

# Cáncer de Mama

Dossier de prensa

---

Octubre | 2018

## ¿Qué es el cáncer de mama?

Es una enfermedad causada por la multiplicación anormal de las células de la mama que forman un tumor maligno.

Las células normales crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita. Algunas veces este proceso se descontrola formando una masa de tejido que es lo que se conoce como tumor. Este tumor se puede desarrollar en distintas partes del tejido mamario.

Se trata de una enfermedad que afecta mayoritariamente a mujeres mayores de 50 años. Se reconocen algunos factores que aumentan el riesgo de enfermar:

- Ser mujer y cumplir años (el riesgo aumenta con la edad)
- Antecedentes personales de cáncer de mama o de enfermedad pre-neoplásica de mama.
- Antecedentes familiares de cáncer de mama.
- Tratamiento previo con radioterapia dirigida al tórax.
- Terapia de reemplazo hormonal.
- Primera menstruación a edad temprana.
- Edad avanzada en el momento del primer parto o nunca haber tenido hijos.

Otros factores que aumentan las posibilidades de tener cáncer de mama y sobre los cuales se puede intervenir son: el sobrepeso, el sedentarismo, el tabaquismo, el consumo de alcohol en proporciones mayores a las recomendadas.

El **cáncer hereditario** representa **alrededor del 5-10%** de todos los casos de cáncer de mama. Algunos genes mutados relacionados con éste tipo de cáncer son más comunes en ciertos grupos étnicos. Los dos genes mejor caracterizados son los llamados BRCA1 y BRCA2, cuyas mutaciones confieren un riesgo aumentado de tener cáncer de mama y otros tumores en edades especialmente jóvenes.

## DetECCIÓN temprana

### DETECCIÓN TEMPRANA CON MAMOGRAFÍA

La detección temprana del cáncer de mama se da por medio de la mamografía, que consiste en realizar una radiografía de las mamas. Con este estudio es posible detectar el cáncer de mama en su fase asintomática, cuando todavía la lesión no es palpable, por lo cual, es posible recurrir a mejores posibilidades de cura, con tratamientos menos agresivos que los que se realizan cuando el cáncer está más avanzado.

La mamografía es el único método reconocido para la detección precoz del cáncer de mama. En el país hay tres tecnologías para hacer mamografía: Analógica, CR o digitalizada y Digital con o sin Tomosíntesis.

Cualquiera de las tres tecnologías sirve para detectar el cáncer de mama en forma precoz si están realizadas con calidad e informadas por un médico entrenado.

El INC a través de su Programa Nacional para el Control de Cáncer de Mama verifica los mamógrafos del país y acredita la calidad de sus mamografías utilizando las recomendaciones del “Manual para la evaluación de estándares de calidad y seguridad en la atención en los servicios de mamografía”, en vigencia desde 2014.<sup>1</sup>

### EDAD Y PERIODICIDAD RECOMENDADA PARA REALIZAR EL ESTUDIO MAMOGRÁFICO

El INC recomienda el estudio mamográfico como método de tamizaje poblacional a las mujeres asintomáticas entre 50 y 69 años sin antecedentes personales ni familiares de cáncer de mama. La definición de la población objetivo está basada en la mayor carga de la enfermedad en ese grupo etario y en el mejor desempeño de la mamografía (la evidencia científica muestra que es en ese grupo en el que la mamografía brinda más réditos).<sup>2,3</sup>

Hay que destacar que la población objetivo para tamizar está compuesta por mujeres asintomáticas y sin antecedentes personales ni familiares de cáncer de mama. Esto no quiere decir que mujeres fuera de ese rango etario no deban hacerse mamografías. Tanto en las mujeres menores de 50 como en aquellas de 70 años o más, la decisión de hacer o no una mamografía de tamizaje debe ser personalizada y conversada con la médica o médico tratante, sopesando los beneficios y los perjuicios de realizar el estudio.

Cualquier intervención médica trae aparejados costos y beneficios. Los costos de la mamografía no sólo son económicos, ya que existe la posibilidad de que la mamografía señale imágenes sospechosas que en realidad no son cáncer que es lo que habitualmente se llaman resultados “falsos positivos”. Esos “falsos positivos” pueden generar que los médicos tengan que hacer biopsias para confirmar o no la presencia de un cáncer. El porcentaje acumulado de falsos positivos luego de 10 años de tamizaje mamográfico varía entre el 4 y 7%.<sup>4</sup>

El sobre-diagnóstico es la detección de cáncer que no representará peligro para la salud del paciente. Los estudios de tamizaje tienden a detectar lesiones malignas de lento crecimiento, entre ellas, existen algunas que son de crecimiento tan lento, que aún libradas a su evolución, jamás se manifestarán durante la vida de la mujer o sólo lo harán muy tardíamente. Esto significa que algunas pacientes recibirán tratamiento que puede causar efectos adversos (desde el punto de vista médico, físico o psicológico) por un cáncer que no hubiese causado daños a la salud (por ej. dado por su lento crecimiento). Los reportes de sobre-diagnóstico varían en un 20 y un 50%.<sup>5, 6</sup>

La periodicidad recomendada para la mamografía de tamizaje es cada 1 ó 2 años. La evidencia bibliográfica sugiere que no existen diferencias sustanciales entre una u otra recomendación.

