

# CARACTERÍSTICAS DE LOS TUMORES MAMARIOS EN LA PRIMERA CONSULTA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DE PACHECO

Héctor Javier Burruchaga,\* Paula Martínez Vázquez,\*\* Lidia Di Vincenti,\*\*  
Pedro González,\*\*\* Inés Caillet Bois,\*\*\*\* Laura Díaz,\*\*\*\*\* Alfredo Ferraris \*\*\*\*\*

---

## RESUMEN

### Introducción

El Hospital Magdalena V. de Martínez (Pacheco) Tigre, abarca un amplia área de influencia como la Región de Islas, así como también es cercano a C.A.B.A. (Ciudad Autónoma de Buenos Aires). Cuenta con consultorios de Patología Mamaria, que dependen del Servicio de Ginecología, allí se analizaron pacientes que presentaron tumores mamarios a la primera consulta.

### Objetivos

Identificar y evaluar la detección de cáncer de mama en pacientes que concurren al hospital. Al momento de la primera consulta se evaluó:

- Estadio de la presentación inicial.
- Características clínicas e imaginológicas de los mismos.
- Factores demográficos posiblemente asociados: grupo etario, lugar de residencia y demora a la primera consulta.
- Tratamientos quirúrgicos realizados.

### Material y métodos

Se evaluaron 179 casos de cáncer de mama durante el período 2009/2011; clasificándose por edad de las pacientes (menores de 40 años, entre 40 y 50 años, mayores de 50 años); lugar de residencia (dentro o fuera del Partido de Tigre); y tiempo transcurrido hasta la primera consulta (menos de 2 meses, de 2 a 6 meses, más de 6 meses).

Se analizaron las formas de presentación desde el aspecto clínico (nódulo, tumor, mastalgia, secreción del pezón, etc.) e imaginológico (mamográfico y/o ecográfico). Desde lo clínico-patológico se clasificó según estadio-estirpe y localización. El tratamiento se dividió en mastectomía radical modificada (Madden) y cirugía conservadora con ganglio centinela y/o vaciamiento axilar.

### Resultados

La edad de presentación: 8% menos de 40 años; 20% entre 40 y 50 años; 72% mayor de 50 años. La demora en la consulta 54,7% más de 6 meses; 13,8% entre 2 y 6 meses; 30,4% menos 2 meses. La forma de presentación: 86,19% fue diagnosticado clínicamente y 12,71% por diagnóstico imaginológico. Estadio 0

---

\* Médico del II Curso bienal teórico-práctico de certificación en mastología.

\*\* Servicio de Ginecología, Hospital Provincial de Pacheco.

\*\*\* Anatomía Patológica, Hospital Provincial de Pacheco.

\*\*\*\* Imágenes, Hospital Provincial de Pacheco.

\*\*\*\*\* Oncología, Hospital Provincial de Pacheco.

Correo electrónico para el Dr. Héctor Javier Burruchaga: javierburruchaga@hotmail.com

(4,47%); estadio I (30,17%); estadio II (41,34%); estadio III (20,11%); estadio IV (3,91%). El estudio histopatológico indicó 95,53% para tumores infiltrantes y 4,47% para in situ. Con respecto al tratamiento el 68,8% fue conservador, con ganglio centinela y/o vaciamiento axilar; un 29,5% fue mastectomía radical modificada (Madden); y 11 pacientes no recibieron tratamiento en la institución.

#### **Conclusiones**

Tratándose de un hospital ubicado cercano a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y a pesar que cuenta con mamógrafo para la pesquisa de cáncer de mama en estadios tempranos, se observan pocos diagnósticos de lesiones no palpables y muchos diagnósticos de cáncer de mama localmente avanzado (CMLA), de lo que se infiere que el método de detección temprana por medio de mamografías, parece no haberse instaurado eficazmente.

#### **Palabras clave**

Cáncer de mama. Formas de presentación.

### **SUMMARY**

#### **Introduction**

Magdalena V. de Martínez Hospital in Pacheco, Tigre, covers a wide area of influence that goes from Region de Islas to C.A.B.A. (Ciudad Autónoma de Buenos Aires). The hospital has a breast screening and treatment clinic which is dependent on the Gynecology Department of the hospital. The subjects studied in this research were patients who were diagnosed with breast tumors in their first consultation at the clinic.

#### **Objectives**

Identifying and evaluating the detection of breast cancer in the first consultation at the breast clinic.

