

I. Martínez-Montero\*,  
F. Domínguez-Cunchillos\*\*,  
M.ª P. Martínez-Rubio\*,  
E. Recari\*,  
R. Obregozo\*,  
M. Ezcurdia\*

# Importancia del ginecólogo en la Unidad de Patología Mamaria

## Gynaecologist's importance in the Breast Unit

### SUMMARY

*We present the results obtained from gynaecological revision, undergone on hospital admission after operating 63 breast cancers in our center. Anybody having been examined by the gynaecologist in the previous 6 months. On all of them an external genital inspection has been carried out, vaginal tact, cervicovaginal citology, endometrial biopsy or failing that and in all cases where any signs of disease were suspected we did an ecography, preferably trasvaginal. When it was necessary to complete the study, we did all the studies we considered convenient.*

*As regards the results obtained (a great number of patients who had never undergone any gynaecological check-up, before gynaecological pathology found on asymptomatic patients, and the patient's satisfaction degree), as well as the facts found in the literature we review in this work (endometrial tamoxifen-pathology association, and relation-ship among the different hormonally-dependant gynaecological tumours), make us conclude the necessary presence of the gynaecologist in Breast Units and the necessity of including the breast disease study to the specialist on obstetrics and gynaecology training programmes.*

\*Servicio de Obstetricia y Ginecología.

\*\*Servicio de Cirugía General. Unidad Funcional de Patología Mamaria. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Correspondencia:  
I. Martínez Montero.  
Avda. Pío XII, 24, 5.º I.  
31008 Pamplona.

*Palabras clave*

*Cáncer de mama, Ginecólogo, Unidad de Patología Mamaria.*

*Key words*

*Breast cancer, Gynaecologist, Breast Unit.*

### INTRODUCCION

Conocida es por todos la controversia existente acerca de a quién pertenece la mama, ¿al cirujano?, ¿al ginecólogo?... Pero sin duda esta controversia nos la aclararía cualquier mujer: la mama pertenece a ella y, por tanto, cuando se trata de una enfermedad maligna quiere que se le trate adecuadamente, logrando una buena supervivencia libre de enfermedad y, a ser posible, conservando la mama con buen resultado estético. El tratamiento de la patología mamaria es multidisciplinario y por ello surge la necesidad de crear unidades de mama para aunar esfuerzos y unificar criterios entre los distintos especialis-

tas que de una u otra forma la tratan (cirujano, ginecólogo, radiólogo, oncólogo, citopatólogo, cirujano plástico, fisioterapeuta...).<sup>1,2</sup>

El tratamiento quirúrgico del cáncer de mama es realizado habitualmente, en la mayoría de los países occidentales, por el cirujano general. No obstante, en nuestro país cada vez son más los hospitales que tienen la patología mamaria compartida entre ginecólogo y cirujano general o bien son los ginecólogos los encargados de su diagnóstico, tratamiento medicoquirúrgico y seguimiento. Quizá por este motivo el Comité de la FIGO para el Estudio de la Mama recomendó a todos los ginecólogos y obstetras la introducción de la mastología en la rutina de la educación y la práctica ginecológica.<sup>3</sup>

Sea como sea, lo que parece claro es que el seguimiento de las pacientes desde el punto de vista ginecológico resulta esencial, entre otras causas por la relación existente entre los distintos tumores hormonodependientes y por las implicaciones de los tratamientos hormonales cada vez más utilizados (tamoxifeno, gonadotropinas, THS, etc.).<sup>2,4,5</sup>

En nuestro hospital, actualmente, es el cirujano general el encargado del tratamiento quirúrgico de la mama.

Tras varios años de funcionamiento de la Unidad de Patología Mamaria integrada por cirujano general, ginecólogo, cirujano plástico, radiólogo, citopatólogo, oncólogo, etc., surgen una serie de problemas organizativos en el Hospital Virgen del Camino que condujeron a prescindir del ginecólogo en la Unidad de Patología Mamaria, con lo que el control ginecológico de las pacientes intervenidas por cáncer de mama en nuestro centro se dispersó entre distintos especialistas, e incluso algunas pacientes tan sólo fueron controladas por el oncólogo. Ello originó que en estas pacientes se comenzase a encontrar patología ginecológica que podría haberse diagnosticado precozmente e incluso evitado.

