

# Hallazgos autópsicos en fallecidos por cáncer de mama en el Hospital Universitario «V. I. Lenin». Provincia Holguín. Cuba. 1990-2005

*Autopsy findings in breast cancer deaths in «V. I. Lenin» University Hospital, Holguin Province, Cuba. 1990-2005*

Nitza Julia Sanz Pupo<sup>1</sup>, Pedro Antonio Fernández Sarabia<sup>2</sup>

## RESUMEN

El cáncer de mama constituye un problema importante de salud en todo el mundo debido a su alta incidencia y mortalidad. Se revisan las causas clínicas y anatopatológicas de la muerte en las fallecidas con diagnóstico de esta enfermedad autopsiadas en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital «V. I. Lenin» de Holguín, Cuba, desde el año 1990 hasta el 2005. El carcinoma ductal infiltrante fue el tipo histológico que más incidió en la mortalidad. La coincidencia diagnóstica clínico-patológica en la causa directa de la muerte fue de 61,11%, y la bronconeumonía bacteriana fue la causa clínica más frecuente mientras que la anatopatológica fue la metástasis múltiple. Los sitios más frecuentes de metástasis fueron pulmón, hígado, ganglios linfáticos y huesos. La corroboración por la autopsia de las causas de muerte permite conocer el comportamiento de la enfermedad, facilita el tratamiento correcto de las enfermas y contribuye a elevar la calidad de vida.

**Palabras Clave:** cáncer mamario, autopsia, causas de muerte.

## SUMMARY

Breast cancer is a major health problem all over the world owing to its high incidence and mortality. The clinical and anatopathological causes of death in those who died of this disease and that were autopsied at the department of Pathology in Holguin General Hospital from 1990 to 2005 were reviewed. Invasive duct cancer was the histological type with greatest incidence on mortality. The clinical pathological diagnostic coincidence in the cause of death was 61,11% and bacterial bronchopneumonia was the most frequent clinical cause whereas the anatopathological one was multiple metastases. The most frequent places of metastasis were lungs, liver, lymphatic ganglia and bones. The corroboration by autopsy of the disease facilitates the correct treatment of the patients with the disease and contributes to enhance the quality of life.

**Key Words:** breast cancer, autopsy, causes of death.

*Rev Esp Patol 2006; 39 (2): 93-97*

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es una patología frecuente en la mujer, con una incidencia superior al millón de casos anuales. A pesar de los grandes avances en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, se reporta que este tipo de neoplasia cobra 314.000 muertes por año, representando el 14% de todas las muertes por cáncer en el sexo femenino (1-5).

Existen cifras que ilustran como esta enfermedad continúa siendo un grave problema de salud a nivel mundial aunque haya una tendencia a la reducción de la mortalidad en países industrializados, como los Estados Uni-

dos, donde se reportó un estimado de 40.410 mujeres a fallecer en el año 2005 (4).

En la región de centro América y el Caribe, fallecieron por esta causa 8.198 mujeres en el año 2000 (6). En Cuba, igual que a nivel mundial, ocupa también la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer, con una tasa de  $21,4 \times 100$  mil habitantes, sólo precedido por el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón que muestra una tasa de  $26,2 \times 100$  mil habitantes (1,7).

En los últimos años existe en nuestro país una tendencia creciente a la mortalidad a pesar de estar implementado un Programa de Diagnóstico y Tratamiento Precoz (8), hace ya más de 15 años, ya que en el año 2002,

Recibido el 21/2/06. Aceptado el 12/6/06.

<sup>1</sup> Especialista de 1.<sup>er</sup> y 2.<sup>º</sup> grados en Anatomía Patológica. Profesora Auxiliar. Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Universitario «V. I. Lenin». Holguín. Cuba.

<sup>2</sup> Especialista de 1.<sup>er</sup> y 2.<sup>º</sup> grados en Oncología. Profesor Auxiliar. Servicio de Oncología Hospital Universitario «V. I. Lenin». Holguín. Cuba.  
[nitza@cristal.hlg.sld.cu](mailto:nitza@cristal.hlg.sld.cu)

