

Epidemiología del cáncer de mama en el Uruguay

Dres. Alberto Valls, Ana Lerena, Norma Ricciardi.

En este trabajo se mostró la importancia enorme del cáncer de mama en el Uruguay, el primer país de América y sexto en el mundo, por su frecuencia, que está en crecimiento, vinculado a la baja natalidad. La curva epidemiológica en el Uruguay es característica de país occidental y tiene 4 sectores: 1°) de la juventud, hasta los 40 años muy grave; 2°) del primer pico, de 45 a 50 años, con mayor cantidad de cánceres hormonodependientes, donde hemos visto formas menos graves; 3°) del segundo pico, entre 50 y 70 años, donde se ven formas más graves, pacientes no hormonodependientes, obesas, con depresión inmunitaria, y 4°) la zona del cáncer de la vejez, por encima de los 75 años, lentamente evolutivos. A poco que se analiza a estas pacientes, se comprueba que el tratamiento es distinto en cada una de esas zonas descritas. Por otra parte en cada una de esas zonas se encuentran distintos factores de riesgo, que permitieran a De Waard describir distintos tipos de cáncer de mama.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Breast Neoplasms / Occurrence.

SUMMARY: Epidemiology of mammary gland cancer in Uruguay.

This paper showed the extraordinary importance of mammary gland cancer in Uruguay, the first in America and sixth in the world in the frequency rate which continues to increase as a function of the low level in the birth rate. The epidemiological curve in Uruguay is characteristic of western countries and is divided into four sectors: 1st) youth, up to 40 years of age: extremely serious; 2nd) at the first peak, between 45 and 50, with a greater number of hormonodependent cancers, where

Clinica Quirúrgica "F" (Prof. Dr. Luis Praderi). Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina. Montevideo.

we have found less serious forms of cancer; 3rd) the second peak, between 50 a 70, where more serious forms are observed, patients no hormonodependent, stout, with immunological recess; and 4th) the area of senile cancer, above 75, with a low evolutive process. A brief analysis of these patients indicate that treatment is different in each of the areas described. Moreover, in each of these areas there are different risk factors that led De Waard to describe different types of mammary gland cancer.

RÉSUMÉ: Épidémiologie de cancer du sein en Uruguay.

Dans ce travail on a pu montrer l'importance énorme du cancer mammaire en Uruguay, qui occupe la première place en Amérique et la sixième au monde, par la fréquence, qui est en développement et en relation a la basse natalité. La courbe épidémiologique en Uruguay est caractéristique d'un pays occidental et a 4 secteurs: 1°) celui de la jeunesse jusqu'à 40 ans, très grave; 2°) le premier sommet de 45 à 50 ans, avec une prédominance des cancers hormonodépendants, où nous avons vu des présentations moins graves; 3°) de 2ème. sommet entre 50 et 70 ans où l'on voit les formes les plus graves; il s'agit des malades hormonodépendants, obèses, avec dépression immunitaire et 4°) la zone du cancer de la vieilleuse, par dessus les 75 ans, lentement évolutifs. En analysant ces malades, on constate que le traitement est différent dans chacune des catégories décrites. D'ailleurs chacune de ces zones présente différents facteurs de risque, ce que a permis à De Waard de décrire les différentes types de cancer mammaire.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 11 de mayo de 1983.

Prof. Agregado, Asistente de Clínica Quirúrgica, Ayudante de Investigación.

Dirección: Br. España 2831 (Dr. A. Valls).

El cáncer de mama constituye un problema de Salud Pública de enorme trascendencia, que afecta al mundo entero y al Uruguay en particular.⁽⁷⁾

El cáncer de mama constituye la causa más frecuente de muerte por cáncer, en la mujer en nuestro país y de acuerdo a los ajustes estadísticos modernos⁽⁶⁾ es de 25.02 por 100.000 mujeres, lo que lo pone en el triste privilegio del sexto lugar en el mundo, a poca distancia del primero, Dinamarca 27.42 y primero en toda América, donde le sigue U.S.A. con 22.03, posiblemente vinculado al hecho de que nuestro país es el de más baja natalidad en el continente. Todavía para aumentar el carácter sombrío estas cifras vienen en aumento. En el censo de 1963 para una población femenina de 1.305.124 habían 302 muertes por cáncer de mama (23.1 por 100.000). En 1975 para 1.418.700 habían 434 decesos por ese motivo (30.5 por 100.000).⁽⁷⁾

El análisis de la curva epidemiológica por edades pone en evidencia un perfil característico para un conjunto de países, en relación a factores hormonales, ambientales, económico sociales, de alimentación e inmunobiológicos, destacados por De Waard^(2, 3, 4) en el 13° Congreso Internacional de Oncología (Buenos Aires, 1978), que permiten describir por lo menos 2 tipos de cánceres.

