

MITOS Y CREENCIAS SOBRE EL CÁNCER DE SENO EN COLOMBIA

David A López, Rubens Rueda.

Estudiantes VIII semestre de Medicina.

Área de Cirugía.

Facultad de Ciencias de la Salud.

Universidad Tecnológica de Pereira (2008).

RESUMEN

Los mitos y las falsas creencias son tan antiguos como el hombre mismo. En la medida en que el hombre ha evolucionado, el conocimiento científico y la evidencia han ido revelando la verdad sobre los mismos. El cáncer, tal vez por su conexión simbólica con la muerte, es uno de los tópicos que más mitos alberga. El problema con las concepciones erróneas es que son reforzadas y perpetuadas de generación en generación influyendo el comportamiento del ser humano. El impacto de estos mitos sobre la actitud de las mujeres hacia los factores de riesgo, la sintomatología, los métodos de tamizaje y el tratamiento es innegable. Tales creencias pueden impedir el acceso de las mujeres a los servicios de salud y su aceptación por la detección temprana del cáncer, y los esfuerzos por disipar estos estigmas podrían mejorar la actitud hacia las medidas preventivas.

Este artículo discute la información errónea más frecuente, asociada con el cáncer de seno más frecuente. Adicionalmente, se realizó un estudio transversal descriptivo en el cual se encuestaron 200 personas, residentes en el eje cafetero, acerca de sus creencias sobre el cáncer de seno y se discuten los hallazgos.

PALABRAS CLAVES: Mitos, cáncer de seno, factores de riesgo, tamizaje, prevención.

ABSTRACT

Myths and misconceptions are as old as human being itself. As long as man has been evolved, the scientific knowledge and evidence have revealed the truth about them. Perhaps because of its symbolic connection with death, cancer is one of the issues with a great deal of myths. The problem with misconceptions is they are reinforced and perpetuated, from generation to generation, influencing the behavior of human being. The impact of myths on women`s attitude towards risk factors, symptoms, screening methods and breast cancer treatment is undeniable. Those beliefs may prevent women access to health services and creating a barrier for early detection. Efforts to

dispel stigmas and deep-seated beliefs regarding cancer may improve acceptance of preventive health measures.

This article discusses the most frequent misinformation associated with breast cancer. Additionally, we performed a cross-sectional study by means of a survey including 200 people, residents in coffee land, about their beliefs on breast cancer.

KEY WORDS: Myths, breast cancer, risk factors, screening, prevention.

INTRODUCCIÓN

Según las estadísticas mundiales, el cáncer de seno es la malignidad más frecuente en la mujer, y es responsable por aproximadamente 500.000 muertes por año alrededor del mundo (World Health Organization, 2007). En Latinoamérica y el Caribe, se estima que mueren tres mujeres por cáncer de mama cada minuto (Secretaría de Salud Pública Santiago de Cali, 2008). En Colombia, 1 de cada 33 personas puede desarrollar un cáncer de seno. La incidencia se estima en 33 x 100.000 habitantes y la mortalidad en 10 x 100.000 habitantes (Amese.net, 2008).

En la mayoría del territorio nacional es la segunda causa por cáncer después del cáncer de cuello uterino, aunque en algunas ciudades como Cali (Valle), es la primera causa tanto de consulta como de mortalidad (Secretaría de Salud Pública Santiago de Cali, 2008).

Desafortunadamente, un gran porcentaje de estas pacientes consulta en estado avanzado y se esperan cerca de 1800 muertes anuales por esta enfermedad y alrededor de 5600 casos nuevos cada año (Amese.net, 2008).

El cáncer en general, tal vez por su conexión simbólica en el referente

popular con la muerte, se encuentra rodeado de innumerables mitos y creencias populares y el cáncer de seno no es la excepción. El enorme significado social, cultural, sexual y psicológico que poseen los senos, facilita la diseminación de estos mitos, que pueden en un momento determinado influir sobre la oportunidad de la consulta, la detección temprana, el tratamiento y el pronóstico de las mujeres con cáncer de seno.

De esta manera, es fundamental identificar los mitos y creencias populares y evaluar su veracidad a la luz de la medicina basada en la evidencia, para posteriormente plantear campañas educativas, dirigidas a aspectos puntuales relevantes, que puedan mejorar el conocimiento sobre el tema en la comunidad y permitir una mejor comunicación e interacción con el personal de la salud.

No son muy numerosos los estudios que han abordado este tópico en la literatura mundial, pero algunos han confirmado como estos mitos son verdaderas barreras en relación a los diferentes métodos de detección temprana, como el autoexamen, el examen médico, la mamografía entre otros y la manera como estos estigmas dificultan el acceso de las mujeres a los servicios de salud, lo que permitiría un diagnóstico temprano y un mejor

pronóstico de vida (Hall et al., 2007; Wong-Kim et al., 2003).