fallecieron 1.121 mujeres por esta enfermedad, (9) y en el 2003, se reportó una tasa de 20,8 por cada 100 mil habitantes (10). La provincia Holguín, de más de un millón de habitantes, exhibe una situación similar con una tasa de 18,2 por cada 100 mil habitantes en el año 2003 (11), situación que nos ha motivado a realizar esta investigación con el objetivo de conocer no sólo el comportamiento clínico y epidemiológico de la enfermedad, sino también las causas que más frecuentemente inciden en la mortalidad en esta enfermedad para controlarlas y contribuir así a su mejor tratamiento y a elevar la calidad de vida de las pacientes con este tipo de cáncer.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio epidemiológico retrospectivo de los fallecidos por cáncer de mama autopsiados en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario «V. I. Lenin» de Holguín, Cuba, en el período de enero de 1990 a diciembre del 2005. Nuestro hospital cuenta con 800 camas, de ellas 96 dedicadas a la atención de pacientes oncológicos adultos y el resto de las mismas dedicadas mayoritariamente a la maternidad y en menor cuantía a los servicios de medicina interna, geriatría, cardiología y cuidados intensivos.

En el período estudiado fallecieron intrahospitalariamente 285 casos por cáncer de mama, realizándose

**TABLA 1. Distribución de casos según grupo de edades**

GRUPO DE EDADES AÑOS	N. <sup>o</sup>	%
30-39	9	8,51
40-49	14	13,29
50-59	27	26,21
60-69	23	22,23
70-79	12*	13,63
80-89	13	12,62
90-99	3	2,41
Dato no registrado	2	1,10
Total	103	100,00

Fuente: Protocolos de necropsias.

\* 1 fallecido del sexo masculino.

**TABLA 2. Diagnósticos clínicos más frecuentemente planteados como causa básica de la muerte**

DIAGNÓSTICO CLÍNICO	N. <sup>o</sup>	%
Neoplasia de Mama	91	88,35
Causas no relacionadas con la neoplasia	8	7,76
Dato no registrado	4	3,89
Total	103	100,00

Fuente: Protocolos de necropsias.

necropsia a 103 de ellos (36,14%). Los 182 casos a los cuales no se le realizó autopsia fueron excluidos de nuestra investigación.

Se revisaron todos los protocolos de necropsias (21.890) realizadas durante estos años, de ellos 1.510 correspondieron al servicio de Oncología, de estos, 665 (44,3%) correspondieron a pacientes femeninas. Se seleccionaron de estos los que tenían diagnóstico clínico y/o anatomo-patológico de cáncer de mama (103) y se confecionó una matriz con los siguientes datos: edad (agrupada en decenios), diagnósticos clínicos más frecuentemente planteados como causas básica y directa de la muerte, los diagnósticos anatomo-patológicos constituidos como causas básicas y directas de la muerte según el Sistema Automatizado de Registro y Control de Autopsias (SARCAP) (12) y las localizaciones más frecuentes de metástasis.

Los datos fueron procesados por métodos estadísticos descriptivos y presentados como números absolutos y porcentajes.

## RESULTADOS

En el 53,47% de los casos la neoplasia estaba localizada en la mama izquierda.

En la tabla 1, agrupamos los fallecidos en grupos de edades con intervalo de 10 años a partir de la edad de 30 años, que fue la menor edad reportada. El grupo de edades con mayor número de fallecidos fue el de 50-59 años con 27 casos (26,21%), seguido por el de 60-69 con 23 casos (22,23%), mientras que el grupo que menos casos aportó fue el de 90-99 años. Como datos interesantes se observa que entre los 70 y los 79 años de edad, se encon-

**TABLA 3. Diagnósticos anatomo-patológicos más frecuentemente planteados como causa básica de la muerte**

DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO	N. <sup>o</sup>	%
Carcinoma de la mama:		
Ductal Infiltrante	79	76,69
Lobular Infiltrante	6	5,84
Escirroso	5	4,86
Papilar Infiltrante	2	1,94
Medular Infiltrante	1	0,97
Tumor Phyllodes Maligno	1	0,97
Aterosclerosis Generalizada	1	0,97
Adenocarcinoma de endometrio	2	1,94
Cirrosis Hepática	1	0,97
Agranulocitosis	1	0,97
Aplasia Medular	1	0,97
Ulcera Duodenal	1	0,97
Diabetes Mellitas	1	0,97
Leucosis Mieloide Aguda	1	0,97
Total	103	100,00

Fuente: Protocolos de necropsias.