En los últimos 15 meses en nuestro Servicio han sido tratadas 4 pacientes que presentaron carcinoma de endometrio y que con anterioridad habían sido tratadas de cáncer de mama.

Por este motivo, unido al compromiso del Servicio de Cirugía General con el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama en Navarra de no demorar el intervalo diagnóstico-tratamiento más de 15 días, se decidió realizar la revisión ginecológica previa a un eventual tratamiento hormonal durante el ingreso hospitalario originado por la intervención quirúrgica y no con anterioridad al mismo, ni en consulta una vez dada el alta a la paciente. Esto, sin duda, generó un indudable esfuerzo y un cambio de mentalidad en el personal ginecológico hospitalario, tanto en médicos como en enfermería.

En el presente trabajo presentamos los resultados obtenidos en las revisiones ginecológicas realizadas durante el ingreso hospitalario en pacientes intervenidas en nuestro centro por un cáncer de mama.

## MATERIAL Y METODOS

Realizamos revisión ginecológica a las pacientes intervenidas por cáncer de mama en el período de

tiempo comprendido entre el 1 de marzo de 1994 y el 30 de junio de 1995 que no tuvieran revisión ginecológica en los 6 últimos meses. En este caso se solicitaba el informe al ginecólogo que la hubiese realizado, pero no se repetía.

A las pacientes se les historiaba desde el punto de vista ginecológico, recogiendo nuevos datos de interés, en muchas ocasiones por la mayor facilidad de la paciente para comunicarse con el ginecólogo respecto a determinados problemas.

Se realizaba revisión ginecológica completa: inspección de genitales externos, tacto vaginal, citología cervicovaginal, biopsia endometrial, y en los casos en que no se pudo hacer esta última o bien encontramos alguna patología se realizó ecografía preferentemente transvaginal. Cuando fue necesario completar el estudio se realizaron en el mismo ingreso hospitalario aquellas pruebas que se consideraron oportunas (biopsia de vulva, biopsia de cervix e incluso histerectomía).

## RESULTADOS

El número de enfermas que se sometieron a revisión ginecológica durante el período de tiempo del estudio fue de 63, con una media de edad de 58,7 años (rango entre 31 y 85).

Se realizó exploración ginecológica y citología cervicovaginal a todas ellas: 39 citologías de endometrio, 34 ecografías, 1 biopsia de cervix, 2 citologías de vulva, 1 biopsia de vulva, 1 conización cervical y 1 histerectomía abdominal.

De las 63 enfermas sometidas a revisiones ginecológicas, 37 no se habían realizado nunca revisión ginecológica y 4 se habían realizado de forma periódica hasta unos años antes y las habían suspendido por la edad (2 antes de los 60 y otras 2 después de los 65 años), por lo que puede considerarse que no estaban controladas desde el punto de vista ginecológico. De las 37 que nunca habían sido valoradas por ginecología, 15 eran mayores de 65 años y 6 mayores de 60 y menores de 65; dicho de otro modo, 21 pacientes mayores de 60 años no se habían realizado nunca revisión, además de que otras 2 pacientes las habían suspendido unos años antes (tabla I y fig. 1).

En la exploración física se detectaron 4 úteros miomatosos, 3 casos de patología vulvar, 5 rectocis-

TABLA I  
PACIENTES CONTROLADAS POR GINECOLOGO. DISTRIBUCION POR EDADES

Años	N	Controladas	No controladas
31-40 .....	4	3	1
41-50 .....	13	6	7
51-60 .....	13	3	10
> 60 .....	33	10	23
Total .....	63	22 (34,9%)	41 (65,1%)

toceles y a 3 pacientes se les extirpó pólipos endocervicales (tabla II).

De las 63 citologías cervicovaginales realizadas, 43 fueron normales, 13 cervicitis inespecíficas, 4 por candidas, 1 por flora mixta, 1 por *Haemophylus* y 1 carcinoma de cervix.

De las citologías endometriales (39), 33 fueron normales para la edad (atrofia, subatrofia, secretor, etc.), se diagnosticó un pólipo endometrial y 5 hiperplasias simples.

De las 34 ecografías realizadas, 25 fueron compatibles con normalidad, en 7 casos se detectó mioma único o útero miomatoso y en 2 quistes de ovario que no precisaron tratamiento quirúrgico.

