	25	11,7	213	100
55-59	37	17,6	123	58,6	38	18,1	12	5,7	210	100
60-64	39	18,4	99	46,7	38	17,9	36	17,0	212	100
65-69	53	29,0	74	40,4	35	19,1	21	11,5	183	100
70-74	56	36,1	59	38,1	24	15,5	16	10,3	155	100
75-79	45	35,7	35	27,8	30	23,8	16	12,7	126	100
>80	80	53,7	35	23,5	24	16,1	10	6,7	149	100
S/D	3	21,4	3	21,4	6	42,9	2	14,3	14	100
Total	411	23,7	827	47,7	316	18,2	178	10,3	1.732	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Tabla XI. Distribución por nivel de educación alcanzado por la paciente de 1.732 casos de cáncer de mama según conocimiento y práctica de la técnica del autoexamen mamario. Argentina. Diciembre de 2014

Nivel educacional	No conoce		Conoce y practica		Conoce y no practica		S/D		Total	
Ninguno	7	43,8	6	37,5	1	6,3	2	12,5	16	100
Primaria Incompleta	82	53,6	54	35,3	11	7,2	6	3,9	153	100
Primaria Completa	102	34,2	143	48,0	36	12,1	17	5,7	298	100
Secundaria Incompleta	78	34,4	104	45,8	41	18,1	4	1,8	227	100
Secundaria Completa	71	20,0	177	49,9	74	20,8	33	9,3	355	100
Univ./3aria Incompleta	18	13,8	75	57,7	35	26,9	2	1,5	130	100
Univ./3aria Completa	47	11,2	250	59,5	114	27,1	9	2,1	420	100
S/D	6	4,5	18	13,5	4	3,0	105	78,9	133	100
Total	411	23,7	827	47,7	316	18,2	178	10,3	1.732	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

analiza al grupo que conoce y practica el autoexamen, se observa que entre las mujeres de 35 a 39 años lo practica el 67,0%, decreciendo este valor a medida que se incrementa la edad. (Tabla X)

Si se analiza el conocimiento y práctica del autoexamen mamario en relación con el nivel educacional alcanzado por la paciente (Tabla XI), se observa que el desconocimiento y la no práctica del mismo es mayor en las pacientes con menores niveles educacionales (40,8% en pacientes con o menos del nivel primario completo). Por el contrario, el conocimiento y la práctica del autoexamen se dan en un 59,5% en mujeres con estudios universitario o terciarios completos. Llama la atención el hecho de que entre las pacientes con estudios universitario o terciarios completos un 11,2% no conoce la técnica del autoexamen y de que un 27,1% la conoce pero no la practica.

Tabla XII. Distribución de 1.732 casos de cáncer de mama según edad de menarca de la paciente. Argentina. Diciembre de 2014

Menarca (en años)	N°	%
9 - 10 años	82	4,7
11 - 12 años	668	38,6
13 - 14 años	703	40,6
15 - 16 años	168	9,7
17 - 21 años	17	1,0
S/D	94	5,4
Total	1.732	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Tabla XIII. Distribución de 1.732 casos de cáncer de mama según uso de anticonceptivos hormonales. Argentina. Diciembre de 2014

Uso	N°	%
Sí	644	37,2
No	958	55,3
S/D	130	7,5
Total	1.732	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Tabla XIV. Distribución de 1.732 casos de cáncer de mama según hijos (nacidos vivos). Argentina. Diciembre de 2014

Hijos (nacidos vivos)	N°	%
Sí	1.387	80,9
No	345	19,1
Total	1.732	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Antecedentes personales

Historia reproductiva

Menarca

La edad de menarca en las pacientes muestra una media de 13 años, una mediana también de 13, un modo de 13, una desviación estándar de 2 y un rango entre un mínimo de 9 años y un máximo de 21. El grupo con mayor porcentaje –40,6% de casos– correspondió al de 13 y 14 años. (Tabla XII)

Uso de anticonceptivos hormonales

Un 37,2% (644) de las pacientes refirió haber utilizado anticonceptivos hormonales. (Tabla XIII)

Paridad

El 80,9% de las pacientes refiere haber tenido hijos nacidos vivos. (Tabla XIV)

La cantidad de 2 hijos es la más frecuente –con 494 casos (35,6%)–, seguida por el grupo de 3 hijos –con un 26,0%–. (Tabla XV)

La edad de la mujer al nacimiento del primer hijo muestra una media de 24 años, una mediana de 24, un modo de 25, un desvío estándar de 5 años y un rango entre un mínimo de 14 años y un máximo de 46. El grupo con mayor porcentaje corresponde al de 21 a 25 años. (34,6%). Un 11,6 % (161) de las mujeres fueron primíparas mayores de 30 años. (Tabla XVI)

Tabla XV. Distribución de 1.387 casos de cáncer de mama según número de hijos (nacidos vivos). Argentina. Diciembre de 2014

Cantidad de hijos	N°	%
1	239	17,2
2	494	35,6
3	361	26,0
4	166	12,0
5	60	4,3
6 o más	67	4,8
Total	1.387	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Tabla XVI. Distribución de 1.387 casos de cáncer de mama según edad de la madre al nacer el primer hijo. Argentina. Diciembre de 2014

Edad materna	N°	%
14 - 20 años	290	20,9
21 - 25 años	480	34,6
26 - 30 años	335	24,2
31 - 46 años	161	11,6
S/D	121	8,7
Total	1.387	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Tabla XVII. Distribución de 1.387 casos de cáncer de mama según tiempo de lactancia. Argentina. Diciembre de 2014

Tiempo de lactancia (en meses)	N°	%
Menos de 3	220	15,9
3 a 6	562	40,5
7 a 9	244	17,6
más de 9	293	21,1
S/D	68	4,9
Total	1.387	100,0

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Tabla XVIII. Distribución de 1.732 casos de cáncer de mama según antecedentes de embarazos interrumpidos. Argentina. Diciembre de 2014

Embarazos interrumpidos	N°	%
Sí	501	28,9
No	884	51,0
S/D	347	20,0
Total	1.732	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Tabla XIX. Distribución de 501 mujeres con cáncer de mama que informaron número de embarazos interrumpidos. Argentina. Diciembre de 2014

Embarazos interrumpidos	N°	%
1	281	56,1
2	143	28,5
3	39	7,8
4	17	3,4
5	7	1,4
6	4	0,8
8	1	0,2
S/D	9	1,8
Total	501	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Lactancia

En la Tabla XVII se presenta la distribución de 1.387 casos según el tiempo de lactancia.

Embarazos interrumpidos

En la Tabla XVIII se puede observar la distribución de los casos de cáncer de mama según el antecedente de embarazos interrumpidos. Informó interrupción del embarazo un total de 501 mujeres.

En la Tabla XIX se muestra la distribución de esas 501 mujeres que informaron haber interrumpido algún embarazo según el número de interrupciones informado.

Menstruación

El 72,3% de las pacientes no presentaban menstruación al momento del diagnóstico (Tabla XX). La edad de la menopausia presenta una mediana de 49 con un rango que va entre un mínimo de 21 y un máximo de 64 años.

Tabla XX. Distribución de 1.732 casos de cáncer de mama según presencia de menstruación al momento del diagnóstico. Argentina. Diciembre de 2014

Menstruación	N°	%
Sí	396	22,9%
No	1.252	72,3%
S/D	84	4,8%
Total	1.732	100,0%

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Terapia de reemplazo hormonal

En solo un 9,5% (165 casos) hay antecedente del uso de terapia de reemplazo hormonal (Tabla XXI), siendo su tiempo de uso, en la mayoría de los casos (69,1%), de entre 1 a 5 años (Tabla XXII).