Este artículo presenta las conclusiones de una encuesta a la comunidad sobre las creencias más comúnmente detectadas y una revisión de la literatura científica para evaluar la veracidad o falsedad de cada una de las creencias. En la tabla 1 se resumen los mitos obtenidos del saber popular mediante diálogos con diferentes personas de la comunidad, de los estudios publicados al respecto y los registrados más comúnmente en correos y páginas de Internet de uso común. Para una mejor organización del tema se han dividido arbitrariamente en 1). Mitos relacionados con los factores de riesgo del cáncer de seno, 2). Con la sintomatología, 3). Con los métodos de tamizaje y 4). Con el tratamiento y el pronóstico (Ver tabla 1).

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el que se diseñó una encuesta con 35 preguntas y cuatro posibles respuestas para cada pregunta (cierto, parcialmente cierto, falso, no sabe/no responde). Cada una de las preguntas explora un mito. En total se hicieron 19 preguntas para mitos relacionados con los factores de riesgo, y 5 para cada uno de mitos relacionados con la sintomatología, con los métodos de tamizaje y con el tratamiento y pronóstico (Ver tabla 1). La encuesta se aplicó personalmente, no se usó encuesta telefónica ni por correo, con la finalidad de aclarar

dudas; los encuestadores fueron capacitados en el tema.

La muestra que contestó esta encuesta fue por conveniencia, pero intencionalmente se encuestaron estudiantes de medicina por considerar que dada su preparación académica, deberían saber las verdades sobre los mitos y por la importancia que tiene el hecho de evaluar el nivel de conocimiento de los futuros médicos de atención primaria, promoción y prevención (actividades sobre las que reposa la detección temprana del cáncer de seno). La muestra incluyó población que reside en Pereira y Manizales.

Para evaluar la veracidad o falsedad de los mitos se realizó una búsqueda bibliográfica que incluyó los artículos sobre los diferentes tópicos publicados en los 3 últimos años o anteriores a esta fecha según la importancia del artículo, en las bases de datos pubmed, LILACs, y Cochrane. No afirmamos que se buscó la totalidad de los artículos por dos razones: en primer lugar, esto no es una revisión sistemática ni un metanálisis y en segundo lugar, por limitaciones económicas no tenemos acceso a la totalidad de artículos texto completo. Sin embargo, la calidad de las referencias es indiscutible y se hizo especial énfasis en evaluar la evidencia existente sobre el tema, mediante las revisiones sistemáticas, o los metanálisis publicados sobre el tema en revistas científicas de reconocido prestigio y seriedad, más que simplemente en un único estudio clínico.

MITOS Y CREENCIAS ACERCA DEL CÁNCER DE SENO	
1. MITOS RELACIONADOS CON LOS FACTORES DE RIESGO	El cáncer de seno es hereditario
	El cáncer de seno es transmitido por la madre, no por el padre
	Solamente las mujeres con antecedente familiar de cáncer de seno tienen riesgo
	Un familiar con cáncer en cualquier sitio aumenta mi riesgo de tener cáncer
	El cáncer de seno solamente le da a las mujeres
	El cáncer de seno le da muy frecuentemente a las mujeres menores de 30 años
	Las mujeres vírgenes no tienen riesgo de presentar cáncer de seno
	A las mujeres sin hijos no les da cáncer de seno
	Si amamanto a mis hijos no me da cáncer de seno
	Tomar anticonceptivos aumenta el riesgo de cáncer de seno
	El cáncer de seno es contagioso
	La obesidad no tiene relación con el cáncer de seno
	Tener senos grandes aumenta el riesgo de cáncer de seno
	Usar sostenes con alambre produce cáncer de seno
	Las prótesis mamarias aumentan el riesgo de cáncer de seno
	El uso de desodorantes y antitranspirantes puede producir cáncer de seno
	El estrés da cáncer de seno
	Un golpe en un seno incrementa mi riesgo de sufrir cáncer en ese seno
	Los quistes en los senos predisponen a cáncer
2. MITOS RELACIONADOS CON LA SINTOMATOLOGÍA	El dolor en los senos indica que me está dando un cáncer o que tengo uno ya
	Una masa en el seno es un cáncer
	Para que haya cáncer tiene que haber masa o tumor
	No es normal que salga líquido por los pezones a la expresión
	Si una mujer tiene un seno más grande que el otro debe ser porque tiene cáncer
3. MITOS RELACIONADOS CON LOS MÉTODOS DE TAMIZAJE	El autoexamen de los senos reduce el riesgo de adquirir cáncer de seno
	Si no me hago el autoexamen, no me da cáncer de seno
	La mamografía es un examen doloroso
	Debo hacerme una mamografía solamente si tengo dolor en los senos
	Hacerse mamografías a repetición incrementa el riesgo de cáncer de seno
4. MITOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO	La biopsia de seno disemina el cáncer
	Si me operan, se me riega el cáncer
	Hay yerbas que curan el cáncer
	Si tengo un cáncer de seno, me amputarán el seno
	Si te da cáncer de seno, mueres; no se puede vivir con cáncer de seno

Tabla 1. Mitos y creencias más comunes acerca del cáncer de seno.

