



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

TRABAJO DE TITULACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO

TEMA

“MASTOPATÍA FIBROQUÍSTICA COMO FACTOR PREDISPONENTE DE
CARCINOMA MAMARIO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL, HOSPITAL
ONCOLÓGICO DR. JULIO VILLACRESES COLMONT, PORTOVIEJO”

AUTORES

LLUMIQUINGA TAPE JUAN JAVIER
SARANGO GRANDA SULY ALEXANDRA

TUTOR

DR. CÉSAR LEÓN GARCÍA

PORTOVIEJO, 2017

Dedicatoria

Creí siempre que la lógica llevaba a la razón. Ingrese a medicina para tal búsqueda, indague en todos estos años hondamente en la fisiología, en lo quirúrgico, en lo irreal. Y he vuelto con el descubrimiento más importante de mi carrera, es sólo en las misteriosas revisiones sistemáticas del amor, que existe una razón verdadera. Solo estoy aquí por ti, en este gran día, tú eres mi razón. Eres todas mis razones. ¡Gracias! Doctora Ligia Elena Urquizo Albán.

Juan Llumiyinga Taipe

Dedicatoria

Esta tesis la dedico a Dios por guiarme camino al éxito, por darme la oportunidad de vivir, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón, por iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Es mi deseo como sencillo gesto de agradecimiento, dedicarle mi tesis, a mi esposo Ing. Juan Carlos San Andrés Laz por su sacrificio y esfuerzo, por creer en mí capacidad, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre ha estado brindándome su comprensión, cariño y amor.

A mi amada hija Suly, por ser mi fuente de motivación e inspiración.

A mis padres Dionicio Sarango y Olga Granda, y a mis hermanos, quienes con sus palabras de aliento no me dejaron decaer para que siga adelante siempre perseverando para cumplir con mis ideales; por ellos he podido cumplir una meta más, con esmero y dedicación.

Detrás de cada logro, hay otro desafío, gracias a todos.

Suly Sarango Granda

Agradecimiento

A la Universidad Técnica de Manabí y sus docentes, que al brindarnos sus conocimientos y experiencias fueron cimientos fundamentales para encaminarnos y formarnos como profesionales al servicio de los demás.

Al Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont y especialmente a su Director Médico Dr. Ángel Ganchozo Villavicencio, por abrirnos las puertas y brindarnos las facilidades para que nuestro trabajo concluyera exitosamente.

Al Dr. José Pazmiño, médico tratante del Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont, quien desinteresadamente nos ayudó en el desarrollo de este proyecto de investigación.

A nuestro tutor Dr. César León y nuestro revisor Dr. Alfredo Marín, por dedicarnos su tiempo y ser una gran guía para que la investigación progrese de manera satisfactoria.

A nuestros familiares, que nos han apoyado y han confiado en nosotros en este camino al éxito.

A las personas, que formaron parte de nuestra vida a lo largo de este trayecto y que directa e indirectamente contribuyeron en la culminación de este proyecto.

Los Autores

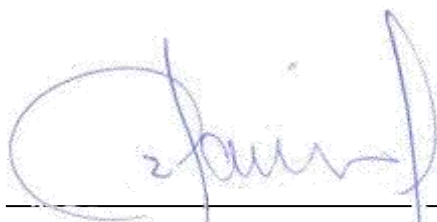
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, DR. CÉSAR LEÓN GARCÍA, tengo a bien certificar que el Trabajo de Titulación denominado “MASTOPATÍA FIBROQUÍSTICA COMO FACTOR PREDISPONENTE DE CARCINOMA MAMARIO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL, HOSPITAL ONCOLÓGICO DR. JULIO VILLACRESES COLMONT, PORTOVIEJO”

Ejecutado por: LLUMIQUINGA TAIPE JUAN JAVIER y SARANGO GRANDA SULY ALEXANDRA, se encuentra concluido en su totalidad.

El presente trabajo es original de los autores y ha sido realizado bajo mi dirección y supervisión, habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración de un Trabajo de Titulación previo a la obtención del título de Médico Cirujano.

Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.



Dr. César León García
TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

CERTIFICACIÓN DEL REVISOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, DR. ALFREDO MARÍN PÉREZ, tengo a bien certificar que el presente Trabajo de Titulación denominado “MASTOPATÍA FIBROQUÍSTICA COMO FACTOR PREDISPONENTE DE CARCINOMA MAMARIO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL, HOSPITAL ONCOLÓGICO DR. JULIO VILLACRESES COLMONT, PORTOVIEJO”.

Ha sido estructurado bajo mi dirección y seguimiento, alcanzado mediante el esfuerzo, dedicación y perseverancia de los autores: LLUMIQUINGA TAIPE JUAN JAVIER y SARANGO GRANDA SULY ALEXANDRA.

Considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador del Honorable Consejo Directivo para continuar con el trámite correspondiente de ley.



Dr. Alfredo Lázaro Marín Pérez
MÉDICO GENERAL PROF. TITULAR Y
ESPECIALISTA EN GRADO CIRUGÍA
R.O.G.: 1445735 Cel: 09927066598

Dr. Alfredo Marín Pérez
REVISOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN
DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

TEMA

“MASTOPATÍA FIBROQUÍSTICA COMO FACTOR PREDISPONENTE DE CARCINOMA
MAMARIO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL, HOSPITAL ONCOLÓGICO DR. JULIO
VILLACRESES COLMONT, PORTOVIEJO”

TRABAJO DE TITULACIÓN

Sometida a consideración del Tribunal de Revisión y Evaluación, designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, como requisito previo a la obtención del título de Médico Cirujano realizado por los egresados, con el cumplimiento de todos los requisitos estipulados en el Reglamento General de Graduación de la Universidad Técnica de Manabí.

APROBADO POR:



Dra. Yira Vásquez Giler, Mg. Sc.
DECANA DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS DE LA SALUD



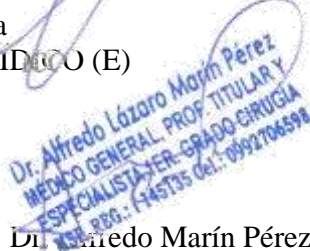
Leda. Sandra Linares Giler, Mg. Gs.
PRESIDENTA DE LA COMISIÓN
DE TITULACIÓN DE LA FCS



Ab. Abner Benito Molina
SECRETARIO ASESOR JURÍDICO (E)
DE LA FCS



Dr. César León García
TUTOR



Dr. Alfredo Lázaro Marín Pérez
MÉDICO GENERAL, PROF. TITULAR Y
ESPECIALISTA IER-GRADO CIRUGÍA
C.R. 286 - (145135 del: 0992706598)

Dr. Alfredo Marín Pérez
REVISOR

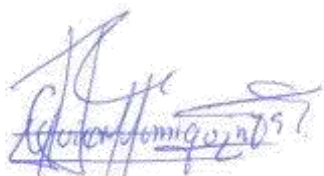
DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Nosotros, LLUMIQUINGA TAIPE JUAN JAVIER con C.I. 1720643178 y SARANGO GRANDA SULY ALEXANDRA con C.I. 1720040938, egresados de la Escuela de Medicina perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que:

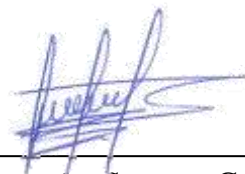
El presente Trabajo de Titulación denominado “MASTOPATÍA FIBROQUÍSTICA COMO FACTOR PREDISPONENTE DE CARCINOMA MAMARIO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL, HOSPITAL ONCOLÓGICO DR. JULIO VILLACRESES COLMONT, PORTOVIEJO”, es de nuestra completa autoría y ha sido realizado bajo absoluta responsabilidad, y con la supervisión del Tutor del Trabajo de Titulación, Dr. César León García.

Toda responsabilidad con respecto a las investigaciones con sus respectivos resultados, conclusiones y recomendaciones presentadas en este Trabajo de Titulación, pertenecen exclusivamente a los autores.

Portoviejo, abril de 2017



Juan Javier Llumiquinga Taipe
EGRESADO DE MEDICINA



Suly Alexandra Sarango Granda
EGRESADA DE MEDICINA

Índice de Contenido

Capítulo I	1
Introducción	1
Conceptualización del tema	1
Planteamiento del problema	2
Subproblemas	3
Antecedentes	4
Justificación.....	6
Delimitación.....	7
Objetivos	8
Objetivo general.....	8
Objetivos específicos	8
Capítulo II.....	9
Marco Teórico	9
Mastopatía fibroquística.....	9
Generalidades	9
Cambios en la morfología de la mama relacionados con la edad.....	10
Etiología de la mastopatía fibroquística	13
Manifestaciones clínicas.....	14
Manejo práctico de la mastopatía fibroquística	16
Procedimientos de diagnóstico	17
Carcinoma mamario	19
Generalidades	19
Tipos de cáncer de mama	21
Causas de carcinoma mamario	22
Signos y síntomas	23
Riesgo para carcinoma mamario	23

Prevencción del carcinoma mamario.....	27
Variables de la investigación	28
Variable 1.....	28
Variable 2.....	28
Operacionalización de las variables.....	29
Capítulo III.....	31
Diseño metodológico	31
Tipo de estudio.....	31
Lugar y período de la investigación.....	31
Universo y población	31
Criterios de inclusión	31
Criterios de exclusión.....	31
Recolección de la información.....	32
Fuentes de información.....	32
Métodos	32
Técnicas	32
Instrumentos	32
Procesamiento, análisis e interpretación de la información.....	32
Aspectos éticos.....	33
Capítulo IV	34
Presentación y Discusión de Resultados	34
Grafitabla # 1.....	34
Análisis e interpretación.....	34
Grafitabla # 2.....	35
Análisis e interpretación.....	35
Grafitabla # 3.....	36
Análisis e interpretación.....	36
Grafitabla # 4.....	37
Análisis e interpretación.....	37

Grafitable # 5.....	38
Análisis e interpretación.....	38
Grafitable # 6.....	39
Análisis e interpretación.....	39
Grafitable # 7.....	40
Análisis e interpretación.....	40
Grafitable # 8.....	41
Análisis e interpretación.....	41
Grafitable # 9.....	42
Análisis e interpretación.....	42
Grafitable # 10.....	43
Análisis e interpretación.....	43
Grafitable # 11.....	44
Análisis e interpretación.....	44
Grafitable # 12.....	45
Análisis e interpretación.....	45
Capítulo V.....	46
Conclusiones y Recomendaciones.....	46
Conclusiones	46
Recomendaciones.....	47
Presupuesto	48
Cronograma	49
Referencias Bibliográficas.....	50
Anexos	52
Anexo # 1. Hoja de recolección de datos	52
Anexo # 2. Oficio de aprobación de tema para el Trabajo de Titulación	54
Anexo # 3. Imágenes de recolección de la información	55
Anexo # 4. Reporte de plagio.....	59

Título del Proyecto

“Mastopatía fibroquística como factor predisponente de carcinoma mamario
en mujeres en edad fértil, Hospital Oncológico Dr. Julio Villacreses
Colmont, Portoviejo”

Resumen

Esta investigación fue de tipo descriptivo y prospectivo, desarrollada en el área de Preadmisión del Hospital Oncológico Dr. Julio Villacreses Colmont de la ciudad de Portoviejo, durante el período desde octubre de 2016 hasta marzo de 2017. La población de estudio la conformaron 104 pacientes mujeres en edad fértil con diagnóstico de mastopatía fibroquística y 136 mujeres con diagnóstico de carcinoma mamario. El objetivo principal fue valorar a la mastopatía fibroquística para la determinación del riesgo para carcinoma mamario en las mujeres en edad fértil. Los resultados del estudio mostraron que la mayoría de las mujeres en edad fértil con mastopatía fibroquística tenían una edad reproductiva entre cuarenta a cuarenta y cuatro años (55%), y con carcinoma mamario entre cincuenta y cinco a sesenta y cuatro años (35%); los principales factores de riesgo tanto para mastopatía fibroquística como carcinoma mamario fueron edad de la menarquia entre los diez a doce años (47%), ingesta crónica de alcohol (69/80%) y ser multípara (80/89%), además de edad de primer parto a término en la adolescencia (60%), obesidad (72%), antecedente familiar de carcinoma mamario (81%), y antecedente personal de mastopatía fibroquística proliferativa con atipia (88%), en el caso del carcinoma mamario; el principal tipo histológico de mastopatía fibroquística fue la fibrosis (58%), y en el caso de carcinoma mamario fue el carcinoma ductal infiltrante (44%). La presencia de mastopatía fibroquística proliferativa es un factor predisponente para el desarrollo de carcinoma mamario especialmente en las mujeres de edad no reproductiva.

PALABRAS CLAVE: Mastopatía Fibroquística, Carcinoma Mamario, Edad Fértil, Mama, Menarquia, Lesión No Proliferativa, Lesión Proliferativa.

Abstract

This research was descriptive and prospective, type developed in the area of pre-admission of the Hospital Cancer Dr Julio Villacreses Colmont in the city of Portoviejo, during the period from October 2016 to March 2017. The study population 104 patients with a diagnosis of mastopathy childbearing women formed the fibrocystic and 136 women with diagnosis of mammary carcinoma. The main objective was to assess the fibrocystic mastopathy for the determination of risk for mammary carcinoma in women in fertile age. The results of the study showed that the majority of women in fertile age with fibrocystic mastopathy had a reproductive age between forty to forty-four years (55%), and with mammary carcinoma between fifty-five to sixty and four years (35%); the main risk factors for breast carcinoma as fibrocystic mastopathy were age of menarche among the ten to twelve years (47%) , chronic alcohol intake (69 / 80%) and be multiparous (80 / 89%), as well as age of first childbirth at term in adolescence (60%), obesity (72%), family of mammary carcinoma (81%), and previous personal history of proliferative with atypia (88%) fibrocystic mastopathy, Mammary carcinoma; the main histological of fibrocystic mastopathy type was fibrosis (58%), and in the case of mammary carcinoma was ductal carcinoma infiltrating (44%). The presence of proliferative fibrocystic mastopathy is a predisposing factor for the development of mammary carcinoma especially among non-reproductive age women.

KEY WORDS: Fibrocystic Mastopathy, Mammary Carcinoma, Childbearing Age, Breast, Menarche, Non-Proliferative Lesion, Proliferative Lesion.

Capítulo I

Introducción

Conceptualización del tema

La mastopatía fibroquística (MFQ) es una patología que tiene carácter benigno, cuya presentación se da en mujeres en edad fértil por trastornos hormonales y que está caracterizada por la presentación de lesiones mamarias con diferente aspecto y forma.

En el momento que se presenta la etapa de la pubertad en las niñas, las mamas comienzan a presentar cambios, que son consecuencia de la herencia, la actividad hormonal y la dieta. Estos cambios, generalmente son benignos, pero en ciertos casos pueden favorecer la formación de displasia, y luego alteraciones que progresen a un estado pre-maligno, y más tardíamente a cáncer de mama.

La edad de la menarquia influye aparentemente en el riesgo de sufrir algunas patologías durante el transcurso de la vida. Los riesgos futuros relacionados con la pubertad adelantada han sido estudiados, y se ha comprobado que en las mujeres con antecedentes de menarquia temprana, existe riesgo aumentado de desarrollar MFQ y cáncer mamario a edades más jóvenes, tal vez, por causa de la exposición incrementada a los estrógenos. (Valdés Gómez, Espinosa Reyes y Álvarez de la Campa, 2013, p. 38)

Por estas razones, es importante conocer las afecciones benignas de la mama que se presentan comúnmente y su sintomatología, para prevenir graves complicaciones en el futuro. Asimismo, es importante aclarar que no todas las mujeres que presentan MFQ van a padecer de un cáncer mamario, pero representa un factor de riesgo.

Esta investigación estudia los diferentes tipos de MFQ que se presentan en nuestro medio, su frecuencia y sintomatología para carcinoma mamario en mujeres en edad fértil; debido, a que es una enfermedad poco evaluada en la provincia de Manabí, a pesar de su importancia clínica y epidemiológica, por ser la patología benigna más frecuente de la mama y un factor de riesgo.