Tabla XXI. Distribución de 1.732 casos de cáncer de mama según uso de terapia de reemplazo hormonal. Argentina. Diciembre de 2014.

Uso	N°	%
Sí	165	9,5
No	1446	83,5
S/D	121	7,0
Total	1.732	100,0%

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Tabla XXII. Distribución de 165 casos de cáncer de mama que informaron terapia de reemplazo hormonal según duración de la misma. Argentina. Diciembre de 2014

Tiempo de reemplazo (años)	N°	%
1 – 5	114	69,1%
6 – 10	26	15,8
11 – 15	8	4,8
S/D	17	10,3
Total	165	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Patología mamaria

En nuestro estudio, el porcentaje de diagnóstico de ciertas condiciones benignas (displasias o mastopatías) que podrían tener un riesgo ligeramente aumentado de desarrollar un cáncer fue del 13,1%. El porcentaje de otras condiciones –como las lesiones de hiperplasias atípicas y los carcinomas *in situ*– más estrechamente relacionadas con el desarrollo de un posterior cáncer invasor fue del 1,7%. En cuanto a antecedente de un cáncer previo en las pacientes fue del 9,8%. (Tabla XXIII)

Tabla XXIII. Distribución de 1.732 casos de cáncer de mama según antecedentes personales de patología mamaria. Argentina. Diciembre de 2014

Presencia	Antecedentes personales de patología mamaria									
	Ooforectomía		Displasia		H. Atípica		Ca. <i>in situ</i>		Ca. de Mama	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	103	5,9	227	13,1	7	0,4	29	1,7	170	9,8
No	1.532	88,5	1.406	81,2	1.610	93,0	1.588	91,7	1.459	84,2
S/D	97	5,6	99	5,7	115	6,6	115	6,6	103	5,9
Total	1.732	100	1.732	100	1.732	100	1.732	100	1.732	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Cáncer extramamario

El antecedente de cánceres no mamarios estuvo presente en 57 casos (3,3%), 56 con antecedente de un sola localización y una con dos (cuello uterino y colon y recto). El antecedente de un cáncer de cuello uterino es el más frecuente (29,8%), seguido por el de colon y recto. En localización “Otro” (47,4%) se engloban otros cánceres no especificados. (Tabla XXIV)

Tabla XXIV. Distribución de 57 casos de cáncer de mama con antecedentes personales de cánceres extra-mamarios por localización. Argentina. Diciembre de 2014

Localización	N°	%
Cuello Uterino	17	29,8
Colon y Recto	6	10,5
Pulmón	2	3,5
Ovario	1	1,8
Otro	27	47,4
S/D	4	7,0
Total	57	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Índice de masa corporal

En la Tabla XXV se presenta la distribución de los casos de cáncer de mama según Índice de Masa Corporal (IMC).

Tabla XXV. Distribución de 1.732 casos de cáncer de mama según Índice de Masa Corporal (IMC). Argentina. Diciembre de 2014

Índice de Masa Corporal (IMC)	N°	%
Menos de 25	555	32,0
25 a 30	686	39,6
31 y más	313	18,1
S/D	178	10,3
Total	1.732	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires

Antecedentes familiares

De cáncer mamario

Se observa que 483 (27,9%) de los casos tiene antecedentes familiares de cáncer de mama. (Tabla XXVI)

El antecedente predominante es tía y prima –207 casos (39,0%)–, seguido por madre –con 193 casos (36,3%)– y hermana –con 124 casos (23,4%)–. En 48 casos (9,01%) se asocia este antecedente familiar a más de uno de los miembros. (Tabla XXVII)

Tabla XXVI. Distribución de 1.732 casos de cáncer de mama según antecedentes familiares de cáncer mamario. Argentina. Diciembre de 2014

Antecedente	Cáncer mamario	
	Nº	%
Sí	483	27,9
No	1.162	67,1
S/D	87	5,0
Total	1.732	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Tabla XXVII. Distribución de 531 casos de cáncer de mama con antecedentes familiares de cáncer mamario según grado de parentesco. Argentina. Diciembre de 2014

Parentesco	Nº	%
Madre	193	36,3
Hermana	124	23,4
Tía/Prima	207	39,0
Hija	1	0,2
Otro	6	1,1
Total	531	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Tabla XXVIII. Distribución de 1.732 casos de cáncer de mama según antecedentes familiares de cáncer extra-mamario. Argentina. Diciembre de 2014

Antecedente familiar de cáncer extra-mamario	Antecedente familiar de cáncer extra-mamario	
	Nº	%
Sí	411	23,7
No	1213	70,0
S/D	108	6,3
Total	1.732	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

De cáncer extra-mamario

En la Tabla XXVIII se observa que 411 (23,7%) de los casos tiene antecedentes familiares de cáncer extra-mamario. En orden de frecuencia, hubo 80 (17,8%) casos de cáncer de pulmón, 79 (17,6%) casos de cáncer de colon y recto y 65 casos (14,4%) de cáncer de próstata.

El antecedente predomina en padre/madre, con 253 casos (57,9%), y en 26 casos (6,3%) se asocia este antecedente familiar a más de uno de los miembros.

Enfermedad actual

Tiempos entre síntomas, consulta, diagnóstico y tratamiento

Los tiempos promedios que median entre el primer síntoma y el inicio del tratamiento se observan en la Tabla XXIX.

Entre el primer síntoma y la primera consulta, el tiempo promedio fue de 152 días, con 836 (48,3%) casos que consultan antes de los 30 días. Entre la consulta y el diagnóstico, el promedio fue de 91 días; 606 (35,0%) de los casos tienen su diagnóstico antes de los 30 días. El tiempo promedio

Tabla XXIX. Distribución de 1.732 casos de cáncer de mama según tiempos transcurridos entre primer síntoma, primera consulta, diagnóstico y tratamiento. Argentina. Diciembre de 2014

Días transcurridos	Días entre 1er síntoma y 1ra Consulta		Días entre 1ra consulta y Diagnóstico		Días entre Diagnóstico y Tratamiento	
	N	%	N	%	N	%
< 30 días	836	48,3	606	35,0	757	43,7
30 a 60 días	312	18,0	525	30,3	425	24,5
61 a 120 días	181	10,5	263	15,2	286	16,5
121 a 180 días	47	2,7	80	4,6	43	2,5
181 a 360 días	78	4,5	50	2,9	42	2,4
> 360 días	85	4,9	35	2,0	21	1,2
S/D	193	11,1	173	10,0	158	9,1
Total	1.732	100	1.732	100	1.732	100
Promedio	152 días		91 días		83 días	

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Tabla XXX. Distribución de los casos de cáncer de mama según mama afectada y ubicación. Argentina. Diciembre de 2014

Ubicación	Mama Derecha		Mama Izquierda	
	Nº	%	Nº	%
CSE	444	54,1	431	49,8
CSI	78	9,5	116	13,4
CIE	76	9,3	80	9,2
CII	42	5,1	55	6,4
Subareolar	81	9,9	84	9,7
Combinados	99	12,1	100	11,5
Total	820	100	866	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Tabla XXXI. Distribución de 1.732 casos de cáncer de mama según tamaño del tumor. Argentina. Diciembre de 2014

Tamaño	Nº	%
< 0,5	71	4,1
0,6 a 0,9	61	3,5
1,0 a 1,9	400	23,1
2,0 a 2,9	351	20,3
3,0 a 3,9	208	12,0
4,0 a 4,9	145	8,4
> 5,0	231	13,3
S/D	265	15,3
Total	1.732	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

posterior al diagnóstico hasta el inicio del tratamiento fue de 83 días, con 757 (43,7%) de los casos ya en tratamiento ante de los 30 días. En cuanto al tiempo entre el primer síntoma y la consulta, llama la atención que existan 210 (12,1%) casos que demoran más de 120 días en llegar a su diagnóstico, y que haya 392 (22,6%) casos que, realizado su diagnóstico, demoren más de 60 días en iniciar el tratamiento.