**TABLA 4. Diagnósticos clínicos más frecuentemente planteados como causa directa de la muerte**

DIAGNÓSTICO CLÍNICO	N.º	%
Bronconeumonía Bacteriana	31	30,09
Metástasis Pulmonar	22	21,35
Metástasis Múltiples	19	18,44
Metástasis Cerebral	6	5,87
Metástasis Hepática	5	4,85
Sepsis Generalizada	5	4,85
Metástasis Pulmonar y Hepática	3	2,91
<i>Segunda Neoplasia:</i>		
Adenocarcinoma Endometrial	2	1,94
Enfermedad Cerebro vascular Trombótica	2	1,94
Fallo Múltiple de Órganos	2	1,94
Tromboembolismo Pulmonar	1	0,97
Cardiopatía Isquémica	1	0,97
Cirrosis Hepática	1	0,97
Oclusión Intestinal Bridas	1	0,97
Leucosis Mieloide Aguda	1	0,97
Encefalopatía Hepato-Amoniacal	1	0,97
Total	103	100,00

Fuente: Protocolos de necropsia.

tró el único fallecido masculino de nuestra serie y que en 2 fallecidos no se registró la edad.

En las tablas 2 y 3 se recogen las causas básicas de la muerte, siendo clínicamente neoplasia de mama el diagnóstico más frecuentemente planteado (91 casos para un 88,35%), mientras que anatomicamente en 93 casos se encontró el diagnóstico de carcinoma de mama y en 1 el de tumor phyllodes maligno. El 76,69 % de los casos de carcinoma correspondieron a la variedad ductal infiltrante.

La causa directa de la muerte se recoge en las tablas 4 y 5, correspondiendo a la bronconeumonía bacteriana en 31 pacientes (30,09%), seguido de metástasis pulmonar en 22 pacientes (21,35%) y metástasis múltiples en 19 (18,44%). Desde el punto de vista anatomico, fue la metástasis múltiple el diagnóstico más frecuente con 41 casos (39,80%) y la bronconeumonía con 26 (25,26%) evidenciando que esta neoplasia es una enfermedad sistémica y que en su proceso de progresión intervienen múltiples causas que pueden conducir a la muerte.

Entre las localizaciones más frecuentes de metástasis aparece el pulmón, seguido del hígado y de los ganglios linfáticos no regionales. Llama la atención que aparecen metástasis en sitios inusuales como bazo, páncreas, esófago y vesícula biliar, entre otras estructuras anatómicas (tabla 6).

## DISCUSIÓN

La mortalidad por cáncer de mama se incrementa a medida que aumenta la edad (13,14). En nuestra serie de casos, a pesar de que el mayor número está localizado

**TABLA 5. Diagnósticos anatomicoatológicos más frecuentemente planteados como causa directa de la muerte**

DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO	N.º	%
Metástasis Múltiples	41	39,80
Bronconeumonía Bacteriana	26	25,26
Metástasis Pulmonar	9	8,75
Metástasis Pulmonares y Hepáticas	7	6,79
Sepsis Generalizada	4	3,88
Tromboembolismo Pulmonar	3	2,91
Edema Cerebral	2	1,94
Infarto Agudo Miocárdico	2	1,94
Daño Múltiple de Órganos	2	1,94
Sangramiento Digestivo Alto	2	1,94
Metástasis Cerebral y Cerebelosa	1	0,97
Edema Pulmonar	1	0,97
Insuficiencia Hepática	1	0,97
Infarto de Hemisferio Cerebral Izq.	1	0,97
Shock Hipovolémico	1	0,97
Total	103	100,00

Fuente: Protocolos de necropsias.

**TABLA 6. Localización de las metástasis**

LOCALIZACIÓN	N.º
Pulmón	46
Hígado	35
Ganglios Linfáticos	22
Hueso	18
Encéfalo	10
Pericardio	8
Peritoneo	7
Glándulas Suprarrenales	6
Pleura	6
Tejidos Blandos	4
Ovarios	2
Mama Contralateral	1
Sitios Inusuales (Bazo, Intestinos, Esófago, Estómago, Cuerpo de Páncreas, Riñón, Diafragma, Meninges, Epicardio, Mediastino, Cuerpo de útero, Vesícula Biliar)	14

Fuente: Protocolos de necropsias.

en la década de 50 a 59 años, se observa que de forma general, a la edad geriátrica (por encima de los 60 años) le corresponde la mayoría de estos. En otros estudios se ha reportado aumento significativo de la mortalidad por este tipo de cáncer en la década de los 80 (15). La senectud es un factor de riesgo importante para el cáncer de mama y aunque existen programas de diagnóstico precoz, muchas veces estas pacientes quedan excluidas de los mismos por diferentes razones en relación con causas personales o inherentes a los diferentes programas. Este es el grupo de mujeres que por lo general acuden a la consulta cuando la enfermedad es localmente avanzada, lo cual conspira contra la supervivencia (14-16). Además, en este grupo de pacientes existe en muchos casos la asociación con otras patologías, en su mayoría crónicas.

