

Revisión

Cáncer de mama. Estudio del proceso diagnóstico y terapéutico en el Hospital Son Dureta.

José M^a García Bueno, Onofre Pons i Sureda(*)

Introducción

El cáncer de mama se ha convertido en el ejemplo de enfermedad neoplásica de obligado enfoque multidisciplinario. Ha existido una curiosa evolución cronológica (1), desde el siglo pasado, en que los cirujanos eran los únicos que trataban el tumor basándose en una historia natural absolutamente anatómica (Halsted, 1986), hasta la actualidad, en que el correcto diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama tiene estrechas relaciones con las siguientes especialidades: Salud pública, Asistencia primaria, Ginecología, Cirugía, Oncología médica, Oncología radioterápica y Hematología Clínica, además de las especialidades no médicas: Anatomía Patológica e Inmunología (2,3).

En el Hospital Son Dureta, como en muchos otros, el tratamiento del cáncer de mama está siendo realizado por distintas unidades, que históricamente han asumido y repartido el trabajo con criterios estrictamente de "oferta y demanda", sin planificación ni visión integradora y centrada en la paciente.

Para confirmar esta impresión se ha realizado esta valoración, previa a cualquier modificación de las estructuras hospitalarias que hagan del tratamiento de esta enfermedad un cuerpo uniforme, con bases científicas y objetivos de comodidad de la paciente y óptimo manejo de la patología.

Datos epidemiológicos y de registro

En la isla de Mallorca, durante el año 1989 (el único año del que podemos disponer), se diagnosticaron según el Registro de Tumores de Mallorca un total de 211 casos de cáncer de mama femenino (4). Según el mismo registro, en el Hospital Son Dureta se diagnosticaron y trataron 102.

Esto significa que el Hospital Son Dureta atiende aproximadamente un 48% de los cánceres de mama de Mallorca, y estos no de una manera exclusiva (existe, como veremos, un cierto trasvase de la Sanidad Privada a la Pública que, posiblemente, sea mucho mayor que el recíproco).

Método de estudio

De la Unidad de Documentación Clínica se obtuvo el total de casos de cáncer de mama atendidos en el Hospital Son Dureta durante el año 1993. En total suponían 220 ingresos en dicho año (contando un solo ingreso por paciente, ya que un buen número de pacientes ingresaron varias veces durante ese año). Esta cifra no es contradictoria con la del apartado anterior, que suponía un total de 211 casos de incidencia en 1989. Los ingresos en un año pueden corresponder a casos diagnosticados en este año o anteriores. Se puede diagnosticar sin ingresar a la paciente (cosa altamente improbable) y, por otra parte, algunos casos pueden haber sido diagnosticados en otro centro hospitalario.

(*) Servicio de Oncología médica. Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca.

De estos ingresos, se seleccionaron al azar un total de 50 historias clínicas, de las que se estudian las características demográficas, procedencia, servicios encargados y tipos de tratamiento.

Resultados

Edad

Lamediana de edad de la muestra era de 58 años (+/- 12'6)

Tipo de primer síntoma

El 90% (45 casos) de las pacientes iniciaron su sintomatología con el hallazgo de un nódulo en la autoexploración mamaria. Sólo una de ellas (2%) presentó inflamación de la mama como primer síntoma, mientras que 2 (4%) sufrían retracción del pezón.

Es de destacar el hecho de que 2 pacientes (4%) no presentaron ningún tipo de síntoma, y la sospecha inicial se fundaba en los hallazgos encontrados en mamografías de control, correspondiendo estos casos a estadios iniciales de la enfermedad. (FIGURA 1)

Intervalo primer síntoma diagnóstico

El intervalo entre el primer síntoma y el diagnóstico histológico es de 32 semanas como media (+/- 57), mientras que entre el primer síntoma y el primer tratamiento era de una semana más.

Viendo la distribución de este intervalo se comprueba que, en dos terceras partes de los casos, éste es menor de 20 semanas, cifra aceptable clínicamente, y es el tercio restante el que presenta una duración alarmante de este intervalo. (FIGURA 2).

Procedencia de servicios receptores

La procedencia de las pacientes remitidas al Hospital Son Dureta fue la siguiente:

Médico de Atención Primaria: 48% (24 casos).

Ginecólogo: 30% (15 casos).

Urgencias HSD: 2% (1 caso).

Sanidad Privada: 20% (10 casos).