No obstante, se evaluó la calidad de los artículos consultados y donde fue pertinente se mencionaron los potenciales sesgos, problemas de validez externa o interna del estudio, o dudas en las conclusiones obtenidas y la controversia existente en la actualidad.

Para el análisis se empleó el paquete estadístico STATA 8.0 y las gráficas se realizaron en Excel.

RESULTADOS

En total respondieron la encuesta 200 personas. La edad de los encuestados estuvo comprendida entre 15 y 79 años, con una media de 24 años (ver Figura 1). La mayoría de los encuestados fueron del género femenino (63%)(Figura 2).

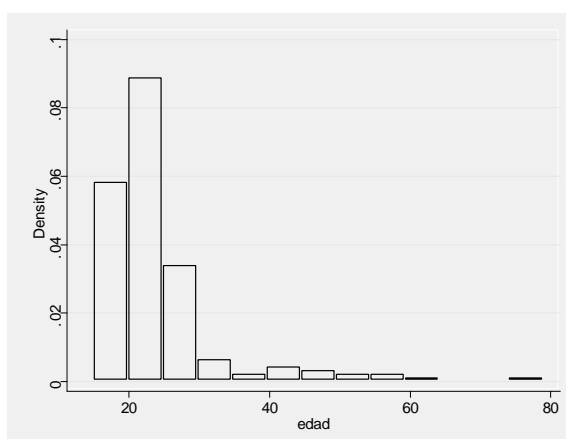


Figura 1. Distribución etárea de la muestra de 200 personas encuestadas sobre mitos del cáncer de seno en el eje cafetero, 2008.

Tres de 4 encuestados eran estudiantes de nivel superior y una tercera parte de estos estudiantes eran estudiantes de Medicina, es

decir una cuarta parte de la muestra total (26.6%) (Figura 3).

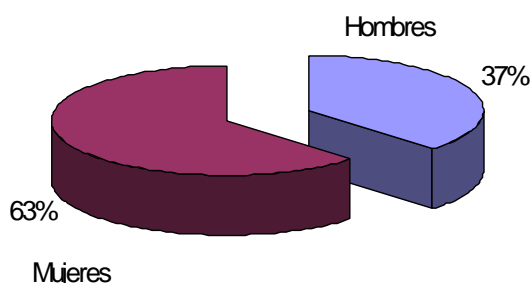


Figura 2. Distribución por género de una muestra de 200 personas encuestadas sobre mitos del cáncer de seno en el eje cafetero, 2008.

Los resultados de la encuesta pueden ser examinados en las tablas 2 y 3; se expresan las respuestas dependiendo de la ocupación del encuestado y también se expresa el total para esa pregunta independiente del nivel escolar y ocupación de los encuestados; la diferencia entre los grupos según su ocupación y si son estudiantes de medicina o no, se evaluó mediante el chi cuadrado.

En términos generales el porcentaje de respuestas acertadas osciló entre un 6% y un 90.5%. La pregunta o falsa creencia menos arraigada entre los encuestados fue considerar que el cáncer de seno es contagioso; solamente un 1% (n=2) respondió que es verdad que es contagioso, pero quienes contestaron afirmativamente fueron estudiantes de carreras diferentes a la medicina.