Planteamiento del problema

Las enfermedades no cancerosas de la mama han adquirido una importancia creciente en los últimos tiempos debido a la importancia en salud pública, por ser un factor de riesgo importante para cáncer de mama, que puede desarrollarse en cualquiera de los dos senos. La gran mayoría de las lesiones que se producen en la mama son benignas. (Okoth, Galukande, Jombwe & Wamala, 2013)

A nivel mundial, los estados patológicos benignos representan aproximadamente el 90% de las presentaciones clínicas relacionadas con la mama. El fibroadenoma, los cambios fibroquísticos de mama y abscesos representan la mayor parte de estas lesiones benignas. (Okoth et al., 2013)

Por lo tanto, es importante que los cirujanos, patólogos y oncólogos puedan reconocer las características clínicas, imagenológicas e histológicas de las lesiones benignas, para diferenciarlas de una lesión precancerosa y para evaluar el riesgo de desarrollar cáncer de mama de un paciente, de manera que se pueda establecer la modalidad de tratamiento más adecuado para cada caso.

En la actualidad existen pocos informes fundamentados sobre las características clínicas y epidemiológicas de la MFQ en Ecuador y mucho menos en la provincia de Manabí. Asimismo, en la atención que se brinda en las distintas instituciones de salud pública no se cuenta con guías clínicas que dirijan la prevención y el estudio de esta patología por lo que su manejo e identificación por parte del personal médico es poco o nulo.

De acuerdo a lo expuesto, nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es el riesgo para carcinoma mamario en las mujeres en edad fértil con mastopatía fibroquística atendidas en el Hospital Oncológico Dr. Julio Villacreses Colmont de la ciudad de Portoviejo?

Subproblemas

¿Cuál es la edad reproductiva de las pacientes objeto de la investigación?

¿Cuáles son los factores de riesgo para mastopatía fibroquística y cáncer mamario en las mujeres en edad fértil?

¿Cuáles son las características histológicas de la mastopatía fibroquística en las mujeres en edad fértil?

¿Cuál es la relación entre carcinoma de mama y la mastopatía fibroquística en mujeres en edad fértil?

Antecedentes

Entre un 45-85% de las pacientes que acuden a una consulta de mama lo hacen por la MFQ. Constituye el proceso benigno más frecuente de la mama. Produce síntomas incapacitantes en el 5-10% de las pacientes. Se observa, clínicamente, en un 50% de las mujeres adultas y se detecta en un 90% de los estudios histológicos. Representa la alteración más común evidenciada en la mama de la mujer durante la madurez sexual. (Gallo Vallejo, Mas Masats, Vico Zúñiga y Aibar Villán, 2013)

Anfuso (2012) cita: Page y Dupont agruparon las variantes histológicas encontradas en el estudio de biopsias por patología benigna de mama y las dividieron en lesiones no proliferativas, lesiones proliferativas sin atipias y lesiones proliferativas con atipias. La investigación de Dupont y Page demostró que el riesgo relativo (RR) de cáncer en las pacientes con cambios no proliferativos y proliferativos sin atipias varía de 0.89 a 1.6; en mujeres con enfermedades proliferativas con atipias, el riesgo puede llegar a 4% y 5% al cabo de 15 años. Si a la hiperplasia con atipias se le agrega el antecedente familiar de cáncer de mama, el riesgo se incrementa hasta 11%. (p. 3)

El cáncer es una de las enfermedades con mayor notabilidad en el mundo y se encuentra entre las primeras causas de muerte. Considerando cifras ofrecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el cáncer es la principal causa de mortalidad a escala mundial. Se le atribuyen 7,6 millones de defunciones (aproximadamente el 13%) ocurridas en todo el mundo en 2008. Se prevé que las muertes por cáncer en todo el mundo seguirán aumentando, y pasarán de los 11 millones en 2030. (Ramos Águila, Marimón Torres, Crespo González, Junco Sena, Valiente Morejón, 2015, p. 620)

Ramos Águila y otros (2015) opinan: Una de cada 8 mujeres está afectada hoy en día por este flagelo, de aquí a 20 años ésta cifra podría subir a una de cada 7 féminas. Cada año en el mundo, un millón de cánceres de mama son descubiertos y alrededor de 400 000 mujeres mueren. Se ha estimado que una mujer muere de cáncer de mama cada 53 minutos, y cada 30 minutos se diagnostica. (p. 621)

En España, es el tumor maligno más frecuente en las mujeres (30%) y la primera causa de muerte por estas afecciones. En los Estados Unidos (EE.UU.), esta enfermedad representa el 27% del total de cánceres en el sexo femenino. En México, corresponde al 9% del total de las neoplasias y al 15% de las que afectan a dicho sexo. En América Latina también constituye la primera causa de muerte por neoplasias malignas femeninas. (Ramos Águila y otros, 2015, p. 621)

El 70% de las muertes por cáncer mamario ocurre en países en desarrollo. El riesgo de enfermar es superior en las mujeres de países con nivel socioeconómico alto, pero el riesgo de morir es mayor entre las mujeres que habitan países pobres, debido a un menor acceso a los servicios de salud para la detección temprana, tratamiento y control. (Cárdenas Sánchez, Bargalló Rocha, Erazo Valle, Maafs Molina y Poitevin Chacón, 2013, pp. 5-6)

Las tasas anuales de incidencia estandarizada por edad por cada 100 000 mujeres según datos de GLOBOCAN 2002 variaban entre 18 en el este de Asia y 99 en América del Norte, pasando por 46 en América del Sur, 62 en el sur de Europa y 84 en Europa occidental. (Vich y otros, 2014, pp. 327-328)

España junto con Malta, Chipre, Eslovenia, República Checa, Austria y Grecia, mostraba cifras intermedias de incidencia (entre 80 y 100 casos por 100 000 mujeres/año), pero superiores a las de Rumania, Bulgaria, Polonia y otros países del este de Europa. En Estados Unidos la incidencia en 2009 fue de 127 casos por 100 000 mujeres. (Vich y otros, 2014, p. 328)

En el sur y centro de América, excepto Brasil y Argentina con incidencias también altas, se ha reportado una incidencia de moderada a baja de esta enfermedad. (Cárdenas Sánchez y otros, 2013, p. 6). En el Ecuador existen algunos estudios sobre la epidemiología del cáncer de mama, pero no se encuentran datos sobre estudios en nuestro país y menos a nivel local, que investiguen a profundidad la MFQ y su importancia en cuanto a las consecuencias a largo plazo, relacionadas mayormente con el cáncer mamario.

Justificación

El presente proyecto tiene un impacto positivo desde el punto de vista médico investigativo con respecto al área de la salud de oncología ginecológica. De seguro, para instituciones como la Universidad Técnica de Manabí, y en este caso, la Facultad de Ciencias de la Salud y el Hospital Oncológico Dr. Julio Villacreses Colmont, es de gran importancia tener como referencia este tipo de estudio, ya que brindará datos actualizados sobre la MFQ y su debido manejo para el diagnóstico clínico y diferenciación histopatológica e imagenológica en mujeres en edad fértil, que constituye la enfermedad benigna de mama más común en las mujeres.

En el Ecuador y específicamente en la ciudad de Portoviejo, provincia de Manabí, donde se desarrollará el estudio; no se cuenta con datos que evidencien la relación entre la MFQ y el cáncer de mama, es decir el posible riesgo de desarrollar una patología maligna a consecuencia de una patología benigna, por lo que la investigación es un aporte de mucha importancia.

Con esta investigación las beneficiarias directas son la población de mujeres con MFQ y en riesgo de desarrollar complicaciones a largo plazo, ya que se proponen estrategias de información y difusión a dichas pacientes y a sus familiares para prevenir el desarrollo de estas complicaciones y la mortalidad en ellas.

Este proyecto es factible ya que se cuenta con el interés, ganas, conocimientos adquiridos y con los medios necesarios; además, se tiene el acceso directo a la población de estudio y a sus historias clínicas, puesto que el lugar de la investigación es el Hospital Oncológico Dr. Julio Villacreses Colmont, el cual brinda todas las facilidades para realizar la investigación.

Cabe mencionar, que las fuentes bibliográficas de medicina ginecológica y oncológica que se necesitan para sustentar y fundamentar este trabajo, son extensas y actualizadas. De esta manera, se justifica el presente estudio.

Delimitación

Delimitación del contenido:

Campo: Salud.

Área: Ginecología y Oncología.

Aspecto: Mastopatía fibroquística como factor predisponente para cáncer mamario.

Delimitación espacial:

Área de Preadmisión del Hospital Oncológico Dr. Julio Villacreses Colmont de Portoviejo.

Delimitación temporal:

Tiempo estimado: Octubre de 2016 hasta marzo de 2017.

Línea de investigación: Salud pública.

Objetivos

Objetivo general

Valorar a la mastopatía fibroquística para la determinar si es un factor de riesgo para el carcinoma mamario en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Oncológico Dr. Julio Villacreses Colmont de la ciudad de Portoviejo.

Objetivos específicos

Conocer la edad de las pacientes como objeto de la investigación que son propensas a presentar MFQ y CA mamario.

Relacionar los factores de riesgo que promueven una mastopatía fibroquística y el carcinoma mamario en las pacientes como objeto de la investigación.

Identificar que mastopatía fibroquística es más frecuente en relación al carcinoma mamario en las pacientes como objeto de la investigación.

Relacionar a las mujeres con diagnóstico de carcinoma de mama y el antecedente de mastopatía fibroquística.

Capítulo II

Marco Teórico

Mastopatía fibroquística

Generalidades

La enfermedad benigna de mama en las mujeres es un hallazgo muy común. La comprensión del control de los factores hormonales y el crecimiento del desarrollo de los senos y la función es clave para la evaluación y tratamiento de pacientes racional y sistemáticamente. Una comprensión firme de la enfermedad benigna de mama es importante para los pasos secuenciales necesarios para distinguir condiciones benignas de las malignas condiciones. (Santen, 2014)

Las hormonas y los factores de crecimiento actúan sobre las células del estroma y epiteliales para regular el desarrollo de la glándula mamaria, la maduración y la diferenciación. En términos resumidos, el estrógeno media en el desarrollo y la elongación del tejido ductal; progesterona facilita la ramificación ductal y el desarrollo lobulo-alveolar desarrollo; la prolactina regula la producción de proteínas de la leche. (Santen, 2014)

En la pubertad, el estradiol y progesterona aumentan para iniciar el desarrollo del pecho. Un complejo resultado estructura el árbol y comprende de 5 a 10 conductos primarios de leche que se originan en el pezón, de 20 a 40 conductos segmentarios, y de 10 a 100 conductos sub-segmentarios que terminan en unidades glandulares de un terminal llamado conducto lobular unidades (TDLUs). Durante el ciclo menstrual los incrementos en el estrógeno y la progesterona estimulan la proliferación celular y durante la apoptosis de la fase lútea se produce. Como consecuencia, la mama puede aumentar hasta en un 15% en el tamaño durante la fase lútea. (Santen, 2014)

Cambios en la morfología de la mama relacionados con la edad

La estructura anatómica e histológica de la mama sufre cambios importantes durante el periodo comprendido entre el inicio de la adolescencia a la menopausia. La apariencia histológica normal, representa un espectro que va desde un predominio de conductos, lobulillos y estroma intra e inter-lobular para patrones con predominio de cambio fibroso y la formación de quistes, un proceso anteriormente llamado enfermedad fibroquística. (Santen, 2014)

El término “cambios fibroquísticos” ahora se prefiere ya que hasta un 50 a 60% de las mujeres normales pueden tener este patrón histológico. Este nuevo término implica que las mujeres con senos bultos o nódulos no discretos no tienen la enfermedad de mama. Es importante destacar que los cambios fibroquísticos detectados clínicamente no incurren en mayor riesgo de cáncer de mama. (Santen, 2014)

Los cambios específicos en la mama, en relación con estroma, ductal y el tejido glandular se producen en función de la edad. Como medio para aclarar los cambios que se producen, consideramos por separado el período reproductivo involucrado y los cambios histológicos específicos presentes en el estroma, ductal y el tejido glandular. Los cambios dentro de los límites normales se llaman normales o aberrantes y más se consideran cambios severos para representar la enfermedad. (Santen, 2014)

Periodo reproductivo temprano

Componentes glandulares de la mama pueden responder a los estímulos hormonales cíclicos de una manera exagerada con el desarrollo de fibroadenomas individuales. Estos consisten en unidades lobulares que crecen más grandes que su tamaño normal y contienen ambos elementos epiteliales y estromales. Los fibroadenomas varían en tamaño desde un poco más grande que una unidad lobular única normal a lesiones palpables más grandes y discretas. (Santen, 2014)

La incidencia de fibroadenomas está en los picos de 20-24 años de edad. La prevalencia en el examen físico en mujeres jóvenes es del 2%, pero 15-23% cuando se

evaluaron de forma prospectiva en la autopsia. Los fibroadenomas varían en tamaño desde pequeño a grande (es decir, > 5 cm) con las más grandes (fibroadenomas gigantes) casi siempre visto en la pubertad o el embarazo. (Santen, 2014)

Los otros componentes del tejido de la mama están involucrados con mucha menor frecuencia en el período reproductivo temprano. Las anomalías ductales son extremadamente raras. La hiperplasia estromal se puede producir y causa hipertrofia juvenil de las mamas o en raras ocasiones, los problemas más importantes de macromastia unilateral o bilateral (ampliación del tejido mamario más allá de lo que se considera normal). (Santen, 2014)

Período reproductivo medio

El tejido mamario glandular está propenso a sufrir cambios en respuesta a incrementos cíclicos en los niveles plasmáticos de estradiol y progesterona. Algunos han llamado a este proceso de cambio glandular, adenosis. Los cambios ductales siguen siendo poco frecuentes en el período reproductivo medio. La hiperplasia del estroma se puede producir, lo que resulta en áreas de plenitud mal definidos (“bultos-lleno de baches” consistencia) en el examen físico o en las zonas firmes que requieren biopsia. (Santen, 2014)

Período reproductivo tardío

El tejido glandular puede llegar a ser hiperplásico con adenosis esclerosante o hiperplasia lobular. Los cambios hiperplásicos glandulares pueden progresar a anormalidades palpables o mamografía detectables que requieren biopsia. El carcinoma lobular in situ (CLIS) se puede encontrar cuando se realiza una biopsia de estas lesiones. El CLIS es típicamente no palpable y rara vez (5%) se asociada con calcificaciones en mamografía. (Santen, 2014)

El tejido ductal también puede someterse a un cambio hiperplásico con un aumento en el número de células ductales pero sin alteraciones en su apariencia. Esto más tarde evoluciona en una condición llamada unidades hiperplásicas alargadas lobulares

(HELUS). Estos se caracterizan por grandes lóbulos que se aproximan 100 μ de diámetro. Con la progresión de la HELUS, puede sobrevenir hiperplasia ductal atípica, o carcinoma ductal in situ (DCIS). (Santen, 2014)

Cabe señalar que el concepto de HELUS como un precursor de la hiperplasia atípica ha sido motivo de controversia y no acordadas por todos los expertos. Una teoría actual de la carcinogénesis sugiere una secuencia ordenada mediante el cual el tejido mamario normal progresa a HELUS, hiperplasia atípica, y luego a DCIS, y finalmente a cáncer invasivo y metastásico. Esta progresión ordenada depende del número de mutaciones genéticas adquiridas acumuladas por las células clonales en la mama. (Santen, 2014)

Los datos recientes sugieren que un promedio de 11 mutaciones “controlador” y 100 mutaciones “espectador” están presentes en el cáncer de mama invasivo establecido. Con base en el número de mutaciones requeridas para el cáncer, la opinión actual sugiere que el cáncer de mama es un proceso que lleva muchos años en desarrollarse, comenzando quizás tan pronto como la vida fetal. La progresión desde los primeros cambios en el cáncer de mama invasivo se considera que toma 5-20 años, con base en la duplicación de los tiempos de cáncer de 1-6 meses. (Santen, 2014)