Mientras que la distribución según servicios que recibieron inicialmente a la paciente fue:

Ginecología: 76% (38 casos).

Oncología Médica: 14% (7 casos).

Cirugía General: 8% (4 casos).

Oncología Radioterápica: 2% (1 caso).

El estudio del intervalo primer síntoma-diagnóstico según la procedencia arrojó una mediana de 21 semanas si el remitente era el ginecólogo de zona, 30 semanas si la paciente era remitida por la sanidad privada, y 40 semanas si la remitía el médico de cabecera. Las diferencias no son significativas estadísticamente.

Relacionando las entidades emisoras de pacientes con las receptoras se obtiene la TABLA I.

Estadio

El estadio patológico de las pacientes en el momento del diagnóstico se distribuye según muestra la FIGURA 3, correspondiendo el 6% (3 pacientes) al estadio I, el 54% (27 pacientes) al estadio II, el 16% (8 pacientes) al estadio IIIA, el 14% (7 pacientes) al estadio IIIB y el 10% (5 pacientes) al estadio IV.

Más de la mitad de pacientes (60%) son diagnosticadas en estadios precoces (I y II).

Relación entre estadio e intervalo primer síntoma-DX

Existe una clara relación entre estos dos factores, siendo el estadiaje en el momento del diagnóstico más avanzado cuanto mayor es el intervalo entre la aparición del primer síntoma y el diagnóstico patológico. Así, este intervalo es, como media, de 20 semanas para el esta-

dio I, 21 semanas para el estadio II, 9 semanas para el estadio IIIA, 73 semanas para el estadio IIIB y 73 semanas también para el estadio IV. FIGURA 4.

Relación entre estadio y servicio receptor

La distribución por estadios no parece relacionarse con el servicio que actúa como receptor, como puede comprobarse en la TABLA II. La prueba de chi-cuadrado no mostraba diferencias significativas.

Tipo de tratamiento inicial

El tratamiento empleado en primer lugar en cada paciente fue cirugía en 40 de los casos (80%), quimioterapia en 6 (12%) y hormonoterapia en 4 (8%). FIGURA 5.

El factor condicionante del tipo es la extensión de la enfermedad, empleándose la cirugía de entrada en los estadios iniciales y la quimioterapia y/o hormonoterapia en los avanzados. El papel de estas dos últimas modalidades es mucho más importante como tratamiento adyuvante, donde entra también la radioterapia, como se verá en los apartados 4.8 y 4.9.

La edad también es un factor relacionado, la mediana de edad de las pacientes que han recibido algún tipo de cirugía 57 años. 51 años las que han recibido quimioterapia como primer tratamiento y 74 años las que han recibido hormonoterapia inicialmente.

Tratamiento global

Si estudiamos cuales han sido los tratamientos que ha recibido la paciente a lo largo de la historia natural de la enfermedad encontraremos los datos que expresa, con cierta complejidad, el diagrama de Venn de la FIGURA 6.

Han recibido una sola modalidad de tratamiento 3 pacientes (6%), mientras que han recibido cuatro modalidades de tratamiento 9 pacientes (18%). 15 pacientes (30%) recibieron dos tipos de tratamiento,

siendo lo más frecuente el recibir tres (23 pacientes en total, que suponen el 46%).

46 pacientes fueron sometidas a algún tipo de cirugía (92%).

39 pacientes recibieron quimioterapia (78%)

26 pacientes fueron tratadas con radioterapia (52%)

25 pacientes siguieron tratamiento con hormonoterapia (50%).

Además, 4 pacientes han recibido quimioterapia de intensificación con tratamiento de soporte hematopoyético con infusión de "stem-cell" periféricas de la propia paciente (recogidas previamente a la intensificación). Dicho tratamiento fue llevado a cabo por el servicio de hematología.

Servicios continuadores del tratamiento

La multiplicidad de tratamientos que hemos podido observar, en el apartado anterior se traduce un trasvase de las pacientes entre distintos servicios a lo largo de la evolución de la enfermedad. En esta serie existen 30 pacientes (60%) que han sido visitadas por un segundo servicio al menos, y 7 (14%) por un total de 3 servicios.

Entre los servicios que han actuado en segundo lugar en el tratamiento de la paciente existe la siguiente distribución según el número de pacientes atendidas:

Radioterapia 20 (40%).

Oncología 5 (10%).