De las 2 citologías de vulva, una resultó ser vulvitis inespecífica y la otra sospechosa, que aconsejó la realización de biopsia vulvar, que llevó al diagnóstico de pénfigo familiar benigno o enfermedad de Haley-Haley.

De los 7 casos diagnosticados de útero miomatoso, 4 se sometieron a control periódico, 1 se interv-

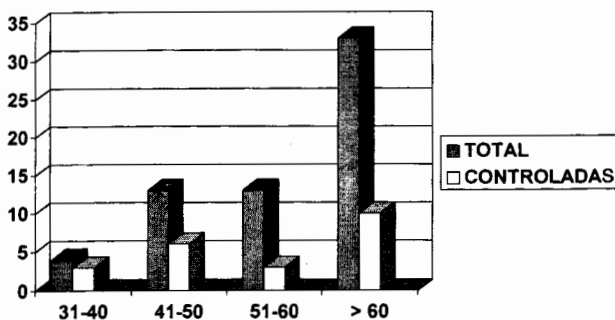


Fig. 1. Distribución por edades de las pacientes incluidas en el estudio. Destaca el elevado número de pacientes mayores de 51 años que no habían sido controladas previamente por el ginecólogo.

TABLA II  
RESULTADOS DE LA REVISION GINECOLOGICA

	Número	Normal	Patología
E. física .....	63	48	Útero miomatoso: 4. Patología vulvar: 3. Pólipo: 3. Recto-cistocele: 5.
Citología vulvar ....	2	0	Vulvitis inespec.: 1. Pénfigo familiar: 1.
C. cervicovaginal ..	63	43	C. inespecífica: 13. C. por <i>Candida</i> : 4. C. flora mixta: 1. C. <i>Haemophylus</i> : 1. Carcinoma cervix: 1.
C. endometrial .....	39	33	Hiperp. simple: 5. Pólipo: 1.
Ecografía .....	34	25	Miomas: 7. Quiste ovárico: 2.

no quirúrgicamente (histerectomía abdominal, como se comenta más adelante) y en 2 casos se pospuso la intervención hasta finalizar el tratamiento adyuvante con quimioterapia.

Entre los resultados obtenidos merecen comentario aparte los de 2 pacientes: el hallazgo de un carcinoma sincrónico de cervix y mama en una enferma de 62 años (se comenta en la discusión) y otra paciente, soltera, religiosa, que nunca se había realizado revisión ginecológica, que presentaba útero miomatoso gigante y en la que se practicó histerectomía abdominal en el mismo momento de realizarle la mastectomía.

## DISCUSION

El primer hecho que nos llama la atención es que en el momento actual, y en una región en la que tanto la sanidad pública como la privada tienen un elevado nivel de calidad, nos encontremos todavía con un importante número de pacientes (65,1%) no controladas por el ginecólogo, porcentaje que alcanza el 69,9% en las mayores de 60 años y es todavía mayor en las que ya superaron los 65. Por otro lado, existe también un grupo de pacientes que tras varios años de realizarse revisiones periódicas, las suspendieron de forma espontánea por la edad, ya que estaban plenamente convencidas de que con el aumento de la misma disminuía el riesgo de patología

ginecológica. Sin duda, el hecho es imputable a una lamentable falta de información, puesto que son pacientes que en su día acudieron a revisiones médicas cuando se les llamó con ocasión del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama en Navarra. Quizá colabore éste también a la desinformación, lógicamente de forma involuntaria, puesto que incluye mujeres comprendidas entre los 45 y los 65 años de edad, apoyado con buen criterio en el cociente coste/beneficio.<sup>6</sup> Todo ello parece inducir a que en un grupo de mujeres mayores de 65 años se produzca una falsa sensación de tranquilidad cuando superan esta edad.

Como contrapartida a la frustración que les supone a estas pacientes el diagnóstico de malignidad de su patología mamaria, y sobre todo a aquellas que han sido mastectomizadas,<sup>7</sup> la revisión ginecológica realizada durante el mismo ingreso hospitalario les produce un elevado grado de satisfacción. La revisión es aceptada con agrado siempre y cuando a la paciente se le explique detalladamente y empleando todo el tiempo que sea preciso, primero en la planta del Servicio de Cirugía General y luego en el de Ginecología, los motivos de la revisión, haciendo hincapié en los efectos secundarios que una terapéutica hormonal adyuvante, fundamentalmente con tamoxifeno, pudiera tener sobre el endometrio.