Otro proceso, no asociado con el cáncer, implica la ectasia de conducto. Este se caracteriza por la distensión de los conductos subareolares y la presencia dentro de ellos de material de color amarillento-naranja. Histológicamente, es oval cristalino y de estructuras redondas y se cree que los lípidos de origen están presentes. La penetración de la pared del conducto por este material produce cambios inflamatorios agudos en los tejidos circundantes. La resolución espontánea, la fibrosis periductal residual y la formación de nódulos a menudo persisten. (Santen, 2014)

La mastitis periductal, una condición que se cree ser más frecuente en los fumadores de cigarrillos, representa un proceso inflamatorio más crónico y extenso. Las anomalías de la secreción ductal pueden resultar en la descarga de material acuoso claro, nublado, azul, verde o negro. (Santen, 2014)

Por último, la hiperplasia del estroma puede dar lugar a la retracción del pezón o en lesiones palpables que requieren biopsia para distinguir de carcinoma de mama. Histológicamente, el tejido puede contener fibroblastos casi exclusivamente, predominantemente fibroblastos con mezcla de epitelio glandular, o la apariencia clásica de una cicatriz radial. Un cierto grado de hiperplasia estromal se puede producir en el 50-60% de las mujeres normales, en particular los de sus periodos reproductivos medio y tardío. (Santen, 2014)

Etiología de la mastopatía fibroquística

Las observaciones clínicas en mujeres que reciben estrógenos y antiestrógenos sugieren que los eventos hormonales juegan un papel en la etiología de las lesiones benignas de la mama. En las mujeres post-menopáusicas recibir estrógenos \pm progestinas para > 8 años, la prevalencia de lesiones benignas de mama se incrementa en 1,7 veces (95 por ciento CI 1,06-2,72). (Santen, 2014)

En el estudio Iniciativa de Salud de la Mujer (WHI), el uso de estrógeno más progestina se asoció con un aumento del 74% en el riesgo de enfermedad mamaria proliferativa benigna [hazard ratio, 1,74; intervalo de confianza del 95% (CI), 1,35-2,25]. El anti-estrógenos, tamoxifeno, cuando se utiliza para la prevención del cáncer de mama, se asoció con una reducción del 28 por ciento (RR 0,72, 95 por ciento intervalos de confianza 0,65 a 0,79) en la prevalencia de lesiones benignas de mama, incluyendo adenosis, quistes, ectasia del conducto, y la hiperplasia. (Santen, 2014)

Los cambios genéticos subyacentes y adquiridos también se asocian con lesiones benignas de mama. La pérdida de heterocigosidad (LOH), un hallazgo causado por deleciones de pequeños segmentos de ADN, se encuentra comúnmente en lesiones benignas de mama. Las mujeres reciben lesiones multifocales, cada una de las cuales exhiben pérdida de heterocigosidad (LOH) de diferentes regiones del ADN. (Santen, 2014)

Las mujeres con mutaciones BRCA1/2 se encuentra que tienen una alta frecuencia de múltiples lesiones mamarias benignas o malignas cuando las muestras de mastectomía

bilateral se examinan meticulosamente. Estos hallazgos apoyan la teoría actual de una predisposición subyacente a mutaciones en algunos pacientes como la causa de varias lesiones de mama. En el pasado, este fenómeno se denominó un “efecto de campo” y, más recientemente, un “fenotipo mutador”. (Santen, 2014)

Manifestaciones clínicas

Dolor mamario

El dolor cíclico de los senos normalmente se produce durante la fase lútea tardía del ciclo menstrual, en asociación con el síndrome premenstrual o independientemente, y se resuelve en el inicio de la menstruación. Un reciente estudio realizado en 1171 mujeres estadounidenses sanas indicó que el 11% tuvo experiencia de dolor cíclico del seno moderado a severo y el 58%, una molestia leve. El dolor de pecho interfería con la actividad habitual sexual en un 48%, con la física (37%), y social (12%), la escuela (8%) y la actividad en otros. (Santen, 2014)

El papel de la cafeína, la deficiencia de yodo, las alteraciones en los niveles de ácidos grasos en el pecho, la ingesta de grasas en la dieta, y los factores psicológicos en la etiología del dolor de pecho no se ha comprobado. El dolor en los senos no cíclico no está relacionado con el ciclo menstrual. La ampliación aguda de quistes y la mastitis periconductal puede causar dolor severo, localizado de aparición súbita. (Santen, 2014)

Cuando surge de la pared torácica, el dolor puede ser atribuido por error a la mama. El dolor localizado en un área limitada y caracterizado como ardor o cuchillo sugiere esta posibilidad. Varios subtipos distintos de dolor de la pared torácica lateral pueden distinguirse incluyendo localizados o difusos, dolor radicular de artritis cervical y el síndrome de Tietze o costocondritis. El método para distinguir entre dolor de pecho y dolor de pecho no mamario, es mediante un examen físico cuidadoso. (Santen, 2014)

Nódulos mamarios

La proliferación del tejido ductal o lobular provoca cambios histológicos que se manifiestan por la presencia de terrones palpables o nódulos. Los pacientes a menudo

presentan con el hallazgo de un nuevo nódulo de mama en la auto-examen o se encontró que tenía un bulto por su proveedor de cuidados de la salud. El 90% de estos nuevos nódulos en las mujeres premenopáusicas son benignos y suelen representar los fibroadenomas en el período reproductivo temprano. (Santen, 2014)

En el período reproductivo medio, las áreas focales de fibrosis, hiperplasia o formación de quistes son más probables. En el período reproductivo tardío, hiperplasia, los quistes, y carcinoma *in situ* son más comunes. Algunas lesiones se presentan con síntomas que sugieren la causa. Con la ectasia del conducto, la penetración de la pared del conducto por material lipídico puede estar asociada con un nódulo que presenta enrojecimiento agudo, causando dolor y fiebre; después de la resolución, un nódulo subareolar persiste. (Santen, 2014)

Otras lesiones específicas presentes incluyen múltiples papilomas, adenosis esclerosante, y cicatrices radiales. Los papilomas múltiples pueden presentarse como bultos en los senos, nódulos en la ecografía, o pueden ser la causa de la secreción sangrienta del pezón y se pueden ver en ductografía. La adenosis esclerosante es una lesión lobular con un aumento de tejido fibroso y células glandulares intercaladas. Se puede presentar como una masa o un hallazgo sospechoso en las mamografías. Las cicatrices radiales son un diagnóstico patológico, generalmente se diagnostica siguiendo mamografía o palpación y luego biopsia. Las cicatrices radiales se caracterizan microscópicamente por un núcleo fibroelástico con la radiación de conductos y lóbulos e imparten una mínimamente mayor riesgo de cáncer de mama similar a la de cambios proliferativos sin atipia. (Santen, 2014)

Secreción del pezón

La secreción del pezón demanda 6,8% de las referencias a los médicos de las preocupaciones de mama resultan de este síntoma. Aunque es particularmente doloroso para el paciente, sólo el 5% se encontró que la patología subyacente es grave. La edad es un factor importante con respecto al riesgo de malignidad. En una serie, un 3% de las mujeres menores de 40 años de edad, se encontró que 10% entre el 40 a 60 años y 32%

en > 60 años con la secreción del pezón como su único síntoma de tener un tumor maligno. (Santen, 2014)

En el examen, se puede detectar mediante inspección cuidadosa si la descarga emana de uno o varios conductos. La secreción del pezón se puede dividir en tipos fisiológicos y patológicos. Las características de la descarga fisiológica incluyen no espontánea, el conducto múltiple, bilateral, y sin sangrado; la de descarga patológica se caracteriza como conducto espontáneo, seroso o con sangre, por lo general unilateral y solo. (Santen, 2014)

Las características tranquilizadoras son ser de color amarillo verde, marrón o lechoso, que es bilateral e implica múltiples conductos. Si la descarga espontánea, es serosa o sanguinolenta, requiere una cuidadosa evaluación. Una tarjeta de Hemocult o tira reactiva de orina se pueden utilizar para la prueba de sangre oculta si la descarga es espontánea, unilateral, y de un conducto. (Santen, 2014)

La secreción de leche (galactorrea) debe ser evaluada con la medición de un nivel de prolactina en suero. Si la descarga es fisiológica y el paciente está bajo 35 años, solamente reaseguro es necesario. La mamografía de cribado se recomienda para pacientes mayores de 35 años con secreción fisiológica. La descarga patológica requiere mamografía de diagnóstico, galactografía, y la remisión a un cirujano. (Santen, 2014)

Manejo práctico de la mastopatía fibroquística

Una historia detallada y un examen físico evalúan sistemáticamente toda la pared del pecho y la mama y se centra en áreas relacionadas con los síntomas del paciente. Estudios de diagnóstico pueden entonces ser ordenados. Para nódulos, “La Prueba Triple” se recomienda que incluya la palpación, imágenes y biopsia percutánea (ya sea de núcleo o aspiración con aguja fina <FNA>). La mamografía, a menudo en conjunción con el examen de ultrasonido se requiere para la evaluación de lesiones palpables discretas en mujeres mayores de 35 años, mientras que el ultrasonido proporciona un sustituto opcional en las mujeres más jóvenes. (Santen, 2014)

El hallazgo de lesiones densas en la mamografía a menudo representa quistes que requieren sólo la ecografía para distinguirlas de las lesiones sólidas. Los quistes complejos que contienen materia tanto de líquidos y sólidos requieren biopsia. Para lesiones sólidas, la biopsia de núcleo dirigida radiográficamente o ultrasónicamente proporciona información altamente discriminativo respecto a la presencia o ausencia de malignidad. (Santen, 2014)

La biopsia central utiliza una gran aguja de corte desplegado con un resorte cargado, instrumento de biopsia automatizado y obtiene tejido adecuado para el análisis histológico familiar a la mayoría patólogos. La FNA produce con frecuencia suficiente material celular para permitir la evaluación citológica adecuada pero requiere un citopatólogo experimentado. Sin embargo, la cantidad de material obtenido es insuficiente para hacer un diagnóstico en 35-47% de las lesiones no palpables. (Santen, 2014)

Actualmente se está determinando el papel exacto de la resonancia magnética en la evaluación de lesiones de mama. La galactografía (ductografía) es útil para la detección de lesiones focales en un solo conducto. La citología de secreción del pezón es de valor limitado con la sensibilidad de la detección de malignidad sólo el 35 al 47%. (Santen, 2014)

Procedimientos de diagnóstico

Lo ideal es un equipo multidisciplinario que incluye un radiólogo con experiencia en la mamografía, ultrasonido, resonancia magnética y la biopsia con aguja gruesa, así como un internista, un ginecólogo o un cirujano con experiencia en enfermedades de la mama, los cuales deben participar en la evaluación de pacientes con trastornos de la mama. (Santen, 2014)

Estudios de imagen

La mamografía es útil para la evaluación de las lesiones palpables, sobre todo en las mayores de 35 años. La digital o la mamografía tomosíntesis es preferida debido a su

capacidad de penetrar a través del tejido mamario denso que se encuentra comúnmente en las mujeres más jóvenes. El ultrasonido se utiliza a menudo como evaluación inicial de una masa palpable en mujeres menores de 35 años de edad. Si un quiste simple está presente, no es necesaria otra evaluación. (Santen, 2014)

Si no es así, la mamografía también puede ser necesaria para evaluar completamente el tumor. Si la masa tiene hallazgos sugestivos de un fibroadenoma por ultrasonido y mamografía, a corto plazo de seguimiento y re-proyección de imagen puede ser considerado (normalmente realizada en 6 meses). Los expertos están divididos en cuanto a la necesidad de una biopsia de todos los fibroadenomas. MRI es más sensible que la mamografía digital pero falsos positivos son más comunes. MRI anual de rutina ahora se recomienda para las mujeres cuya vida útil del riesgo de cáncer de mama es > 20%. Como ilustración de su sensibilidad, el 3% de los senos contralateral en mujeres con cáncer de mama diagnosticado se encontró que tenía una segunda lesión en el seno opuesto cuando se examina por resonancia magnética. (Santen, 2014)

Hallazgos en los estudios de imagen

Los cambios fibroquísticos se presenta típicamente en la mamografía como redonda u ovalada, masas bien definidas que se pueden mostrar posteriormente para representar quistes en la ecografía. Las calcificaciones distróficas difusamente esparcidos también pueden encontrarse en la mamografía. En consecuencia, el objetivo de la evaluación mamográfica es proporcionar tranquilidad para el paciente y el médico que el riesgo de neoplasia es baja. La aspiración de los quistes suele ser necesario sólo en aquellos casos en los que la masa no cumple todos los criterios para un simple quiste o si el quiste es doloroso. La biopsia puede ser necesaria para confirmar la naturaleza benigna de las calcificaciones, particularmente si agrupado, lineal o diversamente conformados. (Santen, 2014)

Para las masas redondas o calcificaciones redondas sobre una primera mamografía, el riesgo de cáncer es menor del 2%, y se recomienda la mamografía repetida en 6 meses. Estas lesiones se denominan “probablemente benignas” utilizando la terminología léxico requiere la Ley de Estándares de Calidad de Mamografía (en los EE.UU.). Si se cree que

el riesgo es mayor, se recomienda biopsia con aguja gruesa. La biopsia de núcleo dirigida estereotáctica es ideal para la evaluación de las calcificaciones y proporciona información altamente discriminativo respecto a la presencia o ausencia de malignidad. Si esta técnica no está disponible, la inserción de un alambre en la lesión seguida radiográficamente mediante escisión quirúrgica o la mera eliminación de una lesión palpable se justifican. (Santen, 2014)

Carcinoma mamario

Generalidades

El cáncer de mama es la causa más común de cáncer en mujeres y la segunda causa más común de muerte por cáncer en las mujeres en los EE.UU. El cáncer de mama se refiere a cánceres que se originan a partir de tejido de mama, más comúnmente desde el revestimiento interior de los conductos lácteos o los lóbulos que suministran los conductos con leche. (Sharma, De Dave, Sanadya, Sharma, & Sharma, 2012)

A nivel mundial, el cáncer de mama comprende el 10,4% de todos los casos de cáncer entre las mujeres, por lo que es el segundo tipo más común de cáncer de piel no-(después del cáncer de pulmón) y la quinta causa más común de muerte por cáncer. En 2004, el cáncer de mama causó 519.000 muertes en todo el mundo (el 7% de las muertes por cáncer, casi el 1% de todas las muertes). El cáncer de mama es aproximadamente 100 veces más común en mujeres que en hombres, aunque los hombres tienden a tener peores resultados debido a los retrasos en el diagnóstico. (Sharma et al., 2012)

Las células cancerosas son muy similares a las células del organismo del que se derivan y tienen ADN y ARN similar (pero no idéntico). Las células cancerosas se forman a partir de células normales debido a una modificación/mutación de ADN y/o ARN. Estas modificaciones/mutaciones pueden ocurrir espontáneamente Ley enfermo de la termodinámica-aumento de la entropía) o pueden ser inducida por otros factores, tales como; radiación nuclear, radiación electromagnética (microondas, rayos X, rayos gamma, ultravioleta rayos etc.), virus, bacterias y hongos, parásitos (debido a la inflamación del tejido/irritación, calor, productos químicos en el aire, el agua y los alimentos, mecánico

lesión de nivel de celda, los radicales libres, y el envejecimiento de ADN y ARN, etc. (Sharma et al., 2012)

El cáncer se desarrolla cuando el sistema inmunológico no está funcionando correctamente y/o la cantidad de células que se producen es demasiado grande para el sistema inmunológico para eliminar. La tasa de mutaciones de ADN y ARN puede ser demasiado alto bajo algunas condiciones, tales como; comida poco saludable (debido a la radiación, productos químicos, etc.), la dieta pobre (entorno de la célula saludable), las personas con predisposiciones genéticas a mutaciones y personas de edad avanzada (más de 80). (Sharma et al., 2012)

El pecho se compone de dos tipos principales de tejidos es decir, tejidos glandulares y del estroma (de apoyo) tejidos. Tejidos glandulares albergan las glándulas productoras de leche (lóbulos) y los conductos (los pasajes de leche) mientras que los tejidos estromales incluyen grasa y tejido conectivo fibroso de la mama. La mama también se compone de linfático tejido del sistema inmune de tejido que elimina fluidos celulares y residuos. (Sharma et al., 2012)