Características del tumor

Ubicación

La ubicación de los tumores de mama muestra un ligero predominio en la mama derecha y –en ambas– en el cuadrante súpero-externo. Del total de casos, 53 pacientes (3,1%) reportan localización en ambas mamas (formas bilaterales). (Tabla XXX)

Tamaño

Al analizar el tamaño (Tabla XXXI), un total de 751 (43,4%) casos mide entre 1 y 3 cm, y se diagnosticaron 132 (7,6%) tumores menores de 1 cm. Cabe mencionar que existen 231 (13,3%) tumores de 5 o más cm al momento del diagnóstico. Las variables del tamaño muestran una media de 2,79 cm, una mediana de 2,00 cm, un desvío *standard* de 2,03 cm con un rango que va desde un mínimo de 0,01 a un máximo de 15,00 cm.

Compromiso ganglionar

En 1.159 casos del total (69,9%) no se diagnosticó compromiso ganglionar. (Tabla XXXII)

El 26,5% de los casos que sí presentaron compromiso ganglionar correspondió, en su mayoría (92,4%), a afección de los ganglios axilares. (Tabla XXXIII)

Metástasis sistémicas

El 2,5% de los casos presentaron metástasis sistémicas al momento del diagnóstico clínico. La distribución de las metástasis se corres-

Tabla XXXII. Distribución de 1.732 casos de cáncer de mama según compromiso ganglionar. Argentina. Diciembre de 2014

Compromiso ganglionar		
	N°	%
Sí	466	26,9%
No	1159	66,9%
S/D	107	6,2%
Total	1.732	100,0%

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Tabla XXXIII. Distribución de 466 casos de cáncer de mama con metástasis ganglionar según localización del grupo ganglionar. Argentina. Diciembre de 2014

Localización metástasis ganglionar		
	N°	%
Axilar	436	92,4
Infraclavicular	5	1,1
Mamaria Interna	2	0,4
S/D	29	6,1
Total	472*	100

* En algunos casos se reportan varias localizaciones, por lo que el total es mayor que 466.

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

pondió con los órganos más afectados en forma habitual por este tipo de cáncer, predominando (34,0%) las metástasis en hueso, seguidas por 28% en pulmón, 22% en hígado y 16% en otros órganos.

Diagnóstico

Examen clínico

El examen clínico fue practicado en el 90,5% de los casos, resultando positivo en 1.244 casos, lo que da una sensibilidad del 79,3%. (Tabla XXXIV)

Tabla XXXIV. Distribución de 1.732 casos de cáncer de mama según resultados del examen clínico. Argentina. Diciembre de 2014

Examen clínico		N°	% Practicó	% Total
Se practicó (Resultado)	Positivo	1.244	79,3	71,8
	Negativo	324	20,7	18,7
	S/D	0	0,0	0,0
	Subtotal	1.568	100	90,5
No se practicó		12	-	0,7
S/D		152	-	8,8
Total		1.732	-	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Imaginología

La distribución de los diferentes métodos de diagnóstico por imágenes realizados muestra que: la mamografía se llevó a cabo en 1.630 (94,1%) casos; la ultrasonografía se efectuó en 1.445 (83,4%); y se realizó RNM en 104 (6,0%) casos. (Tabla XXXV)

En los casos en que se hizo, la ultrasonografía resultó la técnica más sensible, con un 89,3 (1.214) de positividad, seguida por la RNM, con un 87,4% (91 casos). (Tabla XXXVI)

La distribución de los casos según el diagnóstico mamográfico por categorías BI-RADS (Tabla XXXVII) mostró que un 75,6% se encuentra en BI-RADS 4 y 5 en la mamografía inicial. En un 7,8%, el diagnóstico correspondió a categorías entre negativo o hallazgo probablemente benigno (BI-RADS 1 a 3). En un 14,8% de los casos, el diagnóstico correspondió a casos donde se recomienda continuar el estudio (BI-RADS 0).

Métodos directos

La realización de los diferentes métodos empleados para la obtención de material para un diagnóstico cito-histológico del cáncer se muestra en

Tabla XXXV. Distribución de 1.732 casos de cáncer de mama según realización de los diferentes métodos diagnósticos por imágenes. Argentina. Diciembre de 2014

Realización	Mamografía		Ultrasonografía		RNM	
	N	%	N	%	N	%
Se practicó	1.630	94,1%	1.445	83,4%	104	6,0%
No se practicó	91	5,3%	144	8,3%	1.416	81,8%
S/D	11	0,6%	143	8,3%	212	12,2%
Total	1.732	100,0%	1.732	100,0%	1.732	100,0%

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires

Tabla XXXVI. Distribución de los casos de cáncer de mama según el resultado de los métodos por imágenes en los casos realizados. Argentina. Diciembre de 2014

Método/ Resultado	Ultrasonografía		RNM	
	Nº	%	Nº	%
Positivo	1.291	89,3	91	87,5
Negativo	154	10,7	13	12,5
S/D	0	0,0	0	0,0
Total	1.445	100	104	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Tabla XXXVII. Distribución de 1.630 casos de cáncer de mama en los que se realizó mamografía según categorías BI-RADS. Argentina. Diciembre de 2014

Categorías BI-RADS	Nº	%
0	242	14,8
1	12	0,7
2	51	3,1
3	66	4,0
4	737	45,2
5	495	30,4
S/D	27	1,7
Total	1.630	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.

Tabla XXXVIII. Distribución de 1.732 casos de cáncer de mama según método de diagnóstico directo practicado. Argentina. Diciembre de 2014

Práctica	Punción aspiración aguja fina		Punción aguja gruesa		Biopsia incisional	
	N	%	N	%	N	%
Se practicó	212	12,2	739	42,7	407	23,5
No se practicó	1.333	77,0	837	48,3	1.119	64,6
S/D	187	10,8	156	9,0	206	11,9
Total	1.732	100	1.732	100	1.732	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

la Tabla XXXVIII donde se aprecia que la Punción con Aguja Gruesa (PAG) es el más empleado (42,7%), seguido por biopsia incisional (23,5%) y punción por aspiración de aguja fina (12,2%).

La sensibilidad de los distintos métodos directos alcanza el 96,6% de positividad en la biopsia incisional y el 95,7 en la punción con aguja gruesa. (Tabla XXXIX)

Clasificación CTNM: estadio al momento del diagnóstico

Los componentes de la estadificación TNM al momento del diagnóstico se muestran en la Tabla XL. Predominan el T1 (37,6%), el No (65,0%) y el Mo (79,6%).

La estadificación de los casos estudiados (Tabla XLI) muestra un 9,4% de Estadios 0. Predominan los Estadios I y II (70,9 %), seguidos de los Estadios III (11,5%). Un 2,4% de los casos presentó un Estadio IV al momento del diagnóstico.