Por el contrario, el mito con menor porcentaje de acierto fue considerar

RESULTADO DE ENCUESTA SOBRE MITOS Y CREENCIAS ACERCA DEL CÁNCER DE SENO

	OCUPACIÓN																	
PREGUNTA	ESTUDIANTES MEDICINA				ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS				OTROS				TOTAL				p	
MITOS RELACIONADOS CON LOS FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE SENO																		
CON RELACIÓN AL CÁNCER DE SENO...	V	PV	F	NS/ NR	V	PV	F	NS/ NR	V	PV	F	NS/ NR	V	PV	F	NS/ NR		
El cáncer de seno es hereditario	41.5	56.6	1.9	0	23.5	42.9	24.5	9.2	41.7	33.3	12.5	12.5	32.7	44.2	15.6	7.5		
Trasmitido x la madre no x el padre	5.7	9.4	51	34	1	5.1	56.1	37.8	10.6	0	49	40.4	4.6	5.1	53	37.4		
Solo las mujeres con antecedente fiar de ca de seno están en riesgo	1.9	5.7	92.5	0	2	5.1	83.7	9.2	2.1	10.4	79.2	8.3	2	6.5	85	6.5		
Un fiar con ca en cualquier sitio aumenta mi riesgo de tener cáncer	34	32.1	20.8	13.2	9.2	24.5	38.8	27.6	18.8	10.4	60.4	10.4	18.1	23.1	39.2	19.6		
Solo le da a las mujeres	5.7	5.7	86.8	1.9	34.7	5.1	51	9.2	31.3	6.3	56.3	6.3	26.1	5.5	61.8	6.5		
Frecuente en mujeres < 30 años	7.6	18.9	60.4	13.2	8.2	34.7	31.6	25.5	10.4	35.4	35.4	18.8	8.5	30.7	40.2	20.6		
A las vírgenes no les da	1.9	3.8	92.5	1.9	2	3.1	85.7	9.2	4.2	6.3	77.1	12.5	2.5	4	85.4	8		
A las mujeres nuliparas no les da	0	1.9	98.1	0	0	1	87.8	11.2	4.2	2.1	85.4	8.3	1	1.5	90	7.5		
Si amamanto no me da	3.8	17	73.6	5.7	1	6.1	69.4	23.5	0	6.3	77.1	16.7	1.5	9.1	72.4	17.1		
Mayor riesgo si anticonceptivos	39.6	22.7	22.7	15.1	16.3	20.4	33.7	29.6	14.6	16.7	33.3	35.4	22.1	20.1	30.7	27.1		
Es contagioso	0	0	98.1	1.9	2	3.1	87.8	7.1	0	0	87.5	12.5	1	1.5	90.5	7		
La obesidad no tiene relación	9.4	9.4	49.1	32.1	15.3	7.1	33.7	43.9	14.6	10.4	35.4	39.6	13.6	8.5	38.2	39.7		
Mayor riesgo si senos grandes	1.9	5.7	75.5	17	5.1	10.2	58.2	26.5	6.3	10.4	62.5	20.9	4.5	9.1	63.8	22.6		
Sostén con alambre da cáncer	1.9	17	70	11.3	6.1	10.2	48	35.7	6.3	6.3	58.3	29.2	5	11.1	56.3	27.6		
Las prótesis aumentan el riesgo	9.4	7.6	58.5	24.5	17.4	28.6	21.4	32.7	25	10.4	35.4	29.2	17.1	18.6	34.7	29.7		
Los desodorantes dan cáncer	9.4	17	66	7.6	18.4	17.4	38.8	25.5	16.7	10.4	48	25	15.6	15.6	48.2	21		
El estrés da cáncer de seno	9.4	30.2	41.5	18.9	23.5	23.5	16.3	36.7	22.9	10.4	29.2	37.5	20	22.1	26.1	32.2		
Un golpe en el seno da cáncer	9.4	11.3	64.2	15.1	6.1	26.5	33.7	33.7	23	25	25	27.1	11.1	22.1	40	27.1		
Los quistes predisponen a cáncer	15.1	20.8	36	28.3	32.7	31.6	12.2	23.5	52.1	25	13	10.4	32.7	27.1	18.6	21.6		

Tabla 2. Resultados de una encuesta sobre mitos y creencias acerca del cáncer de seno en una muestra de 200 personas del eje cafetero; respuestas sobre los factores de riesgo, expresadas en porcentaje y de acuerdo con ocupación del encuestado.