Hay varios tipos de tumores que se pueden desarrollar dentro de las diferentes áreas de la mama. La mayoría de los tumores son el resultado de cambios benignos (no cancerosos) dentro de la mama. Por ejemplo, el cambio fibroquística es una condición no cancerosa en que las mujeres desarrollan quistes (paquetes de fluido acumulado), fibrosis (formación de tejido conectivo cicatriz), bultos, y áreas de engrosamiento, sensibilidad o dolor de mama. (Sharma et al., 2012)

La mayoría de los cánceres de mama comienzan en las células que recubren los conductos (cánceres ductales). Algunos comienzan en las células que recubren los lóbulos (cánceres lobulares), mientras que un número pequeño se inicia en los otros tejidos. (Sharma et al., 2012)

Tipos de cáncer de mama

Según el sitio

Cáncer de mama no invasivo células que están confinadas a los conductos y no invaden graso circundante y los tejidos conectivos de la mama. El carcinoma ductal in situ (DCIS) es la forma más común de cáncer de mama no invasivo (90%). El carcinoma lobular in situ (CLIS) es menos común y se considera un marcador de mayor riesgo de cáncer de mama. (Sharma et al., 2012)

Cáncer de mama invasivo células que descomponen a través de la pared del conducto y lobular e invaden el graso circundante y los tejidos conectivos de la mama. El cáncer puede ser invasivo sin ser metastásico (difusión) a los ganglios linfáticos u otros órganos. (Sharma et al., 2012)

El carcinoma lobular in situ (CLIS, neoplasia lobular): El término, “in situ”, se refiere al cáncer que no se ha diseminado más allá de la zona donde se desarrolló inicialmente. CLIS es un fuerte incremento en el número de células en las glándulas productoras de leche (lobulillos) del seno. El carcinoma ductal in situ (DCIS): DCIS, el tipo más común de cáncer de mama no invasivo, se limita a los conductos de la mama. Por ejemplo, ductal comedocarcinoma. (Sharma et al., 2012)

Carcinoma lobular infiltrante (ILC) también se conoce como carcinoma lobular invasivo. CIT se origina en las glándulas productoras de leche (lobulillos) del seno, pero a menudo se disemina (metastatizes) a otras regiones del cuerpo. ILC representa el 10% a 15% de los cánceres de mama. (Sharma et al., 2012)

Infiltrante ductal carcinoma (IDC) también se conoce como carcinoma ductal invasivo. IDC comienza en los conductos lácteos de la mama y penetra en la pared del conducto, que invade el tejido adiposo de la mama y posiblemente otras regiones del cuerpo. IDC es el tipo más común de cáncer de mama, que representan el 80% de los diagnósticos de cáncer de mama. (Sharma et al., 2012)

Causas de carcinoma mamario

Una historia previa de cáncer de mama. Una mujer que ha tenido cáncer de mama tiene un mayor riesgo de contraer cáncer de mama en la otra mama. Antecedentes familiares importantes, si varios miembros de la familia del paciente han tenido determinados tipos de cáncer, el paciente puede tener un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama. (Sharma et al., 2012)

Antecedentes familiares durante mucho tiempo ha sido conocido por ser un factor de riesgo para el cáncer de mama. Tanto los parientes paternos y maternos son importantes. El riesgo es mayor si el cáncer de mama familiar afectado desarrollada en una edad joven, tenía cáncer en ambos senos, o si ella es un pariente cercano. Familiares de primer grado, (madre, hermana, hija) son las más importantes en la estimación del riesgo. Varios parientes de segundo grado (abuela, tía) con cáncer de mama también pueden aumentar el riesgo. (Sharma et al., 2012)

El cáncer de mama en un varón aumenta el riesgo de todos sus parientes cercanos femeninos. BRCA1 y BRCA2 son genes anormales que, cuando se hereda, incrementan notablemente el riesgo de cáncer de mama a un riesgo de por vida estimado entre 40 y 85%. Las mujeres que tienen el gen BRCA1 gen tienden a desarrollar cáncer de mama a una edad temprana. (Sharma et al., 2012)

La alteración en el nivel hormonal puede precipitar el cáncer de mama. Podría ser atendido por el arranque y parada de los períodos (ciclo menstrual), Embarazo en edad temprana, la terapia de reemplazo hormonal, uso de anticonceptivos orales, etc. (Sharma et al., 2012)

El estilo de vida sedentario, el alto consumo dietético de la obesidad grasa particularmente en mujeres posmenopáusicas puede causar cáncer de mama. El consumo de alcohol también es otra causa principal de cáncer de mama. El riesgo aumenta con la cantidad de alcohol consumido. Las mujeres que consumen dos a cinco bebidas alcohólicas al día tienen un riesgo aproximadamente una y media veces la de los no bebedores para el desarrollo de cáncer de mama. (Sharma et al., 2012)

No se sabe que es un ligero aumento en el riesgo en mujeres que trabajan con dosis bajas de radiación durante un largo período de momento- por ejemplo, técnicos de rayos X. (Sharma et al., 2012)

Signos y síntomas

El síntoma clásico para el cáncer de mama es un bulto en la mama o la axila. Haciendo mensual de auto-examen del seno (BSE) es una gran manera de estar familiarizado con la textura de los pechos, los cambios cíclicos, tamaño y condición de la piel. (Sharma et al., 2012)

Las características generales de alerta de cáncer de mama son tales como hinchazón o protuberancia (masa) en la mama, hinchazón en la axila (ganglios linfáticos), la secreción del pezón (claro o con sangre), dolor en el pezón, invertida (retraída) pezón, escamosa o la piel sin hueso en el pezón, persistente sensibilidad de la mama, y el dolor de pecho o malestar inusual. (Sharma et al., 2012)

En el estadio avanzado (metastásico) de los ganglios linfáticos de la axila de la enfermedad están presentes con otros síntomas tales como dolor de huesos (metástasis ósea), falta de aliento (metástasis de pulmón), la caída en el apetito (metástasis hepáticas), pérdida de peso involuntaria (metástasis hepáticas), dolores de cabeza , dolor neurológico o debilidad. (Sharma et al., 2012)

Riesgo para carcinoma mamario

Una consideración importante para las mujeres que presentan problemas en los senos es si tienen un riesgo superior al normal de desarrollar cáncer de mama. Ciertas lesiones mamarias tales como cambios fibroquísticos están asociadas con ningún aumento en el riesgo de cáncer de mama posterior. A 1,5 a 2 veces mayor riesgo de desarrollo de cáncer de mama durante un período de 20 años de seguimiento ocurre con lesiones proliferativas incluyendo hiperplasia ductal, hiperplasia lobular sin atipia, adenosis esclerosante, papilomatosis difusa y fibroadenomas complejos. Un informe reciente también sugiere

que las cicatrices radiales aumentan el riesgo relativo de 1,8, un riesgo similar a la encontrada en la enfermedad proliferativa sin atipia. (Santen, 2014)

Los últimos datos de seguimiento del estudio en curso de la Mayo Clinic indican que las mujeres con hiperplasia, ya sea atípica lobular (ALH) o ductal (ADH), muestran un aumento sustancial el riesgo de cáncer de mama, tanto en el mismo y en la mama contralateral. Durante un período de media de 12,5 años, 698 mujeres con cualquiera de ADH (330) o ALH (327) o ambos (32) fueron seguidos y 143 o 20,4% desarrollado cáncer de mama, ya sea DCIS (19%) o cáncer de mama invasivo (81%). (Santen, 2014)

La incidencia acumulada promedio de cáncer aumentó de forma constante durante un período de 25 años. Un factor importante fue el número de focos que se encuentran. La incidencia aumentada a medida que el número de focos atípicos aumentó alcanzando casi el 50% a los 22 años para aquellos con tres o más focos. Cuando se expresa como el riesgo relativo de cáncer de mama, tanto ADH y ALH impartir un aumento de aproximadamente 4 veces en el riesgo a través del tiempo y con 3 o más focos el riesgo aumenta a más de 7. (Santen, 2014)

La mayoría de los cánceres diagnosticados más tarde estaban en el mismo lado que la lesión hiperplásica inicial y otros fueron contralateral con la relación de ipsilateral a contralateral a 2: 1 para ambos ADH y ALH. Sin embargo, hay una tendencia hacia los tumores más contralaterales después de un período de cinco años. Es interesante que el tipo de AH no influye en el tipo de cáncer de mama que se desarrolla más tarde. En las mujeres con ADH, el 78% de los cánceres de mama más tarde fueron lobular y ductal 23% u otros tipos histológicos. En comparación, en las mujeres con ALH, 77% de los cánceres más tarde fueron lobular ductal y 23%. (Santen, 2014)

Un espacio de discusión sustancial en los últimos años se relaciona con la biología exacta detrás del aumento del riesgo. Desde una lesión en un seno puede impartir un mayor riesgo en el seno opuesto, parecería que estas lesiones AH reflejan un proceso subyacente en ambos senos que en un tiempo fue llamado un defecto en el campo. Las publicaciones más recientes se han sustituido el término “fenotipo mutador” por defecto

del campo para reflejar la probabilidad de un aumento de la tasa de mutación en los senos con lesiones de hiperplasia atípica. Interpretar los datos sobre esta base, se cree que las lesiones contralaterales para reflejar este fenotipo mutador mientras que las lesiones en la mama ipsilateral podrían reflejar una relación de madre e hija entre la lesión hiperplásica y el cáncer. (Santen, 2014)

Las lesiones que sobre-expresan HER-2 también pueden estar asociados con un mayor riesgo de cáncer de mama en mujeres. Cuando el tamaño de la zona de atipia avanza aún más, las lesiones ya no se llaman benignas, pero se clasifican como carcinoma in situ. El riesgo relativo de desarrollo de cáncer invasivo cuando CLIS está presente se aumenta de 10 a 12 veces. Si bien actualmente denominado carcinoma lobular in situ, esta lesión no se considera generalmente que hayan alcanzado la etapa neoplásica pero es análoga a la hiperplasia ductal atípica. No obstante, la presencia de carcinoma lobulillar in situ garantiza la preocupación de un alto riesgo de desarrollar posteriormente cáncer invasivo en cualquiera de los senos. (Santen, 2014)

La presencia de tejido mamario denso en la mamografía También se ha informado a ser un predictor de aumento de la incidencia de cáncer de mama. Clasificado de acuerdo a las categorías de densidad, el aumento del riesgo de cáncer de mama de menor a mayor densidad de la mama se ha informado a ser tan alta como cinco veces. Dos componentes de este hallazgo se deben considerar: uno, la presencia de una alta densidad de mama hace que sea más difícil de leer las mamografías y las máscaras de la sensibilidad de la búsqueda de un cáncer de mama al principio, pero lo identifica más tarde y dos, hay un mayor riesgo de cáncer de mama asociado con una mayor densidad de la mama. Con los estudios de seguimiento a largo plazo, el enmascaramiento no es la explicación para el aumento del riesgo de cáncer de mama. (Santen, 2014)

De acuerdo con los estudios de gemelos clásicos, heredabilidad cuenta para aproximadamente el 60% de la variación en la densidad de mama. El riesgo de cáncer de mama también se incrementa en asociación con los niveles plasmáticos elevados de estradiol y de testosterona en mujeres posmenopáusicas, y 20 kg o más ganancia de peso en los años pre-menopáusicas. (Santen, 2014)

Otro factor de riesgo es el uso de la terapia de reemplazo hormonal. Los datos actuales de la Iniciativa de Salud de la Mujer sugieren un aumento del 26% en el riesgo relativo de cáncer de mama con estrógenos equinos conjugados (EEC) cuando se combina con acetato de medroxiprogesterona cuando se utiliza durante un promedio de 7,1 años. Este riesgo se incrementa aún más probable en las mujeres a partir de esta terapia poco después de la menopausia (es decir, una breve pausa entre la aparición de la menopausia y el inicio de la terapia hormonal de la menopausia). A partir de esta terapia mucho tiempo después de experimentar la menopausia (hueco largo) se asocia con un riesgo relativo menor. (Santen, 2014)

El uso de estrógeno solo en el WHI se asoció con una tendencia hacia la reducción de riesgo de cáncer de mama y una reducción estadísticamente significativa en aquellos que se adhieren a la terapia. Los 11 años de seguimiento de la utilización de EEC solos demostrado una reducción estadísticamente significativa en el riesgo de cáncer de mama. (Santen, 2014)

Para ayudar en la evaluación del riesgo de cáncer de mama, un cuestionario desarrollado por Gail, utiliza respuestas a 7 preguntas para calcular los 5 años y la duración del riesgo de desarrollar cáncer de mama. Este modelo ha reconocido las deficiencias en que no tiene en cuenta parientes de segundo grado con cáncer de mama, lesiones proliferativas de mama que no sea AH, ingesta de alcohol, la obesidad, o píldora anticonceptiva y la terapia hormonal de la menopausia (MHT) utilizan. (Santen, 2014)

No obstante, el modelo de Gail ha sido validado prospectivamente en más de 6000 mujeres seguidas durante un promedio de 4,5 años. Un modelo desarrollado más recientemente, el modelo Tyrer-Cuzick (62) incorpora parientes de segundo grado, la obesidad y uso de MHT en sus cálculos de riesgo. Este modelo ha demostrado ser superior a la del modelo de Gail en un estudio prospectivo, sino una validación adicional es necesaria antes de la aceptación general. (Santen, 2014)

Prevención del carcinoma mamario

Los pacientes con lesiones benignas de mama que confieren un mayor riesgo de cáncer de mama se pueden ofrecer tamoxifeno (o raloxifeno) como estrategia de prevención. El riesgo de cáncer de mama se determina usando el modelo de Gail (o en mujeres con antecedentes familiares incluidos los parientes paternos o maternos de segundo grado, los modelos Claus o Tyrer-Cuzick) y los beneficios frente a los riesgos del tamoxifeno evaluados. Los factores de riesgo no incluidas en los modelos Gail o Claus incluyen grado de densidad de la mama, los niveles de estradiol libre de plasma, la densidad ósea, aumento de peso después de la menopausia, y la relación cintura-cadera. (Santen, 2014)

Las recomendaciones actuales sugieren que las mujeres con un riesgo cinco años del cáncer de mama de más de 1,67 por ciento y no hay contraindicaciones para el tamoxifeno deben ser informados sobre la posibilidad de tomar tamoxifeno durante cinco años. Una visión general reciente ha demostrado una reducción del riesgo relativo de cáncer de mama con tamoxifeno pero los beneficios del 50 por ciento puede ser compensado por un mayor riesgo de fenómenos tromboembólicos, cáncer de endometrio, y la maduración de las cataratas. (Santen, 2014)

El juicio de la estrella se consideró si el raloxifeno podría ser preferible al tamoxifeno y demostró una equivalencia relativa. Sin embargo, de interés fue el hecho de que el tamoxifeno prevenir los cánceres de mama más no invasivos que hizo raloxifeno. Un plazo de seguimiento más largo también informó de una menor reducción en el riesgo de cáncer de mama con raloxifeno en comparación con tomoxifen. Dos ensayos, el mapa 17 y el ensayo IBIS II han demostrado que los inhibidores de la aromatasa reducen el riesgo de cáncer de mama en un 50-60%.(Santen, 2014)

Variables de la investigación

Variable 1

Mastopatía fibroquística en mujeres en edad fértil.

Variable 2

Carcinoma mamario en mujeres en edad fértil.

Operacionalización de las variables

Variable 1: Mastopatía fibroquística en mujeres en edad fértil.