Pensamos que el hecho de que durante nuestra revisión se insistiese de forma reiterada en que posteriormente debían de seguir sometándose a revisiones periódicas «como cualquier mujer» producía en ellas una agradable sensación de igualdad con el resto de las mujeres, disminuyendo, en parte, la repercusión psicológica que tanto la mastectomía como el tratamiento conservador producen<sup>8</sup> o, en todo caso, el miedo a no ser igual que antes de la intervención en cuanto a sus relaciones sexuales, al futuro y, en definitiva, en todo aquello que de una u otra forma guarde relación con la percepción de su imagen corporal y la pérdida de autoestima que en todas estas pacientes se producen,<sup>1,9</sup> aunque en mayor o menor grado, en dependencia de factores tales como el temperamento, la educación y la clase social.<sup>10</sup> Por otro lado, el hecho de que las pacientes conozcan su diagnóstico les responsabiliza en cuanto a su tratamiento y hace que necesiten encontrar en el médico más un amigo que una figura autoritaria como base de un completo tratamiento.<sup>11</sup> Quizá sea el ginecólogo la figura apropiada por la especial rela-

ción médico-enfermo que en esta especialidad se produce.

Aunque en el momento actual existe unanimidad a la hora de reconocer la acción beneficiosa del tratamiento hormonal con tamoxifeno en el cáncer de mama en los casos en los que está indicado, tampoco parece actualmente muy discutible la relación existente entre el tratamiento con tamoxifeno y la patología endometrial, existiendo múltiples trabajos que recogen aumento de la incidencia del cáncer de endometrio en pacientes tratadas con tamoxifeno a dosis superiores a 20 mg/día durante un tiempo prolongado.<sup>2, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19</sup> Por otro lado, las pacientes con cáncer de mama y/u ovario son consideradas por algunos autores como de alto riesgo para el cáncer de endometrio, pues comparten factores de riesgo comunes, como la edad, la estrogenodependencia, etc. Ambos hechos obligan a descartar la presencia de patología endometrial antes del inicio del tratamiento con tamoxifeno,<sup>20</sup> por lo cual resulta imprescindible la colaboración del ginecólogo en el tratamiento integral de las pacientes intervenidas de cáncer de mama.

Por si todo ello no fuese suficiente, aunque es rara la presentación sincrónica de tumores ginecológicos, siendo para algunos autores menor al 4%,<sup>21</sup> una intervención quirúrgica por cáncer de mama parece una buena ocasión para despistar otros procesos neoplásicos ginecológicos. En nuestra casuística, tan sólo sobre 63 pacientes, encontramos un caso de tumor sincrónico de cervix y mama. Se trataba de una paciente de 62 años que después de la revisión ginecológica, durante su ingreso hospitalario para ser intervenida por carcinoma de mama, se le realizó conización cervical tras una biopsia de cervix compatible con carcinoma *in situ* y cuyo resultado anatomopatológico fue de carcinoma microinvasor de cervix que afectaba el borde quirúrgico endocervical. Dado el estadio avanzado de la neoplasia mamaria (T<sub>4</sub>N<sub>2</sub>: carcinoma inflamatorio con las 26 adenopatías aisladas infiltradas por tumor) no se realizó otro tipo de tratamiento quirúrgico.

Del mismo modo existe una predisposición familiar a padecer cáncer, asociándose sobre todo los de colon, recto, estómago, útero y ovario, siendo entre todas ellas más frecuente la asociación cáncer de ovario y/o endometrio-cáncer de mama,<sup>22</sup> lo que hace más necesario el estricto control ginecológico en las pacientes tratadas por cáncer de mama. Las pacientes con neoplasia de mama mayores de 45 años pa-

recen tener un mejor pronóstico que las más jóvenes, pero también tienen mayor probabilidad de desarrollar tumores ováricos o endometriales. En nuestra serie recogemos una paciente de 50 años de edad, intervenida 10 años antes de cáncer sincrónico de ovario y endometrio, que posteriormente desarrolló un cáncer de mama no metastásico del primero y del que fue intervenida en nuestro centro (CDI, T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>, RE y RP negativos).