En este sentido, tanto en la recomendación para la edad de tamizaje como en la periodicidad para realizar el estudio, el INC adhiere a las recomendaciones de la US Preventive Services Task Force de los Estados Unidos<sup>1</sup>, la Canadian Task Force on Preventive Health Care<sup>2</sup>, el Advisory Committee on Cancer Prevention de la Unión Europea<sup>3</sup>, el National Health Service del Reino Unido<sup>4</sup> y la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> “The USPSTF recommends biennial screening mammography for women 50-74 years.”; en <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/breast-cancer-screening>

<sup>2</sup> “For women aged 50–69 years we (The Canadian Task Force on Preventive Health Care) recommend routinely screening with mammography every 2 to 3 years.”; en <http://canadiantaskforce.ca/guidelines/published-guidelines/breast-cancer/>

<sup>3</sup> “For asymptomatic women aged 50 to 69 with an average risk of breast cancer, the ECIBC’s Guideline Development Group (GDG) recommends mammography screening over no mammography screening, in the context of an organised screening programme”; en <http://ecibc.jrc.ec.europa.eu/recommendations/details/3>

Las mujeres que posean factores de riesgo deben ser referidas a un especialista en patología mamaria para su evaluación. La recomendación para estas pacientes debe ser personalizada (tipo de estudio, edad de inicio, etc.). Los factores de riesgo que considerará el especialista son: la historia personal de cáncer de mama o de enfermedades pre-neoplásicas en una biopsia previa, la historia familiar de cáncer de mama u ovario, historia de radioterapia en el tórax, historia de exposición a terapia hormonal de reemplazo entre otros.

## **EXAMEN CLÍNICO DE LAS MAMAS**

El INC recomienda que se realice el examen clínico de las mamas como complemento del examen de salud general, ya sea durante una consulta clínica o ginecológica de rutina; y recomienda que sea realizado por un profesional entrenado. A las mujeres que asisten a la consulta médica o ginecológica se les deben examinar las mamas: inspeccionar las mamas y pezones y revisar debajo de sus brazos (las axilas) para ver si hay anomalías. Además, el examen clínico mamario debe ser efectuado a toda paciente que acude a la consulta por presentar signos o síntomas sugestivos de patología mamaria.<sup>7</sup>

## **AUTOEXAMEN: COMO FORMA DE CONOCER LAS MAMAS MÁS QUE COMO UNA MANERA DE DETECTAR LA ENFERMEDAD.**

Una técnica muy difundida para la detección temprana del cáncer de mama es el llamado “autoexamen”, que consiste en que una mujer se revise las mamas buscando anomalías (bultos sensibles al tacto, cambios físicos). A primera vista, el autoexamen puede parecer un método simple, sin costo y al alcance de cualquier mujer. No obstante, desde hace unos años, se ha demostrado que esta práctica no impacta en la reducción de la mortalidad. Además, no sirve como método de detección temprana ya que en estadios tempranos, el cáncer es imperceptible al tacto.

---

<sup>4</sup>“As the likelihood of getting breast cancer increases with age, all women who are aged 50-70 and registered with a GP are automatically invited for breast cancer screening every three years.”; en <http://www.nhs.uk/Conditions/breast-cancer-screening/Pages/Introduction.aspx>

<sup>5</sup>“WHO recommends organized population based mammography screening programmes for women aged 50–69 years if the conditions for implementing an organized programme specified in this guide are met by the health-care system, and if shared decision making strategies are implemented so that women’s decisions are consistent with their values and preferences. (Strong recommendation based on moderate quality evidence)”; en [http://www.who.int/cancer/publications/mammography\\_screening/en/](http://www.who.int/cancer/publications/mammography_screening/en/). Último acceso: septiembre de 2018

El autoexamen puede generar que muchas mujeres jóvenes o con mamas densas (aquellas mamas que tienen altas cantidades de tejido fibroso y glandular y bajas cantidades de tejido graso) se realicen estudios innecesarios es decir por patologías no malignas, y que esto genere mayor estrés en esas mujeres. Por otro lado, puede pasar lo contrario: que una mujer se palpe y no descubra anomalías cuando en verdad las hay, generando una falsa tranquilidad.