- Stages of the breast cancer at the moment of the visit.
- Clinical breast examination, ultrasonography and mammographic images.
- Demographic characteristics associated to breast cancer: age group, place of residence and the time passed between lump detection by the patient and the first visit to seek medical advice.
- Surgical procedures carried out.

#### **Materials and methods used**

The study was carried out on 179 patients with breast cancer at the time of the first visit to the clinic between 2009 and 2011. These patients were classified into groups according to their age (younger than 40 years of age, between 40 and 50, and older than 50), place of residence (within or without Tigre) and time elapsed between lump detection and first visit (less than 2 months, between 2 and 6 months, and more than 6 months).

Clinical features of breast cancer were analyzed (lump, tumor, breast pain and nipple discharge together with mammograms and ultrasounds). From the clinical and pathological standpoint, the cancers were classified according to stages, lineage and place of tumor. The treatment was divided into radical breast mastectomy, sentinel lymph node biopsy followed by surgery, and armpit removal surgery.

#### **Results**

Age of presentation: 8% less than 40 years of age, 20% between 40 and years of age, 72% older than 50 years of age. Delay to first consultation: 54.7% more than 6 months, 13.8% between 2 and 6 months, 30.4% less than 2 months. Ways of presentation: 86.19% clinically diagnosed, 12.71% diagnosed by imaging tests. Stages: stage 0, 4.47%; stage I, 30.17%; stage II, 41.34%; stage III 20.11%;

stage IV, 3.91%. Histopathological tests: 95.53% infiltrative tumors; 4.47% in situ. Treatment: 68.8% sentinel lymph and or armpit removal; 29.5% radical mastectomy; 11 patients did not receive treatment in the hospital.

#### Conclusions

The hospital is close to our capital city and has a mammography monitor to screen for breast cancer in its early stages. However, there are few diagnoses of non-palpable breast lesions and many diagnoses of advanced breast cancer. Therefore, early detection of breast cancer with screening mammography seems not to have been successfully established.

#### Key words

Breast cancer. Clinical features.

## INTRODUCCIÓN

Los tumores mamarios tienen un enorme impacto sobre la salud de las mujeres, siendo aproximadamente un 32% de todas las neoplasias malignas que se detectan en las mismas.<sup>1,2</sup> Es la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres de 40 a 55 años de edad.

La incidencia estimada para la argentina es de 19.272 casos para el año 2010, y la del 2008 fue de 18.712 casos.<sup>3</sup> En las provincias argentinas la tasa de mortalidad por cáncer de mamas varia entre 32,7 y 13,5 por 100.000 mujeres.<sup>4</sup>

En la literatura extranjera aproximadamente el 25% de casos de cáncer de mama en Estados Unidos son diagnosticados como carcinoma ductal in situ (CDIS). Los rangos de CDIS han aumentado de 5,8 por 100.000 mujeres en 1970 hasta un 32,5 por 100.000 en el 2004. Este patrón es generalmente atribuido al incremento del *screening* mamográfico.<sup>5</sup>

En el otro extremo el cáncer de mama localmente avanzado (CMLA) sigue siendo un importante problema de la salud pública y una situación difícil de gestionar en todo el mundo.<sup>6</sup>

Según la base de datos del colegio americano de cirujanos, en EE.UU. corresponde al 6% de los cánceres de mama.<sup>7</sup> Sin embargo, en nuestro país el porcentaje de presentación inicial en este estadio puede llegar a valores tan altos como un 25-30%.

En el Hospital Magdalena. V. de Martínez

de Pacheco se cuenta con consultorios de patología mamaria dependiente del Servicio de Ginecología, abarcando un importante área de influencia.

Es nuestro objetivo analizar cuáles fueron los estadios de presentación en la primera consulta en nuestro hospital, características clínicas y demográficas, y los factores relacionados con dicha distribución.

## OBJETIVOS

Evaluar a las pacientes con cáncer de mama en el Hospital Magdalena V. de Martínez de Pacheco al momento de la primera consulta, analizando:

- Los estadios de presentación inicial.
- Características clínicas e imaginológicas de los mismos.
- Factores demográficos posiblemente asociados; grupo etario, lugar de residencia y demora en la consulta.
- Tratamientos quirúrgicos realizados.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de las pacientes atendidas por primera vez en el Servicio de Ginecología y Mastología del Hospital Magdalena V. de Martínez de Pacheco, en el período comprendido entre los años 2009 y 2011 inclusive.

