

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

TÍTULO: Comportamiento de la incidencia acumulada por cáncer de mama en el Hospital Provincial General Docente Roberto Rodríguez Fernández de Morón.

AUTOR: Dr. Lisbel Solís Rodríguez.

EN OPCION AL TITULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN CIRUGIA GENERAL.

Ciego de Ávila, 2021

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

TÍTULO: Comportamiento de la incidencia acumulada por cáncer de mama en el Hospital General Provincial Docente Roberto Rodríguez Fernández de Morón.
(EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN CIRUGÍA GENERAL)

AUTOR: Dr. Lisbel Solís Rodríguez.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Hospital General Provincial Docente Roberto Rodríguez Fernández de Morón.

TUTOR: Msc. Dr. Alexander Rodríguez Rivero.

Especialista 2do grado Cirugía General, profesor auxiliar.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Hospital General Provincial Docente Roberto Rodríguez Fernández de Morón.

CIEGO DE ÁVILA, 2021

PENSAMIENTO

El mejor médico es el que ayuda antes de que aparezca la enfermedad”

Huang Ti (263 a.c)

AGRADECIMIENTOS

A mi tutor por la ayuda ofrecida durante todo el desarrollo de la investigación.

Al claustro de profesores de la catedra de Cirugía General por su labor y entrega en mi formación.

En sentido general a mis familiares y amigos que brindan toda su buena fe para que alcance logros en la vida.

DEDICATORIA

A mi madre y a mi padre Manuel por apoyarme constantemente y darme ánimo para seguir siempre adelante.

A mi abuela por siempre estar presente en cada una de mis logros alcanzados y por brindarme su amor en todo momento.

A mi hermano por confiar siempre en mí desde la distancia.

A mi esposa y mis pequeños por ser fuente de inspiración constante.

RESUMEN.

Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo, recogiendo los datos sociodemográficos y clínicos, de pacientes diagnosticados de cáncer de mama, en el Hospital Provincial General Docente Roberto Rodríguez Fernández de Morón en el período comprendido de enero del 2017 a enero de 2020. El universo de estudio estuvo constituido por los pacientes atendidos del área norte de la provincia de Ciego de Ávila con cáncer de mama. La muestra quedó constituida por pacientes portadores de patologías mamarias que necesitan algún tipo de tratamiento, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, seleccionada por muestreo no probabilístico de tipo intencional. Se estudiaron un total de 181 pacientes, con el 97.8% del sexo femenino; 156 pacientes con hábito de fumar como principal factor de riesgo, la edad de riesgo a padecer esta entidad con el 81.7% de los pacientes incluidos en estos grupos etarios; la asimetría de las mamas y el aumento de volumen fueron los principales síntomas con el 23.2%, seguido de la retracción del pezón en 21 pacientes. La exploración clínica, la mamografía y el ultrasonido clínico fueron los principales medios diagnósticos, empleados en el 100% de los pacientes. Se diagnosticaron 112 pacientes con neoplasia localizada en el cuadrante superior externo para un 61.9%; los principales diagnósticos histológicos fueron el carcinoma Intra canalicular (58.0%) y carcinoma lobulillar in situ (14.9%), de alto grado de malignidad en 60 pacientes e histológicamente bien diferenciado (61.9%). La mastectomía con vaciamiento ganglionar se practicó como principal tratamiento quirúrgico en el 61.3% de los pacientes.

Palabras clave: Cáncer de mama, mastectomía.

ÍNDICE.

	Páginas
Introducción	1
Marco Teórico	8
Material y Método	35
Análisis y Discusión de los Resultados	43
Conclusiones	54
Recomendaciones	55
Referencias Bibliográficas	56
Anexos	

INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye un importante problema mundial de salud y se prevé que en el 2030 más de 1,6 millones de personas morirán por esta causa, debido a los cambios demográficos y a una mayor exposición de la población a los factores de riesgo, súmesele la poca percepción de riesgo que pudieran tener los profesionales encargados de prestar atención a los pacientes afectados. En su informe Anual de Salud del año 2013 (basado en datos del 2012), la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que en el año murieron 7 108, 769 personas por cáncer y estimó que la tasa bruta de mortalidad por este problema de salud a nivel mundial fue de 114,4 x 100 000 habitantes y Cuba reporta según el anuario estadístico de salud una tasa de 156,2 x 100 000¹.

La tasa mundial ajustada por edades (a la población estándar de OMS) fue de 132 x 100 000 habitantes y para Cuba fue 129 x 100 000. Según esta cifra y en una relación descendente de países según sus tasas de mortalidad por cáncer, Cuba se ubica en el lugar 103 entre los 192 países del mundo reportados en el informe, y se encuentra por debajo de la media mundial^{2,3}. La población cubana ocupa el lugar 15 en Las Américas y el sexto en el Caribe, precedida por Bolivia, Granada, Perú, Uruguay, Jamaica, Antigua y Barbuda, Argentina, Paraguay, Honduras, Canadá, Chile, Barbados, Estados Unidos y República Dominicana, en ese orden².

El cáncer constituye la segunda causa de muerte en todas las edades para la población cubana y la primera en 12 provincia de nuestro país desde hace más de tres décadas y la primera de años potenciales de vida perdidos, aun cuando su comportamiento ha variado en el tiempo².

Varios investigadores como Feal Suárez M y García Gutiérrez, han estudiado la mortalidad general por cáncer y/o el riesgo de morir por esta enfermedad en la población cubana. La mayoría de ellos destacan que entre las primeras causas de muerte por cáncer han estado las localizaciones en pulmón, mama, cuello de útero, colon/recto y próstata. Las principales causas de muerte por cáncer informadas en

Cuba se corresponden con las que presentan otros países como Argentina, Uruguay, Venezuela, Costa Rica y España de la región del Caribe y el mundo^{3, 4}.

El Registro Nacional de Cáncer Cubano se creó en 1964 para llevar a cabo el estudio estadístico y epidemiológico de esta enfermedad. En 1987 se estableció el Programa de Reducción de la Mortalidad por Cáncer; este documento fue modificado y en 1994 se convirtió en el Programa Nacional de Control de Cáncer. Entre sus acciones contempla la educación sanitaria a la población, la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento eficaz y la atención al paciente sin posibilidades de curación y con dolor. Sin embargo, como expresaron el Dr. C. Lage y otros, en la evaluación de programas de diagnóstico precoz "no basta demostrar aumento de la supervivencia; hay que demostrar reducción de la mortalidad"^{4,5}.

El riesgo real de morir por cáncer en Cuba tuvo un incremento del 78,21% entre los años 1970 y 2006, con una tendencia ascendente que se acentuó a partir de los primeros años de la década del 80. En el año 2006 la tasa cruda de mortalidad por cáncer casi duplicó la existente al inicio de la década del 70. Las tasas ajustadas mostraron una tendencia decreciente durante la década del 70, se estabilizaron durante unos 20 años hasta 1999 y volvieron a mostrar un ligero incremento a partir de esa fecha^{6, 7}.

Hacia el control de este problema de salud se han dirigido los esfuerzos del Programa Nacional de Control contra el Cáncer, los Propósitos y Directrices para la Salud cubana en el año 2000 o las más recientes Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el año 2015. En este empeño deben involucrarse los tres niveles de atención médica con que cuenta el Sistema Nacional de Salud. Desde su escenario comunitario, el Equipo Básico de Salud y los Grupos Básicos de Trabajo deben reforzar las acciones de educación para la salud, prevención primaria y secundaria del cáncer, así como capacitarse aún más en cuidados paliativos^{8,9}. Los profesionales del nivel secundario y terciario, responsables de la atención directa al enfermo de cáncer, también deberán reforzar su enfoque preventivo, independientemente de su función predominantemente curativa, especialmente los

oncólogos, no obstante, debe considerarse que el enfrentamiento a este problema de salud desborda los marcos del sector de la salud en cualquier sociedad. Al modificar positivamente los factores de riesgo para el cáncer, se estará incidiendo también sobre la expresión de otras enfermedades crónicas no transmisibles, por lo que, en muchas instancias, la prevención del cáncer es justamente uno de los resultados de los beneficios de buenas prácticas de salud. En determinadas regiones del mundo vienen reportándose reducciones en la incidencia y la mortalidad por determinados tipos de cánceres o en grupos de edades específicos^{10,11}.

El cáncer de mama es una proliferación maligna de las células epiteliales que revisten los conductos o lobulillos de la mama. Es una enfermedad clonar; donde una célula individual producto de una serie de mutaciones somáticas o de línea germinal adquiere la capacidad de dividirse sin control ni orden, haciendo que se reproduzca hasta formar un tumor. El tumor resultante, que comienza como anomalía leve, pasa a ser grave, invade tejidos vecinos y, finalmente, se propaga a otras partes del cuerpo¹²⁻¹⁴.

Existen dos tipos principales de cáncer de mama. El carcinoma ductal infiltrante, que comienza en los conductos que llevan leche desde la mama hasta el pezón, es por mucho el más frecuente (aproximadamente el 80 % de los casos). El segundo lugar lo ocupa el carcinoma lobulillar infiltrante (10 a 12 % de los casos), que comienza en partes de las mamas llamadas lobulillos, que producen la leche materna. Los restantes tipos de cáncer de mama no superan en conjunto el 10 % de los casos.^{15, 16}

Los principales factores de riesgo de contraer cáncer de mama incluyen una edad avanzada, la primera menstruación a temprana edad, edad avanzada en el momento del primer parto o nunca haber dado a luz, antecedentes familiares de cáncer de mama, el hecho de consumir hormonas tales como estrógeno y progesterona, consumir licor y ser de raza blanca. Entre 5 a 10 % de los casos, el cáncer de mama es causado por mutaciones genéticas heredadas.¹⁷

Para detectar el cáncer de mama, se utilizan diferentes pruebas como la mamografía, ultrasonido mamario con transductores de alta resolución

La ecografía, una prueba de receptores de estrógeno y progesterona o imágenes por resonancia magnética. El diagnóstico de cáncer de mama sólo puede adoptar el carácter de definitivo por medio de una biopsia mamaria^{18, 19,20}.

Lo ideal es hacer biopsias por punción o aspiración (BAAF) con aguja fina y pistola de corte, guiados por ultrasonido o resonancia, o usar equipos de biopsia por corte y vacío, los cuales son capaces de retirar la lesión parcialmente o completamente, según el caso. Éstos pueden ser guiados por estereotaxia (imagen mamográfica guiada por coordenadas) o por ultrasonido^{21, 22}.

Según Autores como Zaggella es el examen ideal para realizar el diagnóstico positivo de las lesiones maligna de la mama, pues permiten establecer.

Tipo histológico^{3, 15}.