Las metástasis por cáncer de mama pueden aparecer en todos los órganos y, aunque son más frecuentes en ganglios, huesos, hígado, cerebro y SNC, globo ocular, etc., también son posibles en órganos genitales femeninos, siendo entre éstas la localización más frecuente la ovárica, con afectación bilateral. Las metástasis ováricas se han encontrado en el 20% de las autopsias, siendo la afectación frecuentemente microscópica;<sup>22</sup> las metástasis localizadas en el útero pueden constituir un problema de diagnóstico diferencial, especialmente en muestras de legrado.<sup>1</sup>

Desde nuestro punto de vista pensamos que todos los argumentos que anteceden son motivos suficientes para justificar la presencia del ginecólogo en las unidades de mama, independientemente de que sea quien trate la patología mamaria desde el punto de vista quirúrgico o no, pero probablemente la íntima relación existente entre los distintos tumores hormonodependientes, los efectos secundarios que sobre el endometrio presenta el tratamiento hormonal, la patología ginecológica hallada en pacientes asintomáticas y el hecho de que un ingreso hospitalario para tratar un cáncer de mama resulte una buena ocasión para el despistaje de dicha patología son los hechos de mayor peso específico a la hora de avalar nuestra aseveración. Como profesionales encargados del pleno bienestar de las pacientes, se alcance éste por cualquier procedimiento que se alcance, ginecólogos y cirujanos no deben sentirse enfrentados a la hora de tratar uno u otro la patología mamaria, sino integrantes de una misma Unidad, aunando criterios con el objetivo concreto de mejorar día a día el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las pacientes con cáncer de mama.

## CONCLUSIONES

Existe todavía un elevado número de mujeres, sobre todo mayores de 65 años, que nunca se han realizado revisión ginecológica alguna.

Las pacientes intervenidas por cáncer de mama aceptan con agrado la revisión ginecológica realizada durante su ingreso hospitalario, debiendo de insistir el ginecólogo en ese momento en la necesidad de continuar con controles periódicos debido a las implicaciones que el tratamiento hormonal tiene sobre el endometrio.

La relación existente entre los distintos tumores hormonodependientes, las interacciones del tratamiento hormonal y la patología hallada en pacientes asintomáticas reafirman nuestro criterio acerca de la indispensable presencia del ginecólogo en la Unidad de Patología Mamaria, para lo cual resulta necesario que la mastología forme parte de los programas de formación de especialista en obstetricia y ginecología.

## AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento a losune Sabaté, jefe de la Unidad de Enfermería de la planta de Ginecología de nuestro hospital, por su inestimable ayuda y colaboración tanto en la atención a las pacientes que componen el presente estudio como en la recogida de datos.

## RESUMEN

Presentamos los resultados obtenidos al realizar la revisión ginecológica, durante el ingreso hospitalario causado por la intervención quirúrgica, a 63 pacientes tratadas por carcinoma de mama en nuestro centro y que no la tuviesen en los 6 meses previos. A todas ellas se les realizó inspección de genitales externos, tacto vaginal, citología cervicovaginal, biopsia endometrial o en su defecto, y en todos aquellos casos en los que encontramos alguna patología, se realizó ecografía, preferentemente transvaginal. Cuando fue necesario completar el estudio se realizaron todas aquellas pruebas que se consideraron oportunas.

Tanto los resultados por nosotros obtenidos (elevado número de pacientes que nunca se habían hecho revisión ginecológica, patología ginecológica encontrada en pacientes asintomáticas y grado de satisfacción de las pacientes) como los hechos constatados en la literatura y que revisamos en este trabajo (asociación tamoxifeno-patología endometrial y relación

entre los distintos tumores ginecológicos hormonodependientes) nos hacen concluir la indispensable presencia del ginecólogo en las Unidades de Patología Mamaria y la necesidad de incluir el estudio de la patología mamaria en los planes de formación de los especialistas en obstetricia y ginecología.