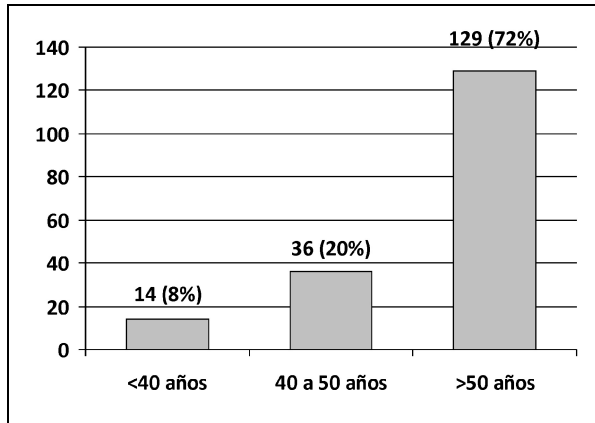


Figura 1. Grupo etario.

Del total de 7.247 pacientes asistidas durante dicho período, se diagnosticaron 179 casos de cáncer de mama. La edad osciló entre 32 y 92 años, siendo la media de 57 años. Para su estudio se dividió en tres grupos etarios (menores de 40, entre 40-50 y mayores de 50 años).

Se analizaron estadios de presentación inicial, forma de la enfermedad según si el diagnóstico fue clínico (nódulo, tumor, mastalgia, secreción por pezón, etc.) o exclusivamente imaginológico (mamografía/ecografía).

Se evaluó el lugar de residencia (Partido de Tigre u otros); tiempo de demora en la consulta (menos de 2 meses, 2 a 6 meses y más de 6 meses).

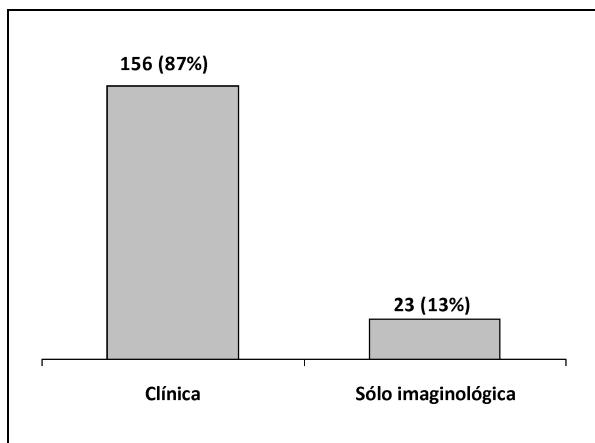


Figura 2. Formas de presentación.

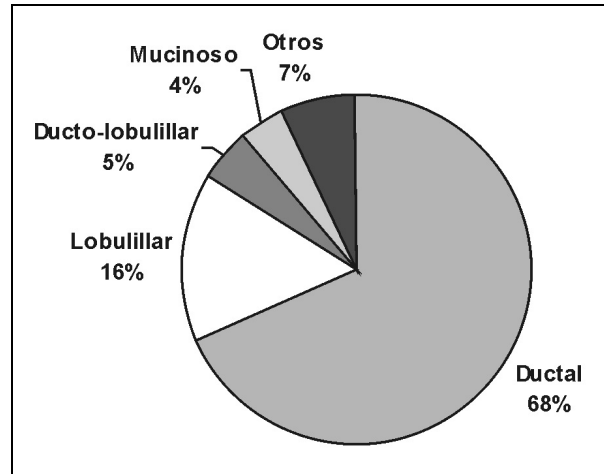


Figura 3

En cuanto al tratamiento quirúrgico instaurado, se dividió según cirugía, mastectomía radical modificada (Madden) versus cirugía conservadora, y dentro de esta última se subdividió en dos grupos, con ganglio centinela y con vaciamiento axilar.

## RESULTADOS

### Grupo etario

La edad de presentación fue 8% menores de 40 años (14 pacientes); 20% entre 40 y 50 años (36 pacientes); y 72% mayores de 50 años (129 pacientes). La distribución en los grupos etarios se presenta en la Figura 1.

### Forma de presentación

El 87% fue diagnosticado clínicamente (156 pacientes) y 13% diagnosticados por imágenes (23 pacientes). Las formas de presentación se representan en la Figura 2.