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
La patología benigna mamaria en mujeres en edad fértil, es un grupo de alteraciones en el tejido mamario las cuales no tienen la capacidad de diseminarse, que responden a mecanismos de tipo hormonal, factores externos como son los hábitos nutricionales y estilos de vida que interactúan entre sí creando un grupo de signos y síntomas muy variados que se manifiestan por dolor mamario, masas, nodularidad, turgencia, irritabilidad, secreción y descarga por el pezón y/o inflamación e infección, que en algunos casos pueden elevar el riesgo de patología mamaria maligna. (Basavilvazo Rodríguez y otros, 2011, p. 11)	Características sociodemográficas	Edad reproductiva	15-19 años
			20-24 años
			25-29 años
			30-34 años
			35-39 años
	Factores de riesgo	Edad de menarquia	<10 años
			10-12 años
			13-15 años
			>15 años
			Número de partos
Características histológicas de lesión benigna mamaria	Ingesta crónica de alcohol	Si	
		No	
		Antecedente familiar de cáncer de mama	Si No
		Lesiones no proliferativas	Fibrosis
Fibroadenoma			
Quiste			
Lesiones proliferativas sin atipia	Lesiones proliferativas sin atipia	Ectasia ductal	
		Hiperplasia ductal	
		Metaplasia apocrina	
Lesiones proliferativas con atipia	Lesiones proliferativas con atipia	Hiperplasia ductal moderada o florida	
		Lesiones radiales y esclerosantes	
		Adenosis esclerosante	
		Papiloma intraductal	
		Hiperplasia lobulillar atípica	
		Hiperplasia ductal atípica	

Variable 2: Carcinoma mamario en mujeres en edad fértil.

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
El cáncer de mama en mujeres en edad fértil consiste en la proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular, que han aumentado enormemente su capacidad reproductiva. (Santaballa Bertrán, 2015)	Características sociodemográficas	Edad	<35 años
			35-44 años
			45-54 años
	Factores de riesgo	Edad de menarquia	<10 años
			10-12 años
		Número de partos	13-15 años
			>15 años
		Edad de primer parto a término	<20 años
			20-25 años
			26-30 años
			31-35 años
		Ingesta crónica de alcohol	Si
No			
Obesidad	Si		
	No		
Antecedente de mastopatía fibroquística	Ninguno		
	No proliferativa		
	Proliferativa sin atipia		
Antecedente familiar de cáncer de mama	Proliferativa con atipia		
	Si		
Tipos histológicos de cáncer de mama	Lesiones invasivas	No	
		Carcinoma ductal infiltrante	
	Lesiones no invasivas	Carcinoma lobulillar infiltrante	
		Carcinoma ductal <i>in situ</i>	
	Otras lesiones tumorales mamarias	Carcinoma lobulillar <i>in situ</i>	
Enfermedad de Paget			
		Cistoadenoma	
		Phyllodes	
		Linfoma primario	
		Angiosarcoma	

Capítulo III

Diseño metodológico

Tipo de estudio

Esta investigación fue de tipo descriptivo y prospectivo.

Lugar y período de la investigación

Área de Preadmisión del Hospital Oncológico Dr. Julio Villacreses Colmont de la ciudad de Portoviejo, provincia de Manabí, Ecuador, durante el período desde octubre de 2016 hasta marzo de 2017.

Universo y población

El universo estuvo constituido por todas mujeres que fueron atendidas en el área de Preadmisión del Hospital Oncológico Dr. Julio Villacreses Colmont de Portoviejo. La población de estudio la conformaron 104 pacientes mujeres en edad fértil con diagnóstico de mastopatía fibroquística y 136 mujeres con diagnóstico de cáncer mamario durante el período de investigación, las cuales cumplieron los criterios de inclusión, y cuyos resultados guiaron el presente estudio.

Criterios de inclusión

Pacientes mujeres en edad fértil con diagnóstico de mastopatía fibroquística y mujeres de cualquier edad con cáncer mamario cuyas historias clínicas presentan registros completos de datos de filiación, antecedentes personales, y características histológicas.

Criterios de exclusión

Pacientes varones con otro diagnóstico, sin registros completos de datos de filiación, antecedentes personales y características histológicas.

Recolección de la información

Fuentes de información

Fueron de tipo secundario ya que se tomaron los datos de las historias clínicas de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de mastopatía fibroquística y de cualquier edad con carcinoma mamario atendidas en el área de Preadmisión.

Métodos

Previo a la aprobación del tema para el Trabajo de Titulación (véase Anexo # 2), se solicitó el debido permiso a la Dirección Médica mediante el oficio respectivo para ingresar a la base de datos del área de Preadmisión, para la posterior recolección de datos de las historias clínicas (véase Anexo # 3)

Técnicas

El tipo de técnica empleada fue el fichaje, el cual se aplicó personalmente por los investigadores.

Instrumentos

Se utilizó una hoja de recolección de datos (véase Anexo # 1) elaborada por los autores, tomando en consideración las variables 1 y 2 y su operacionalización, para luego realizar un chequeo de las mismas por cada historia clínica.

Procesamiento, análisis e interpretación de la información

Los datos fueron recolectados de forma manual por los investigadores para luego procesarlos ordenadamente mediante el programa Microsoft Excel 2013.

Con los datos recolectados se realizó la tabulación y análisis con medidas estadísticas de tipo descriptivo, tales como frecuencia y porcentaje, y se presentaron los resultados en gráficas con una explicación detallada de los mismos.

Dichos resultados se compararon y discutieron con estudios actualizados publicados en revistas médicas internacionales, sobre la misma problemática que investiga este trabajo.

Por último, se llevó a cabo el análisis del porcentaje de plagio utilizando el programa anti-plagio PLAGIARISM (véase Anexo # 4), para corroborar la autenticidad y autoría de esta investigación.

Aspectos éticos

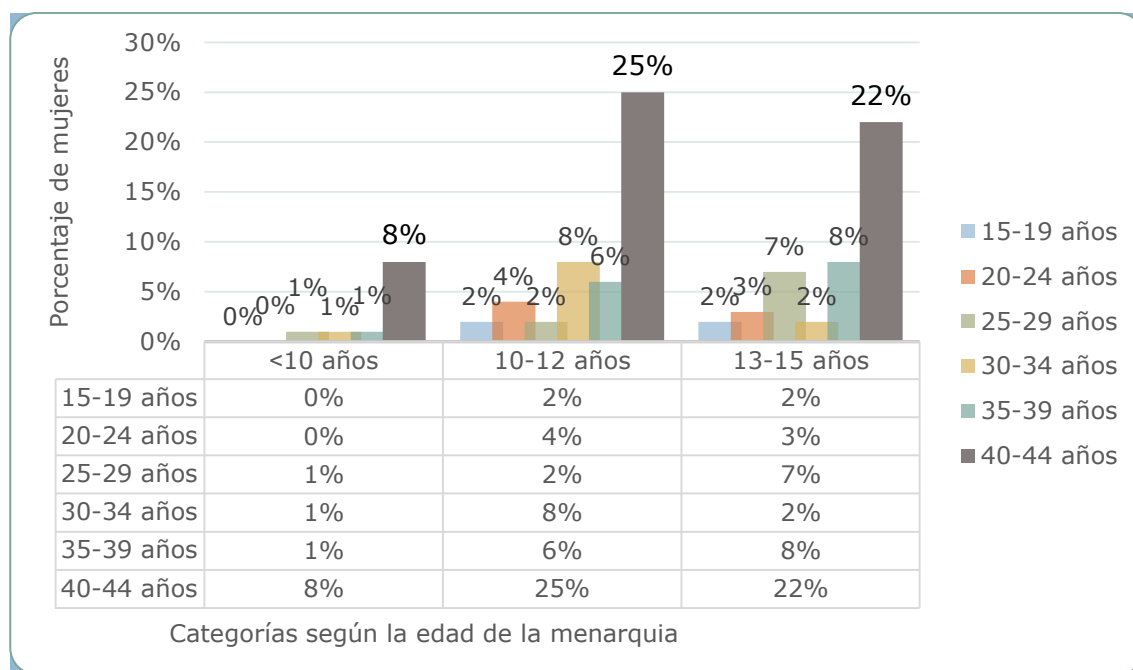
En el presente estudio no se realizó una evaluación personal mediante el uso de un cuestionario por parte de los investigadores y por lo cual no se entregó consentimiento informado a las pacientes involucradas, se deja aclarado que toda la información obtenida de las historias clínicas personales y utilizada para este trabajo fue de carácter absolutamente confidencial, no se identificó a ningún niño ni se utilizaron nombres, protegiendo así la identidad de las pacientes, y luego de obtener los datos necesarios, se hizo la devolución de las historias clínicas al hospital; la información recopilada no puede ser usada con fines legales en ninguna circunstancia, ya que el estudio tiene un fin exclusivamente investigativo y académico.

Capítulo IV

Presentación y Discusión de Resultados

Grafitabla # 1

RELACIÓN ENTRE EL GRUPO DE EDAD INVESTIGADO Y LA EDAD DE LA MENARQUIA DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON MASTOPATÍA FIBROQUÍSTICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ONCOLÓGICO DR. JULIO VILLACRESES COLMONT DE PORTOVIEJO.



Fuente: Historias Clínicas del Área de Preadmisión

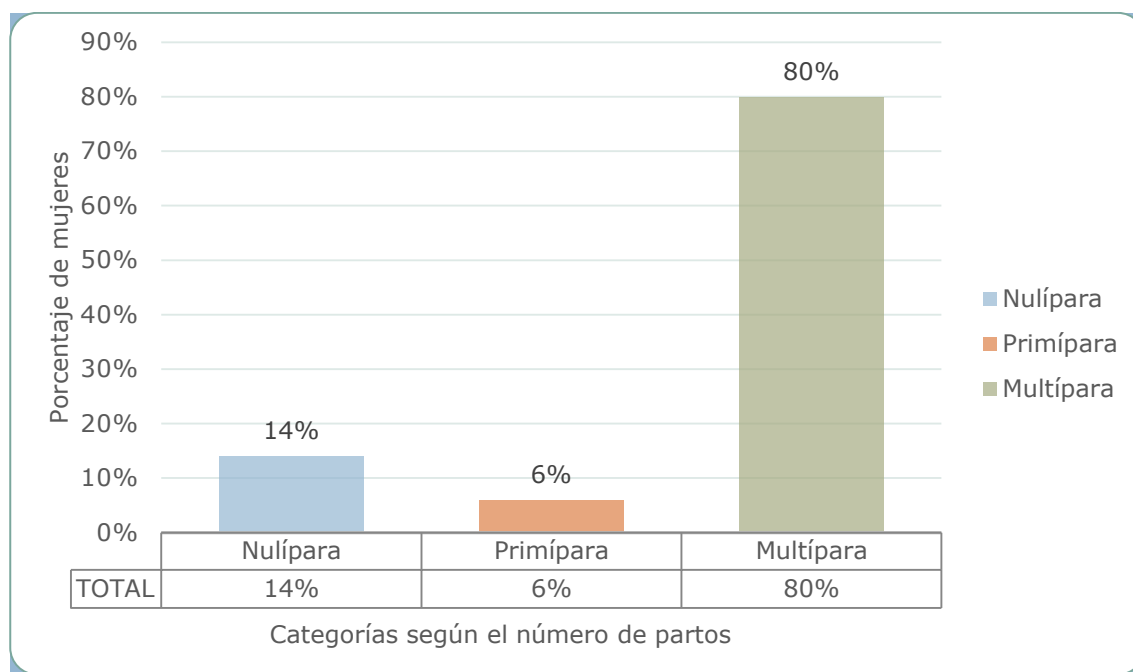
Elaborado por: Llumiquina Juan y Sarango Suly

Análisis e interpretación

En la grafitabla # 1 se observa que del total de nuestra población de estudio respecto a la edad de las pacientes, el 55% de las mujeres en edad fértil tenían entre 40 a 44 años, y de ellas el 25% tuvieron su primera menstruación entre los 10 a 12 años; con respecto a la edad de la menarquia, casi la mitad de las mujeres evaluadas tuvieron su primera menstruación entre los 10 a 12 años, con 47% del total.

Grafitabla # 2

FRECUENCIA DE LA MASTOPATÍA FIBROQUÍSTICA CON EL NÚMERO DE PARTOS EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ONCOLÓGICO DR. JULIO VILLACRESES COLMONT DE PORTOVIEJO.



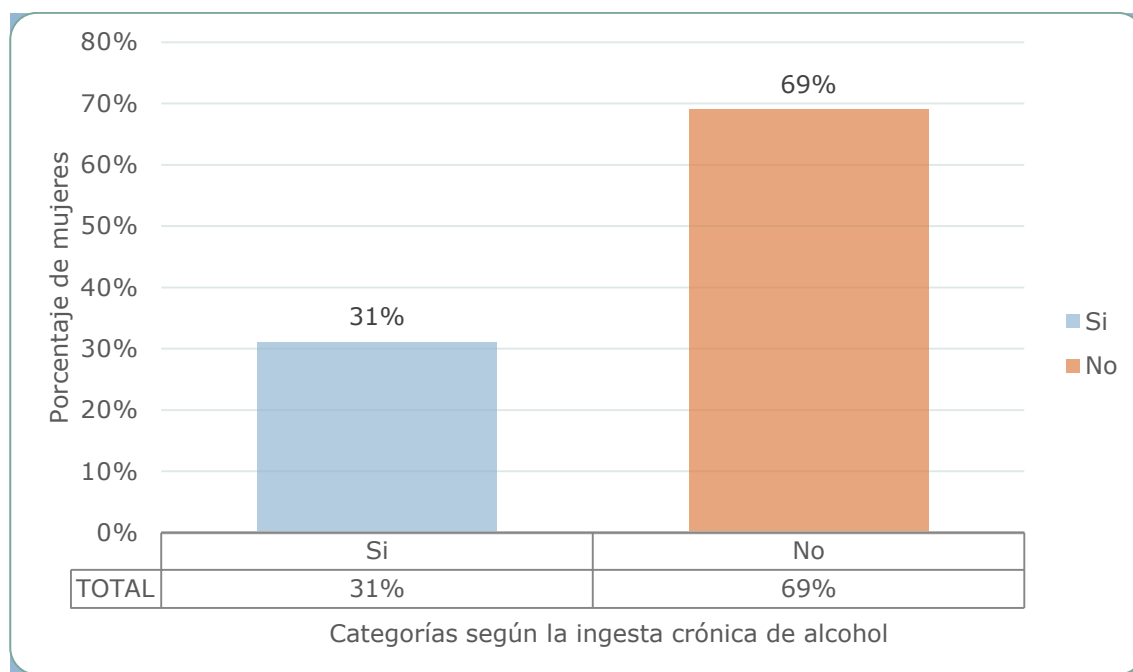
Fuente: Historias Clínicas del Área de Preadmisión
Elaborado por: Llumiquinga Juan y Sarango Suly

Análisis e interpretación

En la grafitabla # 2 se observa que de la población en estudio la mayor parte de las mujeres en edad fértil que se evaluaron habían tenido más de un parto con el 80% del total de la muestra.

Grafitabla # 3

FRECUENCIA DE MASTOPATÍA FIBROQUÍSTICA CON LA INGESTA CRÓNICA DE ALCOHOL EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ONCOLÓGICO DR. JULIO VILLACRESES COLMONT DE PORTOVIEJO.