Tabla XXXIX. Distribución de los casos de cáncer de mama según el resultado de los métodos directos en los casos realizados. Argentina. Diciembre de 2014

Método / Resultado	Punción Aspiración Aguja Fina		Punción Aguja Guesa		Biopsia Incisional	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Positivo	180	84,9	707	95,7	393	96,6
Negativo	32	15,1	32	4,3	9	2,2
S/D	0	0,0	0	0,0	5	1,2
Total	212	100	739	100	407	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Tabla XL. Distribución de 1.732 casos de cáncer de mama según clasificación TNM al momento del diagnóstico. Argentina. Diciembre de 2014

Tumor	Nº	%
TX	27	1,6
T0	61	3,5
Tis	97	5,6
T1	652	37,6
T2	558	32,2
T3	153	8,8
T4	70	4,0
S/D	114	6,6
Total	1.732	100
Node	Nº	%
NX	35	2,0
N0	1125	65,0
N1	348	20,1
N2	78	4,5
N3	19	1,1
S/D	127	7,3
Total	1.732	100
Metástasis	Nº	%
MX	167	9,6
M0	1379	79,6
M1	45	2,6
S/D	141	8,1
Total	1.732	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Tabla XLI. Distribución de 1.732 casos de cáncer de mama según estadio clínico de presentación. Argentina. Diciembre de 2014

Estadio (cTNM)	Nº	%
0	162	9,4
I	598	34,5
IIA	452	26,1
IIB	179	10,3
IIIA	131	7,6
IIIB	58	3,3
IIIC	11	0,6
IV	41	2,4
S/D	100	5,8
Total	1.732	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Datos anatómo-patológicos

Histología

En los tipos histológicos, donde existen casos con más de un diagnóstico histopatológico –lo que suma un total de 1.882 diagnósticos–, hay predominio de la formas infiltrantes (80,8%) (Tabla XLII). En ambas formas, no infiltrantes e infiltrantes, predominan los carcinomas de origen ductal, con un 97% y 87% respectivamente.

Tabla XLII. Distribución de 1.732 casos de cáncer de mama según infiltración y tipo histológico. Argentina. Diciembre de 2014

Infiltración	Tipo histológico	Nº	% Infiltración	% Total
No infiltrante	Lobular*	6	2,9	-----
	Ductal	201	97,1	-----
	Subtotal	207	100	10,9
Infiltrante	Lobular	198	13,0	-----
	Ductal	1.323	87,0	-----
	Subtotal	1.521	100	80,8
S/D	----	154	-----	8
Total	----	1.882	-----	100

*Incluye lesiones agrupadas bajo denominación "neoplasia lobular".

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Tabla XLIII. Distribución de 1.142 carcinomas ductales infiltrantes según subtipos histológicos. Argentina. Diciembre de 2014

Subtipo histológico	Nº	%
USUAL NOS	752	55,6
Tubular	28	2,1
Cribiforme	43	3,2
Mucinoso Puro	38	2,8
Papilar	56	4,1
Medular	19	1,4
Ca. ductal infiltrante con hallazgos medulares	9	0,7
Metaplásico	6	0,4
Otro	2	0,1
S/D	399	29,5%
Total	1.352	100,0%

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Tabla XLIV. Distribución de 193 carcinomas lobulillares infiltrantes según subtipos histológicos. Argentina. Diciembre de 2014

Subtipo histológico	Nº	%
Clásico	100	51,8 %
Variantes	30	15,5 %
S/D	63	32,7 %
Total	193	100%

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Tabla XLV. Distribución de 1.544 casos de cáncer de mama según grado histológico. Argentina. Diciembre de 2014

Grado histológico	Nº	%
I	243	14,0
II	750	43,3
III	499	28,8
S/D	240	13,9
Total	1.732	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

El diagnóstico de las variantes del carcinoma ductal (Tabla XLIII) muestra que el subtipo NOS, aislado o en combinación con otros, es el más frecuente (55,6%).

En los carcinomas lobulillares infiltrantes (Tabla XLIV) las variantes clásicas son las más frecuentes (51,8).

De los Grados Histológicos, predomina el II con un 54,4%. (Tabla XLV)

Estudio molecular

Los estudios inmunohistoquímicos para receptores hormonales mostraron un porcentaje superior al 86% de realización para ambas hormonas. El estudio del receptor para HER2/NEU se realizó en un 82,4% de los casos; el marcador de proliferación Ki67 se llevó a cabo en el 47,6% y las citoqueratinas CK5-6 en el 1,9% de los casos (Tabla XLVI). En la Tabla XLVII se presenta la positividad de cada método.

En el estudio de los perfiles moleculares, en base a los estudios inmunohistoquímicos, tenemos un predominio del perfil RE+ RP+ HER2/NEU- (69,5%); la variante triple negativo correspondió al 10,0% de los casos y la variante triple positivo al 7,5%. (Tabla XLVIII)

Tabla XLVI. Distribución de 1.732 casos de cáncer de mama según realización del estudio molecular. Argentina. Diciembre de 2014

Realización	Receptores estrógeno		Receptores progesterona		HER2/NEU		KI67		CK5-6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Se realizó	1.498	86,5	1.495	86,3	1.427	82,4	824	47,6	33	1,9
No se realizó	49	2,8	52	3,0	116	6,7	594	34,3	1258	72,6
S/D	185	10,7	185	10,7	189	10,9	314	18,1	441	25,5
Total	1.732	100	1.732	100	1.732	100	1.732	100	1.732	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Tabla XLVII. Distribución de casos de cáncer de mama según resultados del estudio molecular por IHC en los casos realizados. Argentina. Diciembre de 2014

Resultado	Receptores estrógeno		Receptores progesterona		HER2-NEU		KI67		CK5-6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positivo	1.245	83,1	1.162	77,7	212	14,9	469	56,9	18	54,5
Negativo	253	16,9	332	22,2	1214	85,1	355	43,1	15	45,5
S/D	0	0,0	1	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0
Total	1.498	100	1.495	100	1.427	100	824	100	33	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Tabla XLVIII. Distribución de 1.451 casos de cáncer de mama según perfil molecular (IHC). Argentina. Diciembre de 2014

Perfil molecular	N°	%
RE (+) RP (+) HER2 NEU (-)	983	69,5%
RE (-) RP (-) HER2 NEU (-)	141	10,0%
RE (+) RP (+) HER2 NEU (+)	106	7,5%
RE (-) RP (-) HER2 NEU (+)	84	5,9%
Otro	101	7,1%
Total	1.415	100,0%

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Estudio ganglionar

El estudio del ganglio centinela se realizó en el 61,0 % de los casos (Tabla XLIX) siendo la técnica más utilizada la de azul de metileno: un 58,0% (Tabla L)

Tabla XLIX. Distribución de 1.732 casos de cáncer de mama según realización del estudio del ganglio centinela. Argentina. Diciembre de 2014

Realización del estudio del ganglio centinela	Realización del estudio del ganglio centinela	
	N°	%
Sí	1.057	61,0
No	446	25,8
S/D	229	13,2
Total	1.732	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Tabla L. Distribución de 1.057 casos de cáncer de mama según técnica de estudio del ganglio centinela. Argentina. Diciembre de 2014

Técnica empleada para el estudio del ganglio centinela	Técnica empleada para el estudio del ganglio centinela	
	N°	%
Azul	613	58,0
Tecnecio	114	10,8
Ambos	264	25,0
S/D	66	6,2
Total	1.057	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

La presencia de metástasis y el número de ganglios comprometidos se observan en las Tablas LI y LII.

Tabla LI. Distribución de 1.732 casos de cáncer de mama según presencia de metástasis ganglionar. Argentina. Diciembre de 2014

Metástasis ganglionar		
	Nº	%
Sí	537	31,0%
No	1.001	57,8%
S/D	194	11,2%
Total	1.732	100,0%

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Tabla LII. Distribución de 537 casos de cáncer de mama según número de ganglios con metástasis. Argentina. Diciembre de 2014

Nº ganglios	Nº	%
Menor de 4 ganglios	302	56,2
Mayor o igual a 4 ganglios	221	41,2
S/D	14	2,6
Total	537	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Tabla LIII. Distribución de 1.732 casos de cáncer de mama según clasificación TNM patológico (pTNM). Argentina. Diciembre de 2014

Tumor	Nº	%
TX	8	0,5
T0	12	0,7
Tis	102	5,9
T1	732	42,3
T2	521	30,1
T3	128	7,4
T4	69	4,0
S/D	160	9,2
Total	1.732	100
Node	Nº	%
NX	33	1,9
N0	975	56,3
N1	373	21,5
N2	132	7,6
N3	46	2,7
S/D	173	10,0
Total	1.732	100
Metástasis	Nº	%
MX	114	6,6
M0	1377	79,5
M1	54	3,1
S/D	187	10,8
Total	1.732	100

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires

Clasificación pTNM

Los componentes de la estadificación TNM patológica se muestran en la Tabla LIII. Predominan el T1 (42,3%), el N0 (56,3%) y el M0 (79,5%).