### Características demográficas

De la totalidad de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en nuestro hospital, el 70%

| Tipo de tumor    | Porcentaje |
|------------------|------------|
| Ductal           | 67,60      |
| Lobulillar       | 15,64      |
| Ducto-lobulillar | 4,47       |
| Mucinoso         | 3,35       |
| Adenocarcinoma   | —          |
| Metaplásico      | —          |
| Indiferenciado   | —          |
| Tubular          | —          |

Tabla I

pertenece al Partido de Tigre y un 30% concurre de otros partidos.

### Demora en la primera consulta

El tiempo de demora en llegar a la primera consulta en nuestro hospital fue mayor a 6 meses en el 54,7% (99 pacientes) con un máximo de 5 años. En el 13,8% (25 pacientes) la demora fue de 2 a 6 meses; y el 30,4% (55 pacientes) la consulta la realizó antes de los 2 meses. El 58,66% (105 pacientes) presentaron la enfermedad del lado derecho y 41,74% (74 pacientes) del lado izquierdo.

### Distribución anatomopatológica

El 95,53% de las pacientes presentó un carcinoma infiltrante. Sólo el 4,47% restante correspondió a un CDIS (Figura 3).

Dentro de los carcinomas infiltrantes el diagnóstico histopatológico fue: 67,60% ductales;

| Estadio | Pacientes | Porcentaje |
|---------|-----------|------------|
| 0       | 8         | 4,47       |
| I       | 54        | 30,17      |
| IIA     | 41        | 41,34      |
| IIB     | 33        |            |
| IIIA    | 16        | 20,11      |
| IIIB    | 20        |            |
| IIIC    | 0         |            |
| IV      | 7         | 3,91       |

Tabla II

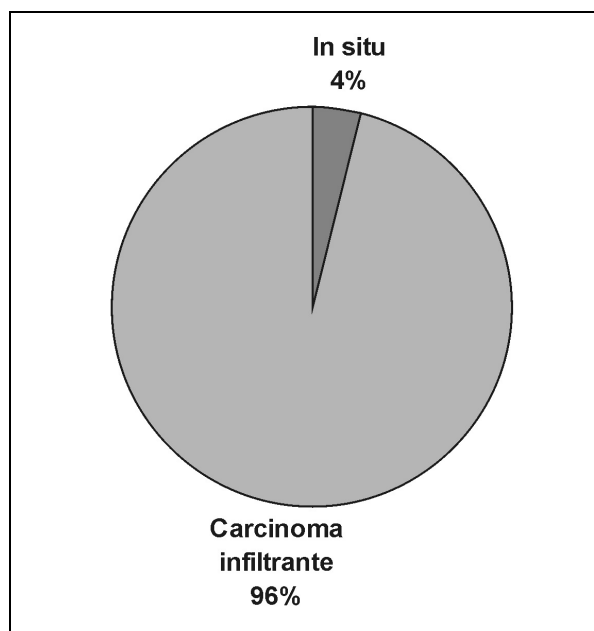


Figura 4

15,64% lobulillares; 4,47% ductolobulillares; 3,35% mucinosos; y el resto correspondió a un adenocarcinoma, un metaplásico, un indiferenciado y un tubular (Tabla I, Figura 4).

El porcentaje por estadios fue: 4,47% estadio 0; 30,17% estadio I; 41,34% estadio II; 20,11% estadio III; y 3,91% estadio IV (Tabla II).

Con respecto al tratamiento se realizó en el 64,8% (116 pacientes) tratamiento conservador; de éstas se efectuaron 38 vaciamientos axilares y 68 ganglios centinela, informados como negativo.

En el 29,5% se realizó mastectomía radical modificada (Madden). y 11 casos no recibieron tratamiento quirúrgico. Estas 11 pacientes fueron diagnosticadas en el hospital pero no completaron su tratamiento en la institución.

## DISCUSIÓN

El cáncer de mama es la neoplasia femenina más frecuente tanto en el mundo como en la