Hematología 4 (8%).

Ginecología 1 (2%).

Conclusiones

De los resultados del trabajo se pueden extraer las siguientes conclusiones, que serán divididas en cinco puntos:

1. Existe un intervalo medio entre el primer síntoma y el diagnóstico patológico

similar al que presentan áreas sanitarias vecinas. Sin embargo, la heterogeneidad clínica y evolutiva de la neoplasia mamaria queda reflejada cuando estudiamos este parámetro (primer síntoma–diagnóstico) en relación con el estadio: existe un subgrupo de pacientes, que llega prácticamente al 25% con estadios avanzados (IIIB y IV) con una mediana de intervalo prácticamente triple a la que presentan los estadios I, II y IIIA. El pronóstico de estas pacientes es claramente dependiente de dicho intervalo (5).

Este dato, junto con el hecho de que son las pacientes remitidas por el médico de asistencia primaria las que presentan un intervalo más largo, hace pensar que lo más importante es potenciar la tasa de médicos de Asistencia Primaria que participen en el diagnóstico clínico de neoplasias que, siendo localmente avanzadas, no acuden al médico.

El “screening” de mama en nuestro medio significa, sobre todo, una exploración mínima y experta de las mamas de todas las mujeres que acuden a la consulta, por motivo que sea.

2.–La fuente de pacientes son, básicamente, los médicos de Atención Primaria, que reclutan prácticamente el 50% de los casos, en mayor proporción que los ginecólogos de cupo (30%)

No se ha de dejar de lado una respetable proporción de casos remitidos desde la medicina privada, movimiento de pacientes posiblemente ocasionado por una mayor cobertura de prestaciones: ingresos, quimioterapia. etc.

3.–De entre los servicios receptores, la Unidad de Mama de Ginecología es absolutamente mayoritaria: 75% de casos. No se ve, analizando las características de

las pacientes y la evolución de éstas, una heterogeneidad entre los dos subgrupos (atendidos por ginecología o por otros servicios). No hay, pues, diferencias significativas en cuanto a estadiaje, intervalo primer síntoma– diagnóstico o tratamientos utilizados por el hecho de haber sido atendido por un tipo u otro servicio.

4.– Existe una importantísima multiplicidad de tratamientos. Además de la cirugía, que ha sido aplicada en la inmensa mayoría de las pacientes, el 94% de las mismas ha recibido otros tipos de tratamiento (quimioterapia, hormonoterapia y/o radioterapia), lo que implica en la mayoría de los casos el ser atendidas por otros servicios.

El tratamiento del cáncer de mama es obligatoriamente multidisciplinario, y es una necesidad favorecer todo lo posible una buena comunicación entre los servicios implicados, mediante sesiones, comités, distribución de roles, etc.

5.– En cuanto a la intensificación de dosis con trasplante autólogo de “stem–cee” periféricas, tratamiento aún en fase experimental y muy “en boga” en los últimos años (6), llama la atención el porcentaje de pacientes sometidos al mismo: un 8%, lo cual nos parece elevado, aunque podría deberse a un error de muestra. Más curioso todavía resulta el hecho de que el emisor de pacientes para este tratamiento (que es llevado a cabo por el servicio de Hematología) sea exclusivamente Ginecología.

Siendo todavía un tratamiento experimental y, en sentido estricto, fuera de rutina, creemos necesario el consenso de todos los servicios en las indicaciones de estos tipos de tratamiento.

Bibliografía

1.-López Piñero, JM.:Historia de la Medicina. Biblioteca Historia 16. Madrid 1990.

2.-Young, R.C. edit.:Year Book of Oncology 1993. Mosby. EEUU 1993.

3.-DeVita, V.T., et al.:Cancer, Principles and Practices of Oncology.J.B. Lippincott Company.Philadelphia 1993.

4.-El càncer a Mallorca, Incidència i Mortalitat,1989. Editat per: Unitat d'Epide-

miologia i registre de Càncer de Mallorca. 1993.

5.-Donegan, W.L. et al.: "Pronóstico de las pacientes con càncer de mama en relación con el momento programado para practicar la operación". Arch. surg. 1993; 128; 309-313.

6.-Jahnke, L.; Winter, J. : "high-dose therapy's role in breast cancer management". Contemporary Oncology. Summer 1994,pp 8-16.