TABLA 7. Coincidencia diagnóstica clínico-anatomopatológica

COINCIDENCIA DIAGNÓSTICA CLÍNICO-PATOLÓGICA	CAUSA DE MUERTE	
	BÁSICA %	DIRECTA %
Total	70,37	61,11
Parcial	24,23	28,25
No Coincidencia	5,40	10,64

Fuente: Protocolos de necropsias.

cas, que pueden afectar el pronóstico y limitar las opciones terapéuticas, como ha sido planteado por Yancik R y colaboradores (17).

A pesar de que nuestros datos coinciden con otros estudios reportados en la literatura revisada (1,5) no queremos pasar por alto que aun existe un elevado número de pacientes que fallecen por cáncer de mama en etapas tempranas de la vida, plenamente productivas y que en su mayoría se asocian a diagnósticos tardíos, lo cual, por ser la mama un órgano de fácil auto-examen, examen médico e imagenológico, no debería suceder. Varios estudios demuestran que a partir de la puesta en marcha de programas de pesquisa de cáncer de mama y la correcta utilización de la mamografía comienza a disminuir la mortalidad y que donde se evidencia más este resultado es en las mujeres más jóvenes, por debajo de los 50 años (15,18).

Al analizar los diagnósticos más frecuentemente planteados como causa básica (tablas 2 y 3), observamos coincidencia mayoritaria de forma global pero que aún debemos ganar en especificidad diagnóstica desde el punto de vista clínico pues la nomenclatura neoplasia de mama es insuficiente para garantizar una relación clínico-patológica de buena calidad. Aunque desde el punto de vista anatomopatológico predominó la variedad carcinoma ductal infiltrante dentro de los carcinomas mamarios con 79 casos, se diagnosticaron carcinoma lobular, escirroso, papilar y medular.

Observamos que en 2 casos se diagnosticó por los patólogos adenocarcinoma de endometrio como causa básica, lo cual anula la coincidencia diagnóstica con el diagnóstico clínico, en estos 2 casos, el cáncer de mama estaba asociado al cáncer de endometrio y se corroboró que este último fue la enfermedad que inició la cadena que llevó a la muerte a las pacientes, las edades de es estas fallecidas eran de 70 y 71 años respectivamente. En la literatura se recogen casos de enfermedad neoplásica primaria múltiple y el riesgo de cáncer de endometrio asociado a cáncer de mama aumenta después de los 70 años (14).

En cuanto a la causa directa de la muerte (tablas 4 y 5) observamos que existió un sub-diagnóstico de las metástasis múltiples, así como un sobre diagnóstico de la metástasis pulmonar; pensamos que esto sea debido a

que, como en la mayoría de los casos, la metástasis pulmonar formaba parte del cuadro de metástasis múltiples, con una sintomatología predominante, existió una tendencia al diagnóstico de la misma. Esto nos confirma que es necesario aumentar la realización de autopsias para que el médico de asistencia conozca las causas de muerte reales de sus pacientes, lo cual le será útil para identificar la superposición de síntomas y desentrañar la verdadera evolución de la enfermedad, además posibilitará disminuir los errores en los certificados de defunción que pueden enmascarar las estadísticas. En nuestra serie muchas veces no se logró la realización de la autopsia debido a que como ya se cuenta con el diagnóstico de la enfermedad, esto no constituye preocupación para la familia y porque en muchos casos las pacientes fallecen en sus casas. Al revisar la literatura, encontramos reportes con estas mismas dificultades que llevan mucha veces a analizar las causas de muerte de forma global (19,20).

La tabla 6 nos muestra las localizaciones de metástasis encontradas, observando que fueron más frecuentes en pulmón, hígado, ganglios linfáticos, huesos y encéfalo, coincidiendo con el comportamiento que se reporta en la literatura, pero que existieron metástasis a sitios inusuales como el esófago, el cuerpo del páncreas y la vesícula biliar entre otros (13,21,22).

Para establecer la coincidencia diagnóstica (tabla 7) consideramos el diagnóstico de neoplasia de mama como correcto en la causa básica de la muerte aunque no se especificara el tipo histológico ya que analizamos que como estas fallecidas tienen su diagnóstico histológico (francamente mayoritario el carcinoma ductal infiltrante) recogido en las historias clínicas y son conocidas en el servicio de procedencia, los médicos de asistencia tienden a generalizar el mismo y no utilizan el código adecuado, pudiendo concluir que en la mortalidad por cáncer de mama, que en nuestra serie afectó las edades medias y productivas de la vida, existió una correspondencia diagnóstica total buena, mayor del 50% tanto en causas básica como directa de la muerte, con mayor variabilidad diagnóstica en esta última, que presenta el mayor porcentaje de casos no coincidentes, lo cual se debe precisamente a la multicausalidad en la progresión de esta enfermedad maligna y a sus complicaciones (algunas de ellas prevenibles), reafirmando la importancia de la autopsia en la adquisición de conocimientos para lograr el aumento de la esperanza de vida y la calidad de vida como objetivo fundamental de cualquier sistema de salud.

