

P. Valenzuela*,
A. Nieto*,
F. Arnanz*,
J. L. Andreu**

Período de latencia entre el primer síntoma y la consulta médica en el cáncer de mama

SUMMARY

We have appraised the first symptom that motivated the medical consultation, and we have quantified the latency period in 101 patients with a diagnosed breast cancer from the acknowledgement of this symptom to their first medical visit. The predominant symptom was breast nodule with 83.2% (84 patients) followed by far by pain with 5.9% (6 patients). As far as the latency period is concerned, 34.6% (35 patients) of the patients took more than 3 months to attend a consultation and 8.9% (9 patients) took longer than 1 year. We have appraised significant differences when relating latency time to phase ($p < 0.001$) and existence of positive axillary lymph nodes ($p < 0.05$). Latency time showed significant correlations ($p < 0.01$) with positive axillary lymph nodes. The authors end by stating the need for preventive health education and breast cancer screening.

* Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).
** Hospital Puerta de Hierro. Madrid.

Palabras clave

Cáncer de mama, Diagnóstico tardío, Síntoma primario.

Correspondencia:
P. Valenzuela Ruiz.
Cardenal Tavera, 9.
28802 Alcalá de Henares (Madrid).

Key words

Breast cancer, Late diagnose, Primary symptom.

INTRODUCCION

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en el sexo femenino a nivel mundial.¹ Ya en el mismo momento del diagnóstico existe la posibilidad de micrometástasis, por lo que a pesar del tratamiento local del cáncer, e incluso tras un tratamiento sistémico, muchas pacientes terminan manifestando una enfermedad diseminada.

Actualmente no disponemos de métodos para evitar el cáncer de mama, de ahí que todos los esfuerzos se dirijan hacia una diagnóstico precoz. En la lucha contra el tiempo se han analizado multitud de circunstancias que pueden retrasar el diagnóstico, como en el subgrupo de pacientes menores de 35 años² y en las gestantes,³ donde las modificaciones fisiológi-

cas de la mama confunden a la paciente, al clínico y al radiólogo, lo que provocará una pérdida de un tiempo que terminará reflejándose en el pronóstico.

En las zonas donde no existe un programa de detección precoz, las pacientes con cáncer de mama son diagnosticadas cuando ya se han presentado síntomas. En este trabajo cuantificamos el tiempo que tarda la paciente desde que presenta el síntoma hasta que acude al médico (tiempo de latencia), valoramos su importancia pronóstica y proponemos medidas para reducirlo.

MATERIAL Y METODOS

De un total de 125 pacientes con cáncer de mama que han sido controladas en el Hospital Príncipe de

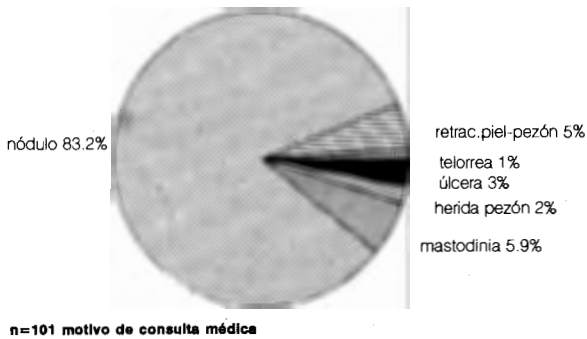


Fig. 1. Motivos por los que consultaron las pacientes.

Asturias en el período de 4 años de 1988 a 1992, disponemos del dato de «tiempo de latencia» en meses, entre la aparición del síntoma y la búsqueda de ayuda médica, de 102 pacientes. En el resto de pacientes o no respondieron a la pregunta o se trataba de pacientes diagnosticadas y operadas en otros centros y remitidas para seguimiento oncológico.

Hemos depurado los datos y hemos rechazado el de una paciente por alejarse más de 7 desviaciones estándar de la media.

Para los estadios del cáncer de mama hemos empleado la clasificación TNM (UICC-1987).⁴

Para comparar variables cuantitativas hemos utilizado la «t» de Student. Para variables cualitativas hemos empleado la prueba de Chi cuadrado y para

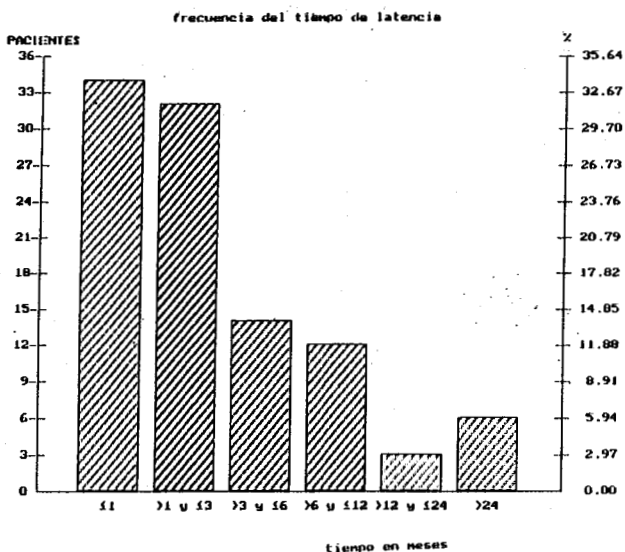


Fig. 2. Frecuencia de la variable tiempo de latencia.