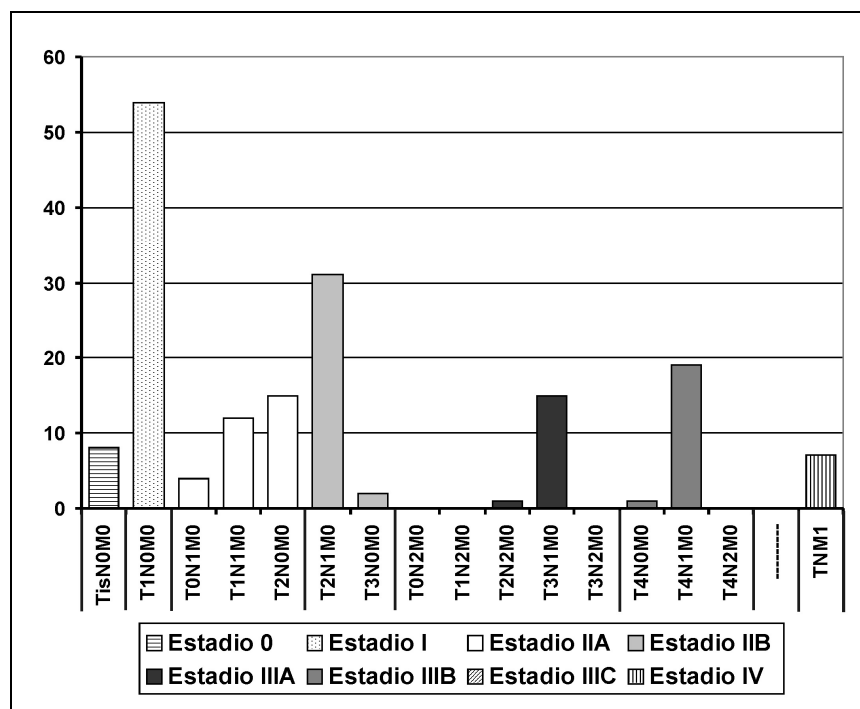


Figura 5. Distribución de los estadios.

Argentina y produce 5.400 muertes por año en nuestro país.<sup>8</sup>

En este estudio donde se evaluaron 179 pacientes con cáncer de mama en la primera consulta, la edad de presentación fue mayor de 50 años en el 72% de las pacientes, coincidiendo con estudios epidemiológicos nacionales, como el de Bahía Blanca, cuyo promedio de edad fue de 60 años.<sup>9</sup> Si bien en la actualidad existe la impresión de que el cáncer mamario se presenta a edades cada vez más tempranas, en nuestro registro sólo el 8% de las pacientes tenían menos de 40 años.

Según el Censo Nacional del 2010, el Partido de Tigre cuenta con 301.223 habitantes, de los cuales 193.056 son mujeres y el 45,21% de la población tiene cobertura social.<sup>10</sup> El Partido de Tigre cuenta con 14 centros de salud.

Abarca una extensa área de islas de 220 km<sup>2</sup> y 148 km<sup>2</sup> de superficie continental, esto hace que la población deba trasladarse grandes distancias para acceder a su atención, con las difi-

cultades sociales y económicas que esto acarrea, en especial a los habitantes de islas.

En nuestro estudio el 70% de las pacientes eran del Partido de Tigre y el 30% restante lo conforman pacientes de otros partidos que no cuentan con servicio de patología mamaria y pacientes de países limítrofes como Paraguay. No obstante, nuestro análisis arroja una detección de 80 cánceres de mama por año aproximadamente, que para las características demográficas del Partido podrían ser mejorables en cuanto a su detección.

Se observó que más del 50% de las pacientes demora más de 6 meses, con un máximo de 5 años, en llegar a la primera consulta por cáncer de mama; de éstas un 77% tenían más de 50 años de edad, un 16% entre 40 y 50 años, y un 7% menos de 40 años; perteneciendo un 72% al Partido de Tigre y un 28% a otros partidos. El 30% aproximadamente concurrió antes de los 2 meses de detectada la patología. En el cáncer de mama la detección temprana es fun-

damental, ya que los tumores de menos de un centímetro tienen hasta un 90% de probabilidades de curación.<sup>8</sup>

Las formas de presentación fueron en su mayoría (86,19%) diagnósticos clínicos, siendo los motivos de consulta más frecuentes la presencia de masa o nódulo (82%), mastalgia (4%), secreción por pezón (1%), etc.<sup>11</sup> Todas estas pacientes carecen de detección temprana. Dado que el alto porcentaje se presenta como tumor palpable en la primer consulta.