EMISORES

SERVICIO RECEPTOR	GINECOLOGO	MEDICO A.P.	URGENCIAS	M. PRIVADO
GINECOLOGIA	14	19		5
ONCOLOGIA		3		4
CIRUGIA	1	2	1	
RADIOTERAPIA				1
TOTAL	15	24	1	10

Tabla I. Distribución por servicios

ESTADIOS

	I + II	IIIA + IIIB	IV	TOTAL
GINECOLOGIA	23	13	2	38
ONCOLOGIA	3	1	3	7
RADIOTERAPIA	1			1
CIRUGIA	3	1		4
TOTAL	30	15	5	50

Tabla II. Distribución por servicios según estadio

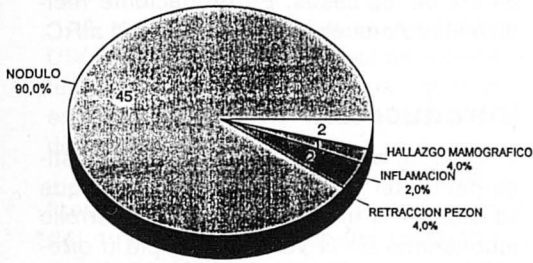


Figura 1. Tipo de primer síntoma

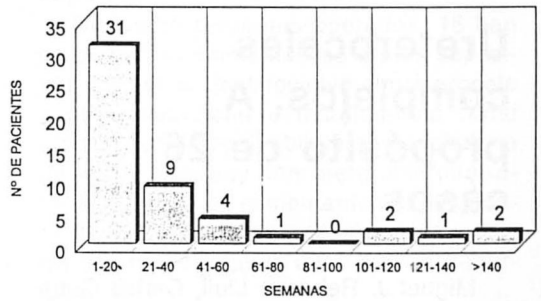


Figura 2. Intervalo primer síntoma-diagnóstico

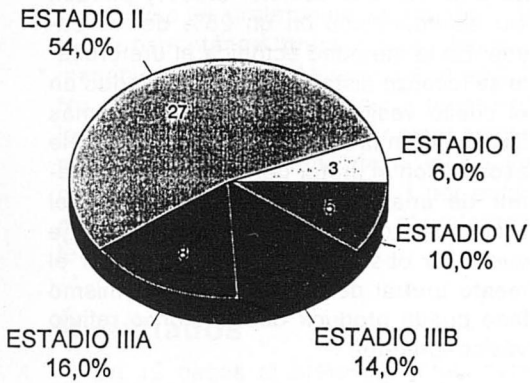


Figura 3. División por estadios

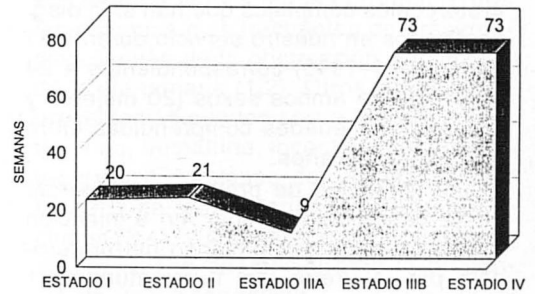


Figura 4. Relación entre intervalo 1er síntoma-diagnóstico y estadio.

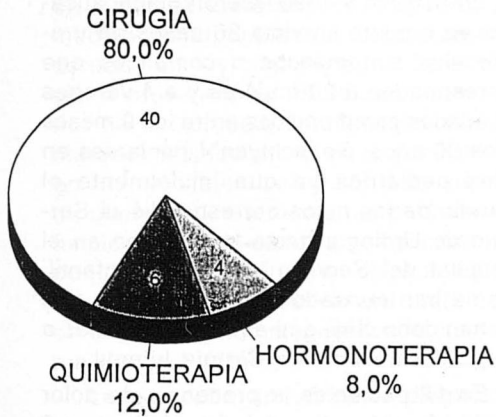


Figura 5. Tipo de tratamiento inicial

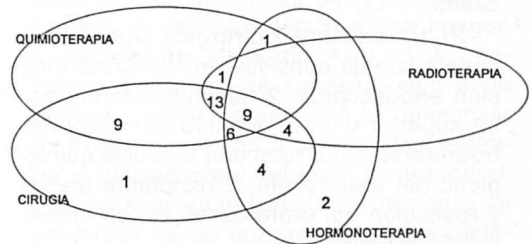


Figura 6. Distribución por tratamientos