RESULTADO DE ENCUESTA SOBRE MITOS Y CREENCIAS ACERCA DEL CÁNCER DE SENO																	
PREGUNTA	OCUPACIÓN												p				
	ESTUDIANTES MEDICINA		ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS		OTROS						TOTAL						
	MITOS RELACIONADOS CON LA SINTOMATOLOGÍA DEL CÁNCER																
CON RELACIÓN AL CÁNCER DE SENO...	V	PV	F	NS/ NR	V	PV	F	NS/ NR	V	PV	F	NS/ NR	NS/ NR				
El dolor en los senos indica cáncer	0	11.3	86.8	1.9	5.1	35.7	45	14.3	8.3	33.3	56.3	2.1	4.5	28.6	58.8	8	0.000
Una masa en el seno es un cáncer	1.9	3.8	94.3	0	7.1	14.3	69.4	9.2	8.3	20.8	64.6	6.3	6	13.1	74.8	6	0.011
Para que haya cáncer tiene que haber masa o tumor	22.6	28.3	41.5	7.6	41.8	29.6	16.3	12.2	60.4	14.6	10.4	14.6	41.2	25.6	21.6	11.6	0.000
la telorrea no es normal	69.8	11.3	5.7	13.2	34.7	12.2	7.1	45.9	54.2	13	4.2	29.2	48.7	12.1	6	33.2	0.002
Un seno de > tamaño es cáncer	1.9	13.2	84.9	0	2	7.1	68.4	22.5	6.3	4.2	70.8	18.8	3	8	73.4	15.6	0.007
MITOS RELACIONADOS CON LOS MÉTODOS DE TAMIZAJE																	
CON RELACIÓN AL CÁNCER DE SENO...	V	PV	F	NS/ NR	V	PV	F	NS/ NR	V	PV	F	NS/ NR	V	PV	F	NS/ NR	P
El autoexamen disminuye el riesgo	24.5	11.3	62.3	1.9	54.1	15.3	25.5	5.1	66.7	10.4	18.8	4.2	49.3	13.1	33.7	4	0.000
Si no me hago el autoexamen no me da cáncer de seno	0	1.9	96.2	1.9	1	9.2	86.7	3.1	6.3	8.3	77.1	8.3	2	7	87	4	0.048
La mamografía duele	15.1	24.5	43.4	17	9.2	9.2	48	33.7	12.5	10.4	39.6	37.5	11.6	13.6	44.7	30.2	0.054
Mamografía solo si tengo dolor	3.8	0	88.7	7.6	1	7.1	86.7	5.1	2.1	4.2	89.6	4.2	2	4.5	87.9	5.5	0.444
La mamografía da cáncer	9.4	3.8	77.4	9.4	4.1	6.1	64.3	25.5	8.3	4.2	64.6	22.9	6.5	5	67.8	20.6	0.258
MITOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO Y EL PRONÓSTICO																	
CON RELACIÓN AL CÁNCER DE SENO...	V	PV	F	NS/ NR	V	PV	F	NS/ NR	V	PV	F	NS/ NR	V	PV	F	NS/ NR	P
La biopsia de seno disemina el ca	1.9	9.4	81.1	7.6	5.1	11.2	28.6	55.1	8.3	12.5	31.3	47.9	5	11.1	43.2	40.7	0.000
Si me operan, se me riega el ca	0	7.6	88.7	3.8	5.1	15.3	53.1	26.5	4.2	12.5	58.3	25	3.5	12.6	63.8	20.1	0.002
Hay yerbas que curan el cáncer	0	1.9	86.8	11.3	2	8.2	45	45	2.1	4.2	64.6	29.2	1.5	5.5	60.8	32.2	0.000
Si tengo ca, me amputan el seno	9.4	56.6	32.1	1.9	12.2	52	19.4	16.3	22.9	45.8	18.8	12.5	14.1	51.8	22.6	11.6	0.037
Si me da cáncer, muero	7.6	22.6	67.9	1.9	8.2	12.2	77.6	2	14.6	16.7	66.7	2.1	9.6	16.1	72.4	2	0.576

Tabla 3. Resultados de una encuesta sobre mitos y creencias acerca del cáncer de seno en una muestra de 200 personas del eje cafetero; respuestas sobre síntomas, tamizaje, tratamiento y pronóstico expresadas en porcentaje y de acuerdo con ocupación del encuestado.

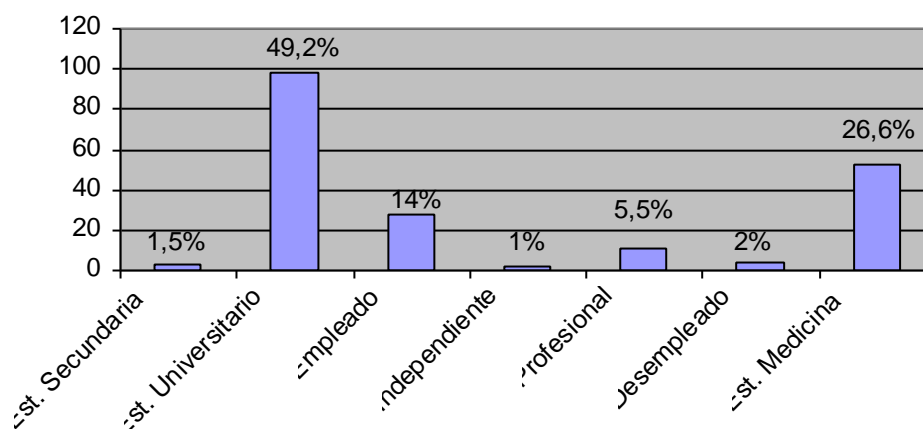


Figura 3. Distribución según ocupación de una muestra de 200 personas encuestadas sobre mitos del cáncer de seno en el eje cafetero, 2008.

que la telorrea a la expresión del seno es signo de enfermedad (6%), seguido por la creencia de que los quistes de seno predisponen a cáncer (18.6%).

Al mirar los factores de riesgo se pudo observar que en términos generales los encuestados saben la importancia de la influencia familiar y de la herencia, pero también que no tener antecedentes familiares no protege contra el cáncer. La mayoría (72.4%) no creen en el efecto protector de la lactancia, y el conocimiento es mucho menor en cuanto a la relación obesidad-cáncer de seno; los tan difundidos mensajes virtuales sobre el uso del sostén con alambre y de los desodorantes/antitranspirantes y su relación con cáncer de seno, en más de la mitad de los encuestados no ha cambiado el concepto hacia lo erróneo; 56.3% no creen que el sostén con alambre de cáncer y 48.2% tampoco lo creen para los desodorantes; alrededor de una

cuarta parte en ambos casos expresan sus dudas sobre el tópico (no sabe/no responde).