## BIBLIOGRAFÍA

- WHO Library Catalogue-in-Publication Data. National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines- 2nd ed. Geneva: World Health Organization. 2002.

2. Sánchez-Morate AA, Arranz Ariza F. Cáncer de Mama. En: López-Lara F, González C, Santos Miranda JA, Sanz Rubiales A, editores Manual de Oncología Clínica. Valladolid: Universidad de Valladolid. 1999. p. 239-43.
3. Ramírez R Milvia. Epidemiología del Cáncer de Mama. Dirección Nacional de Epidemiología. MINSAP. Taller Nacional de Cáncer de Mama, C. de la Habana: Dirección Nacional de Estadísticas. MINSAP. 2005
4. National Cancer Institute. Cancer del seno (mama) (PDQ). Tratamiento. U.S. National Institutes of Health. Actualizado: 07/20/2005. Disponible en: [www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/seno/](http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/seno/).
5. Russo J, Russo Irma H. Nuevas Perspectivas en la Prevención del Cáncer de Mama. En: Hernández Muñoz G, Bernardillo ETL, Aristodemio Pinotti JSD, Barros AC. Editores. Tratamiento Conservador en Cáncer de Mama. Ed. McGraw-Hill-Interamericana de Venezuela, S.A. 2002. p. 7-15.
6. SOCECAR 2004. Guía de Recomendaciones, Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer. Ciudad de la Habana: Octubre 2004. p. 34.
7. Oficina Nacional de Estadísticas (ONE). Anuario Estadístico de Cuba. 2005. Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/estadisticas/>.
8. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Programa Nacional de Reducción de la Mortalidad por Cáncer. MINSAP. La Habana: Ed. MINSAP. 1988.
9. INOR. Registro Nacional de Cáncer. Incidencia del Cáncer en Cuba. 2001-2002.
10. Dirección Nacional de Estadísticas. MINSAP. 2005.
11. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología de Holguín. Análisis del Programa de Tumores Malignos. Provincia Holguín, 1994-2003.
12. Hurtado de Mendoza Amat J, Álvarez Santana R, Jiménez López A, Fernández Pérez LG. El SARCAP, Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía Patológica. Rev Cub Med Milit 1995; 24: 123-30.
13. Cotran RS, Kumar V, Collins T. Patología Estructural y Funcional. 6ta ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España, S.A.U. 2000, p. 287-91, p. 1149-63.
14. Merminod T, Zulian GB. Multiple malignant tumours in the elderly. Crit Rev Oncol Hematol 2002, 43:227-30.
15. Puig X, Ginebra J, Gispert R. Análisis de la evolución temporal de la mortalidad mediante modelos lineales generalizados. Gac Sanit 2005; 19: 481-5.
16. Schairer C, Mink PJ, Carroll L, Devesa SS. Probabilities of death from breast cancer and other causes among female breast cancer patients. JNCI 2004; 96: 1311-21.
17. Yancik R, Wesley MN, Ries LA, Havlik RJ, Edwards BK, Yates JW. Effect of age and comorbidity in postmenopausal breast cancer patients aged 55 years and older. JAMA 2001; 285: 885-92.
18. Olsen AH, Njor SH, Vejborg I, Schwartz W, Dalgaard P, et al. Breast cancer mortality in Copenhagen after introduction of mammography screening: cohort study. BMJ 2005; 330: 220.
19. Lock A, Higginson I. Patterns and predictors of place of cancer death for oldest old. BMC Palliat Care 2005, 4: 6.
20. Black WC, Haggstrom DA, Gilbert Welch H. All cause mortality in randomized trials of cancer screening. JNCI 2002; 94: 167-73.
21. Yamanami H, Chiba R, Kobari M, Takahashi T. Total number of and size distribution of hepatic metastases of carcinoma. Anal Quant Cytol Histol 1999, 21: 216-26.
22. Tai P, Yu E, Vinh-Hung V, Cserni G, Vlastos G. Survival of patients with metastatic breast cancer: twenty-year data from two SEER registries. BMC Cancer 2004, 4: 60.