1. Extensión de la lesión.
2. Grado de mitosis celular.
3. Grado de diferenciación celular.

Si no es posible, se pueden hacer biopsias incisionales (retirar parte de la masa) o excisionales (retirar toda la masa), lo cual puede alterar el estadio del tumor. Hay nuevas técnicas que, mediante ultrasonido, pueden sugerir malignidad, como la Ecografía Doppler, 3D multicortes o Elastografía, pero todas deben ser evaluadas y solo se tendrá un diagnóstico definitivo mediante una Biopsia²³⁻²⁵.

Obviamente, por todos los métodos de imagen, se tienen caracterizaciones de lo que puede ser un cáncer o no, para lo cual, se usa el método BI-RADS, con el fin de decidir la conducta según esa clasificación.

Atendiendo al origen existen tres tipos genéricos de cáncer de mama:

- Esporádico: sin antecedentes familiares. Serían entre el 70 y el 80% de los casos.
- Familiar: con antecedentes familiares, pero no atribuibles a genética. 15-20%.
- Hereditario: atribuidos a mutaciones por línea germinal. Sólo serían entre 5-10%. Dentro de estos, el 40% se debe a mutaciones en BRCA1 y BRCA2 (Breast Cáncer Susceptibility gen/protein) ²⁶.

El principal motivo de consulta en relación a las mamas de una mujer es la detección de una masa o tumoración. Aproximadamente el 90% de todas las masas mamarias son causadas por lesiones benignas. Las que son suaves y masas elásticas se asocian generalmente con un Fibroadenoma en mujeres de 20 a 30 años de edad y quistes en las mujeres entre 30 y 40 años. Las masas malignas de mama se caracterizan por ser solitarias, no muy notorias, duras y dolorosas a la palpación²⁷⁻²⁹.

Lo anteriormente planteado sustenta sus bases en manifestaciones de la problemática que se hacen evidentes y una vez descritas permiten arribar al problema científico que centra la presente investigación. Estas manifestaciones son:

Manifestaciones de la problemática.

1. Insuficiente conocimiento de la población sobre el autoexamen de mamas.
2. Escasa pesquisa activa por parte de la atención primaria de salud.
3. Dilaciones en la llegada de los pacientes a la atención secundaria.
4. Diagnóstico tardío de las lesiones premalignas.
5. Demoras en el diagnóstico definitivo.

Una vez señaladas las manifestaciones de la problemática se está en condiciones de enmarcar el **problema científico** que caracterizará a la presente investigación, definiéndose el mismo como.

¿Cómo contribuir al estudio del comportamiento de la incidencia acumulada del cáncer de mama en el servicio de Cirugía General del Hospital General Provincial Docente Roberto Rodríguez Fernández de Morón?

Ya descrita la problemática de la investigación, se hace factible definir el **objeto** Población mayor de veinte (20) años, portadora de algún tipo de patología, tributaria de cirugía de la mama

El campo de la investigación, queda constituido por.

Todos los pacientes portadores de cáncer de mamas, que requirieron tratamiento quirúrgico.

Novedad de la propuesta. Viabilidad de la investigación.

Estribió en el desempeño del actuar médico que facilitó el proceso de diagnóstico y tratamiento de los pacientes portadores de cáncer de mama, que fueron atendidos por el servicio de Cirugía General del Hospital General Provincial Docente Roberto Rodríguez Fernández de Morón, aportando los elementos necesarios que faciliten otros estudios similares con el propósito de lograr el control y la prevención de esta temida enfermedad.

Hipótesis.

La identificación de los pacientes portadores de cáncer de mama, previamente tratados quirúrgicamente, atendidos por el servicio de Cirugía General del Hospital General Provincial Docente Roberto Rodríguez Fernández de Morón, permitirá optimizar el uso de implementos, tecnología y recursos presentes en los servicios que se brindan en esta institución de salud, así como de sus profesionales en función de poder lograr brindar este servicio a los tantos pacientes que pudieran estar afectados por esta entidad que limita verdaderamente su vida, además de mejorar la calidad en su atención y permitir brindar un servicio de excelencia.

Objetivo General: Valorar el comportamiento de la incidencia acumulada por cáncer de mamas, en el servicio de Cirugía General del Hospital General Provincial Docente Roberto Rodríguez Fernández de Morón, en el periodo comprendido entre el 1^{ro} de enero del 2017 hasta el 1^{ro} de enero del 2020.

Objetivos Específicos:

1. Distribuir a los pacientes según grupos de edad y sexo.
2. Enumerar a los pacientes según antecedentes.
3. Describir a los pacientes según síntomas y signos al momento del diagnóstico.
4. Mostrar los medios diagnósticos empleados en el estudio.
5. Identificar la localización del tumor.
6. Relacionar los pacientes según tamaño del tumor.
7. Relatar los tipos histológicos encontrados.
8. Determinar los grados de malignidad.
9. Referir de los pacientes según grado de diferenciación.
10. Figurar tipo de tratamiento quirúrgico realizado.

MARCO TEÓRICO

El conocimiento del cáncer de mama, supone una necesidad y obligación en la práctica clínica del médico que ejerce en Atención Primaria. Más de la mitad de los pacientes serán mujeres y un alto porcentaje de ellas pertenecerán a un grupo etéreo en riesgo de enfermar de estas enfermedades.

El cáncer de mama continúa siendo una de las neoplasias malignas más frecuentes en Cuba^{1, 3} y a nivel mundial, debido a la existencia de programas de detección precoz hoy se diagnostican más casos en estadio I y II que antaño. Han surgido nuevos factores pronósticos y se aplican modernos esquemas terapéuticos menos invasivos que elevan los índices de supervivencia con mayor calidad de vida en las mujeres afectadas.

El cáncer de mama ocupa el primer lugar entre las diez primeras localizaciones de cáncer en el sexo femenino, representa el 18.6 del total de las neoplasias malignas.

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer^{1, 3, 15}. En los últimos años se han producido grandes avances en el diagnóstico, conducta y tratamiento del cáncer mamario. En la población femenina cubana, el cáncer de mama es el segundo de mayor incidencia y mortalidad después de los tumores de tráquea, bronquios y pulmón.

La autoexploración mamaria para algunos autores se consideró como un método con baja sensibilidad de detección. Aunque algunos autores indicaron que el diagnóstico es más precoz en mujeres que se autoexploran,^{7,8} en la actualidad diversos autores plantean la efectividad de autoexamen de mama, por lo que es el primer elemento dentro del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama, donde el 80% de los nódulos de mama son diagnosticados por la propia mujer, seguidos del examen clínico anual que realiza el médico de la familia y por último la mamografía en mujeres mayores de 50 años de edad.

Historia²

I. Edad Antigua:

1. Descrita en el Papiro de Ebers (2^o milenio a.C.).
2. Descrita en el Código de Hammurabi (2250 a.C.).
3. Herodotas (siglo V a.C.) Relata la historia de la princesa Atussa, quien padecía de cáncer de mama.
4. Hipócrates (400 a.C.) recomienda el tratamiento quirúrgico.
5. Galeno (131-203 d.C.) 1^o en realizar el tratamiento quirúrgico.

II. Edad Media

1. Ambrosio Paré (1510-1590 d.C.) habla de la extensión a la axila.
2. Ledran habló de la resección de los nódulos axilares.
3. Paget describe la enfermedad del pezón.

III. Edad Moderna

1. Beatson (1896) 1^o en describir la relación e/t estrógenos y cáncer de mama.
2. Humberto Veronesi (1973) describe la Cuadrantectomía.
3. William Stewart Halsted y Willy Meyer (1984) describen la mastectomía radical o clásica.
4. Patey y Madden describen la mastectomía radical modificada.

Epidemiología¹⁻³

Cada 11 minutos muere 1 mujer en el mundo. La incidencia ha aumentado en los últimos años, es el 2^o cáncer en las mujeres.

Cada año se le diagnostica cáncer de mama a un millón de mujeres aproximadamente en Norteamérica y ello permite estimar que antes de cumplir los 80 años, una de cada diez habrá padecido esta enfermedad. En Cuba se calcula que anualmente se diagnostican 2 mil nuevos casos de cáncer de mama y que cada año muere igual número de mujeres por esta causa. En el año 1999 la incidencia por en Cuba fue de 17,8 y la mortalidad de 15,3 por cada 100 000 mujeres.

El cáncer de mama es más frecuente en los países desarrollados, las zonas urbanas y se ve más entre las clases media y alta.

Más frecuente en:

- La mama izquierda (I/D= 110/100).
- Topografía: 50 % en CSE, 30 % resto de los cuadrantes (repartidos en 10 % para cada uno) y 20 % para la región central o subareolar.

Cáncer bilateral o secuencial es mayor de 4%.

Cáncer en la mama masculina es muy infrecuente, la relación hombre/ mujer es de 1/ 100.

Etiología

Factores de riesgo¹²:

1. Herencia. Más frecuente en hijas de familiares maternos con cáncer de mama. El riesgo aumenta si hay antecedentes de cáncer de mama en hermanas, madre y tías maternas, en especial si la enfermedad apareció en la etapa pre menopáusica y si fue de localización bilateral.
2. Edad. Siendo las edades más peligrosas entre los 45 y 65 años.
3. Dieta.
 - Alto consumo de grasas saturadas [Cancerígeno: 7,12 dimetilbenzatraceno (DMBA)]
 - Bajo consumo de Vitamina E y A
 - Bajo consumo de antioxidantes (hidroxianisol, butilado, hidroxitoluano butilado) que disminuyen las neoplasias inducidas por el DMBA.
4. Estrógenos externos. Tratamiento con estrógenos sustitutivo o anticonceptivo.
5. Menarquia precoz (menos de 12 años) y menopausia tardía (más de 50 años).
6. Mujeres que no tuvieron hijos o tuvieron (aumenta el riesgo por encima de los 50 años) pocos después de los 35 años (aumenta cinco veces el riesgo). Por disminución de estrógeno y aumento de progesterona.
7. Lactancia materna pobre o nula (más de 36 meses es efecto protector).
8. Historia de enfermedades benignas. Hay procesos benignos que pueden predisponer a la aparición ulterior de un cáncer de mama y entre ellos están:
 - La hiperplasia ductal atípica con un riesgo de 4 a 5 veces mayor.
 - La hiperplasia lobulillar atípica con un riesgo de 4 a 5 veces mayor.
 - La papilomatosis florida con un riesgo 4 veces mayor.
 - La hiperplasia epitelial con un riesgo 2 veces mayor.

9. Radiaciones.
10. Hábitos tóxicos (alcohol, cigarro).
11. Obesidad y sedentarismo.
12. Operada de cáncer de mama (1ª radical)
13. Antecedente de cáncer de útero, tiroides o hipotiroidismo.
14. Grupo sanguíneo A- (más sensible) O+ (menos sensible).