El Uruguay presenta un perfil epidemiológico, como lo muestran los países avanzados o de áreas ciudadanas (como lo muestra Varsovia frente a la campaña polaca que se repite a lo largo del tiempo en las estadísticas realizadas por Butler en 1940⁽¹⁾ y Frangella en 1954⁽⁵⁾, que coincide con el obtenido por nosotros con el estudio de 300 pacientes tratadas en el Hospital de Clínicas desde 1954 hasta 1978. (Tabla N° 1.) Esta curva, de país avanzado, se ha llamado curva de país occidental. En la fig. N° 1 están colocadas superpuestas las curvas de los 4 estadios del cáncer de mama de acuerdo a la clasificación del T.N.M. de la U.I.C.C. Esta gráfica está elaborada sobre los primeros 133 pacientes (de 1954 a 1963 (Tabla N° 1), cuya evolución fue seguida hasta 1981 personalmente y coincide plenamente con la totalidad de los 300 pacientes del Hospital de Clínicas (Fig. ° 1). Las dos gráficas muestran un ascenso de casos desde los 25 años a los 50, con un moderado descenso entre 50 y 55 años (gancho de Clemensen) para tener un nuevo ascenso que llega al máximo entre 60 y 70 años y presentar una zona final, baja, entre 70 y 85 años. Se ve pues que presenta 4 zonas: 1°) inicial baja, hasta los 40 años, donde hay cánceres rápidamente evoluti-

vos; 2°) un pico entre 40 y 50 años, en la premenopausia y postmenopausia, donde juegan factores hormonales, con presencia frecuente (70%) de receptores de estrógenos y progesterona en las células tumorales (relativo mejor pronóstico); 3°) un segundo pico, entre los 60 y 70 años, de mujeres añosas, no menstruantes, que no aparece en los países y zonas de ambiente rural (Brasil y zonas rurales de Polonia), donde no juega tanto el factor hormonal y seguramente el descenso de las defensas inmunobiológicas y el aumento de peso, con obesidad⁽⁴⁾, aumento del tamaño de las mamas, coincidente con una elevación de la hormona del crecimiento hipofisaria (a la que da importancia De Waard, lo que le hace distinguir este grupo del primero); 4°) una última zona, de la senectud, entre 70 y 85 años, de cánceres de menor potencialidad agresiva.

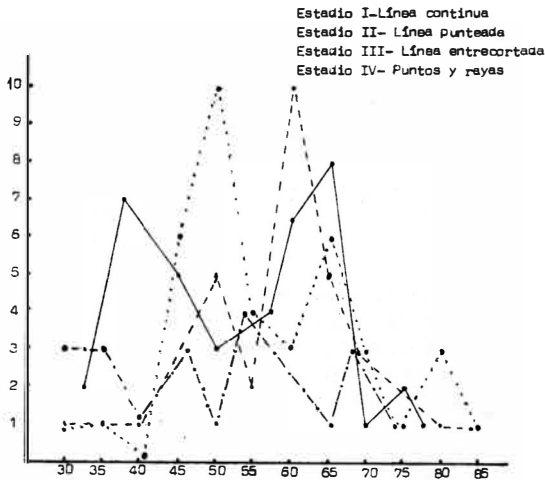
Tabla N° 1

Edades					Total por
	E-I	E-II	E-III	E-IV	
25-30	1	1		3	5
31-25	1	1	2	3	7
36-40		1	7	1	9
41-45	6	3	5	3	17
46-50	10	5	3	1	19
51-55	4	2	4	4	14
56-60	3	10	6	3	22
61-65	6	5	8	1	20
66-70	3	3	1	3	10
71-75	1		2	1	4
76-80	3	1	1		5
81-85		1			1
				TOTAL	133

En base a la clasificación de nuestros primeros 133 casos, hicimos una tabla (Tabla 1) donde se agrupan por edades y estadio (E-I; E-II; E-III; E-IV) lo que nos permite superponerlos y verlos en conjunto en la gráfica (fig. N° 2).

La curva de los cánceres estadio I está con línea continua; la del estadio II, línea punteada; la del estadio III, línea entrecortada; el estadio IV (generalizado) intercala puntos y rayas.