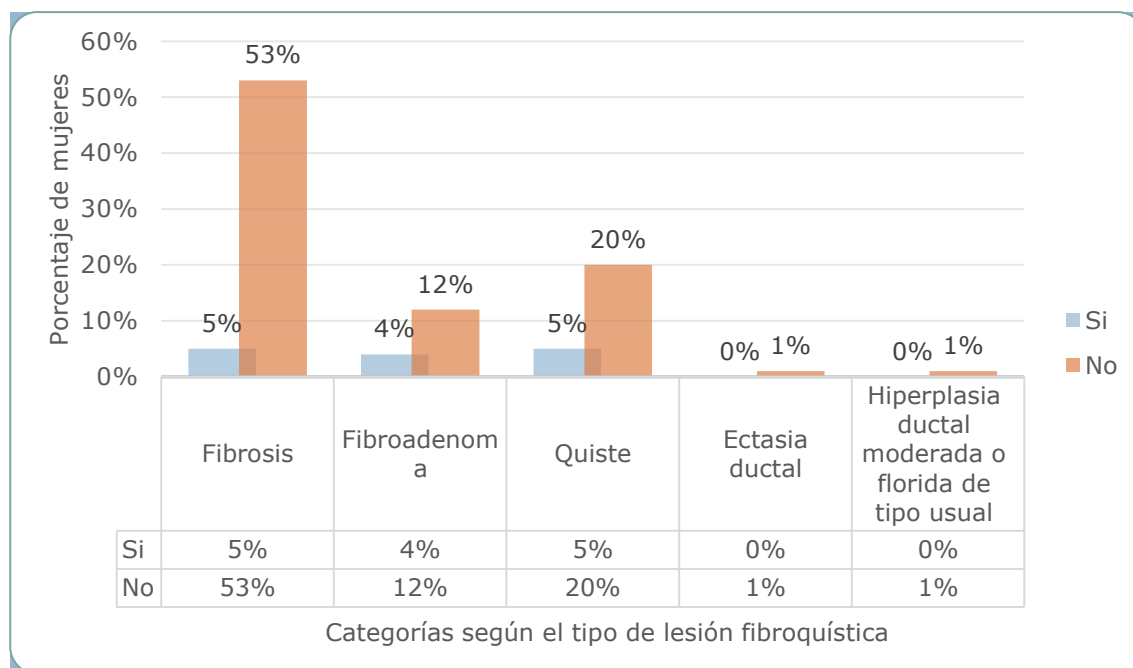
Fuente: Historias Clínicas del Área de Preadmisión
Elaborado por: Llumiquinga Juan y Sarango Suly

Análisis e interpretación

En la grafitabla # 3 se muestra que del total de las mujeres en edad fértil que fueron objeto de nuestro estudio el 69% no tenían antecedentes de ingesta crónica de alcohol.

Grafitabla # 4

RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE LESIÓN FIBROQUÍSTICA Y EL ANTECEDENTE DE CÁNCER MAMARIO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON MASTOPATÍA FIBROQUÍSTICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ONCOLÓGICO DR. JULIO VILLACRESES COLMONT DE PORTOVIEJO.



Fuente: Historias Clínicas del Área de Preadmisión

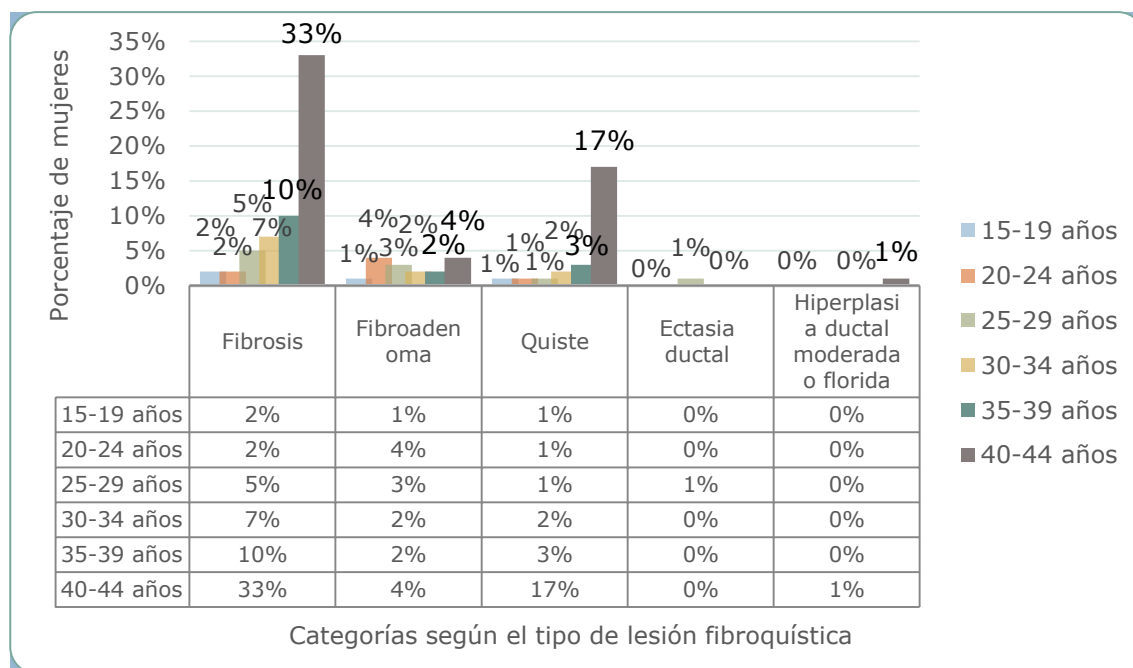
Elaborado por: Llumiquinga Juan y Sarango Suly

Análisis e interpretación

En la grafitabla # 4 se observa que del total de nuestra población en estudio con respecto a al tipo de lesión fibroquística, la mayoría de las mujeres en edad fértil que se atendieron presentaron mastopatía fibroquística benigna no proliferativa, siendo el tipo más común la fibrosis con el 58% de total estudiado, y de éstas la mayor parte no tenían antecedentes familiares de cáncer de mama con el 53%; del total de mujeres estudiadas el 87% no tenían familiares con cáncer mamario. Solo se encontró en 1% de los casos lesión proliferativa sin atipia y en ningún caso con atipia.

Grafitabla # 5

RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE LESIÓN FIBROQUÍSTICA Y LA EDAD DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON MASTOPATÍA FIBROQUÍSTICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ONCOLÓGICO DR. JULIO VILLACRESES COLMONT DE PORTOVIEJO.



Fuente: Historias Clínicas del Área de Preadmisión

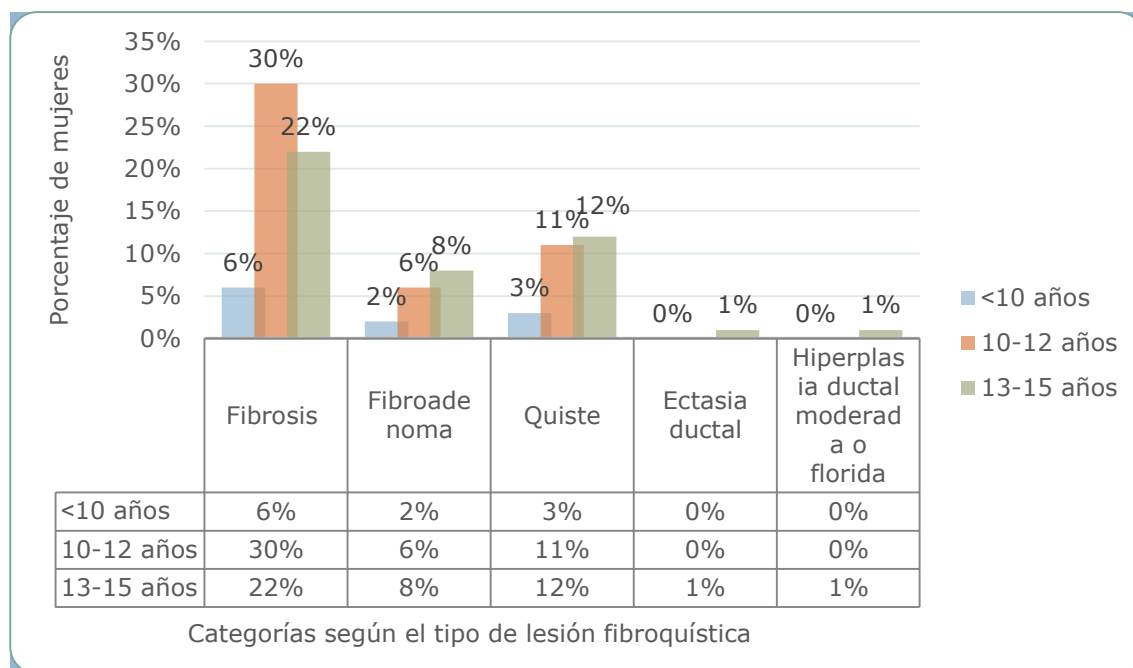
Elaborado por: Llumiquina Juan y Sarango Suly

Análisis e interpretación

En la grafitabla # 5 podemos observar que de las mujeres en edad fértil evaluadas en nuestro estudio, cuyo porcentaje mayor de acuerdo a la edad se encontraba entre los 40 a 44 años, presentaron como lesión fibroquística benigna más frecuente la fibrosis con 33% de ellas. Se puede observar que la presentación de la lesión fibroquística aumenta conforme avanza la edad.

Grafitabla # 6

RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE LESIÓN FIBROQUÍSTICA Y LA EDAD DE LA MENARQUIA DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON MASTOPATÍA FIBROQUÍSTICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ONCOLÓGICO DR. JULIO VILLACRESES COLMONT DE PORTOVIEJO.



Fuente: Historias Clínicas del Área de Preadmisión

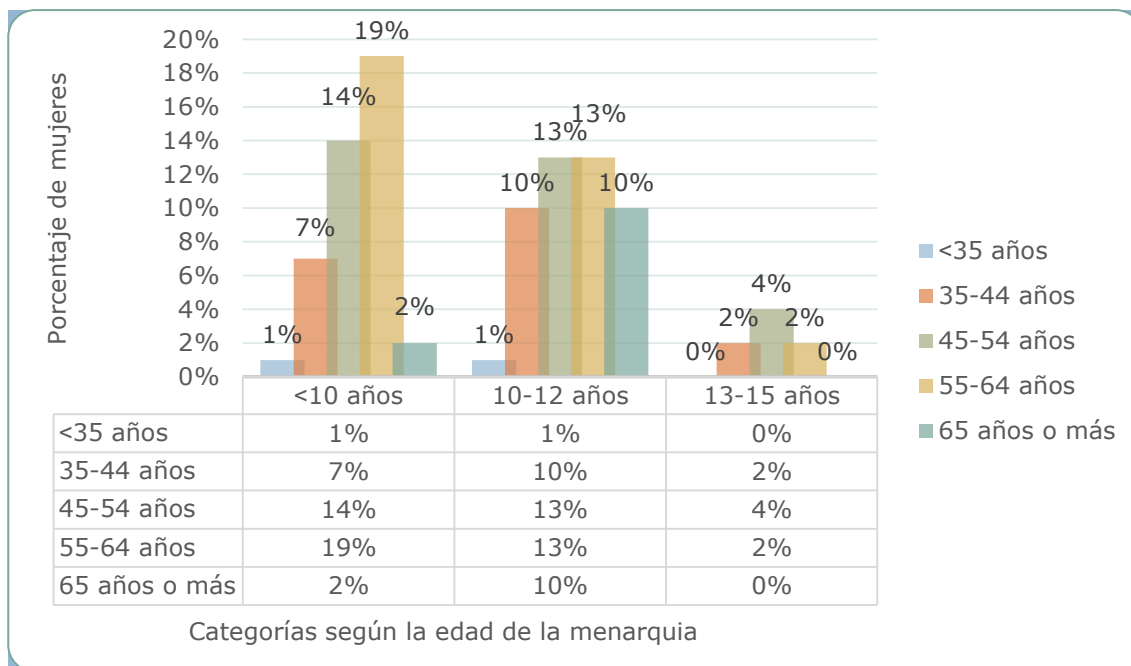
Elaborado por: Llumiquinga Juan y Sarango Suly

Análisis e interpretación

En la grafitabla # 6 de acuerdo a los resultados obtenidos en nuestro estudio se muestra que de las mujeres en edad fértil, la mayoría presentaron fibrosis (58%) y de este grupo el 30% tuvieron una edad de menarquia entre los 10 a 12 años de edad.

Grafitabla # 7

RELACIÓN ENTRE EL GRUPO DE EDAD INVESTIGADO Y LA EDAD DE LA MENARQUIA EN MUJERES CON CARCINOMA MAMARIO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ONCOLÓGICO DR. JULIO VILLACRESES COLMONT DE PORTOVIEJO.



Fuente: Historias Clínicas del Área de Preadmisión

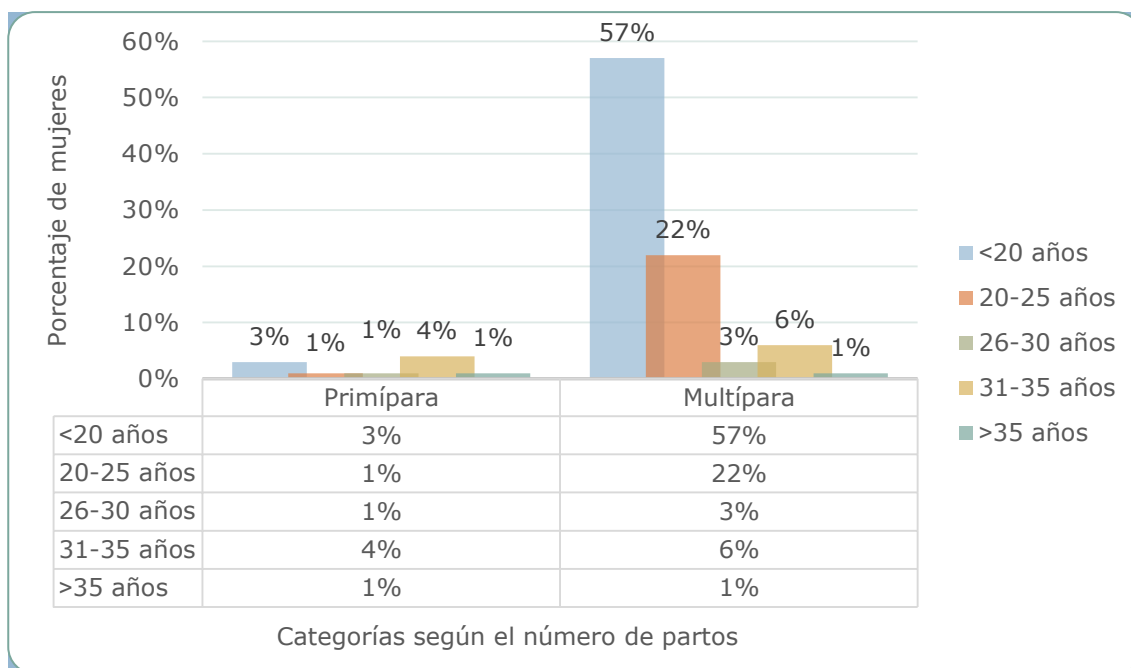
Elaborado por: LlumiQuinga Juan y Sarango Suly

Análisis e interpretación

En la grafitabla # 7 se observa que del total de nuestra población de estudio respecto a la edad de las mujeres con carcinoma mamario, la mayoría tienen entre 55 a 64 años con el 35%, y de ellas el 19% tuvieron su primera menstruación antes de los 10 años; con respecto a la edad de la menarquia, casi la mitad de las mujeres evaluadas tuvieron su primera menstruación entre los 10 a 12 años, con 47% del total.

Grafitabla # 8

RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE PARTOS Y LA EDAD DEL PRIMER PARTO EN MUJERES QUE TIENEN CARCINOMA MAMARIO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ONCOLÓGICO DR. JULIO VILLACRESES COLMONT DE PORTOVIEJO.