Clasificación¹⁵

I. Según TNM.

T

T0. No existe T

Tx. No se presisa T

Tis. T in situ

T1. T menor de 2 cm.

a) menos de 0.5 cm.

b) de 0.5 – 1 cm.

c) de 1 – 2 cm.

i. No fijado a la fascia pectoral subyacente o músculo.

ii. Fijado a la fascia pectoral subyacente o músculo.

T2. T de 2 – 5 cm.

i. No fijado a la fascia pectoral subyacente o músculo.

ii. Fijado a la fascia pectoral subyacente o músculo.

T3. T mayor de 5 cm.

i. No fijado a la fascia pectoral subyacente o músculo.

ii. Fijado a la fascia pectoral subyacente o músculo.

T4. T de cualquier tamaño.

- a. Fijado a la pared costal.
- b. Edema (incluye la piel de naranja), ulceración y nódulos cutáneos satélites.
- c. Las 2 anteriores
- d. Carcinoma inflamatorio o en coraza.

N

N0. No toma ganglionar.

Nx. Ganglios no precisados.

N1. Ganglios axilares homolaterales movibles que no aumentan

N2. Ganglios axilares homolaterales fijos a 1 o más estructura.

N3. Ganglios supra e infraclaviculares o edema del brazo (por obstrucción linfática).

M

M0. No metástasis.

Mx. No evidencias de metástasis.

M1. Metástasis.

II. Según Estadios.

Estadio 0. Tis. N0 M0

Estadio I. T1 N0 M0

Estadio II. A { T0-1 N1 M0
 { T2 N0 M0

B { T2 N1 M0
 { T3 N0 M0

Estadio III. A { T0-2 N2 M0
 { T3 N1-2 M0

B { T4 N M
T N3 M

Estadio IV. T N M1

III. Según Histología. OMS (1982)²⁰

A. Neoplasias Epiteliales

1. Benignos.

- Papiloma Intra canalicular.
- Adenoma del pezón.
- Adenoma tubular y lactante

2. Malignos.

- No invasivos (15- 30%).
 - Carcinoma Intra canalicular (el 80% de todos los no invasivos).
 - Carcinoma lobulillar in situ (el 20% de todos los no invasivos).
- Invasivos (70- 85%).
 - Carcinoma canalicular invasor (el 70- 80%).
 - Carcinoma lobulillar invasivo (el 5-10%).

Características:

- a. Bilateralidad en un 20%.
 - b. Multicéntrico en la misma mama.
 - c. Infiltración difusa, dificultad diagnóstica.
 - d. Mayor metástasis en LCR, serosas, ovarios, útero, médula ósea.
- Carcinoma mucinoso o coloidal (1- 6%).
 - Carcinoma medular (1- 5%).
 - Carcinoma tubular (2%, pero llega a un 10% cuando el tumor es mayor de 1 cm).

- Carcinoma papilar.
- Carcinoma adenoideo quístico.
- Carcinoma secretor (menos de 1%).
- Carcinoma apocrino.
- Carcinoma con metaplasma (tipos: escamoso; fusocelular; cartilaginoso y óseo; mixto).
- Enfermedad de Paget del pezón.

B. Tumores mixtos de tejido conjuntivo y epitelial.

- Fibroadenoma.
- Tumor filoides.
- Carcinosarcoma.

C. Tumores varios

- Tumores de tejidos blandos.
- Tumores de la piel.
- Tumores de tejidos hematopoyéticos y linfoides

D. Tumores no clasificados

E. Lesiones seudotumoral.

- Ectasia canalicular.
- Hamartomas.
- Seudotumores inflamatorios.
- Ginecomastia.
- Otras.

F. Displasia mamaria (enfermedad fibroquística)

IV. Según Grado Histológico.

G1. Bien diferenciado.

G2. Moderadamente diferenciado.

G3. Pobrementemente diferenciado.

G4. Indiferenciado.

Cuadro Clínico²⁵

Inspección.

1. Piel de cerdo o corteza de naranja (por obstrucción linfática).
2. Retracción, fijación o hundimiento del pezón (contracción de los ligamentos de Cooper) al inclinarse hacia delante.
3. Circulación colateral.
4. Asimetría de las mamas.
5. Pezón. Enfermedad de Paget (superficie seca y escamosa que sangra al contacto; o también rojo, húmedo y eccematoides).

Palpación.

Examinar los cuatro cuadrantes, axila, pezón, regiones supra e infraclaviculares) y cervicales, así como la mama contralateral. Definir bordes, consistencia, sensibilidad, movilidad, relación con el estroma, temperatura, adherencias a planos profundos, etc.



Fig. 4



Fig. 5

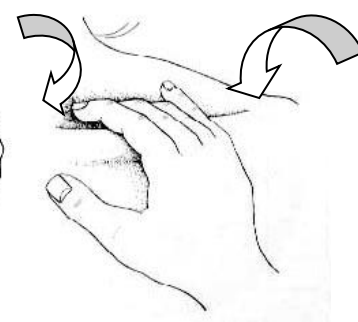


Fig. 6

Masa irregular, dura, no dolorosa, poco movable, adherida a planos profundos, adenopatías axilares. **** CUIDADO** CANCER****

Transiluminación o diafanoscopia¹¹: examinar en la penumbra la mama iluminada por un haz colimado de alta luminosidad. Diagnóstico: condensación (sombra).

Complementarios.

I. De laboratorio

1. Química sanguínea.

- HB, Eritro.
- Glicemia.
- TGP, TGO y fosfatasa alcalina.

2. Relectores hormonales.

- Estrogénicos.
- Progestágenos.
- Androgénicos.
- Glucocorticoides.
- Prolactínicos.
- Factor de crecimiento epidérmico.

3. Marcadores tumorales.

- Ceruloplasmina (100% de positividad).
- Antígeno carcinógeno (CA 15,3) (65.3% de positividad). Se eleva de 5 a 5 meses antes de los signos clínicos.
- Antígeno S2 Humano (53% de positividad).
- Antígeno carcinoembrionario (50% de positividad).
- Ferritina (40% de positividad).
- FAP (Fosfatasa Alcalina Placentaria) en ausencia de embarazo significa diseminación tumoral.
- Caseína.
- Catepsina D
- Prolactina.
- Índice de marcaje con timidita.
- Proteína NEU
- Anticuerpos monoclonales.

- Proteína captadora de AMPC y de golpe de calor.

II. Radiológicos

✓ Simples.

- Tórax (descartar metástasis).
- Mamografía

El empleo de esta prueba radiológica data de la década de los años 60 del pasado siglo, pero en los últimos tiempos se ha mejorado mucho la calidad de las imágenes. La radiación recibida en el transcurso de esta investigación es mínima y los beneficios son enormes^{11, 12}.

Su gran valor consiste en que permite el diagnóstico de lesiones muy pequeñas de menos de medio centímetro, así como lesiones multicéntricas o tumores sincrónicos.

Indicaciones^{11, 12, 24}.

- Pacientes mayores de 40 años.
- Pacientes con sintomatología mamaria.
- Pacientes con factores de riesgo.
- Pacientes con cancerofobia.
- Pacientes con mamas muy voluminosas.
- Lesión solitaria sospechosa de malignidad o mal definida que no llega a constituir un nódulo.
- Pacientes mastectomizados, estudio de la mama contralateral.
- Pacientes en los que se va a realizar técnicas conservadoras y después de ellas.
- Como examen previo a la realización de una cirugía estética de la mama o el implante de prótesis.
- Pacientes con adenocarcinoma metastásico de origen primario desconocido.

Datos positivos primarios.

- Aumento de la densidad localizada.
- Heterogenicidad.
- Bordes estrellados.
- Desproporción radiológica – clínica.
- Calcificaciones mamarias intra y extra tumoral.

Datos positivos secundarios.

- Retracción o engrosamiento de la piel.
- Aumento de la vascularización.
- Ganglios linfáticos.
- Cambios en pezón y areola.
- Invasión del espacio retromamario.

Mamografía de aumento²³: Su ampliación óptima es de 1,5 veces el tamaño real de la mama. Permite aumentar la exactitud diagnóstica para el cáncer porque se definen con precisión los bordes de las lesiones mamarias, así como el grado y especificidad de las microcalcificaciones.

- Xeromamografía (usa una lámina de aluminio recubierta con selenio).

✓ Contrastados.

- Galactografía²¹: Está indicada en los casos que exista secreción por el pezón y ectasia ductal. Permite determinar el número y trayecto de los conductos dilatados o la presencia de un tumor intraductal. El contraste se debe instilar a través del orificio correspondiente al conducto dilatado y luego se interpreta la imagen obtenida para guiar la posible cirugía.

✓ Especiales

- US (ver tamaño, consistencia, bordes, metástasis).

- TAC
 - RMN
 - Gammagrafía hepática.
 - Linfografía nuclear de los ganglios de la cadena mamaria interna.
- ✓ Otros: Termografía.

✓ Citológicos

1. Exfoliativa (secreción mamaria).
2. Exudativa (del contenido del quiste).
3. Aspirativa - por aguja fina (CAAF)
 - por punción y aspiración (TRU- CUT).

Usada por primera vez en el cáncer de mama por James Paget en 1853 y en 1970 franzen y Zajiceck en Suecia establecieron los patrones citológicos^{5,6}.

4. Exerética. Incisión (muestra de segmento de T) } Congelación
 Excisión (todo el T) } o Parafina

Diagnóstico

Antecedentes (Etiología).

Cuadro Clínico.

Complementarios.

Diagnostico precoz se hace con:

1. Factores de riesgo.
2. Autoexamen de mama.
3. Examen clínico
4. Complementarios.
5. Pesquisaje masivo.

Consideraciones.

Menores de 20 años: Autoexamen mensual.

De 20 – 40 años: Examen médico c/ 3 meses.

Mayores de 40 años: Examen médico c/ 1 año.