En relación a los síntomas del cáncer de seno casi la mitad (41.2%) cree que para que haya cáncer debe haber masa o tumor; sin embargo, un 58.8% tiene claro que el dolor no es igual a cáncer y un 74.8% que toda masa no es un cáncer necesariamente.

En cuanto a los métodos de tamizaje se identificó que casi la mitad o más de los encuestados tiene claro que la mamografía no duele (44.7%), no da cáncer (67.8%) y se debe practicar independiente de si la paciente tiene dolor en sus senos (87.9%); casi la mitad (49.3%) consideró que hacerse el autoexamen disminuía el riesgo de cáncer de seno, mostrando la falta de claridad en cuanto a la detección temprana. Llama mucho la atención que la gran mayoría tiene muy clara la

situación en cuanto al tratamiento y pronóstico; un 63.8% no cree que operarse disemina la enfermedad, y un 72.4% consideran que tener un cáncer de seno no significa necesariamente morir y que existen tratamientos, pero no precisamente yerbas que lo curan (60.8%).

DISCUSIÓN Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

En términos generales los resultados de la encuesta muestran que estos mitos y creencias definidos en Internet como los más comunes, no lo son entre los encuestados compuestos en su mayoría por estudiantes de nivel superior; esta variable, sin duda, ha influido este resultado; se requeriría repetir la investigación en una muestra más amplia y aleatoria de la comunidad, en donde se incluyan personas con baja escolaridad.

Contrariamente, un examen lanzado por la coalición nacional del cáncer de seno (NBCC, USA), encontró que el 76% de la población en los Estados Unidos se considera bien informada sobre cáncer de seno, sin embargo este conocimiento no es siempre exacto, y es esta “pseudoinformación” la que facilita las creencias erróneas y mitos alrededor de la problemática (Nordqvist, 2007).

Según el informe de la coalición, el 56% de la población aun tiene la creencia de que el cáncer de seno se presenta como entidad exclusiva de las mujeres con antecedentes

familiares o disposición genética (Nordqvist, 2007). Por el contrario, no menos del 70% de la población (teniendo o no un nivel adecuado de educación) encuestada en esta investigación fue consciente de que la herencia es apenas un factor de muchos otros, que influyen en la patogénesis de la enfermedad.

La gran claridad sobre si el cáncer es o no una enfermedad contagiosa contrasta con un estudio realizado en una comunidad de inmigrantes chinas a Estados Unidos en que 25.7% afirmaron que el cáncer de seno era contagioso (Wong-Kim et al., 2003); las personas que lo hicieron eran en su mayoría amas de casa de bajo nivel socioeconómico y cultural, con importante aislamiento de la sociedad, lo que podría explicar la gran diferencia en la respuesta ya que la muestra de este estudio está constituida en su mayoría por estudiantes de nivel superior que no están aislados de la sociedad. Por otra parte, la literatura acerca del carcinoma mamario es extensa, y la investigación al respecto aún no es concluyente en varios aspectos, pese al gran desarrollo de la investigación biomédica en el último siglo. Se ha hecho énfasis en la genética, biología, diagnóstico y terapéutica, y pocos estudios se han realizado sobre el tema de los mitos y falsas creencias del cáncer de seno, lo cual no permite realizar un análisis comparativo sistemático de de todas las aseveraciones encontradas.

Sin embargo, presentamos a continuación una revisión bibliográfica, recordando que no es objetivo de este estudio hacer un metanálisis o revisión sistemática, por el contrario, es el de proporcionar al lector los conocimientos adecuados en torno a la evidencia en relación con los mitos específicos que acá se discuten, que le permitan discernir en una forma más objetiva.

LA VERDAD SOBRE LOS MITOS

1) MITOS SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO

“EL CÁNCER DE SENO ES HEREDITARIO”

PARCIALMENTE CIERTO.

El cáncer de seno hereditario como tal, se presenta únicamente el 3 a 5% de los cánceres de seno. Es decir, mujeres que tienen mutaciones en la línea germinal que llevan a genes que predisponen a cáncer, estimándose un riesgo de un 50-80% de desarrollar cáncer en el tiempo de vida. Sin embargo, las pacientes que no tienen esta predisposición hereditaria, pero tienen antecedentes familiares de cáncer de seno y ovario, tienen un riesgo mayor que la población normal de desarrollar cáncer de seno. A este tipo de cáncer se le conoce como esporádico (Sarin, 2006; Chen & Parmigiani, 2007).

“EL CÁNCER DE SENO ES TRASMITIDO POR LA MADRE, NO POR EL PADRE”

“UN FAMILIAR CON CÁNCER EN CUALQUIER SITIO AUMENTA MI RIESGO DE TENER CÁNCER”

FALSO.

La historia familiar de cáncer de seno se ha incluido en varios modelos de riesgo como un factor de importancia en la génesis de la enfermedad. Un nuevo modelo, desarrollado por Tyrer et al (2004) encontró que incluir parientes de primer y segundo grado, tanto maternos como paternos con historia de cáncer de seno y de ovario, más las edades de aparición de estas patologías, permite estimar con mayor exactitud el riesgo de cáncer de seno (Santen et al, 2007).