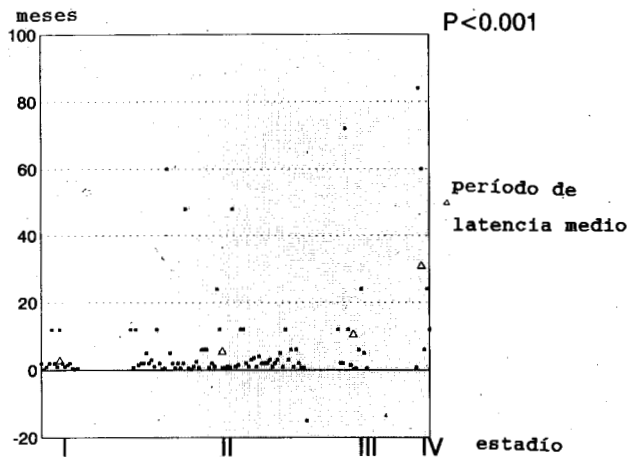


Fig. 3. Relación entre el tiempo de latencia y el estadio clínico en el momento del diagnóstico.

variables cuantitativas con cualitativas el análisis de varianza.

La presencia de una relación lineal entre 2 variables numéricas ha sido valorada utilizando el coeficiente de correlación de Pearson.

RESULTADOS

La media de edad de las 101 pacientes estudiadas es de $55,45 \pm 13,83$ años (mínimo de 25 años y máximo de 83).

Las pacientes acudieron al médico por la presencia de un nódulo en la mama en el 83,2% de los casos (84 pacientes), siendo el resto de los motivos poco frecuentes (fig. 1).

Un 34,6% (35 pacientes) tardó más de 3 meses en acudir a un médico para comunicarle el síntoma y un 8,9% (9 pacientes) más de 12 meses (fig. 2).

Encontramos una relación significativa ($p < 0,001$) entre tiempo de latencia y estadio clínico en el momento del diagnóstico (fig. 3).

Las pacientes con adenopatías positivas confirmadas por histología tienen un tiempo de latencia de $7,22 \pm 13,03$ (media \pm DS) frente a $2,97 \pm 3,39$ (media \pm DS) para las pacientes sin afectación ganglionar ($p < 0,05$).

Detectamos una correlación significativa ($R: 0,336$; $p < 0,01$) entre tiempo de latencia y número de adenopatías positivas tras la linfadenectomía sobre 75 pacientes que pudieron ser operadas (fig. 4).

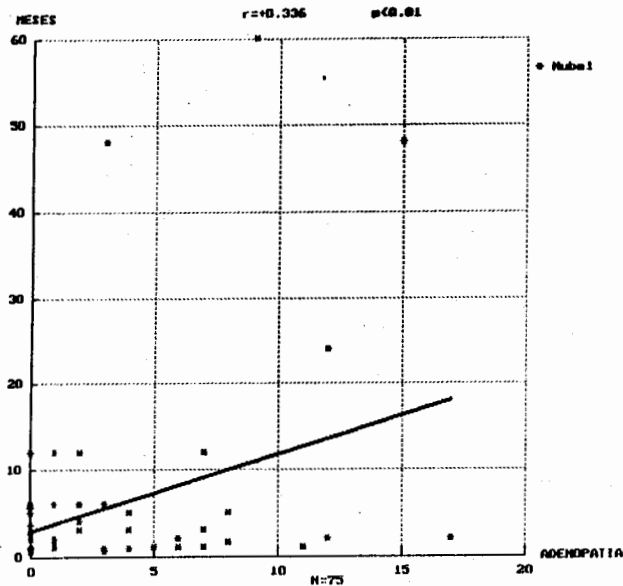


Fig. 4. Correlación entre tiempo de latencia y número de ganglios axilares metastásicos.

DISCUSION

La combinación del tamaño tumoral con la presencia o ausencia clínica de adenopatías axilares y la existencia o no de metástasis a distancia constituye el estadio clínico del cáncer de mama, TNM, que determina el factor pronóstico (FP) preoperatorio de mayor relevancia. Una vez que la paciente ha sido operada, la confirmación histológica de la extensión tumoral a los ganglios linfáticos de la axila es el FP más importante para las pacientes con cáncer de mama operables, realizándose incluso grupos de riesgo según el número de ganglios afectados.⁵

La relación que encontramos entre el tiempo de latencia con la clasificación TNM y con la presencia de adenopatías histológicamente afectas, e incluso con su número, nos demuestra que es un FP. No es nuestra intención exponer aplicaciones prácticas de la medición del tiempo de latencia como FP, ya que otros cumplen mejor esa función, como el TNM, invasión ganglionar, grado nuclear, receptores hormonales, células en fase S, etc.