Strax y Schapiro, ya en el año 1966, demostraron la reducción de la mortalidad por cáncer de mama por un 30% de las mujeres mayores de 50 años quienes habían participado de un programa de *screening* mamario,<sup>12</sup> dado que el *screening* mamario es la búsqueda de un estado patológico como el cáncer de mama, cuando aún no existen signos ni síntomas que razonablemente sugieran su presencia.<sup>13</sup> Hasta el momento la mamografía es la única modalidad de imagen con eficacia aprobada para *screening* y la detección precoz del cáncer de mama; como así también lo comprobó el BCDDP (proyecto de demostración de detección del cáncer mamario).<sup>14</sup>

En la Provincia de Buenos Aires, dependiendo del ministerio de salud, se encuentra el programa de detección precoz gínito-mamaria (PROGEMA) cuyo objetivo es realizar actividades de fortalecimiento de los programas para que éstos alcancen una cobertura de tamización, focalizando en aquellas mujeres que en general no acceden a los servicios establecidos por el programa nacional.<sup>15</sup> Este programa se implementa en hospitales públicos provinciales, municipales y centros de salud comunales. El mismo cuenta con un subregistro en la captación de pacientes con cáncer de mama.

Los cánceres de mama diagnosticados exclusivamente por imagen (mamografía y/o ecografía) correspondieron tan sólo a un 12,17%. En nuestro hospital, que cuenta con mamógrafo, y siendo la mamografía de las últimas déca-

das un método de tamización para la pesquisa del cáncer de mama en estadios tempranos, se realizan unas 300 mamografías mensuales, así como ecografías mamarias. Se diagnosticaron 4,47% (8 casos en 3 años) de carcinoma in situ, muy por debajo del 25% de detección en distintos centros, en los cuales la mamografía es el método de detección.<sup>16</sup>

En general, el CDIS es detectado mediante la mamografía y raramente esta entidad tiene traducción clínica en la actualidad.<sup>17</sup> Las microcalcificaciones agrupadas son el signo mamográfico más frecuente del CDIS, generalmente solas o en menor medida, asociadas a densidades. Característicamente son agrupadas y pleomorfas (BI-RADS 4) y muchas veces con disposición ductal lineal o segmentaria (BI-RADS 5).<sup>18</sup> Otra forma de presentación es la densidad mamográfica pura (imagen nodular). La mamografía permite diagnosticar el 90% de los CDIS, siendo un 76% microcalcificaciones y un 24% asociado a distorsiones.<sup>19</sup> Nuestra incidencia actual es de un 4,47%, muy por debajo a lo publicado.<sup>19</sup>

Con el aumento del *screening* mamográfico de las últimas décadas, por cada 4 carcinomas invasivos se diagnostica un CDIS.<sup>20</sup> En el Hospital Magdalena V. de Martínez de Pacheco se diagnostican 21 carcinomas invasivos por cada CDIS.

En el CMLA tuvimos un 27% de pacientes en la primera consulta que asistieron con esta forma de presentación, comparada, por ejemplo, con el 20% detectado en el Hospital Roffo.<sup>21</sup> Entre las mujeres que se controlan en forma regular con mamografías, se diagnostica enfermedad en estadio III en menos del 5%.<sup>22</sup> Sin embargo, en la actualidad las tasas de diagnóstico en este estadio siguen siendo elevadas, debido a que muchas mujeres no se controlan regularmente. En la población no controlada el CMLA representa entre el 30% y 50% de los cánceres de mama diagnosticados.<sup>23,24</sup> En nuestro hospital, el diagnóstico de CMLA se comporta como

una población no controlada regularmente, no sólo mamográficamente sino también clínicamente. Se presentó el CMLA en un 72% en mujeres mayores de 50 años, un 17% en mujeres de entre 40 y 50 años, y un 10% en mujeres menores de 40 años; la demora en la consulta más allá de 6 meses fue de un 75%.

Con respecto a la histopatología en la literatura<sup>25,26</sup> se presentan como frecuencias: carcinoma in situ 15-30%; ductal infiltrante 65-80%; lobulillar infiltrante 5-10%. Carcinomas especiales: medular 1-5%; mucinoso 2-4%; Paget 0,7-4,0; cribiforme 0,5-3,5%; tubular 2-20%; y ductolobulillar 6-7%.

Nuestros datos obtenidos fueron 70,07% de ductal infiltrante; 15,04% de lobulillar infiltrante; y un 4,47% de in situ. Estos datos son comparables con los encontrados en la Región Sanitaria 1 de la Provincia de Buenos Aires y Partido de Bahía Blanca.<sup>9</sup> Actualmente, el CDIS corresponde al 20% de los carcinomas detectados por mamografía.<sup>19</sup>

Los tratamientos que se realizaron fueron: 29,5% mastectomía radical modificada y en el 64,8% tratamiento conservador, de los cuales se realizó ganglio centinela o vaciamiento axilar; 11 pacientes de este estudio no recibieron tratamiento en la institución.