Esto no significa que las mujeres no deban prestar atención a sus mamas. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, esta práctica empodera a las mujeres, que se responsabilizan así de su propia salud y puede ser útil para fomentar la toma de conciencia entre las mujeres en situación de riesgo pero no como método de tamizaje.<sup>8</sup>

Es importante que las mujeres conozcan cuál es la fisonomía de sus mamas de forma tal de estar atentas a cualquier cambio que pudiera significar una alerta que requiera la visita al médico: bulto palpable, cambios en la textura o enrojecimiento de la piel de las mamas, cambios en la textura y forma del pezón, secreción o sangrado por pezón.

### **EL CÁNCER DE MAMA EN CIFRAS EN ARGENTINA <sup>9, 10</sup>**

- Se estima que para el 2018 se producirán más de 21.000 nuevos casos por año, lo cual representa el 31,8% de todos los cánceres entre las mujeres.
- El cáncer de mama es el cáncer de mayor incidencia en mujeres, con una tasa de 73 casos por cada 100.000 mujeres.
- Más del 75% de las mujeres con cáncer de mama no tienen ningún antecedente familiar de dicha enfermedad.
- 1% de los cánceres de mama se presenta en hombres.
- El cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres argentinas.
- Se producen más de 5.800 muertes por año por cáncer de mama.
- Argentina, luego de Uruguay, es el país de América con la tasa de mortalidad más alta por cáncer de mama.
- En el país se presenta una gran diferencia en la tasa de mortalidad entre las distintas jurisdicciones. La tasa ajustada más elevada se registró en San Luis (21 casos por cada 100.000 mujeres) y la más baja en Santiago del Estero (10,8 casos por cada 100.000 mujeres).
- La mortalidad por cáncer de mama en Argentina ha disminuido de manera sostenida y estadísticamente significativa desde 1996, a un ritmo de 0,9% anual durante el periodo 1996-2013 y luego 2,1% anual entre 2013 y 2016

<http://www.msal.gov.ar/inc/>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) “Manual para la evaluación de estándares de calidad y seguridad en la atención en los servicios de mamografía”, en vigencia desde 2014.  
Disponible en  
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000917cnt-20170424-manual-eval-svcios-mamografia.pdf>. Último Acceso: Septiembre de 2018.
- 2) “Efectividad del tamizaje mamográfico en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama”. Disponible en:  
<http://www.msal.gov.ar/inc/recursos-decomunicacion/efectividad-del-tamizaje-mamografico-en-la-reduccion-de-la-mortalidadpor-cancer-de-mama/> Último Acceso: Septiembre de 2018.
- 3) Screening for breast cancer with mammography (Review). Disponible en:  
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001877.pub5/epdf/full> Último acceso: septiembre de 2018.
- 4) Hubbard R, Kerlikowske K, Flowers C, et al. Cumulative probability of false-positive recall or biopsy recommendation after 10 years of screening mammography. *Ann Intern Med*. 2011 October 18; 155(8): 481-492. doi:10.1059/0003-4819-155-8-201110180-00004.
- 5) Bleyer A, Welch HG: Effect of three decades of screening mammography on breast-cancer incidence. *N Engl J Med* 367 (21): 1998-2005, 2012.
- 6) Autier P, Boniol M, Koechlin A, et al. Effectiveness of and overdiagnosis from mammography screening in the Netherlands: population based study. *BMJ* 2017;359:j5224 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j5224>
- 7) Canadian Task Force on Preventive Health Care. Breast Cancer – Clinician CBE/BSE Recommendation. Disponible en:  
<https://canadiantaskforce.ca/breast-cancer-clinician-cbe/bse-recommendation/> Último acceso: septiembre de 2018. Último acceso: septiembre de 2018.
- 8) National Cancer Institute. Breast Cancer Screening. Disponible en:  
[https://www.cancer.gov/types/breast/hp/breast-screening-pdq#link/\\_15\\_toc](https://www.cancer.gov/types/breast/hp/breast-screening-pdq#link/_15_toc). Último acceso: septiembre de 2018.

- 
- 9) Mortalidad por cáncer en Argentina. Disponible en:  
<http://www.msal.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/mortalidad/> Último  
acceso: septiembre de 2018.
- 10) International Agency for Research in Cancer. World Health Organization.  
Cancer Today. Disponible: <https://gco.iarc.fr/today/home>. Último acceso:  
septiembre de 2018.