Más que como FP, el tiempo de latencia tendremos que usarlo como factor de calidad sanitaria, siendo máxima la calidad cuando el tiempo sea igual a cero.

Conocimientos básicos como que el nódulo de

mama, aunque no duela, tiene que ser estudiado, o que ese nódulo que la paciente asocia a la posibilidad de cáncer no es a su vez sinónimo de muerte y actualmente ni tan siquiera de mastectomía deben ser adquiridos por toda la población.

Foster et al.⁶ encuentran diferencias significativas en el tiempo de latencia entre la población general que no realiza autoexploración de la mama y la población que realiza autoexploración periódica. Aunque no se ha demostrado que la autoexploración de la mama disminuya la mortalidad por cáncer de mama,⁷ va a promover la familiarización de la mujer con sus mamas, llevando implícita una faceta trascendental, la educación sanitaria, que podría contribuir a reducir el tiempo de latencia.

La puesta en marcha de un programa de diagnóstico precoz de cáncer de mama en una población va a conseguir disminuir la mortalidad en un 30-40%.⁸ La mamografía realizada dentro de un programa de *screening* permitirá diagnósticos de cáncer antes de que existan síntomas⁹ y en muchas ocasiones sin ser infiltrante, con una curación próxima al 100%,¹⁰ con ello vamos a conseguir reducir el tiempo de latencia.

Concluimos afirmando que el retraso en la búsqueda de ayuda por parte de la paciente sintomática de cáncer de mama empeora los factores pronósticos universalmente reconocidos y proponemos para minimizar ese retraso que se lleve a cabo una mejora de la educación sanitaria en la población y la puesta en marcha de programas de diagnóstico precoz.

RESUMEN

Se ha valorado el primer síntoma que motivó la consulta médica y cuantificado el período de latencia desde el conocimiento de dicho síntoma hasta la primera visita médica en 101 pacientes con el diagnóstico de cáncer de mama.

El síntoma predominante fue el nódulo de mama con 83,2% (84 pacientes), seguido de lejos por el dolor con 5,9% (6 pacientes). En cuanto al tiempo de latencia, el 34,6% (35 pacientes) tardó más de 3 meses en acudir a consulta y el 8,9% (9 pacientes) más de 1 año. Se ha apreciado diferencias significativas al relacionar tiempo de latencia con estadio ($p < 0,001$) y con presencia de ganglios axilares positivos ($p < 0,05$). Existe una correlación significativa

entre el tiempo de latencia y los ganglios axilares afectados ($p < 0,01$). Los autores concluyen en la necesidad de realizar programas de educación para la salud y diagnóstico precoz de cáncer de mama.

REFERENCIAS

1. Parkin DM, Laara E, Muir CS. Estimates of the worldwide frequency of sixteen major cancers in 1980. *Int J Cancer* 1988; 41: 184-187.
2. Backhouse CM, Lloyd-Davies ERV, Shousha S, Burn JL. Carcinoma of the breast in women aged 35 or less. *Br J Surg* 1987; 74: 591-593.
3. Nugent P, O'Connell TX. Breast cancer and pregnancy. *Arch Surg* 1985; 120: 1221-1224.
4. Kinne DW. Staging and follow-up of breast cancer patients. *Cancer* 1991; 67: 1196-1198.
5. Calero F. Cáncer de mama. En: *Fundamentos de oncología ginecológica*. Celorio JA, Calero F, Armas A. Madrid, Editorial Díaz de Santos, 1986; 625-737.
6. Foster RS, Costanza MC. Breast self-examination practices and breast cancer survival. *Cancer* 1984; 53: 999-1005.
7. Venet L. Self-examination and clinical examination of the breast. *Cancer* 1980; 46: 930-932.
8. Tabar L, Gad A, Homberg LH. Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography. Randomized trial from the Swedish National Board of Health and Welfare. *Lancet* 1985; i: 829-832.
9. Silverstein MJ, Gamagami P et al. Nonpalpable breast lesions. Diagnosis with slightly overpenetrated screen-film mammography and hook wire-directed biopsy in 1,014 cases. *Radiology* 1989; 171: 633-638.
10. Roberts MM, Alexander FE, Anderson TJ, Chetty V, Donnan PT, Forrest P, Herphurn W, Huggins A, Kirpatrick AE, Lamb J, Muir BB, Prescott RJ. Edinburgh trial of screening breast cancer: Mortality at seven years. *Lancet* 1990; 355: 241-246.