Los estadios pTNM se muestran en la Tabla LIV. La distribución muestra un 7,9% de casos Estadio 0 y, en el otro extremo, un 2,9 % de Estadio IV siendo el Estadio I el más frecuente, con un 34,8% de los casos. Si se consideran aquellos estadios englobados en el término “estadios tempranos de presentación” (“early stage cancer”) –aquellos limitados a la mama y hasta los ganglios regionales (I, IIA, IIB y IIIA)–, el 77,2% de los cánceres corresponden a esa categoría.

Tabla LIV. Distribución de 1.732 casos de cáncer de mama según estadio pTNM. Argentina. Diciembre de 2014

Estadio pTNM	Nº	%	% acumulado
0	124	7,2	7,2
I	603	34,8	42,0
IIA	386	22,3	64,3
IIB	204	11,8	76,1
IIIA	144	8,3	84,4
IIIB	61	3,5	87,9
IIIC	35	2,0	89,9
IV	51	2,9	92,8
S/D	124	7,2	100
Total	1.732	100	

Fuente: IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

CONCLUSIONES

El presente proyecto se desarrolló entre el 2 de enero del año 2012 y el 31 de diciembre del año 2014 registrando 1.732 nuevos casos (incidentes) que cumplieron con los criterios de inclusión.

Considerando un estudio similar realizado en los años 1983-84^{66,67} en el entonces Centro de Investigaciones Epidemiológicas, de la Academia Nacional de Medicina, se observa que en la presente serie hay un incremento del diagnóstico de lesiones no infiltrantes, a predominio de las formas ductales: 2,5% (1983-84) *versus* 12,0% (2012-14). Aun considerando las diferencias con las categorías de estadificación de hace 30 años (lo que no permite una comparación estricta entre las dos series), no hay una tendencia, en la actual, hacia la presentación en estadios más precoces: 88,6% (1983-84) *versus* 87,9% (2012-14). En cuanto a familiares con cáncer, en el primero se obtuvo el 20,9% y en este el 27,9% ; los cánceres bilaterales aumentaron: 1,9 % (1983-84) *versus* 3,0% (2012-14) Al analizar el autoexamen mamario y su práctica, en el estudio precedente el 52,6% desconocía la técnica, el 47% la conocía y solo el 22% lo practicaba; en la actualidad, solo el 23,7% lo desconoce, el 18,2% conoce y no practica y el 47% lo conoce y lo practica. En cuanto a los diagnósticos, en el primer estudio al 95,5% se le realizó examen clínico, con un 96,9% de diagnósticos positivos; en el actual, esos valores fueron 90,5% y 79,3%. En 1983-84, al 82,4% se le realizó mamografía, con una sensibilidad del 92,2%.; en 2012-14 la mamografía fue realizada en el 94,1% de los casos y mostró una sensibilidad del 75,7%.

La descripción del perfil clínico-epidemiológico actual del cáncer de mama y la comparación con estudios previos de similares características realizados en nuestro país permitirán evaluar cambios en el perfil clínico-epidemiológico de presentación y valorar, indirectamente, los posibles efectos en el diagnóstico precoz del cáncer de mama debido a la aplicación de los diferentes y más actuales métodos diagnósticos y de la difusión e implementación de las políticas de prevención a lo largo de las últimas décadas.

Agradecimientos:

Al Dr. Ariel Gualteri, al Lic. Marcelo Guruceaga, a María Elena Sahores, a Elida Salvatierra, a Natalia Goncalves, por su permanente apoyo en el desarrollo del presente proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer, 2013. Available from: <<http://globocan.iarc.fr>, accessed on 13/11/2015>.
2. Bhikoo R, Srinivasa S, Yu TC, Moss D, Hill AG. Systematic review of breast cancer biology in developing countries (part 1): Africa, the Middle East, Eastern Europe, Mexico, the Caribbean and South America. *Cancers* (Basel) 2011; 3 (2): 2358-81.
3. Forouzanfar MH, Foreman KJ, Delossantos AM, Lozano R, Lopez AD, Murray CJ *et al*. Breast and cervical cancer in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. *Lancet* 2011; 378: 1461-1484.
4. World Bank. World Development Indicators 2013, DC, 2013. Available from: <<http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators/wdi-2013.04/2014>>. [Consulted april 2014].
5. Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A (editors). AJCC cancer staging manual. 7th ed. New York: Springer, 2009, p. 419-60.
6. Lakhani S, Ellis I, Schnitt S *et al*. WHO Classification of Tumours of the Breast. 4th. Lyon: IARC Press, 2012.
7. INDEC. Censo Nacional de Población, Familias y Viviendas 1970. Censo Nacional de Población y Viviendas 1980 y 1991. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010. Argentina.
8. Mandelblatt JS, Cronin KA, Bailey S, Berry DA, de Koning HJ, Draisma G *et al*. Effects of mammography screening under different screening schedules: model estimates of potential benefits and harms. *Ann Intern Med* 2009; 151 (10): 738-47.
9. Oeffinger KC, Fontham ET, Etzioni R, Herzig A, Michaelson JS, Shih YC *et al*. American Cancer Society. Breast Cancer Screening for Women at Average Risk: 2015 Guideline Update from the American Cancer Society. *JAMA* 2015; 314 (15): 1599-614.
10. Villarreal-Garza C, Aguila C, Magallanes-Hoyos MC, Mohar A, Bargalló E, Meneses A *et al*. Breast cancer in young women in Latin America: an unmet, growing burden. *Oncologist* 2013; 18 Suppl: 26-34.
11. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin* 2015; 65 (2): 87-108.
12. MacKinnon JA, Duncan RC, Huang Y. Detecting an association between socioeconomic status and late stage breast cancer using spatial analysis and area-based measures. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2007; 16: 756-762.
13. Klassen AC, Smith KC. The enduring and evolving relationship between social class and breast cancer burden: a review of the literature. *Cancer Epidemiol* 2011; 35 (3): 217-34.
14. Albrektsen G, Heuch I, Thoresen S, Kvåle G. Clinical stage of breast cancer by parity, age at birth, and time since birth: a progressive effect of pregnancy hormones? *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006; 15 (1): 65-9.
15. Parent AS, Teilmann G, Juul A, Skakkebaek NE, Toppari J, Bourguignon JP. The timing of normal puberty and the age limits of sexual precocity: variations around the world, secular trends, and changes after migration. *Endocr Rev* 2003; 24 (5): 668-93.
16. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Menarche, menopause, and breast cancer risk: individual participant meta-analysis, including 118 964 women with breast cancer from 117 epidemiological studies. *Lancet Oncol* 2012; 13: 1141-51.
17. 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* 2000; 152 (10): 950-64.
18. Ghiasvand R, Adami HO, Harirchi I, Akrami R, Zendehdel K. Higher incidence of premenopausal breast cancer in less developed countries; myth or truth? *BMC Cancer*. 2014; 14: 343.
19. Hou N, Hong S, Wang W, Olopade OI, Dignam JJ, Huo D. Hormone replacement therapy and breast cancer: heterogeneous risks by race, weight, and breast density. *J Natl Cancer Inst* 2013; 105 (18): 1365-72.
20. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML *et al*. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288 (3): 321-33.

21. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet* 2002; 360 (9328): 187-95.
22. Reigstad MM, Larsen IK, Myklebust TÅ, Røsbahm TE, Oldereid NB, Omland AK *et al.* Risk of breast cancer following fertility treatment—a registry based cohort study of parous women in Norway. *Int J Cancer* 2015; 136 (5): 1140-8.
23. Kobayashi S, Sugiura H, Ando Y, Shiraki N, Yanagi T, Yamashita H *et al.* Reproductive history and breast cancer risk. *Breast Cancer* 2012; 19 (4): 302-8.
24. Work ME, John EM, Andrulis IL, Knight JA, Liao Y, Mulligan AM, Southey MC *et al.* Reproductive risk factors and oestrogen/progesterone receptor-negative breast cancer in the Breast Cancer Family Registry. *Br J Cancer* 2014; 110 (5): 1367-77.
25. Rosenberg L, Zhang Y, Coogan PF, Strom BL, Palmer JR. A case-control study of oral contraceptive use and incident breast cancer. *Am J Epidemiol* 2009; 169 (4): 473-9.
26. Brind J, Chinchilli VM, Severs WB, Summy-Long J. Induced abortion as an independent risk factor for breast cancer: a comprehensive review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50 (5): 481-96.
27. Beral V, Bull D, Doll R, Peto R, Reeves G; Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and abortion: collaborative reanalysis of data from 53 epidemiological studies, including 83000 women with breast cancer from 16 countries. *Lancet* 2004 Mar 27; 363 (9414): 1007-16.
28. Lee H, Li JY, Fan JH, Li J, Huang R, Zhang BN *et al.* Risk factors for breast cancer among Chinese women: a 10-year nationwide multicenter cross-sectional study. *J Epidemiol* 2014; 24 (1): 67-76.
29. Butt S, Borgquist S, Anagnostaki L, Landberg G, Manjer J. Breastfeeding in relation to risk of different breast cancer characteristics. *BMC Res Notes* 2014; 7: 216.
30. Haroon S, Das JK, Salam RA, Imdad A, Bhutta ZA. Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. *BMC Public Health* 2013; 13 Suppl 3: S20.
31. Gaudet MM, Carter BD, Patel AV, Teras LR, Jacobs EJ, Gapstur SM. Waist circumference, body mass index, and postmenopausal breast cancer incidence in the Cancer Prevention Study-II Nutrition Cohort. *Cancer Causes Control* 2014; 25 (6): 737-45.
32. Dyrstad SW, Yan Y, Fowler AM, Colditz GA. Breast cancer risk associated with benign breast disease: systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat* 2015; 149 (3): 569-75.
33. Hartmann LC, Degnim AC, Santen RJ, Dupont WD, Ghosh K. Atypical hyperplasia of the breast—risk assessment and management options. *N Engl J Med* 2015; 372 (1): 78-89.
34. To T, Wall C, Baines CJ, Miller AB. Is carcinoma in situ a precursor lesion of invasive breast cancer? *Int J Cancer* 2014; 135 (7): 1646-52.
35. Houssami N, Abraham LA, Kerlikowske K, Buist DS, Irwig L, Lee J, Miglioretti DL. Risk factors for second screen-detected or interval breast cancers in women with a personal history of breast cancer participating in mammography screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2013; 22 (5): 946-61.
36. Verkooijen HM, Chappuis PO, Rapiti E, Vlastos G, Fioretta G, Sarp S *et al.* Impact of familial risk factors on management and survival of early-onset breast cancer: a population-based study. *Br J Cancer* 2006; 94 (2): 231-8.
37. Martin LJ, Melnichouk O, Guo H, Chiarelli AM, Hislop TG, Yaffe MJ *et al.* Family history, mammographic density, and risk of breast cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010; 19: 456-463.
38. Turati F, Edefonti V, Bosetti C, Ferraroni M, Malvezzi M, Franceschi S *et al.* Family history of cancer and the risk of cancer: a network of case-control studies. *Ann Oncol* 2013; 24 (10): 2651-6.
39. Rummel S, Hueman MT, Costantino N, Shriver CD, Ellsworth RE. Tumour location within the breast: Does tumour site have prognostic ability? *Ecancermedicalscience* 2015; 9: 552.
40. Kelmendi de Ustarán J, Meiss RP. Primary synchronous bilateral breast cancer: epidemiological approach. *Breast Cancer Res Treat* 1988; 12 (3): 311-4.
41. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Garshell J, Miller D, Altekruse SF *et al.* (eds). SEER Cancer Statistics Review, 1975-2011, National Cancer Institute. Bethesda, < http://seer.cancer.gov/csr/1975_2011/>, based on November 2013 SEER data submission, posted to the SEER web site, April 2014.
42. Anderson WF, Pfeiffer RM, Dores GM, Sherman ME. Comparison of age distribution patterns for

- different histopathologic types of breast carcinoma. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006; 15 (10): 1899-90.
43. Dossus L, Benusiglio PR. Lobular breast cancer: incidence and genetic and non-genetic risk factors. *Breast Cancer Res* 2015; 17:37.
 44. Lynge E, Ponti A, James T, Májek O, von Euler-Chelpin M, Anttila A *et al.* Variation in detection of ductal carcinoma *in situ* during screening mammography: a survey within the International Cancer Screening Network. *Eur J Cancer* 2014; 50 (1): 185-92.
 45. Ehemann CR, Shaw KM, Ryerson AB, Miller JW, Ajani UA, White MC. The changing incidence of *in situ* and invasive ductal and lobular breast carcinomas: United States, 1999-2004. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2009; 18 (6): 1763-9.
 46. Reyes-Ortiz CA, Freeman JL, Peláez M, Markides KS, Goodwin JS. Mammography use among older women of seven Latin American and Caribbean cities. *Prev Med* 2006 May; 42 (5): 375-80.
 47. Schwartz AM, Henson DE, Chen D, Rajamarthandan S. Histologic grade remains a prognostic factor for breast cancer regardless of the number of positive lymph nodes and tumor size: a study of 161708 cases of breast cancer from the SEER Program. *Arch Pathol Lab Med* 2014; 138 (8): 1048-52.
 48. Cazap E, Buzaid AC, Garbino C, de la Garza J, Orlandi FJ, Schwartzmann G *et al.* Breast cancer in Latin America: results of the Latin American and Caribbean Society of Medical Oncology/Breast Cancer Research Foundation expert survey. *Cancer* 2008; 113 (8 Suppl): 2359-65.
 49. Borgquist S, Zhou W, Jirstrom K, Amini RM, Sollie T, Sørli T *et al.* The prognostic role of HER2 expression in ductal breast carcinoma *in situ* (DCIS); a population-based cohort study. *BMC Cancer* 2015; 15: 468.
 50. Bhargava R, Striebel J, Beriwal S, Flickinger JC, Onisko A, Ahrendt G *et al.* Prevalence, morphologic features and proliferation indices of breast carcinoma molecular classes using immunohistochemical surrogate markers. *Int J Clin Exp Pathol* 2009; 2 (5): 444-55.
 51. Justo N, Wilking N, Jönsson B, Luciani S, Cazap E. A review of breast cancer care and outcomes in Latin America. *Oncologist* 2013; 18 (3): 248-56.
 52. Althuis MD, Dozier JM, Anderson WF, Devesa S, Brinton LA. Global trends in breast cancer incidence and mortality 1973-1997. *Int J Epidemiol* 2005; 34 (2): 405-12.
 53. Unger-Saldaña K. Challenges to the early diagnosis and treatment of breast cancer in developing countries. *World J Clin Oncol* 2014 Aug 10; 5 (3): 465-77.
 54. Colditz GA. Epidemiology and prevention of breast cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005; 14 (4): 768-772.
 55. Beral V, Banks E, Reeves G. Evidence from randomized trials on the long-term effects of hormone replacement therapy. *Lancet* 2002; 360 (9337): 942-4.
 56. Colditz GA. Epidemiology and prevention of breast cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005; 14 (4): 768-72.
 57. MacMahon B. Epidemiology and the causes of breast cancer. *Int J Cancer* 2006; 118 (10): 2373-8.
 58. Hoover RN. That recognized risk factors can explain past and present international differences in breast cancer incidence: misconceptions 5. *Br J Cancer* 2012; 107 (3): 408-410.
 59. Pharoah PD, Antoniou AC, Easton DF, Ponder BA. Polygenes, risk prediction, and targeted prevention of breast cancer. *N Engl J Med* 2008; 358 (26): 2796-803.
 60. Pashayan N, Pharoah P. Population-based screening in the era of genomics. *Per Med.* 2012; 9 (4): 451-455.
 61. Chowdhury S, Dent T, Pashayan N, Hall A, Lyratzopoulos G, Hallowell N *et al.* Incorporating genomics into breast and prostate cancer screening: assessing the implications. *Genet Med* 2013; 15 (6): 423-32.
 62. Slattery ML, Herrick JS, Torres-Mejia G, John EM, Giuliano AR, Hines LM *et al.* Genetic variants in interleukin genes are associated with breast cancer risk and survival in a genetically admixed population: the Breast Cancer Health Disparities Study. *Carcinogenesis* 2014; 35 (8): 1750-9.
 63. Guan YP, Yang XX, Yao GY, Qiu F, Chen J, Chen LJ, Ye CS *et al.* Breast cancer association studies in a Han Chinese population using 10 European-ancestry-associated breast cancer susceptibility SNPs. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014; 15 (1): 85-91.
 64. Bonilla C, Bertoni B, Hidalgo PC, Artagaveytia N, Ackermann E, Barreto I *et al.* Breast cancer risk and genetic ancestry: a case-control study in Uruguay. *BMC Womens Health* 2015; 15:11.
 65. de Ustaran J.K., Bianco M, Meiss R.P., Rascován S. Epidemiología Descriptiva del Cáncer de Mama. 1658 casos nuevos en Argentina 1983-1984. *Prensa Médica Argentina* 1988, 75 (3): 73-84.
 66. Meiss R.P., de Ustaran J.K., Rascován S., Bianco M. Cáncer de Mama. Epidemiología. *Bol A N de Medicina* 1988, 66 (1): 123-130.