## CONCLUSIONES

La población perteneciente al Partido de Tigre cuenta con características particulares como la amplia extensión de islas, pero a su vez muy cerca de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La detección de CDIS es muy baja (4,47%) dato comparable con la era premamográfica. El CMLA presenta índices de detección comparables con la población no controlada regularmente. Es de pensar que si en el Hospital Magdalena V. de Martínez se cuenta con mamógrafo, Departamento de Patología Mamaria y en el Partido de Tigre, que cuenta con 14 centros de salud con atención ginecológica, la detección del

cáncer mamario en esta población no es efectiva y seguiremos recibiendo un 87% de tumores palpables en la primera consulta, mientras no se realicen programas de *screening* para detectar esta patología.

## REFERENCIAS

1. Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics, 2007. *CA Cancer J Clin* 2007; 57: 43-66.
2. Weir HK, Thun MJ, Hankey BK, et al. Annual report to the nation of the status of cancer, 1975-2000, featuring the uses of surveillance data for cancer prevention and control. *J Natl Cancer Inst* 2003; 95: 1276-1299.
3. Globocan 2008. Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008. Online analysis: estimated number of new cases, Breast ([www.iacr.fr](http://www.iacr.fr)).
4. Loria D. Atlas de tendencia de mortalidad por cáncer de mamas argentina 1980-2001, *Rev Arg Mastol* 2007; 26(92):174-185.
5. Virnigi BA, Wang SY, Tuttle TM. Ductal carcinoma in situ, and the influence of the mode of detection, population characteristics, and other risk factors. *Am Soc Clin Oncol Educ Book* 2012; 32: 45-48.
6. Hortobagyi GN, de la Garza Salazar J, Pritchard K, et al. The global breast cancer burden: variations in epidemiology and survival. *Clin Breast Cancer* 2005; 6(5): 91-401.
7. Lee MC, Newman LA. Management of patients with locally advanced breast cancer. *Surg Clin North Am* 2007; 87: 379-398.
8. Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de Salud Presidencia de la Nación, año 2012.
9. Eidenson G, Gusceller C, Godoy GM. Epidemiología del cáncer de mama. Incidencia en la Región Sanitaria I de la Provincia de Buenos Aires y Partido de Bahía Blanca entre 1989 y 2002. *Rev Arg Mastol* 2011; 30(105): 323-338.
10. Sitio del instituto nacional de estadísticas y censos (INDEC) 2010.
11. Cazap E, Buzaid C, Gabino J. Cáncer de mama en Latinoamérica. *Rev Arg Mastol* 2009; 28(99): 98-111.
12. Shapiro S, Strax P, Venet L. Evaluation of periodic breast cancer screening with mammography: methodology and early observations. 1966. *CA Cancer J Clin* 1990; 40(2): 111-25.
13. Uribe Barreto A. Enfermedades de la mama. Edit. Mediterráneo, Santiago, Chile, 1992; p.104.
14. PROGEMA: detección precoz del cáncer génito mamario. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.



15. Elston CW, Ellis IO. Pathological prognostic factors in breast cancer. I. The value of histologic grad in breast cancer: experience from a large study with long-term follow up. *Histopathology* 1991; 19: 403-410.
16. Hoffman AW, Ibarra-Drendall C, Espina V, Liotta L, Seewaldt V. Ductal carcinoma in situ: challenges, opportunities, and uncharted waters. *Am Soc Clin Oncol* 2012; 32: 40-44.
17. Diagnosis and management of ductal carcinoma in situ (DCIS) national institute of health state of the science conference statement. 2009.
18. Consenso Nacional Intersociedades sobre cáncer de mama: Pautas para el diagnóstico y manejo de las lesiones mamarias subclínicas. Academia Nacional de Medicina 2009.  
[www.acamedbai.org.ar/pagina/academia/consenso](http://www.acamedbai.org.ar/pagina/academia/consenso)
19. O'Sullivan MJ, et al. Carcinoma in situ –concurrent management. *Surg Clin North Am* 2007; 87: 333-51.
20. National Institute of Health State of the Science Conference statement. Diagnosis and management of DCIS. September 22-24, 2009.
21. Cresta Morgado C, Noblía C, González E, Armanasco E, Azar E, Sánchez P, Gallo A. Cáncer de mama. Estudio prospectivo de las condiciones socioculturales de las pacientes que modifican su diagnóstico y tratamiento en el IOAHR. Póster presentado en Jornadas de IOAHR 5-6/10 del 2000.
22. Seidman H, et al. Survival experience in the breast cancer detection demonstration Project. *CA Cancer J Clin* 1987; 37: 258.
23. Hortobagyi GN, Singletary SE, Strom EA. Treatment of locally advanced and inflammatory breast cancer. Morrow M, Osborne CK (Eds), 2nd Ed. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2000.
24. Ezzat AA, Ibrahim EM, Raja MA, et al. Locally advanced breast cancer in Saudi Arabia: high frequency of stage III in a young population. *Med Oncol* 1999; 16: 95.
25. Esserman L. Diagnosis evaluation and initial staging work-up of women with breast cancer. Up to date 2007.
26. Bleiweiss I. Pathology of breast cancer: the invasive carcinoma. Up to date 2007.