“SOLAMENTE LAS MUJERES CON ANTECEDENTE FAMILIAR DE CÁNCER DE SENO TIENEN RIESGO”

FALSO.

Desde 1994 se conoce que el carácter hereditario del cáncer de seno (y ovario) se relaciona con mutaciones en los alelos de los genes BRCA 1 y BRCA 2, genes codificadores de proteínas reparadoras del genoma. Similar relación existe con otros genes del mismo orden, sin embargo, este conocimiento no ha explicado completamente las anomalías de la agregación familiar (Tyrer et al, 2004), y la investigación al respecto ha encontrado otros factores relacionados como la obesidad, la nuliparidad, densidad ósea, historia de fracturas, densidad mamográfica, edad de la menopausia, niveles

circulantes de estrógenos, entre otros. (Santen et al, 2007).

“EL CÁNCER DE SENO SOLAMENTE LE DA A LAS MUJERES”

FALSO.

Aunque El cáncer de seno en los hombres es raro, representa el 1% de todos los cánceres de seno y se cree que al incrementarse la incidencia de cáncer de seno femenino, el masculino también está aumentando su frecuencia (Contractor et al., 2008).

“EL CÁNCER DE SENO LE DA MUY FRECUENTEMENTE A LAS MUJERES MENORES DE 30 AÑOS”

FALSO.

La mayoría del cáncer de seno es visto en mujeres en su edad media o mayores. El pico de incidencia del cáncer de seno oscila entre 50-70 años en los países desarrollados; sin embargo, en un estudio descriptivo de 76 casos de pacientes con diagnóstico confirmado de carcinoma mamario, realizado en Pereira durante el año 2001, se encontró que las pacientes tenían entre 30 y 78 años de edad; la edad de mayor frecuencia de presentación del cáncer (moda) fue de 46 años (figura 4).

Adicionalmente, el 50% de las pacientes con cáncer de seno tenía menos de 51 años, y el 10.4% eran

mayores de 70 años. Entre los 50 y los 70 años se encontraba el 45.6% de las pacientes. Interesantemente, en la distribución etárea se evidenció un pico de incidencia de presentación del cáncer mamario entre los 45 y 49 años (Buitrago, 2006).

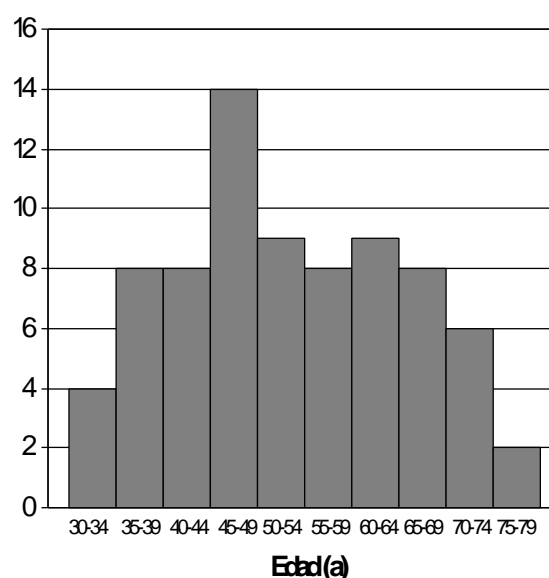


Figura 4. Histograma de frecuencia mostrando la distribución etárea de los casos de cáncer de seno en una muestra de mujeres de la ciudad de Pereira entre agosto del 2000 y agosto del 2001. El rango de edad estuvo entre los 30 y los 78 años, con dos picos de incidencia, el primero entre los 45 y los 48 años y el segundo a los 65 años. (a)= años. Buitrago, 2001.

“LAS MUJERES VÍRGENES NO TIENEN RIESGO DE PRESENTAR CÁNCER DE SENO”

“SI LACTO A MIS HIJOS NO ME DA CÁNCER DE SENO”

“A LAS MUJERES SIN HIJOS NO LES DA CÁNCER DE SENO”

FALSO.

La virginidad no está relacionada en manera alguna con la posibilidad de desarrollar cáncer de seno o no; sin embargo, lo que se ha estudiado en relación a esto es la paridad.

Esta bien establecido que las mujeres nulíparas o primíparas tardías (tienen hijos después de los 35 años), están en riesgo incrementado de sufrir cáncer de seno (MacMahon et al., 1970; Trichopoulos et al., 1983).

Adicionalmente, las mujeres que tienen hijos antes de los 20 años exhiben una reducción de un 50% del riesgo de cáncer cuando se comparan con las mujeres que no tuvieron hijos; este efecto protector es específico para los cánceres de seno positivos para receptores estrogénicos (MacMahon et al., 1970; Henderson et al., 1974; Kelsey et al., 1993).