Fuente: Historias Clínicas del Área de Preadmisión

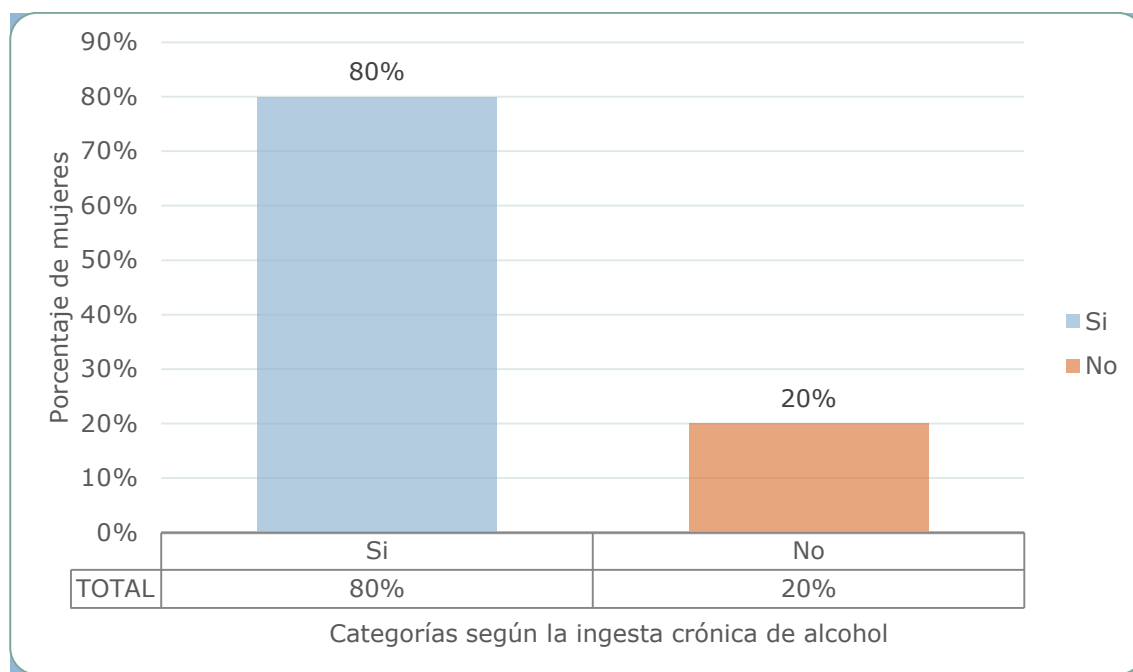
Elaborado por: Llumiyinga Juan y Sarango Suly

Análisis e interpretación

En la grafitabla # 8 se observa que del total de nuestra población de estudio respecto al número de partos de las mujeres con carcinoma mamario, la mayoría tienen son multíparas con el 89%, y de ellas el 57% tuvieron su primer parto a término en la adolescencia; con respecto a la edad del primer parto a término, en general, el 60% del total evaluado tuvieron su primer hijo en la adolescencia.

Grafitabla # 9

ANTECEDENTE DE INGESTA CRÓNICA DE ALCOHOL EN LAS MUJERES CON CARCINOMA MAMARIO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ONCOLÓGICO DR. JULIO VILLACRESES COLMONT DE PORTOVIEJO.



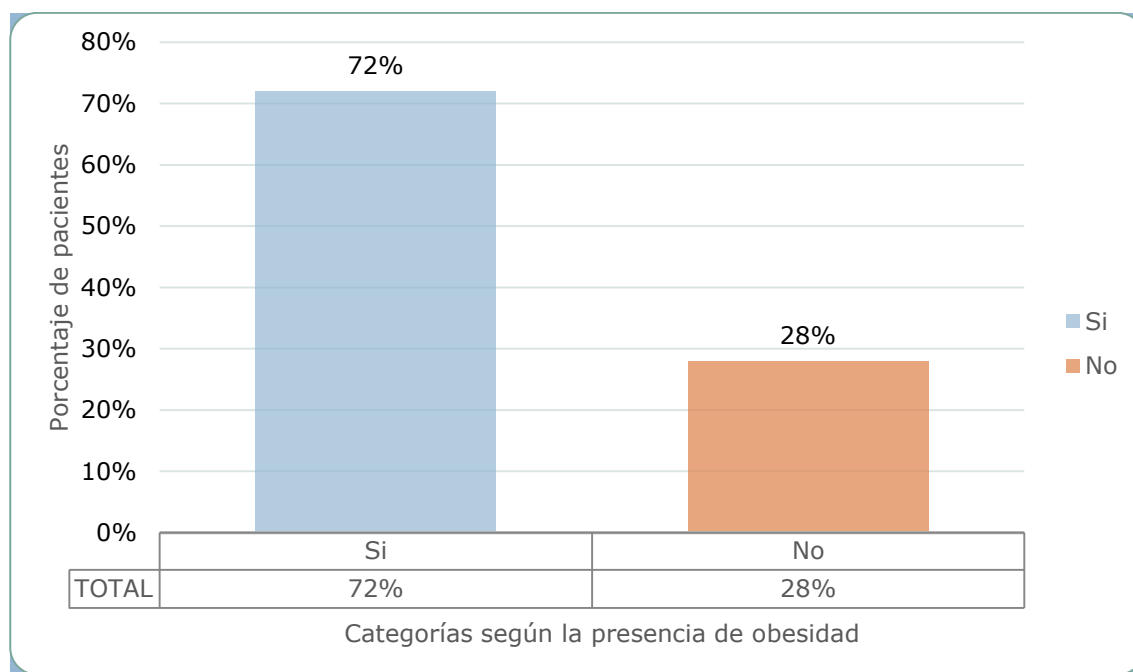
Fuente: Historias Clínicas del Área de Preadmisión
Elaborado por: Llumiquina Juan y Sarango Suly

Análisis e interpretación

En la grafitabla # 9 se muestra que del total de las mujeres con diagnóstico de carcinoma mamario que fueron objeto de nuestro estudio el 80% tenían antecedentes de ingesta crónica de alcohol.

Grafitabla # 10

PRESENCIA DEL FACTOR OBESIDAD EN MUJERES CON CARCINOMA MAMARIO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ONCOLÓGICO DR. JULIO VILLACRESES COLMONT DE PORTOVIEJO.



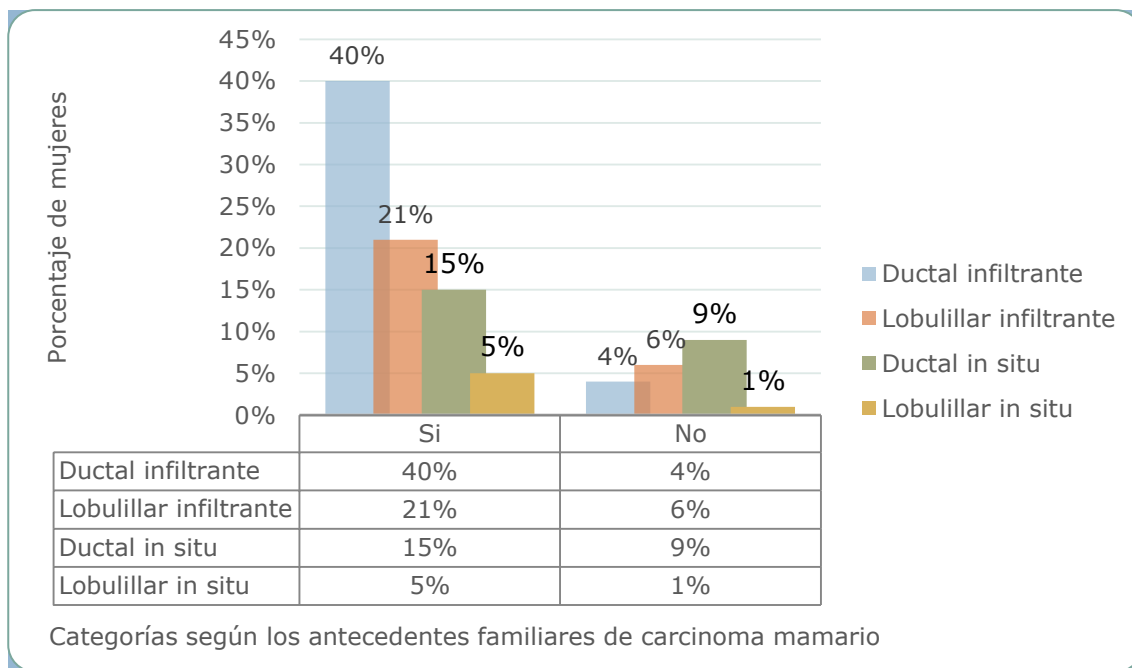
Fuente: Historias Clínicas del Área de Preadmisión
Elaborado por: Llumiquina Juan y Sarango Suly

Análisis e interpretación

En la grafitabla # 10 analizamos que del total de nuestra población en estudio, la mayor parte de las mujeres con carcinoma mamario evaluadas presentaron obesidad con el 72% de todos los casos.

Grafitabla # 11

RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE CÁNCER DE MAMA Y EL ANTECEDENTE FAMILIAR DE CÁNCER EN LAS MUJERES CON CARCINOMA MAMARIO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ONCOLÓGICO DR. JULIO VILLACRESES COLMONT DE PORTOVIEJO.



Fuente: Historias Clínicas del Área de Preadmisión

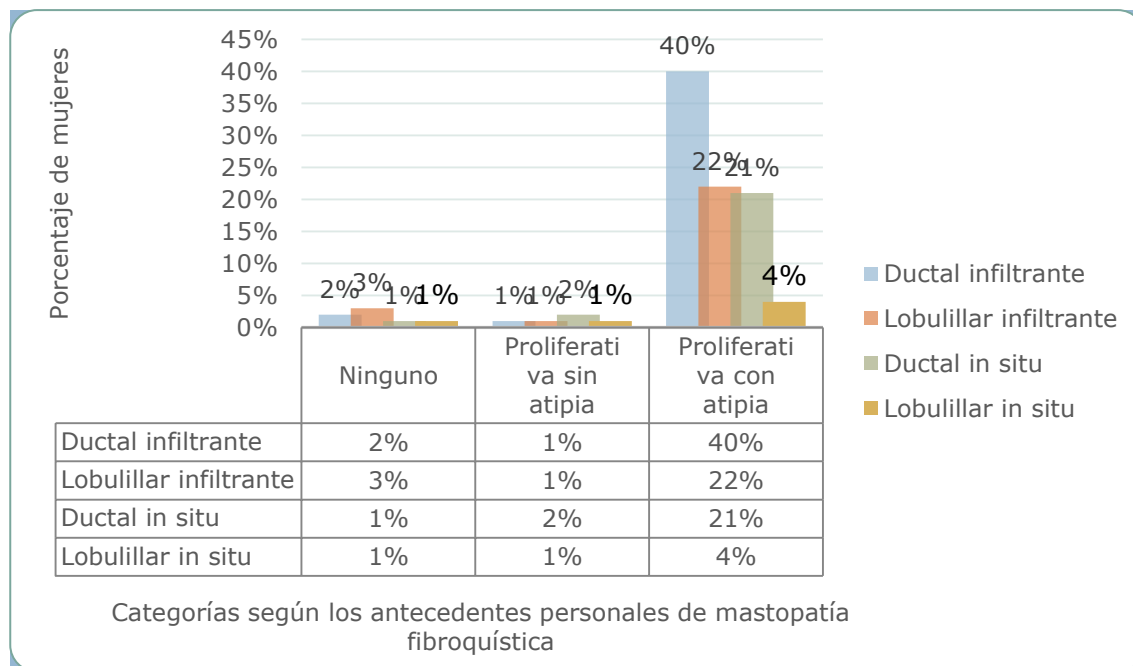
Elaborado por: Llumiquina Juan y Sarango Suly

Análisis e interpretación

En la grafitabla # 11 se observa que del total de nuestra población en estudio con respecto al tipo de carcinoma mamario, el más frecuente es el carcinoma ductal infiltrante con el 44%, los cuales tenían antecedentes familiares de cáncer de mama en 40% de los casos; con respecto al total de mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama, el 81% del total de la población si presentaban.

Grafitabla # 12

RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE CÁNCER DE MAMA Y EL ANTECEDENTE DE MASTOPATÍA FIBROQUÍSTICA EN LAS MUJERES CON CARCINOMA MAMARIO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ONCOLÓGICO DR. JULIO VILLACRESES COLMONT DE PORTOVIEJO.



Fuente: Historias Clínicas del Área de Preadmisión

Elaborado por: Llumiyinga Juan y Sarango Suly

Análisis e interpretación

En la grafitabla # 12 se observa que de la población en estudio, la mayor parte solo de las mujeres con carcinoma mamario tipo ductal infiltrante tenían antecedentes personales de mastopatía fibroquística proliferativa con atipia con un 40%; el total de la población presentó antecedentes personales de mastopatía fibroquística proliferativa con atipia en 88% de los casos. Cabe señalar que ningún paciente tenía antecedentes de mastopatía fibroquística no proliferativa.

Capítulo V

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

La edad reproductiva más frecuentemente identificada en las mujeres con mastopatía fibroquística se encuentra entre los cuarenta a cuarenta y cuatro años de edad; mientras que la edad más común entre las mujeres con diagnóstico de cáncer mamario se sitúa entre los cincuenta y cinco a sesenta y cuatro años de edad, lo que implica que estas patologías aumentan su aparición a medida que avanza la edad.

Los principales factores de riesgo identificados para mastopatía fibroquística fueron edad de la menarquia entre los diez a doce años y ser múltipara; mientras que para carcinoma mamario fueron edad de la menarquia entre los diez a doce años, ser múltipara, edad de primer parto a término en la adolescencia, ingesta crónica de alcohol, obesidad, antecedente familiar de cáncer de mama, y antecedente personal de mastopatía fibroquística proliferativa con atipia. En ambos casos, coincide la edad de la menarquia y el número de partos, los otros factores no se pudieron valorar en las mujeres con mastopatía fibroquística, porque no se detallaban en las historias clínicas.

El principal tipo histológico de mastopatía fibroquística en las mujeres en edad fértil fue la fibrosis; y, en el caso de las mujeres con carcinoma mamario fue el carcinoma ductal infiltrante. La presencia de carcinoma mamario se relaciona con los antecedentes personales de mastopatía fibroquística solo del tipo proliferativa sea sin o con atipia, debido a que no se encontraron antecedentes de mastopatía no proliferativa entre las mujeres con carcinoma mamario estudiadas.

De acuerdo a los resultados obtenidos, la presencia de mastopatía fibroquística proliferativa es un factor predisponente para el desarrollo de carcinoma mamario especialmente entre las mujeres de edad no reproductiva; la multiparidad, la presencia de obesidad y la ingesta crónica de alcohol son factores de riesgo importantes.

Recomendaciones

En base a las conclusiones realizadas recomendamos lo siguiente:

Con el apoyo del Ministerio de Salud Pública realizar programas de capacitación a nivel de centros de salud, por medio de charlas, para que las mujeres en edades tempranas, se instruyan sobre la prevención de las patologías benignas y malignas de la mama. Asimismo, socializar con el equipo médico sobre el manejo en consulta externa e intrahospitalario de la mastopatía fibroquística y el cáncer de mama, para mejorar la atención de las mujeres con factores de riesgo para ambas patologías.

A las autoridades del Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont, procurar que la atención por parte de los especialistas en patología mamaria no se base tan solo en la atención a las mujeres con mastopatía fibroquística y carcinoma mamario, sino además a las que aún no lo presentan identificando adecuadamente a las que tienen factores de riesgo.

A la Universidad Técnica de Manabí, en especial a la Facultad de Ciencias de la Salud y la Escuela de Medicina, a través de sus docentes y estudiantes, promover la educación sobre el cáncer mamario, y de una forma más detallada y profundizada sobre la mastopatía fibroquística, ya que representa una patología muy común en nuestro medio y un factor de riesgo para el desarrollo del carcinoma mamario.

A las mujeres con factores de riesgo para cáncer mamario, que sean sexualmente activas, realizar controles médicos para valorar su estado de salud mamario y solicitar al médico tratante que las asesore para prevenir esta patología y para autovalorarse para identificar cualquier cambio importante en sus mamas, y de esta manera acudir lo más pronto al especialista.