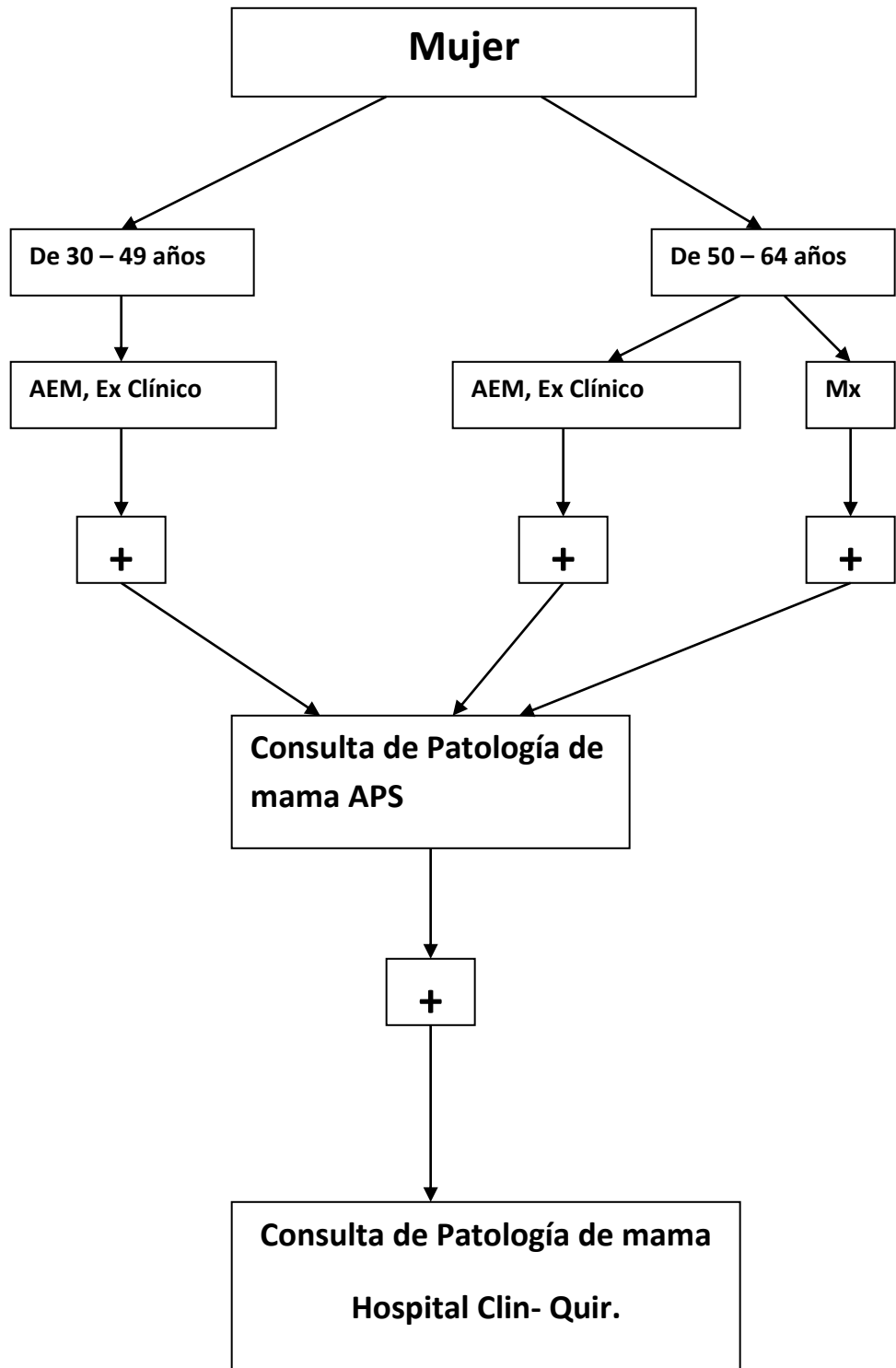
Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama³⁰⁻³².

Surge: 1987.

Objetivo: disminuir los indicadores negativos.

Aspectos fundamentales:

1. Autoexamen: 80% de los nódulos se diagnostican por la paciente.
2. Examen clínico: MGI a todas las mayores de 30 años.
3. Mamografía: mujeres entre 50 y 64 años.



Pronóstico

Factores de mal pronóstico³³:

I. Clínicos.

1. Edad: Jóvenes.
2. Sexo masculino. Por tener menos parénquima la infiltración y fijación a la pared torácica y piel es más rápida, la ½ de los casos cuando se diagnostican tienen toma ganglionar.
3. Múltiparas y el 1º hijo tardío.
4. Menopausia tardía.
5. T en cuadrantes internos, pezón y areola.
6. Estadio avanzado.
7. T en coraza.

II. Histológicos.

1. Grado histológico avanzado.
2. Grado nuclear avanzado.
3. Invasión vascular.
4. Invasión perineural.
5. Invasión muscular.
6. Invasión de piel y pezón.
7. Necrosis tumoral.
8. Bordes irregulares.
9. Tamaño mayor de 5 cm.
10. Estado ganglionar más de 3 en 19 afectos.

III. Bioquímicos.

1. Relectores hormonales negativos.
2. Marcadores tumorales (FAP positivo). HER- 2/ Neu.

Aclaraciones:

Grados histológicos

A. Formación de canalículos { Evidente-----1 pto.
Moderado-----2 pto.
Pobre o nulo ----3 pto.

B. Hiperchromía (por campos) { 1-----1 pto.
2-3-----2 pto.
Más de 3----3 pto.

C. Pleomorfismo nuclear { Mínimo-----1 pto
Moderado-----2 pto
Marcado-----3 pto.

Grado I de 3 - 5 pto. Poca malignidad.

Grado I de 6 - 7 pto. Mediana malignidad.

Grado I de 8 - 9 pto. Elevada malignidad.

Grado nuclear (según anaplasia)

Complicaciones

I. Propias de tumor.

1. Infección.
2. Necrosis.
3. Metástasis.
4. Carcinoma en coraza.
5. Sangramiento.

II. Del tratamiento

A. Quirúrgico (Mastectomías)

1. Operatorias.

➤ Hemorragias.

➤ Lesiones nerviosas.

- Ns. Del pectoral. Produce atrofia del pectoral.
- N. intercostobraquial. Produce anhidrosis axilar y anestesia cutánea del brazo.
- N. toracodorsal. Produce imposibilidad para la abducción y rotación interna del miembro superior.
- N. torácico largo de Bell. Produce la “escápula halada”.
- Plexo braquial. Produce Neuropatía cubital.

2. Postoperatorias

➤ Inmediatas.

- Hemorragias.
- Infecciones.
- Seromas.
- Necrosis cutánea.
- Dehiscencia de la sutura.

➤ Tardías.

- Linfaedema.
 - Forma precoz: poco después del tto, transitoria y resuelve con el establecimiento del flujo colateral.
 - Forma tardía: aparece mucho después y se mantiene. Se ven en las operaciones radicales, infección y radioterapia.
- Linfosarcoma. Etiología: linfaedema crónico + radioterapia
Diagnóstico: linfaedema crónico + manchas en miembro superior azul, rojo, púrpura o rojo violáceo.

Tto. Amputación interescápulo- torácica.

B. Radioterapia.

1. Fibrosis.
2. Retracción de la mama con cambios de la pigmentación de la piel y areola.
3. Dermatitis.
4. Neumonitis.
5. Pericarditis.

6. Condrítis.

C. Quimioterapia. Son transitorias. Náuseas y vómitos, caída del pelo, etc. son efectos colaterales de los medicamentos.

Tratamiento^{34,35}

Principios generales.

1. El tiempo transcurrido entre la primera consulta y el tto. Onco-específico no debe de ser mayor de 3 semanas.
2. No comenzar tto. Hasta confirmación histológica y estadiamiento.
3. Grupo de trabajo multidisciplinario.
4. Experiencia en el manejo de la enfermedad.
5. No egresar antes de las 24 horas de las mastectomías.
6. Seguimiento adecuado

I. Quirúrgico.

Principios.

1. Elegir técnica según estadio.
2. Resección hasta los bordes.
3. Excéresis de la pieza en bloque.
4. Disección ganglionar.
5. Lavado con H₂O destilada.
6. Hemostasia adecuada.
7. Cambio de guante e instrumental.

Mastectomías (clasificación)³⁶

A. Ultrarradicales (poco usadas por su agresividad, mutilante y linfaedemas monstruosos)

1. Urban. Mastectomía radical + apertura de la parrilla condrocostal y vaciamiento de la cadena ganglionar de la mamaria interna.
2. Wagesten. Mastectomía radical + vaciamiento ganglionar axilar, de la mamaria interna y mediastino.
3. Prudente. Mastectomía radical + desarticulación escápulo-acromio-torácica.

B. Radical o Clásica (Halsted- Meyer). Ablación de la mama, pectorales y vaciamiento axilar.

C. Radical modificada.

1. Patey. Ablación de la mama, pectoral menor y vaciamiento axilar.

Pasos: a. Exéresis de la mama supraaponeurótica.

b. Exéresis ganglionar interpectoral.

c. Apertura de la aponeurosis clavipectoral y disección axilar.

d. Resección del m. pectoral menor.

e. Lavado de la cavidad para el arrastre mecánico de las células tumorales evitando su siembra.

2. Madden. Ablación de la mama, no afecta a los pectorales y vaciamiento axilar.

Ventajas.

- Más estética.
- Permite la cirugía reconstructiva.
- El miembro superior queda más fuerte.
- Menor índice de complicaciones.
- Igual supervivencia a la radical.

D. Subcutánea. Se usa en carcinoma in situ, en la profilaxis de los pacientes con alto riesgo.

Desventaja: deja 15 – 20 % de tejido mamario sobre todo detrás del pezón y la cola axilar.

- E. Sanitaria.
- F. Cuadrantectomía. 1973 Veronesi describe la mastectomía parcial (cuadrante y pectoral menor) + disección glandular axilar en tumores menores de 2 cm.
- G. Ablación limitada y ampliada. Extirpación del tumor con bordes microscópicamente libres de neoplasias.
- H. Tiletomía. Extirpación de todo el tumor visible sin control microscópico.
- I. Lumpectomía. Extirpación de un nódulo.

Límites de los colgajos de las mastectomías.

- ❖ Superior: Clavícula.
- ❖ Inferior: Extremo superior del m. recto abdominal.
- ❖ Interno: Esternón.
- ❖ Externo: M. dorsal ancho.

Incisiones más usadas.

1. Meyer. *
2. Deaver.
3. Reidell.
4. Haagensen.
5. Orn.
6. Koehen.
7. Cañizares.
8. Steward. *
9. Halsted.
10. Del cóclope.

Contraindicaciones de las mastectomías³⁷⁻⁴⁰.

A. Generales.

1. Estado general precario, complicaciones cardiorrespiratorias, renales, etc.
2. Inmunodeprimidos.

B. Locales.

1. Estadios avanzados.
2. Estadio III que luego de irradiado no disminuye menos de 5 cm.
3. T inflamatorio.

C. Negativa del paciente

Contraindicaciones de la cirugía conservadora³⁷⁻⁴⁰.

1. Absolutas.

- Embarazo.
- Dos o más tumores en la misma mama.
- Microcalcificaciones mamográficas malignas difusas.

2. Relativas.

- Afección de la areola.
- Lesión radioinducida.
- Enfermedad del colágeno con tto. esteroideo.
- T en el surco submamario.
- Carcinoma coloidal (radioresistente).
- Negativa del paciente.

Condiciones para la cirugía conservadora de la mama^{36, 40,41}.