DEBATE

Dr. Coló: Muchas gracias, Doctor Abalo; queda a consideración el trabajo del PROYCAM.

Dra. Barchuk: Primero, quería felicitarlo por la presentación y, después, hacer un comentario. Ustedes saben que la Sociedad de Mastología tiene su propio registro de base de datos que es el RCM, que hoy tiene más de 11.000 pacientes, con centros que están nucleados sobre todo en CABA y en La Plata. En el año 2013, en el Congreso de la Sociedad Europea de Oncología en ESMO, se presentaron dos trabajos que tienen un contenido similar al que presentó usted hoy. Nos pareció importante –y hablo en plural porque, un poco, lo hago en representación de todos los centros que forman parte del RCM– marcar las diferencias que encontramos entre esos trabajos y el que presentaron hoy. Los dos trabajos que se presentaron en ESMO fueron sobre 4.400 pacientes que había en ese momento en la base. Primero, no encontramos diferencias en cuanto a los aspectos epidemiológicos de edad media, presentación, paridad, distribución por estatus menstrual. Pero algo que nos pareció llamativo fue una diferencia en la demora en la primera consulta. Para el RCM fue de 244 días y para el trabajo de PROYCAM es de 152, o sea, hay tres meses de diferencia en la demora en la primera consulta en la población de RCM. Después, tampoco hubo diferencias con respecto a la indicación de mamografía –que fue similar: de un 95%– y sí hubo diferencia en la distribución por BI-RADS: en el RCM, BI-RADS 4 y 5 fueron un 88%, contra un 75% de PROYCAM. Ello a expensas de esto que decía usted: el BI-RADS 0, porque para el RCM es un 4% de BI-RADS 0 y para PROYCAM es un 14%. En cuanto a la ecografía, hubo una indicación menor: el 60% de las pacientes tenía ecografía, contra un 80% en este trabajo. Creemos que esto tiene que ver con que el RCM tiene pacientes más antiguas en el registro, y, quizás, la indicación de ecografía

estaba menos extendida. En cuanto a los estudios cito-histológicos, lo que vimos es que en la población del RCM había mayor indicación de punción citológica, un 20% contra un 12% de este trabajo, y menos indicación de punción con aguja gruesa, un 30 % para el RCM y un poquito más del 40% para PROYCAM. En realidad, el 50% de las pacientes de las dos poblaciones tenían algún tipo de estudio cito-histológico previo al tratamiento. Tampoco hubo diferencias en la distribución por estadios y en la distribución por carcinoma *in situ* versus infiltrante: para el RCM había un 10% de *in situ*; y sí hubo una pequeña diferencia para la distribución por inmunofenotipos, que para el RCM fue de 11% de triple negativos y 13,5% para HER+ versus el 8% y el 16%, respectivamente, en PROYCAM. Bueno, esas fueron las diferencias que básicamente vimos entre los dos trabajos. Después, quería comentar que el RCM se está modificando, que hay una nueva versión de la base de datos que va a estar disponible en los próximos meses y que la idea es, no solo mejorar la estética de la base, sino también la calidad del dato registrado. Obviamente, el RCM es de la Sociedad de Mastología, así que todos los centros que actualmente no forman parte están invitados a participar.

Dr. Abalo: Doctora, gracias por sus comentarios. Lo que dijo del HER puede ser. Yo lo que mostré ahí fue un 7% de HER+ con receptor negativo, pero hay un porcentaje de un 10% que eran HER+ también con receptor positivo; así que, si sumamos los dos, por ahí llegamos a un valor similar. Con respecto al RCM y este proyecto, desde el principio no tuvimos ningún encontronazo, es decir, en los dos proyectos participó la Sociedad Argentina de Mastología. Yo fui a este PROYCAM porque me mandó la Sociedad como representante. Quien era en ese momento presidente de la SAM me llamó y me dijo si quería hacer esto,

y yo acepté. Era un proyecto que había tenido antes; inclusive alguno de ustedes puede conocer esto. Lo habíamos presentado varias veces para poder hacerlo. Entonces se hizo, y de ninguna forma pretendimos competir con el RCM. Simplemente se fueron haciendo las dos cosas al mismo tiempo, y lo que se podía objetar en ese momento era la carga para los que participaban, porque tenían que cargar pacientes en un lado y en el otro. Ya sabemos que cargar pacientes no es fácil y cuesta. Hacerlo en dos lugares es peor todavía. Comenzaron casi simultáneos. Cuando empezó el PROYCAM, nos reunimos en 2010 con Novelli, Lorusso y Meiss, y el RCM se transfirió de Roche a la Sociedad para esa época también; así que fue un comienzo casi simultáneo y se continuó con los dos proyectos. En algún momento pensamos en unirlos y todavía podríamos, estaríamos a lo mejor a tiempo. Eso es todo.