## REFERENCIAS

1. Fernández-Cid Fenollera A. *Patología mamaria*. Barcelona: Salvat Editores SA, 1982;4:57-63.
2. Zanon Navarro G, Márquez Ramírez M, Casanova Domenech L, Guix Melcior B, Lejarcegui Fort JA. Cáncer de mama. En: González Merlo et al., eds. *Oncología ginecológica*. Barcelona: Salvat Editores SA, 1991;11:379-542.
3. Bonilla Musoles F. The role of gynecologist, obstetrician in the diagnosis and management of breast disease. *Int Gynecol Obstet*. 1993;43:1-2.
4. Brezeinski A, Schenker JG. *Screening, diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama: papel del ginecólogo*. Ponencia de la FIGO, Montreal, septiembre 1994. *Boletín Informativo para Especialistas en Ginecología*. 1994;8.
5. Pérez Manga G, Arranz Arijá JA et al. Tratamiento hormonal coadyuvante en el cáncer de mama. I Jornadas Canarias de Oncología. Tenerife, 1994. Monográfico «Actualización en cáncer de mama». *Noticias Médicas*. 1995;35-47.
6. Ascunce Elizaga N, Del Moral Aldaz A. *Programa de detección precoz del cáncer de mama en Navarra*. Ed. Departamento de Salud, Gobierno de Navarra. Pamplona, 1991.
7. Coll Espinosa FJ, De las Heras González M, Navarrete Montoya A. Repercusiones psíquicas del cáncer de mama. Efectos psíquicos de la mastectomía. *Psiquis*. 1991;12:372-379.
8. Pozo C, Carver CS et al. Effects of mastectomy versus lumpectomy on emotional adjustments to breast cancer: a prospective study of the first year postsurgery. *J Clin Oncol*. 1992;10(8):1292-1298.
9. López Pérez M<sup>a</sup>D, Polaino Lorente A, Arranz P. Imagen corporal en enfermas mastectomizadas. *Psiquis*. 1992;13(10):423-428.
10. Muti E, Accomazzo R et al. Risvolti psicologici in donne mastectomizzate. *Riv Ital Chir Plast*. 1992;24(4):417-420.
11. Wendy S. Comunicación médico-paciente respecto al cáncer mamario: aspectos difíciles por resolver durante el decenio de 1990. *Clinicas Quirúrgicas de Norteamérica*. 1990;4:925-943.
12. Clarke MR. Uterine malignant mixed mullerian tumor in a patient on long-term tamoxifen therapy for breast cancer. *Gynecol Oncol*. 1993;51:414-415.
13. Fornander T, Rutqvist LE et al. Adyuvant tamoxifen in early breast cancer occurrence of new primary cancers. *The Lancet*. 1989;1:117-119.
14. Hardell L. Tamoxifen as risk factor for carcinoma of corpus uteri. *The Lancet*. 1988;2:563.
15. Laila JM, Tarrats A, Zanon G. Is tamoxifen a risk factor for cancer of the endometrium? Citado en cáncer de mama. En: González Merlo et al., eds. *Oncología ginecológica*. Barcelona: Salvat Editores, 1991;11:379-542.
16. Martínez I, Domínguez F, Oroz C, Obregozo R, Muruzábal JC, Pardo MA. Cáncer de mama, tamoxifeno y patología endometrial. *Rev Senología y Patol Mam*. 1990;3(4):175-178.
17. Neven P, De Muyler X, Can Belle Y, Vanderick G, De Muyler E. Tamoxifeno, útero y endometrio. *The Lancet*. 1989;1:375.
18. Robert NJ. Adyuvant therapy in breast cancer. *Obstet Gynecol Clin Nort Am*. 1994;21:693-707.
19. Van Leeuwen FE, Benraad J et al. Risk endometrial cancer after tamoxifen treatment of breast cancer. *The Lancet*. 1994;343(1):448-452.
20. González Merlo J, Lejarcegui Fort JA, Casanova Domenech L, Laila Vicens JM, Guix Melcior B, Márquez Ramírez M. Adenocarcinoma de endometrio. En: González Merlo, ed. *Oncología ginecológica*. Barcelona: Salvat Editores, 1991;6:211-261.
21. Axerol JH, Fruchter R, Boice JC. Multiple primaries among gynecologic malignancies. *Gynecol Oncol*. 1984;18:359-372.
22. Pérez Manga G. *Cáncer de mama*. Barcelona: Ed. MCR SA, 1989;6:83-96.