Nos permite así analizar mejor la segunda gráfica en sus variaciones por edad. Se ve que la primera zona, de la juventud, corresponde a más cánceres estadios IV, III y II los más graves. Es el período de mayor activi-



dad hormonal, de la gravidez, de mayor actividad celular, de más grave pronóstico.

La segunda zona, que corresponde al primer pico, entre 40 y 50 años, está formada por cánceres donde hay muchos estadios I (sin adenopatías), hormonodependientes, de mejor pronóstico relativo por ese hecho (donde debe ser tenido en cuenta el tratamiento hormonal y donde surte mayor efecto la quimioterapia).

La tercer zona, que comprende el segundo pico, entre 60 y 70 años está formada sobre todo por cánceres estadios II y III, más graves. Son cánceres en mujeres pasada la menopausia, no hormonodependientes.

La cuarta zona, entre 71 y 85 años, de baja incidencia, de la senectud, está formada por cánceres estadios I y II de baja evolutividad, entre ellos el esquirro atrófico. No se encuentran en esta parte de la gráfica, cánceres estadio IV, que existieron en forma pareja, de base, a lo largo de todos los períodos.

En el 13° Congreso Internacional de Oncología, de la U.I.C.C. de Buenos Aires, en 1978, De Waard mostró dos tipos de curvas epidemiológicas: 1° del Japón, en que el cáncer disminuye luego de los 50 años y 2° de los países occidentales, como la nuestra, evidenciándose dos tipos etiológicos del cáncer de mama.

En las japonesas que emigran a Hawai hay una tendencia a igualarse a la población americana, pero se mantiene una diferencia, hay un factor racial. Las japonesas actuales

de Hawai crecen más y tienen más tumores que en Japón. Esto está ligado a que las mujeres grandes y obesas, con mamas grandes tienen mayor cantidad de secreción diaria de prolactina y de hormonas de crecimiento hipofisarias, demostrado con curvas de exámenes de laboratorio (son factores oncógenos). Se ha visto en las americanas y holandesas un aumento de la secreción de estrógenos, prolactina y hormona del crecimiento por la dieta y se ha hecho experimentación con las dietas (De Waard⁽⁴⁾). Estudios japoneses y polacos muestran la relación del cáncer con el peso. El cáncer se ve más en la mujer grande, con mamas grandes. Constituye así uno de los factores de riesgo, que cuando aparecen juntos no se suman sino que se multiplican. Otro factor universalmente admitido es la falta de gravidez y lactancia precoz (por ese hecho es tan frecuente en nuestro país). A estos factores se suman los abortos, sobre todo a repetición, son estímulos abortados de crecimiento glandular; el hiperestrogenismo traducido por las menstruaciones abundantes y dolorosas, con mastopatía hormonal, la herencia (antecedentes de varios cánceres de mama en la familia); las drogas tranquilizantes, que inhiben núcleos hipotalámicos, entre ellos el del productor del P.I.F. que frena la producción de prolactina hipofisaria, etc. Una tarea del futuro es pesquisar estos factores para suprimirlos o atenuarlos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BUTLER C., CAPRIO G., DOMINGUEZ C. — Cáncer de la mama. Montevideo, Médica, 1940, p. 59.
2. DE WAARD F., BRANDERS VAN HALEWIJN E., HUIZINGER J. — The biomedical distribution of patients with mammary cancer. *Cancer*, 17: 141, 1964.
3. DE WAARD F., BRANDERS VAN HALEWIJN E. — A prospective study in general practice on breast cancer risk in post-menopausal women. *Int. Cancer*, 14: 153, 1974.
4. DE WAARD F. — Diet and nutrition as environmental factors in the pathogenesis of breast cancer. In: Report to the Profession, breast cancer. Bethesda, Maryland. D.C.B.C.N.C. National Institutes of Health, 1974, p. 21.
5. FRANGELA A. — Cáncer del seno. Trabajos de oncología y radioterapia. Publicación del Instituto de Radiología y Ciencias Físicas. Montevideo, 1953-54, p. 100.
6. SEGI M., NOYE H., SEGI R. — Age adjusted death rates for cancer for selected sites. (A classification), Segi Institute of Cancer, 1977.
7. VASALLO A., OTTATI A. — Magnitud del problema, aspectos epidemiológicos. En: Viola A. y Muse I. Cáncer de mama. Montevideo. Universidad de la República, 1981.