1. Se pueda hacer estudio mamográfico pre y postoperatorio.
2. Condiciones para la radioterapia adyuvante.
3. Adecuado seguimiento.

II. Estadios⁴²⁻⁴⁶

Estadio 0

Índice pronóstico de Van Nuys.

Aspectos	Puntaje 1	Puntaje 2	Puntaje 3
Tamaño tumoral	Menos de 15 mm	De 16 -40 mm	Más de 41 mm
Margen de resección	Más de 10 mm	De 1-9 mm	Menos de 1 mm
Diferenciación	No alto	No alto	Alto
Necrosis tumoral	Sin necrosis	Con necrosis	Con o sin necrosis

Puntaje	Tratamiento
3- 4	Cirugía conservadora (exéresis amplia)
5-7	Cirugía conservadora + Radioterapia
8-9	Mastectomía total.

Estadio I

T1 a-b Cirugía conservadora (exéresis amplia y disección ganglionar axilar niveles 1-2) + Radioterapia.

T1 c Cirugía conservadora (Cuadrantectomía y disección ganglionar axilar niveles 1-3, de no poder hacerse se realiza mastectomía radical modificada) + Radioterapia postoperatoria (Co ⁶⁰ o acelerador de protones) campos estáticos, técnica tangencial, dosis 60 Gy en Cuadrantectomía y 50 Gy en otras Cirugías conservadoras.

Quimio-hormonoterapia

Aspectos	Premenopáusica	Posmenopáusica
Ganglio (-) de alto riesgo	CMF 6 ciclos	CMF 6 ciclos
Relectores hormonales (+)	Ooforectomía	Tamoxifeno 2-5 años.

Leyenda: C ciclofosfamida, M metotrexate, F 5 fluoracilo.

Ganglio (-) de alto riesgo

1.- Carcinoma ductal infiltrante y medular atípico

2.- Relectores hormonales (-)

3.- Grado nuclear 3

Ganglio (-) de bajo riesgo

1.- Carcinoma ductal in situ, tubular puro, lobulillar invasivo, papilar o medular, mucinoso

2.- Relectores hormonales (+)

3.- Grado nuclear 1

4.- T menor de 2 cm. y hasta 3 cm. sin factores de riesgo.

Estadio II

II a Tto. conservador (Cuadrantectomía y disección ganglionar axilar niveles 1-3)
+ Radioterapia postoperatoria.

II b Mastectomía radical modificada de Patey o Madden y disección ganglionar axilar niveles 1-3.

Quimiohormonoterapia⁴⁶

ganglios	Premenopáusica	Posmenopáusica
Ganglio (-) de alto o bajo riesgo Relectores hormonales (+)	CMF 6 ciclos Ooforectomía	CMF 6 ciclos Tamoxifeno 2-5 años.
Ganglio (+) 1-3 Relectores hormonales (+)	AC 4 ciclos Ooforectomía	CMF 6 ciclos Tamoxifeno 2-5 años.
Ganglio (+) más de 4 Relectores hormonales (+)	A + CMF 6 ciclos Ooforectomía	A + CMF 6 ciclos Tamoxifeno 2-5 años.

Leyenda: C ciclofosfamida, M metotrexate, F 5 fluoracilo, A adriamicina.

C 100 mg/m²oral x 14 días

M 40 mg/m²iv 1^o y 8^o día del ciclo.

F 600 mg/m²iv 1^o y 8^o día del ciclo.

Como usar:

Dextrosa 5%--- 500ml + metoclopramida (10 mg) 2 amp o (50 mg) 2 amp + vit B6 2 amp. } F pasar directamente o ½ h después de M o A

Luego M o A ½ h después C

Estadio III (Localmente Avanzado)

CAF 8-10 ciclos. C- 500 mg/m² A- 50 mg/m² F- 500 mg/m²

A partir del 4º ciclo radioterapia dosis 60 -70 Gy. Luego de 4- 6 semanas evaluar respuesta.

Sí respuesta objetiva completa (no enfermedad clínica, mamografía y CAAF en 4 cuadrantes negativa): Observación.

- T menor de 3 cm.: Cuadrantectomía + disección ganglionar axilar niveles 1-3.
- T de 3 – 5 cm.: Mastectomía radical modificada de Patey o Madden.
- T mayor de 5 cm.: según criterios de equipo médico.

Hormonoterapia.

Relectores hormonales (+)

Premenopáusica: Ooforectomía.

Posmenopáusica: Tamoxifeno 2-5 años.

Estadio IV

El tratamiento es paliativo. Según:

1. Edad.
2. Estado clínico.
3. Estado general.
4. No y localización de las metástasis.

Metástasis

A. Viscerales.

1. Pulmón: C 40 mg / kg c/ 21 días al concluir el 3º ciclo evaluar
 - Mejora seguir Tto.

- Progresa pasar a otro esquema.
- 2. Hígado: CAF (10 ciclos) y evaluar.
- 3. Cerebro: Radioterapia
Quimioterapia: Ciclofosfamida o nitrosoureas.

B. Óseas.

Opciones:

1. Hormonoterapia.
 - Andrógeno 100 mg 3 v/ semana IM. Si relectores +
 - Tamoxifeno 20 mg / 24 h por 2-5 años o hasta que dure la respuesta.
 - Corticosteroides.
2. Quimioterapia. CAF (10 ciclos) y evaluar 3º y 4º ciclo.
3. Radioterapia

C. Partes blandas.

1. Cirugía + resección de la metástasis sí es posible.
2. Radioterapia.

Radioterapia

Preoperatoria. Está indicada en tumores voluminosos para lograr reducción de la masa tumoral y permitir posteriormente la exéresis.

Objetivos:

1. T grandes para disminuir el tamaño.
2. Sellar vías linfáticas de diseminación.
3. Disminuir las recidivas locales.

Postoperatoria.

Objetivos:

1. esterilización locorregional de las células tumorales.

Está indicada en los siguientes casos:

-Como complemento de la cirugía conservadora.

-Cuando no se practicó disección axilar o la misma fue incompleta.

-Para el tratamiento de los ganglios supraclaviculares, mediastínicos y a nivel del lecho quirúrgico en casos seleccionados.

-En el post-operatorio de la resección de lesiones recidivantes.

-Para aliviar el dolor en las pacientes con metástasis óseas

Inmunoterapia.

BCG.

Levamisol: 2 - 2.5 mg / kg / 24 h.

Adoptiva inespecífica con glóbulos blancos.

Inespecífica pasiva con plasma fresco.

MATERIALES Y MÉTODOS

Clasificación de la investigación: Cuantitativa Observacional Descriptiva.

Aspectos generales del estudio.

La investigación se desarrolló en el periodo comprendido entre el 1ro de enero del 2017 hasta el 1 de enero del 2020. Se realizó partiendo de un estudio observacional descriptivo, se recogieron los datos, clínicos y anatomopatológicos de los pacientes intervenidos quirúrgicamente de cáncer de mama, se insertaron los resultados en tablas y analizando esos resultados y así evaluando su comportamiento.

El contexto geográfico fueron los pacientes intervenidos quirúrgicamente de cáncer de mama pertenecientes al área norte de la provincia de Ciego de Ávila, atendidos en el Hospital General Provincial Docente Roberto Rodríguez Fernández de Morón.

Universo de estudio

Se realizó un estudio cuantitativo observacional descriptivo, con el objetivo de disminuir la incidencia acumulada por cáncer mama en pacientes atendidos del área norte de la provincia de Ciego de Ávila, atendidos en el Hospital General Provincial Docente Roberto Rodríguez Fernández de Morón.

Definición del universo de estudio

El universo de estudio estuvo constituido por los pacientes operados de cáncer de mama y la muestra la constituirán los pacientes portadores de algún tipo de patología que involucre la mama y que necesiten de algún tipo de terapia, que a su vez cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

1. Personas que expresaron su consentimiento de participar en la investigación.
2. Pacientes que sean portadores de algún tipo de patología mamaria, atendido en consulta de Cirugía General.
3. Pacientes intervenidos quirúrgicamente por diagnosticársele algún tipo de cáncer de mama.

Criterios de exclusión

1. Personas que no desearon participar en la investigación.
2. Pacientes que no habitaban en la zona norte de la provincia de Ciego de Ávila.
3. Pacientes portadoras de lesiones de mama no cancerígenas.
4. Pacientes que fallezcan durante la investigación.
5. Pacientes que desearon abandonar la investigación

Operacionalización de las Variables.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa	20-30 31-40 41-50 51-60 61-70	Edad en años según carnet de identidad.	Número y porcentaje según grupo de edad.
Sexo	Cualitativa	Femenino	Se explica por sí solo.	Número y porcentaje según sexo femenino.
1. Antecedentes de la enfermedad.	Cualitativa	Edad (más de 55 años) Menarquia precoz Consumidor de hormonas Alcoholismo Raza blanca	Si existen antecedentes concomitantes y/o predisponentes de patología neoplásica de mama.	Número y porcentaje según antecedentes concomitantes y/o predisponentes de enfermedad neoplásica de mama.

		<p>Obesidad</p> <p>Mutaciones genéticas</p> <p>Dieta</p> <p>Bajo consumo de Vitamina E y A</p> <p>Bajo consumo de Antioxidantes</p>		
2. Síntomas y signos para el diagnóstico	Cualitativa	<p>Si presentaron o no síntomas sugestivos de cáncer de mama.</p> <p>1. SÍNTOMAS</p> <p>2. Piel de corteza de naranja</p> <p>3. Retracción, o hundimiento del pezón</p> <p>4. Circulación colateral.</p> <p>5. Asimetría de las mamas</p> <p>6. Enfermedad de Paget</p> <p>7. Secreción por el pezón</p> <p>8. Aumento de volumen</p> <p>9. Cambio de coloración</p> <p>10. Otros</p>	Se explica por si solo	Número y porcentaje de síntomas presentes.
3. Medios Diagnósticos Empleados	Cualitativa	<p>Exploración Clínica</p> <p>Exámenes Humorales</p>	Se explica por si solo	Número y porcentaje de los exámenes utilizados.

		<u>Mamografía</u> <u>Resonancia Magnética</u> <u>Ecografía</u> BAAF Biopsia Excisional		
4. Localización del Tumor	Cualitativa	Cuadrante superior externo Cuadrante superior interno Cuadrante inferior externo Cuadrante Inferior interno Región central o retroareolar Otras Formas	Se explica por sí solo	Número y porcentaje dependiendo de la localización.
5. Tamaño del Tumor	Cuantitativa	Tamaño del Tumor en centímetros	Se explica por sí solo.	Número y porcentaje dependiente del Tamaño del Tumor.