Presupuesto

MATERIALES	GASTOS
Impresiones	260.00
Internet	100.00
Papelería	150.00
Alimentación	80.00
Transporte	80.00
Anillados y empastados	120.00
Otros gastos	120.00
TOTAL	910.00 dólares

Cronograma

N ^o	ACTIVIDADES	Sep.				Nov.				Dic.				Ene.				Feb.				Mar.			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Aceptación del tema de proyecto de investigación																								
2	Realización del planteamiento del problema Realización de la justificación Realización de los objetivos general y específicos																								
3	Revisión y/o modificación del planteamiento del problema Revisión y/o modificación de la justificación Revisión y/o modificación de los objetivos																								
4	Desarrollo de las variables 1 y 2 Desarrollo de la operacionalización de las variables																								
5	Revisión y/o modificación de las variables y su operacionalización Realización del diseño metodológico Formulación de la hoja de recolección de datos Modificación del tema de investigación																								
6	Realización de la redacción del trabajo de titulación y marco teórico Revisión del instrumento de recolección de datos																								
7	Corrección de la redacción del texto académico Rectificación del diseño metodológico Recolección de la información																								
8	Realización de las tabulaciones, cuadros y gráficos estadísticos Realización del análisis de los resultados, recomendaciones y conclusiones																								
9	Revisión y corrección del reporte de los resultados Revisión y corrección de las recomendaciones y conclusiones																								
11	Entrega de correcciones y presentación de borrador final																								

Referencias Bibliográficas

- Anfuso, F. (2012). *Guía de Práctica Clínica: Nódulo mamario benigno*. Recuperado de http://www.osecac.org.ar/documentos/guias_medicas/GPC%202008/Ginecologia/Gin-53%20Nodulo%20Mamario%20Benigno_v0-12.pdf
- Basavilvazo Rodríguez, M. A., González López, N. J. Pol Kippes, G., Juárez de la Luz, E., Becerra Alcántara, G. I., Torres Arreola, L. P. (2011). *Diagnóstico y tratamiento de la patología mamaria benigna en primer y segundo nivel de atención*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/node/85098>
- Cárdenas Sánchez, J., Bargalló Rocha, E., Erazo Valle, A., Maafs Molina, E., Poitevin Chacón, A. (2013). *Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario* (5ª ed.). México: Elsevier. Recuperado de <http://incan-mexico.org/incan/docs/docencia/cmama.pdf>
- Gallo Vallejo, J. L., Mas Masats, M. P., Vico Zúñiga, I. y Aibar Villán, L. (2013). Mastopatía fibroquística. Aspectos controvertidos. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 40(6), 269-276. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-mastopatia-fibroquistica-aspectos-controvertidos-S0210573X13000075>
- Okoth, C., Galukande, M., Jombwe, J., & Wamala, D. (2013). Benign proliferative breast diseases among female patients at a sub Saharan Africa tertiary hospital: A cross sectional study. *BMC Surgery*, 13(9), 1-5. Available from <http://bmcsurg.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2482-13-9>
- Ramos Aguila, Y. C., Marimón Torres, E. R., Crespo González, C., Junco Sena, B., y Valiente Morejón, W. (2015). Cáncer de mama, su caracterización epidemiológica. *Revista de Ciencias Médicas*, 19(4), 619-629. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000400006

- Santaballa Bertrán, A. (2015). *Cáncer de mama*. Recuperado de <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/cancer-de-mama-raiz/cancer-de-mama>
- Santen, R. J. (2014). *Benign breast disease in women*. In: De Groot LJ, Chrousos G, Dungan K, et al., editors. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000-. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK278994/>
- Sharma, G. N., Dave, R., Sanadya, J., Sharma, P., & Sharma, K. K. (2010). VARIOUS TYPES AND MANAGEMENT OF BREAST CANCER: AN OVERVIEW. *Journal of Advanced Pharmaceutical Technology & Research*, 1(2), 109–126. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3255438/>
- Valdés Gómez, W., Espinosa Reyes, T., y Álvarez de la Campa, G. L. (2013). Menarquia y factores asociados. *Revista Cubana de Endocrinología*, 24(1), 35-46. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol24_1_13/end04113.htm
- Vich, P., Brusint, B., Álvarez-Hernández, C., Cuadrado-Rouco, C., Diaz-García, N., y Redondo-Margüello, E. (2014). Actualización del cáncer de mama en Atención Primaria (I/V). *Semergen*, 40(6), 326-333. doi: 10.1016/j.semereg.2014.02.012

Anexo # 2. Oficio de aprobación de tema para el Trabajo de Titulación



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO

2017



Portoviejo, Enero 27 de 2017
Oficio N° 124-HCD-UTM

Doctor
César León García
DOCENTE –TUTOR DE PROYECTO DE INVESTIGACION CARRERA DE MEDICINA - FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
Ciudad.

De mi consideración:

El Honorable Consejo Directivo en sesión realizada el 19 de enero del 2017, conoció el oficio No. 036 UTE-FCS de Enero 18 del 2017, suscrito por la Licda. Miriam Barreto Rosado, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE TITULACIÓN ESPECIAL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, por medio del cual presenta informe correspondiente a la solicitud de **modificación del tema** realizado por Usted.

Al respecto este Honorable Organismo aprobó este informe, quedando el tema del trabajo de **titulación modalidad de desarrollo comunitario modificado** de la siguiente manera: **"MASTOPATIA FIBROQUISTICA COMO FACTOR PREDISPONENTE DE CARCINOMA MAMARIO EN MUJERES EN EDAD FERTIL, HOSPITAL ONCOLOGICO DR. JULIO VILLACRESES COLMONT, PORTOVIEJO"**, de los señores: LLUMIQUINGA TAIPE JUAN JAVIER Y SARANGO GRANDA SULY ALEXANDRA, estudiantes de la **Escuela de Medicina**.

Particular que comunico para los fines legales consiguientes.

Atentamente,
PATRIA, TÉCNICA Y CULTURA

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Dra. Yira Vásquez Giler Mg. Sc.
DECANA

RECIBIDA

Dr. César León García
MELIANO ONCOLOGO
Enero 27 de 2017 No. 124

c.c. Miembros de Tribunal.
C.C. Licda. Sandra Linares Giler, Presidenta de la Comisión de Titulación Escuela de Medicina – UTM
Estudiantes.

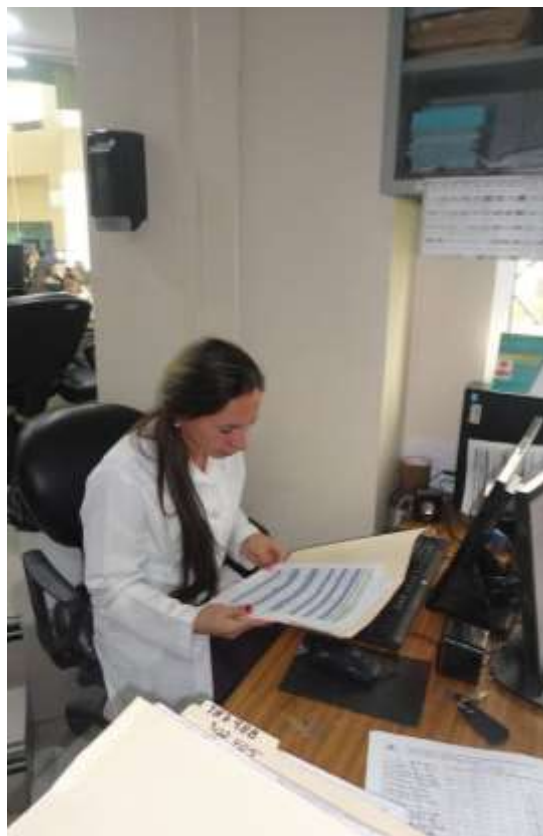
Elaborado y Tipado por: Sandra Tejera Loer, Secretaria
Aprobado por: Dra. Yira Vásquez Giler, Decana

Página Web: www.utm.edu.ec Correos Electrónicos: fcs@utm.edu.ec
yvasquez@utm.edu.ec - zmonendez@utm.edu.ec Tel: 2631-291 / 2632677. Ext. 179
LA ACREDITACIÓN ES COMPROMISO DE TODOS Página 126

Anexo # 3. Imágenes de recolección de la información









Anexo # 4. Reporte de plagio



Plagiarism Checker X Originality Report

Similarity Found: 8%

Date: miércoles, abril 12, 2017

Statistics: 754 words Plagiarized / 8937 Total words

Remarks: Low Plagiarism Detected - Your Document needs Optional Improvement.

TEMA "MASTOPATÍA FIBROQUÍSTICA COMO FACTOR PREDISPONENTE DE CARCINOMA MAMARIO EN MUJERES FÉRTILES. HOSPITAL ONCOLÓGICO DR. JULIO VILLACRESES COLMONT, PORTOVIEJO" AUTORES LUMIQUINGA TAÍPE JUAN JAVIER SARANGO GRANDA SULLY ALEXANDRA

Conceptualización del tema. La MFQ es una patología que tiene carácter benigno, cuya presentación es en mujeres fértiles por trastornos hormonales y que está caracterizada por la presentación de lesiones mamarias con diferente aspecto y forma. En el momento de la etapa de pubertad en las niñas, las mamas comienzan a presentar cambios, que son consecuencia de la horencia, la actividad hormonal y la dieta. Estos cambios, generalmente son benignos, pero en ciertos casos pueden favorecer la formación de displasia, y luego alteraciones que progresen a un estado premaligno, y más tardíamente a CA mama. La mastarquía influye aparentemente el riesgo de sufrir algunas patologías durante el transcurso de la vida. Los riesgos futuros relacionados con la pubertad adelantada han sido estudiados, y se ha comprobado que la menarquía temprana, aumenta el riesgo de desarrollar MFQ y cáncer mamario a edades más jóvenes, tal vez, por causa de la exposición incrementada a los estrógenos (Valdés Gómez, Espinosa Reyes y Alvarez de la Campa, 2013, p. 38). Por estas razones, es importante conocer las afecciones benignas de seno que se presentan comúnmente y su sintomatología, para prevenir graves complicaciones en el futuro. Asimismo, es importante aclarar que no todas las mujeres que presentan MFQ van a padecer de un cáncer mamario, pero representa un factor de riesgo. Esta investigación estudia los diferentes tipos de MFQ que se presentan en nuestro medio, su frecuencia y sintomatología, con la consiguiente determinación del riesgo relativo para carcinoma mamario en mujeres en edad fértil; debido, a que es una enfermedad poco valorada en la provincia de Manabí, a pesar de su importancia clínica y epidemiológica, por ser la patología benigna más frecuente de seno y un factor de riesgo del tipo de cáncer más frecuente en género femenino, es decir el carcinoma mamario. Planteamiento del problema. Las enfermedades no cancerosas de seno han adquirido una importancia creciente en los últimos tiempos debido a la importancia en salud pública, por ser un factor de riesgo importante para cáncer de seno, que puede desarrollarse en cualquiera de los dos senos. La gran mayoría de las lesiones que se producen en el seno son benignas (Okoth, Gabakandi, Jemrwa & Wamala, 2013, p. 1). A nivel mundial, los estados patológicos benignos representan aproximadamente el 90% de las presentaciones clínicas relacionadas con la mama. El fibroadenoma, los cambios fibroquísticos de mama y abscesos representan la mayor parte de estas lesiones benignas (Okoth et al., 2013, p. 1). Por lo tanto, es importante que los cirujanos, patólogos y oncólogos puedan reconocer las características clínicas, imagenológicas e histológicas de las lesiones benignas, para diferenciarlas de una lesión premaligna y para evaluar el riesgo de desarrollar cáncer de seno. En un paciente, se puede establecer la modalidad de tratamiento más adecuado para cada caso. En la actualidad existen pocos informes fundamentados sobre las características clínicas y epidemiológicas de la MFQ en Ecuador y mucho menos en la provincia de Manabí. Asimismo, en la atención que se brinda en las distintas instituciones públicas de salud no se cuenta con guías clínicas que dirijan la prevención y el estudio de esta patología por cuanto su manejo a identificación por parte del personal médico es poco o nulo. Antecedentes. Entre un 45-85% de las pacientes que acuden a una consulta de mama lo hacen por la MFQ. Continúa el proceso benigno más frecuente del seno. Produce síntomas incapacitantes en el 5-10% de las pacientes. Se observa, clínicamente, en un 50% de las mujeres mayores y en un 90% de los estados de la hiepa se detecta. En la mujer Madura con vida sexual activa se evidencia comúnmente esta alteración (Gallo Vallejo, Mas Monte, Vico Zuñiga y Aibar Villán, 2013, p. 269). Anfnso (2012) cita: Page y Dupont agruparon las variantes histológicas encontradas en el estudio de biopsias por patología benigna de mama y las dividieron en lesiones no proliferativas, lesiones proliferativas sin atipias y lesiones proliferativas con atipias. La investigación de Dupont y Page demostró que el riesgo relativo (RR) de cáncer en usuarias hospitalarias con cambios no proliferativos y proliferativos sin atipias varía de 0.89 a 1.6; en mujeres con enfermedades proliferativas con atipias, el riesgo puede llegar a 4% y 5% al cabo de 15 años. Si a la hiperplasia con atipias se le agrega el antecedente familiar de CA de seno, el riesgo se incrementa hasta 11% (p. 3). El CA es una de las enfermedades con mayor estabilidad en el mundo y se encuentra entre las primeras causas de muerte. Considerando cifras ofrecidas por la OMS y la OPS, el CA es la mayor causa de morbi-mortalidad a nivel mundial. Se le atribuyen 7.6 millones de defunciones (aproximadamente el 13%) generadas en el 2008 a nivel mundial. Se estima que el género femenino afectado por CA de seno, seguirá aumentando a nivel mundial, hasta llegar en 2030 a 11 000 000 (Ramos Águila, Marcinón Torres, Crespo González, Junco Sena, Valiente Morejón, 2015, p. 620). Ramos Águila y otros (2015) opinan: Una de cada 8 mujeres está afectada hoy en día por este flagelo, de aquí a 20 años esta cifra podría subir a 1 de cada 7 mujeres. Cada año en el mundo, 1 millón de CA de seno son diagnosticados y alrededor de cuatrocientos mil mujeres fallecen. Se ha estimado que el CA de seno mata cada 53 minutos, y cada 30 minutos se diagnostica (p. 621). En España, es el tumor maligno más frecuente en las mujeres (20%) y la primera causa de muerte por estas afecciones. En los Estados Unidos (EE UU), esta enfermedad representa el 27% del total de cánceres en el sexo femenino. En México, corresponde al 9% del total de las neoplasias y al 15% de las que afectan a dicho sexo. En LA constituye la 1 causa de muerte por neoplasias malignas femeninas (Ramos Águila y otros, 2015, p. 621). El CA seno es una enfermedad con una evolución natural compleja por lo que, a pesar de los avances de la oncología moderna, contando que el 70% de las muertes ocurre en países en desarrollo. El riesgo de enfermar es superior en las mujeres de países con nivel socioeconómico alto, pero el riesgo de muerte es mayor en mujeres que habitan países pobres, debido a un menor acceso a las áreas de salud para la identificación temprana, tratamiento y control (Cárdenas Sánchez, Bargaño Rocha, Erazo Valle, Maafá Molina y Poncevín Chacón, 2013, pp. 5-6). Las tasas anuales de incidencia estandarizada por edad y por cada cien mil mujeres según los datos de GLOBOCAN 2002 variaban entre 18 en Asia y 99 en Norteamérica, pasando por 46 en Sudamérica, 62 en la parte sur de Europa y 84 en Europa occidental (Vich y otros, 2014, pp. 327-328). España junto con Malia, Chipre, Eslovenia, República Checa, Austria y Grecia, se muestra cifras con un intervalo entre 80 y 100 casos por cien mil mujeres/año, pero superiores a las de Rumania, Bulgaria, Polonia y países del este de Europa. En EE UU la incidencia en 2009 fue de ciento veinte y siete casos en 100 000 mujeres/año (Vich y otros, 2014, p. 328). En Sudamérica, excepto Brasil y Argentina hay incidencias altas, con una incidencia de moderada como baja de esta enfermedad (Cárdenas Sánchez y otros, 2013, p. 6). En el Ecuador existen algunos estudios sobre la epidemiología del CA de seno, pero no se encuentran datos sobre estudios en Ecuador y menos a nivel local, que investiguen a profundidad la MFQ y su importancia en cuanto a las consecuencias a largo plazo, relacionadas mayormente con el CA de seno. Justificación. El presente proyecto tiene un impacto positivo desde el criterio médico investigativo con respecto de la salud en oncología ginecológica. De seguro, para instituciones como la UTM y en este caso, la FCS y al Hospital SOLCA Portoviejo Dr. Julio Villacreses Colmont, es de gran importancia tener como referencia con este tipo de estudio, ya que brindará