Dr. Mysler: Excelente trabajo. Nada más quisiera señalar que tenemos que tener en cuenta que, como es un trabajo estadístico, el recorte de población que fue haciéndose –que, obviamente no lo definieron– es un perfil de gente secundaria, universitaria, con prepaga y obra social. Entonces, quizás, es un perfil occidentalizado, y por eso los resultados se pueden parecer. Es un recorte de esa población; yo no sé si representa al total. Nosotros, en la Argentina, tenemos poblaciones completamente dispares, y prácticamente el 80% de la estadística que se tiene es de centros urbanos que cuentan con acceso a alta tecnología, a otro tipo de medicina; o sea, que es interesante ver esa población. Quizás no es la representación de toda la población de Argentina.

Dr. Abalo: Cierto. No tengo ningún comentario para hacerte, me parece que es así. El 75% de esta población tenía nivel educacional medio-alto y pertenecía a un sistema, tenían algún grado de cobertura social.

Dr. Meiss: Buenas noches, me presento, yo soy el doctor Meiss, el que encabeza la larga lista de aquellos colaboradores que hicieron este trabajo. A propósito del muy buen comentario en cuanto a que nosotros tendríamos una muestra sesgada, quería señalar que, justamente, yo participé junto, con Novelli y Abalo, allá en el '83/'84, cuando era mucho más joven. Y relacionar esto con el registro que tiene la SAM, que viene justamente de esa época, porque el año 2010 empieza el Instituto del Cáncer y entonces Roche pasa al Instituto del Cáncer, que después se los da a ustedes. Lo que tenemos que considerar es que las muestras valen por dos cosas: por el *n*, es decir, por el número –porque, indudablemente, si yo tengo dos mil, y otro tiene cuatro mil, y otro tiene cinco o diez mil, el número pesa–; pero también por la representatividad, que está dada por el lugar de donde provienen esas muestras. En este último aspecto, vos tenés un sesgo, porque, en realidad, corresponde a AMBA –es decir, Buenos Aires y Gran Buenos Aires– y La Plata. Lo que nosotros buscamos justamente, a diferencia de aquel trabajo de hace treinta años –que se hacía con un cartón y que había que mandarlo por correo a la Academia–, es tener representatividad de otros centros, porque la Argentina es algo más que Capital Federal y Gran Buenos Aires. Sabemos que acá está la mayor parte de la población, pero teníamos que ir a Córdoba, y tenemos una muestra más que representativa del doctor Schwan de Tucumán. Además, tenemos la muestra del doctor Gago de Mendoza, muestras –para que vean que estaba representado– de casos del Hospital Lagomaggiore. Con respecto a este último, debo decir que –será por la población que atiende– en los casos Estadio IV, que no eran pocos, casi no hubo diferencia entre las dos series. El 2,5% de los casos eran Estadio IV al momento del diagnóstico. De manera que, si bien es cierto que les era más fácil reportar desde un hospital privado o desde una institución privada que desde una pública, debo confesarles que cuando uno va

por todo el país –Mendoza, Tucumán, Córdoba– te dicen claramente, y aún en Capital, que a veces no tienen Internet en el hospital, no tienen la computadora; así que la buena voluntad de los profesionales que participaron hizo que se lo llevaran a la casa para ingresar los casos. Entonces, digamos que, al analizar la muestra por la cantidad de n y por de dónde viene, tenemos que decir que es lo que se pudo conseguir. El ideal sería que todos los centros estuvieran conectados a Internet, que tuvieran su computadora y pudieran acceder a la página. Es un formulario bastante amigable, como lo es el otro también. En la actualidad está bien diseñado; uno va cliqueando y se abren todas las opciones posibles, es decir no deja nada librado a la interpretación del que está mirando, y siempre hay algún ítem de *Observaciones* como para poner o señalar alguna diferencia especial. Pero quiero hacer hincapié en lo que señaló el Dr. Mysler con respecto a que, por ahí, no tenemos la parte más pobre de la población. Esto ya lleva más de treinta años y tenemos unas tasas de incidencia de cáncer de mama que son de países occidentales. Y no podemos negar nuestra ascendencia. Porque ustedes recuerden que el primer censo de 1914 nos daba ocho millones de habitantes y la mayoría, más del 50%, eran extranjeros, y dentro de esos extranjeros la mayoría eran italianos. Porque hay más descendientes de italianos que de españoles. De manera que, como se está estudiando ahora el perfil genético de las poblaciones, estamos viendo que también el hecho de la predisposición para diferentes cánceres tendría una transmisión de tipo genética. Así que creo que es interesantísimo que, por distintos caminos, tanteando, quizás con los errores metodológicos propios y con las limitaciones de nuestro medio –que pasa por la disponibilidad de Internet y una computadora–, sigamos estudiando. Comentábamos con Jorge Novelli que, lamentablemente, no creemos que estemos nosotros en el próximo trabajo dentro

de treinta años, pero es importante que alguien tome la posta y en algún momento compare.

Dr. Bustos: Quería aclarar que esto no es un trabajo competitivo ni nada por el estilo. Creo que, por primera vez, estamos buscando un perfil epidemiológico y otros datos más del cáncer de mama; y en el RCM no es que hemos puesto solamente la población de centros privados; están también las poblaciones de hospitales públicos y de centros donde se ve la carencia. Por eso se presentó también un trabajo en Cartagena, el año pasado, donde comparamos los Estadios I y II de la población privada respecto de la población pública, y ahí se ve la diferencia entre el que tiene la cobertura y aquel que no la tiene; esa diferencia se ve en demora, en presentación, en el estadio clínico... Y bueno, yo creo que, como decís vos, tenemos que seguir dándole para adelante, seguir creciendo, y ayuda bastante poder tener un perfil. El que tengamos una incidencia muy parecida a esos países fue de siempre, independientemente del nivel sociocultural del paciente. Porque Uruguay también lo tiene, e incluso una tasa un poquito más grande, tanto en incidencia como en mortalidad.

Dr. Abalo: Con respecto a la genética, como les dije antes, busquen los haplotipos. No sé si ustedes saben lo que son haplotipos. Son conjuntos de locus que están en los cromosomas que transmiten características étnicas de las poblaciones; y hay en el mundo un HapMap, un mapa de haplotipos, que es similar al proyecto del genoma humano, que está buscando en esa dirección: identificar poblaciones que, a través de las generaciones sucesivas, transmiten determinadas enfermedades como puede ser esta. Así que no es solamente una hipótesis medio descabellada, sino que tiene visos de que puede ser cierta.

Dr. Coló: Creo que todos tenemos la misma sensación cuando hablamos de cáncer de mama en

Argentina. Estos números, tal vez, van en contra de lo que uno piensa: que el cáncer de mama en Argentina por lo menos en un 40% va a una mastectomía. Esto muestra que la gran mayoría de los trabajos son Estadios I, II y IIIA, que son considerados, como bien dijiste, estadios iniciales. Se ve esa falta de correlación entre la mastectomía, que uno sabe que se hace en gran parte del país, con los estadios iniciales. Por otro lado, hemos visto que aumentó el número de autoexamen, aumentó el número de mamografías, aumentó el número de ecografías, pero la incidencia sigue siendo exactamente igual que en el '83. No mejoramos en nada. Quiere decir que ni la mamografía, ni la ecografía, ni el autoexamen nos aportaron nada.

Dr. Abalo: La incidencia sigue siendo igual o mayor. Pero lo que sí está mejorando es la mortalidad. Está disminuyendo la mortalidad, con un porcentaje estimado de cambio anual del 1% desde el año 2000 hasta ahora.

Dr. Coló: Probablemente, esa mortalidad disminuyó no por el diagnóstico precoz sino por el cambio del tratamiento.

Dr. Abalo: Por las dos cosas: diagnóstico precoz y terapias adyuvantes. Esos son los dos pilares que hacen que se vea una disminución en la mortalidad; y eso no es solamente en la Argentina: en todo el mundo se ve una disminución de la mortalidad.

Dr. Coló: Bueno, muchísimas gracias.