<p>6. Tipo Histológico Encontrado</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Carcinoma Intra canalicular</p> <p>Carcinoma lobulillar in situ</p> <p>Carcinoma canalicular invasor</p> <p>Carcinoma lobulillar invasivo</p> <p>Carcinoma mucinoso o coloidal</p> <p>Carcinoma medular</p> <p>Carcinoma tubular</p> <p>Carcinoma papilar.</p> <p>Carcinoma adenoideo quístico.</p> <p>Carcinoma secretor</p> <p>Carcinoma apocrino.</p> <p>Carcinoma con metaplasma.</p>	<p>Dependiendo del tipo Histológico encontrado</p>	<p>Número y porciento dependiendo del tipo histológico</p>
<p>7. Grado de malignidad</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Alto Grado</p> <p>Grado Intermedio</p> <p>Bajo Grado</p>	<p>Dependiendo al Grado de Malignidad del Tumor.</p>	<p>Número y porciento de los grados de malignidad tumoral.</p>

8. Grado de Diferenciación	Cualitativa	Bien Diferenciado Moderadamente Diferenciado Pobrementemente Diferenciado Indiferenciado	Dependiendo al Grado de Diferenciación Celular.	Número y porcentaje de los diferentes grados de diferenciación celular.
9. Tipo de Intervención Quirúrgica Realizada	Cualitativa	Mastectomías con vaciamiento ganglionar Cuadrantectomia con vaciamiento ganglionar Cuadrantectomia sin vaciamiento ganglionar Ablación limitada y ampliada Tillectomía Lumpectomia Técnicas Conservadoras	Se explica por si sola.	Número y porcentaje de los diferentes grados de diferenciación celular.

2.- Variables de diagnósticos.

Evaluación por medio de examen físico. Se realizó por parte de los médicos especialista y residente en Cirugía General que llevaron a cabo el estudio.

Evaluación por radiología. Se realizó por medio del especialista en Imaginología a los pacientes a los cuales se les haya detectado afección mamaria.

Evaluación por laboratorio clínico. Se realizó a aquel paciente el cual se haya dentro del programa de proyecto.

Ética y bioética:

Los pacientes del presente estudio tuvieron la oportunidad de informarse sobre los objetivos de la intervención y la inocuidad de la misma, que su participación será voluntaria y una vez incorporados a este tendrán la posibilidad de abandonarlo si así lo desearan. Su disposición a colaborar en el estudio se plasmó en un modelo de consentimiento informado, debidamente firmado por ellas y el investigador, quien dio fe al respeto absoluto a la confidencialidad de sus identidades e información.

Los datos fueron obtenidos de las Hojas de Recolección de Datos elaboradas al efecto y se utilizó el porcentaje como medida de resumen para variables cualitativas y cuantitativas.

La estrategia metodológica del Trabajo se basa en principios, categorías y leyes del Materialismo Dialéctico y del método científico, aplicados al estudio de una parte de la realidad social.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Métodos del nivel teórico:

-Análisis – síntesis: Permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.

-Análisis histórico –lógico: Se selecciona con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el decursar de su historia, por lo que se emplea para indagar sobre el cáncer de mama.

-Enfoque de sistema: Permite establecer relaciones de jerarquía entre sus componentes y la relación con el contexto, todo lo que facilita la precisión en cuanto a la coherencia e integridad de las acciones a seguir para lograr el estudio del comportamiento del cáncer de mamas.

-Inductivo-deductivo: Se utiliza para seguir un orden lógico en los fundamentos teóricos del tema y arribar a conclusiones parciales y generales.

-Dialectico-materialista: Es utilizado a lo largo de toda la investigación para conocer la evolución del tema hasta la actualidad.

Nivel Empírico:

- **Observación:** Para ello se elaboró una guía que nos permitió determinar el estado de salud de pacientes en el momento del ingreso y al egreso, a fin de evaluar cómo ha sido su evolución ante la terapéutica recibida.
- **Encuestas:** Con el empleo de este método pudimos obtener información acerca de la existencia de factores de riesgo y los síntomas presentes en los pacientes al momento del ingreso.
- **Análisis de documentos:** Se revisaron las historias clínicas de los pacientes seleccionados.

Métodos estadísticos:

-Análisis porcentual: Se emplea para expresar los diferentes resultados en tablas, utilizando como medida de resumen el porcentaje.

El procesamiento estadístico mediante el análisis porcentual se realizó en una computadora DUAL-CORE y se utilizaron los programas Microsoft Word y Excel 97-2003.

Los datos obtenidos de la Hojas fueron vaciados en cuadros estadísticos para su presentación y análisis, utilizando medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas (porcentaje).

Se redactó un informe final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el departamento de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Tabla No.1: Relación de los pacientes intervenidos por cáncer de mama en el Hospital Provincial General Roberto Rodríguez Fernández de Morón en el período comprendido de enero del 2017 a enero de 2020, según Grupos de Edades y Sexo.

Grupo de Edad	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
20-30	1	0.6	0	0.0	1	0.6
31-40	9	5.0	1	0.6	10	5.5
41-50	23	12.7	0	0.0	23	12.7
51-60	86	47.5	2	1.0	88	48.6
61-70	39	21.5	1	0.6	40	22.1
+ 70	19	10.5	0	0.0	19	10.5
Total	177	97.8	4	2.2	181	100

Fuente: Historias Clínicas

En la 1ra tabla se puede observar el predominio del grupo de edad comprendido entre 51 y 60 años con 88 pacientes, seguido del de 61 a 70 años con 40 pacientes. Además, se puede observar la relación entre las variables sexo y edad, demostrando la gran disparidad en la incidencia entre ambos sexos, con mayoría abrumadora del sexo femenino (97.8%) sobre el masculino (2.2%); con predominio del grupo de edad comprendido entre 51 y 60 años con 88 pacientes, seguido del de 61 a 70 años con 40 pacientes. Ambas informaciones corroboran lo investigado en publicaciones extranjeras y nacionales, donde por consenso el sexo femenino es el más afecto y las edades por encima de los 50 años las de mayores posibilidades de padecer la enfermedad; aunque ya no es casual la presencia del cáncer de mama en mujeres jóvenes, 34 pacientes en nuestro estudio con menos de 50 años lo padecieron, 1 de ellas menor de 30 años.

Estos datos concuerdan con estudios realizados en la Ciudad de la Habana, en el Hospital Docente Dr. Salvador Allende donde se recoge la alta incidencia de pacientes portadores de cáncer de mama en edades similares a la investigación que estamos realizando³. Australia también denota una incidencia acumulada

verdaderamente significativa de pacientes afectos, adentrados entre la tercera y cuarta década de la vida, tributarios de procesos oncoproliferativos de la mama, muchos de ellos en estadios avanzados de la enfermedad que en su momento fueron tratados quirúrgicamente y cumplen con una terapéutica con principios oncológicos Quimioterapia y Radioterapia¹⁶. Otros estudios recientes realizados en Estados Unidos de América dan cuenta de resultados también similares a los obtenidos en el presente trabajo¹², destacando al sexo femenino como el más afectado por el cáncer de mama, por el uso frecuente de hormonas estrogénicas exógenas para reducir los síntomas de la menopausia, así como el uso de implantes mamarios y anticonceptivos orales. España resalta también en recientes artículos publicados por la universidad de Barcelona que son las mujeres que sufren con mayor frecuencia esta enfermedad alegando así el consumo excesivo de hormonas, la avanzada edad, la menarquia precoz y el uso inadecuado de diferentes sujetadores con fines estéticos¹⁶.

Tabla No.2: Relación de los pacientes intervenidos por cáncer de mama, según Antecedentes.

η=181

Antecedentes	No	%
Edad (55 años y más)	148	81.7
Hábito de Fumar	156	86.1
Menarquía Precoz	24	13.2
Consumo de Hormonas	67	37.0
Alcoholismo	8	4.4
Raza Blanca	127	70.1
Obesidad	58	32.0
Dieta Cancerígena	49	27.0
Bajo consumo de Vitaminas E,A	93	51.3
Bajo consumo de antioxidantes	8	4.4

Fuente: Historias Clínicas

El anuario estadístico de nuestro país del año 2019 recoge al hábito de fumar como el factor de riesgo más frecuente recogido en los antecedentes de todas las investigaciones relacionadas con el cáncer, hecho que es corroborado en nuestra investigación, pues cerca del 90% de los pacientes presentaron este dañino hábito. Los otros antecedentes con mayor presencia fueron la edad con 148 pacientes en rangos de edades con peligro a padecer la enfermedad y la raza blanca con el 70.2% de incidencia; datos que tienen similitud con la bibliografía revisada; aunque de forma en estudios internacionales otros factores como la no lactancia materna y antecedentes familiares de cáncer de mama tienen mayor prevalencia. Aproximadamente el 43% de todos los casos registrados en el mundo corresponden a los países desarrollados y en vías de desarrollo destacando así los malos hábitos alimenticios que condicionan el desarrollo de la obesidad factor que desencadena esta enfermedad, así como las sustancias nocivas, el licor y el consumo del tabaco, tal enfermedad va en ascenso en países que apenas registraban el comportamiento de la morbilidad por el Cáncer de mama^{1,11,16}.

Tabla No.3 Relación de los pacientes intervenidos por cáncer de mama según Síntomas y signos al momento del diagnóstico.

η=181

Síntomas y signos al momento del diagnóstico	No	%
Piel Corteza de Naranja	15	8.2
Retracción o Hundimiento del Pezón	21	11.6
Circulación Colateral	2	1.1
Asimetría de las Mamas	42	23.2
Secreción del Pezón	31	17.1
Cambio de Coloración	16	8.8
Aumento de Volumen	42	23.2
Otros	6	3.3

Fuente: Historias Clínicas

El auto examen de las mamas es un elemento de probada eficacia en la detección precoz del cáncer de mama, que los principales síntomas y signos recogidos en nuestra investigación fuesen el aumento de volumen y la asimetría de las mamas (42 pacientes) equivalente a un 23.2% lo cual demuestran la escasa práctica aún en nuestro medio y por supuesto la presencia de otros síntomas que son indicativos de una evolución avanzada de la enfermedad, declarando de por si un pronóstico más sombrío.

Elementos que no coinciden con los estudios revisados incluso nacionales donde la mayoría de los pacientes eran asintomáticos y su diagnóstico se basó en Pesquisaje realizados a las mujeres en edades de riesgo como lo establecen las políticas sanitarias^{1,11}.

Tabla No.4: Relación de los pacientes intervenidos por cáncer de mama según medios diagnósticos empleados.