## DEBATE

**Dr. Barbera:** Creo que quedamos muy impactados.

**Dr. Burruchaga:** Es la realidad. El mayor impacto lo tenemos nosotros que trabajamos todos los días. Tuve la oportunidad de rotar por

el Hospital Británico, es un tipo de mastología; fui al Hospital Fernández, que hay mucha gente del interior, creo que es más o menos como la nuestra, o lo que vi los meses que estuve. Estuve en el Hospital Austral trabajando, es otra. Tigre está a 10 km de cada uno y en verdad es lo que yo veo en el consultorio todos los días, estamos diagnosticando por semana dos de tres de las consultas que tenemos. pasa lo mismo con el Papanicolau; o sea, la gente que es responsable va siempre al hospital pero no hay detección nueva. Entonces, usted tiene a las pacientes que controla todos los años, todos los años las ve, pero no ve detección nueva. Cuando llegan, llegan con un cáncer avanzado.

**Dr. Núñez De Pierro:** Felicidades porque realmente es muy interesante la presentación, porque nos impone una realidad que, como usted dice, está a unas cuadas.

**Dr. Burruchaga:** Recién dentro de 2 meses parece que se inaugura un mamógrafo más en el municipio, que no pertenece a mi hospital que es provincial. En todo el municipio un mamógrafo más.

**Dr. Núñez De Pierro:** Un poco el comentario venía a propósito de eso, no sé si realmente un solo mamógrafo alcanza, pero no sé si la instalación de más mamógrafos fijos va a solucionar el problema.

**Dr. Burruchaga:** Si no hay conciencia en la gente, es en vano. Es la base del PROGEMA, que es la detección, es ir a buscar a la paciente; no hay registros casi, esa es la realidad. En los hospitales provinciales no hay registro de pacientes con cáncer de mama, cuello de útero, más o menos.

**Dr. Allemand:** Aún clínicamente, el examen clínico puede detectar algún tumor de 1 o 2 cm.

**Dr. Burruchaga:** Obvio, hay 14 centros de salud con ginecólogos.

**Dr. Allemand:** Eso es lo que llama la atención, porque uno dice por qué tienen que ser carcinomas localmente avanzados. Uno no pre-

tende ya hablar de carcinomas in situ, sino los clínicamente detectables. No puede ser que se escapen todos los tumores de 1 cm.

**Dr. Burruchaga:** Se escapan.

**Dr. Dávalos:** Felicitaciones por el trabajo. Creo que no se trata únicamente de un problema de detección, se trata de un problema de educación, la gente de las islas por más que ponga 1.000 mamógrafos, si no saben de qué se trata no va a ir.

**Dr. Burruchaga:** Aunque no lo crea, la gente de islas, por norma tiene la primera atención a las 7:30 u 8:00 de la mañana, pues sabemos que vienen en lanchas y además, son

más cumplidoras que la gente del continente.

**Dr. Dávalos:** Entonces, ¿por qué la gente no va? ¿No sabe de qué se trata?

**Dr. Burruchaga:** No la población en general, pero específicamente de islas, donde viven dos habitantes por isla, más o menos, entonces van al hospital y se controlan más, porque tienen miedo de tener algo mientras están en la isla. Están más aislados que la gente del continente, ésa es la realidad.

**Dr. Dávalos:** Creo que no solamente se trata de medicina sola, se trata de educación.

**Dr. Burruchaga:** Claro, de conciencia y de educación, obviamente.