$\eta = 181$

Medios Diagnósticos Empleados	No	%
Exploración Clínica	181	100
Exámenes Humorales	181	100
Mamografía	181	100
RMN	2	1.1
Ecografía	181	100
BAAF	34	18.7
Biopsia excisional	147	81.3

Fuente: Historias Clínicas

En la tabla 4 mostramos los elementos diagnósticos empleados en los pacientes dejando por claro la utilidad de los mismos en el protocolo de atención en las afecciones mamarias, utilizando el examen físico, los exámenes de laboratorio, la mamografía y el ultrasonido clínico en la totalidad de los casos, y la BAAF en solo 34 pacientes. Es relevante también que el 81.3% de los pacientes necesitaron la biopsia excisional para el diagnóstico histológico.

Elemento que no corresponde con la correlación de uso en el escenario diagnóstico tanto nacional como internacional, con mayor uso en la investigación de las afecciones mamarias, por lo cual el mayor porcentaje del diagnóstico histológico se realizó mediante la biopsia excisional en el 81.3% de los pacientes. En nuestro País contamos con un programa nacional de diagnóstico preclínico y precoz de cáncer de mama el cual cuenta con el auto examen de mama, pesquisas activas en paciente mayores de 40 años y portadores de primera línea de consanguinidad de cáncer de mama, examen clínico de las mamas, así como el uso indispensable de la ecografía mamaria o una mamografía la cual aporta con certeza la presencia de características radiológicas de un tumor mama. Estudios recientes comparativos con la investigación desarrollada destacamos que en países como Suecia, Holanda e Inglaterra presentan experiencias con programas con igual similitud empleado en nuestro país²⁵, resaltando la importancia del autoexamen de mama y la mamografía, así como el uso de la BAAF¹⁶ y la biopsia excisional para el diagnóstico certero y preciso de esta enfermedad obteniendo resultados satisfactorios.

Tabla No.5: Relación de los pacientes intervenidos por cáncer de mama según localización del tumor.

Localización del Tumor	No	%
CSE	112	61.9
CSI	34	18.8
CIE	23	12.7
CII	8	4.4
Región Central	4	2.2
Total	181	100

Fuente: Historias Clínicas

En la tabla 5 encontramos la distribución de los pacientes según localización del tumor; encontrando la mayor distribución hacia el cuadrante superior externo en 112 pacientes equivalente a un 61.9%, seguido ya en mucha menor frecuencia del cuadrante superior interno en 34 pacientes con 18.8%.

La presente investigación presenta resultados similares en cuanto a localización más frecuente del tumor en el cuadrante superior externo según estudios realizados en el Hospital General Docente Vladimir Ilich Lenin de Holguín realizado por Sánchez Moreira denotando la alta incidencia de la enfermedad, así como resaltando un gran número de pacientes con localización del tumor en la región central de la mama lo cual difiere de la investigación realizada en el Hospital General de Morón⁴⁷.

Demostrando lo ya descrito en la literatura desde hace varias décadas y coincidiendo con la totalidad de la bibliografía donde se verifica este hecho¹.

Tabla No.6: Relación de los pacientes intervenidos por cáncer de mama según tamaño del tumor.

Tamaño del Tumor(diámetro)	No	%
Menos de 1cm	6	3.3
1-3cm	35	19.3
3.1-5cm	17	9.4
5.1-7	59	32.6
Más de 7cm	64	35.4
Total	181	100

Fuente: Historias Clínicas

En la 6ta tabla se relacionan los pacientes según el tamaño del tumor, mostrando el llamativo resultado de que el 35.4% de los pacientes presentaron tumores mayores de 7cm, y que otro 32.6% fue mayor de 5cm, o sea que más de la mitad de los pacientes presentaron neoplasias clasificadas como grandes y sin posibilidades de tratamiento conservador;

Lo cual coincide con el diagnóstico tardío aún de los pacientes enfermos de cáncer. Cuestión que no es así incluso en otras provincias de nuestro país con el pesquisaje mamográfico de las mujeres en edad de riesgo encontrando más tempranamente la neoplasia y permitiendo realizar tratamientos conservadores o al menos no radicales^{16, 25}.

En algunos países del mundo sobre todo en Latinoamérica se diagnostican tardíamente la enfermedad encontrando una alta incidencia de tumores mayores de 7cm por la escasa práctica de la medicina preventiva y por no tener bien identificado un programa de detección precoz del cáncer, así como el uso inadecuado de diferentes medicamentos y la falta de cultura sanitaria con una mayor incidencia en países subdesarrollados, Perú¹³, Guatemala²¹ y Bolivia²⁷. En el continente Europeo específicamente en España y países bajos como Holanda¹⁶ según estudios comparativos hay presencia de una disminución de la incidencia del cáncer de mama así como un diagnóstico preciso y en estadios temprano de la enfermedad, con un tamaño del tumor en el momento del diagnóstico de menos de 5cm de diámetro el cual permite realizar técnicas conservadoras obteniendo un mejor pronóstico de la enfermedad y obteniendo resultados favorables en el tratamiento del cáncer de mama.

Tabla No.7: Relación de los pacientes intervenidos por cáncer de mama según tipo histológico.

Tipo Histológico	No	%
Carcinoma Intracanalicular	105	58.0
Carcinoma lobulillar in situ	27	14.9
Carcinoma canalicular invasor	15	8.3
Carcinoma lobulillar invasivo	18	9.9
Carcinoma mucinoso coloidal	12	6.6
Carcinoma medular	1	0.6
Carcinoma papilar	3	1.7
Total	181	100

Fuente: Historias Clínicas

El carcinoma Intracanalicular (102) y el lobulillar in situ (27) fueron los diagnósticos histológicos más frecuentes, incluso casi los únicos solo acompañados en menor cuantía por otros 3 tipos histológicos.

Situación similar en nuestro entorno nacional e incluso en el internacional, solo escasa bibliografía invierte la frecuencia entre ellos, pero manteniendo los mismos tipos histológicos.

Estudios similares se realizaron en el Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras de La Habana³ el cual destaca su alta prevalencia con respecto a otros tipos histológicos de cáncer de mama al Carcinoma Intracanalicular y en menor frecuencia al carcinoma lobulillar dado estas características en cuanto a su histología avalan similar resultado en esta investigación realizada.

Tabla No.8: Relación de los pacientes intervenidos por cáncer de mama según Grado de malignidad.

Grado de malignidad	No	%
Alto Grado	60	33.1
Grado Intermedio	34	18.8
Bajo Grado	87	48.1
Total	181	100

Fuente: Historias Clínicas

La tabla 8 muestra la distribución de los pacientes según el grado de malignidad, mostrando el predominio de un bajo grado de malignidad en un 48.1% seguido del bajo grado en 60 pacientes con (33.1%).

Las neoplasias de mama son en sentido general tumores con alto grado de malignidad y por ende la necesidad de tratamientos combinados ante la presencia de tumores de alto grado de malignidad e incluso cuando se realizan tratamientos radicales. Siendo corroborado en las investigaciones revisadas, encontrando diferencias al respecto con nuestra investigación, según se realizó un estudio en el oriente de nuestro país específicamente en la provincia de Holguín en el Hospital Provincial Docente Vladimir Ilich Lenin destacando un alto grado de malignidad de estos tumores, así como una morbimortalidad elevada por Cáncer mamario, dichos resultados no son compatibles en nuestra investigación obteniendo un predominio de un bajo grado de malignidad y mejor pronósticos.

Tabla No.9: Relación de los pacientes intervenidos por cáncer de mama según Grado de diferenciación.

Grado Diferenciación Celular	No	%
Bien Diferenciado	112	61.9
Moderadamente Diferenciado	32	17.7
Pobrementemente Diferenciado	12	6.6
Indiferenciado	25	13.8
Total	181	100

Fuente: Historias Clínicas

La diferenciación celular es otro de los elementos importantes que se tienen en cuenta para el tratamiento posterior al tratamiento quirúrgico y para proponer el valor predictivo en la evolución del paciente, aunque predominó los tumores bien diferenciados en 112 pacientes (61,9%), seguido de los moderadamente indiferenciados en 17,7% y los indiferenciados en 13,8%; lo que llama la atención y difiere con las otras investigaciones revisadas con el alto 13.8% de los indiferenciados, cuestión que no es frecuente, pues solo porcentajes incluso por debajo de 0 incluyen la indiferenciación celular en el cáncer de mama; la mayoría de los casos son bien diferenciados. Elemento que coincide al igual que la tabla anterior con las bibliografías revisadas, es un elemento que científicamente se encuentra ya probado^{1,16}.

Tabla No.10: Relación de los pacientes intervenidos por cáncer de mama según tipo de tratamiento Quirúrgico realizado.

Tipo de tratamiento Quirúrgico	No	%
Mastectomía con vaciamiento ganglionar	111	61.3
Cuadrantectomia con vaciamiento ganglionar	38	20.9
Cuadrantectomia sin vaciamiento ganglionar	20	11.1
Ablación ampliada	0	0.0
Ablación limitada	0	0.0
Tilectomía	6	3.3
Lumpectomia	2	1.2
Otras técnicas conservadoras	4	2.2
Total	181	100

En la última tabla se recoge el tipo de tratamiento quirúrgico que se le practicó a los pacientes en esta investigación, donde el 61.3% necesitó de la mastectomía radical con vaciamiento ganglionar, indicada por los elementos que se expusieron anteriormente, seguido de otro de tipo de mastectomía (parcial) la Cuadrantectomia con vaciamiento ganglionar en 20.9%.

Y como es lógico y contradictorio ya en el resto del mundo se preconiza por la realización de la cirugía conservadora de la mama con excelentes resultados y obteniendo una mejor evolución tanto clínica como psicológica de los pacientes intervenidos quirúrgicamente tratados por técnicas novedosas y no tan mutilante, donde predominan los tratamientos conservadores o las mal llamadas mini mastectomías, generalmente en Europa se practica estas novedosas estrategias quirúrgicas. En nuestra investigación difiere con dichos resultados porque hay un predominio de las mastectomías radicales, aunque se llegaron a utilizar técnicas conservadoras obteniendo resultados satisfactorios desde el punto de vista evolutivo^{11,16}.

CONCLUSIONES.

- ✓ El sexo más afectado fue el femenino con 177 pacientes del total de 181.
- ✓ El 48.7% de los pacientes estuvo en el rango de edad entre 51 y 60 años.
- ✓ El hábito de fumar fue el principal antecedente recogido, con 86.1% de prevalencia.
- ✓ Los principales síntomas y signos recogidos fueron el aumento de volumen de las mamas y la asimetría de las mismas en el 23.2%.
- ✓ Los medios diagnósticos como la exploración clínica, los exámenes humorales, la mamografía y la ecografía fueron utilizados en el 100% de los pacientes.
- ✓ Predominaron los tumores mayores de 7cm (64) localizados en el CSE en el 61,9% de los casos.
- ✓ El principal tipo histológico fue el carcinoma Intra canalicular, presente en 105 pacientes, de bajo grado de malignidad (87) y bien diferenciado (112)
- ✓ El principal proceder quirúrgico realizado fue la mastectomía con vaciamiento ganglionar en el 61.3%.

RECOMENDACIONES

Crear programas de pesquisa para el diagnóstico precoz del cáncer de mama

Seguimiento cuidadoso a las pacientes con alto riesgo y categorías probablemente benignas en los estudios de imagen.

Los métodos diagnósticos para la detección de afecciones de la mama deben ser indicados por los cirujanos y oncólogos en consultas de sus especialidades ya que están limitados a los últimos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anuario Estadístico Nacional Electrónico. Ministerio Salud Pública 2019.
2. Barreto Penié J, Santana Porben. Mitos, realidades, perspectivas. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2018.
3. Blanco I, Cabrera E, Llord G. Cáncer colorrectal hereditario. Psicooncología. 2018.
4. Centro de Estudios de Población y Desarrollo de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE). La Habana: ONE;2019.
5. Chacaltana A, Guevara G. Factores de riesgos modificables en pacientes con cáncer de mama. Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna 2019.
6. Cortinas C, Espinosa J. Carcinogénesis. En: Corey G, ed. Cáncer y ambiente. Bases epidemiológicas para su investigación y control. México: Metepec Universidad Nacional Autónoma 2017.
7. Danaei G, Vander S, Lopez A, Murray C, Ezzati M. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioral and environmental risk factors. Lancet 2020.
8. Domínguez E, Seuc A, Galán Y, Navarro D, Tuero A. Mortalidad y años de vida potencial perdidos por cáncer de tiroides. Cuba: años 1990, 1995, 2000 y 2004. Rev Cubana Endocrinol 2015.
9. Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue H, Colombet M, Boyle P. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. Ann Oncology. 2018.
10. Franco A, Sikaledis AK, Solis Herruzo JA. Colorectal cancer: influence of diet and lifestyle factors. Rev Esp Enferm Dig. 2015.
11. García JA. El cáncer de mama es el tumor más frecuente en Europa. Ann Oncol 2016.
12. Instituto Nacional del Cáncer. Cáncer de seno, 2018.
13. Lactancia materna protege a las mujeres de sufrir cáncer de mama, 2019.
14. Levi F, Bosetti C, Fernandez E, Hill C, Lucchini F, Negri E, et al. Trends in lung cancer among young European women: The rising epidemic in France and Spain. Int J Cáncer. 2020.

15. Linares TME, Ibarra EJ, Díaz H, Rabelo G, Suárez C. Cáncer, ocupación y supervivencia. *Rev Cubana Salud Trabajo* 2018.
16. Robledo Abad JF, Caicedo Mallarino JJ, Suárez de Antonio R. Análisis de sobrevida en una cohorte de 1.328 pacientes con carcinoma de seno. *Patología*. 2020; 4:5.
17. Gradishar W. Male breast cancer. En: *Diseases of the breast*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2019. p. 749---54.
18. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Murray T, et al. Cancer statistics, 2008. *CA Cancer J Clin*. 2018;58(2):71---96.
19. Siegel R, Ward E, Brawley O, Jemal A. The impact of eliminating socioeconomic and racial disparities on premature cancer deaths. *CA Cancer J Clin*. 2019;61(4):212---36.
20. Ly D, Forman D, Ferlay J, Brinton LA, Cook MB. An international comparison of male and female breast cancer incidence rates. *Int J Cancer*. 2013;132(8):1918---26.
21. Anderson WF, Althuis MD, Brinton LA, Devesa SS. Is male breast cancer similar or different than female breast cancer? *Breast Cancer Res Treat*. 2004;83(1):77---86.
22. Prada N, Angel J, Ríos D. Cáncer de mama en hombres ¿Es una entidad diferente al cáncer de mama en la mujer? Revisión de la literatura. *Rev Colomb Cancerol*. 2019;18(2): 78---82.
23. Rudlowski C. Male breast cancer. *Breast Care*. 2018;3(3):183---9.
24. Kahla PB, Cassaro S, Vladimir FG, Wayne MG, Cammarata A. Bilateral synchronous breast cancer in a male. *Mt Sinai J Med*. 2017;72(2):120---3.
25. Rubio Hernández MC, Díaz Prado YI, Pérez SR, Díaz RR, Aleaga ZG. Synchronous bilateral breast cancer in a male. *Ecancermedicallscience*. 2018:7.
26. Sun WY, Lee KH, Lee HC, Ryu DH, Park JW, Yun HY, et al. Synchronous bilateral male breast cancer: a case report. *J Breast Cancer*. 2020;15(2):248---51.

27. Johansen Taber KA, Morisy LR, Osbahr AJ, Dickinson BD. Male breast cancer: risk factors, diagnosis, and management (Review). *Oncol rep.* 2018;24(5):1115---20.
28. Korde LA, Zujewski JA, Kamin L, Giordano S, Domchek S, Anderson WF, et al. Multidisciplinary meeting on male breast cancer: summary and research recommendations. *J Clin Oncol.* 2020;28(12):2114---22.
29. Deb S, Jene N, Fox SB. Genotypic and phenotypic analysis of familial male breast cancer shows under representation of the HER2 and basal subtypes in BRCA-associated carcinomas. *BMC cancer.* 2019;12(1):510.
30. Vodusek AL, Novakovic S, Stegel V, Jereb B. Genotyping of BRCA1, BRCA2, p53, CDKN2A, MLH1 and MSH2 genes in a male patient with secondary breast cancer. *Radiol Oncol.* 2016;45(4):296---9.
31. Zygiogianni AG, Kyrgias G, Gennatas C, Ilknur A, Armonis V, Tolia M, et al. Male breast carcinoma: epidemiology, risk factors and current therapeutic approaches. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2018;13(1):15---9.
32. Goss PE, Reid C, Pintilie M, Lim R, Miller N. Male breast carcinoma: a review of 229 patients who presented to the Princess Margaret Hospital during 40 years: 1955-1996. *Cancer.* 2018;85(3):629---39.
33. Giordano SH, Cohen DS, Buzdar AU, Perkins G, Hortobagyi GN. Breast carcinoma in men: a population-based study. *Cancer.* 2019; 101:51---7.
34. Giordano SH. A review of the diagnosis and management of male breast cancer. *Oncologist.* 2018;10(7):471---9.
35. Teo JY, Tan PH, Yong WS. Male breast cancer in Singapore: 15 years of experience at a single tertiary institution. *Ann Acad Med Singapore.* 2016;41(6):247---51.
36. Kornegoor R, Verschuur-Maes AH, Buerger H, Hogenes MC, de Bruin PC, Oudejans JJ, et al. Molecular subtyping of male breast cancer by immunohistochemistry. *Mod Pathol.* 2017;25(3):398---404.
37. Yu XF, Feng WL, Miao LL, Chen B, Yang HJ. The prognostic significance of molecular subtype for male breast cancer: A 10-year retrospective study. *Breast.* 2018;22(5):824---7.

38. Nilsson C, Koliadi A, Johansson I, Ahlin C, Thorstenson S, Bergkvist L, et al. High proliferation is associated with inferior outcome in male breast cancer patients. *Mod Pathol.* 2019;26(1):87---94.
39. Nilsson C, Johansson I, Ahlin C, Thorstenson S, Amini RM, Holmqvist M, et al. Molecular subtyping of male breast cancer using alternative definitions and its prognostic impact. *Acta Oncol.* 2019; 52:102---9.
40. Shak S, Palmer G, Baehner FL, Millward C, Watson D, Sledge GW Jr. Molecular characterization of male breast cancer by standardized quantitative RT-PCR analysis: First large genomic study of 347 male breast cancers compared to 82,434 female breast cancers. *J Clin Oncol.* 2019;27(15S):549.
41. Giordano SH, Perkins GH, Broglio K, Garcia SG, Middleton LP, Buzdar AU, et al. Adjuvant systemic therapy for male breast carcinoma. *Cancer.* 2018;104(11):2359---64.
42. Goss PE, Reid C, Pintilie M, Lim R, Miller N. Male breast carcinoma: a review of 229 patients who presented to the Princess Margaret Hospital during 40 years: 1955-1996. *Cancer.* 1999;85(3):629---39.
43. Bagley CS, Wesley MN, Young RC, Lippman ME. Adjuvant chemotherapy in males with cancer of the breast. *Am J Clin Oncol.* 1987;10(1):55---60.
44. Ribeiro G, Swindell R. Adjuvant tamoxifen for male breast cancer (MBC). *Br J Cancer.* 1992;65(2):252---4.
45. Cloyd JM, Hernandez-Boussard T, Wapnir IL. Outcomes of partial mastectomy in male breast cancer patients: analysis of SEER, 1983-2009. *Ann Surg Oncol.* 2018;20(5):1545---50.
46. Cloyd JM, Hernandez-Boussard T, Wapnir IL. Poor compliance with breast cancer treatment guidelines in men undergoing breast-conserving surgery. *Breast Cancer Res Treat.* 2017;139(1):177---82.
47. Sánchez Moreira P. Cáncer de mama. Diagnóstico y estadiamiento. Holguín. 2017-2019

ANEXOS:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo-----, estoy de acuerdo a ser incluido/a en la investigación, Comportamiento de la incidencia acumulada por cáncer de mama en el Hospital General de Morón. Perteneciente al Hospital General y Docente de Morón, y se me han explicado las bases del estudio.

He podido hacer preguntas sobre la investigación.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

Cuando quiera

Sin tener que dar explicaciones

Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en la investigación.

Fecha_____

Firma del participante_____

Investigador

Firma

ANEXO. 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

HC.: _____

1.-Edad:

2.- Sexo:

2.1- Masculino__

2.2- Femenino__

3.- Antecedentes:

3.1- Sobrepeso__

3.2-Menarquia Precoz __

3.3- Alcoholismo__

3.4- Fumador__

3.5- Bajo consumo de vitaminas A y E __

3.6- Tratamiento Hormonal__

4.- Síntomas al momento de 1ra consulta:

5.-Hallazgos al Examen Físico:

6.- Complementarios realizados para diagnóstico:

7.- Localización y tamaño(cm) del tumor.

8.- Histología:

9.- Tratamiento realizado:

Criterios de inclusión

4. Personas que expresen su consentimiento de participar en la investigación.
5. Pacientes que sean portadores de algún tipo de patología mamaria, atendido en consulta de Cirugía General.
6. Pacientes intervenidos quirúrgicamente por diagnosticársele algún tipo de cáncer de mama.

Criterios de exclusión

6. Personas que no deseen participar en la investigación.
7. Pacientes que no habiten en la zona norte de la provincia de Ciego de Ávila.
8. Pacientes portadoras de lesiones de mama no cancerígenas.
9. Pacientes que fallezcan durante la investigación.
10. Pacientes que deseen abandonar la investigación