De otro lado, algunos estudios epidemiológicos de tipo retrospectivo han sugerido una protección contra el cáncer para las mujeres que amamantan a sus hijos (Ursin et al., 2004). Sin embargo, un estudio de casos y controles que incluyó una muestra de 4.395 casos y 13.000 controles falló en confirmar la tan difundida hipótesis del efecto protector de la lactancia (MacMahon et al., 1970). Pese a que este estudio es el estudio clave referenciado por todos en el tema, tiene sesgos importantes por sesgo de recordación (información recolectada por entrevista) y porque los controles fueron tomados de una muestra hospitalaria, lo cual desde el punto de vista epidemiológico es

inadecuado. Mientras que la hipótesis de disminución de riesgo permanece por ser aclarada por nuevos estudios, lo que si podemos afirmar, es que lactar no protege 100% de sufrir cáncer de seno y si vemos un importante número de pacientes que lactaron y tienen cáncer de seno.

“TOMAR ANTICONCEPTIVOS AUMENTA EL RIESGO DE CÁNCER DE SENO”

FALSO

El uso de los anticonceptivos como factor de riesgo era hasta la década pasada extensamente controversial en la literatura (Paredes, 1991). El temor popular creció alrededor de ciertas hipótesis propagadas por los medios de comunicación sobre la malignidad que desencadenaban los cambios hormonales producidos por este tipo de medicamentos.

Siendo estos tan ampliamente comercializados, la industria farmacéutica advirtió la necesidad de investigar al respecto. Después de varios estudios poco concluyentes, Lee et al (2008) en un estudio de población que evaluó 1469 mujeres entre los 20 y 49 años de edad con diagnóstico de cáncer mamario y 444 mujeres sin diagnóstico, concluyó que no existe relación entre los anticonceptivos orales y el cáncer de mama, aún en mujeres que presentaron mutaciones en los genes afines a esta enfermedad.

“EL CÁNCER DE SENO ES CONTAGIOSO”

FALSO

El cáncer es una enfermedad multifactorial, pero no está considerada dentro de las enfermedades infectocontagiosas.

“TENER SENOS GRANDES AUMENTA EL RIESGO DE CÁNCER DE SENO”
“LA OBESIDAD NO TIENE RELACIÓN CON EL CÁNCER DE SENO”

FALSO.

La evidencia epidemiológica consistentemente demuestra que un alto Índice de Masa Corporal (IMC), incrementa la incidencia de cáncer de seno después de la menopausia (International agency for research on cancer, 2002). En una muestra de 337.819 mujeres obtenida de 8 estudios de cohorte prospectivos, se halló un incremento en el riesgo relativo de cáncer invasivo después de la menopausia en 1.26 (95% CI, 1.09-1.46) cuando se compararon mujeres con un IMC $> 28 \text{ Kg/m}^2$ con mujeres con IMC < 21 (van den Brandt et al., 2000).

El tamaño de la glándula mamaria en sí, no está relacionado con el riesgo de sufrir cáncer; sin embargo, podría considerarse que en las mujeres obesas puede haber un aumento en el tamaño de los senos a expensas del tejido graso, pero no necesariamente las mujeres obesas tienen senos grandes y en el caso dado, el factor de riesgo predominante es la obesidad o la ganancia de peso en la mujer adulta.

Un número de estudios evaluando la asociación entre tamaño del seno y cáncer han dado resultados equívocos, tal vez generado en el hecho de que son estudios de casos y controles con limitado poder estadístico o con innegables

sesgos. Un estudio prospectivo siguió durante 8 años a 89.268 mujeres premenopausicas, no pudiendo demostrar relación entre la copa de su sostén, referido por las pacientes y la presentación de cáncer de seno durante los ocho años (Kusano et al., 2006).

Lo que si se ha evidenciado es que el riesgo de metástasis ganglionar es mucho más alto en mujeres con senos más grandes; un reciente estudio demostró que esta asociación se debía a que las pacientes con senos más grandes tienen usualmente tamaños tumorales más grandes. El estudio fue realizado en 120 pacientes que sufrieron mastectomía en las que consideraron senos grandes si pesaban más de 800 gramos. Se halló diferencia estadísticamente significativa entre el tamaño tumoral y la presencia de metástasis ganglionares axilares ($p < 0.001$) (Sellaheewa et al., 2008).

“USAR SOSTENES CON ALAMBRE PRODUCE CÁNCER DE SENO”

FALSO.

Pese a los numerosos correos electrónicos e información en algunas páginas de Internet, no hay evidencia científica que pruebe esto.

Algunos argumentan que los sostenes con alambre pueden bloquear los vasos linfáticos debajo del seno llevando a que las toxinas se acumulen en el tejido mamario y así, generando cáncer. También se ha empleado la hipótesis como soporte al hecho de que el cáncer de seno es más prevalente en las culturas occidentales o en los países desarrollados que en el mundo en vías de desarrollo. Tampoco hay estudios científicos que respalden esta teoría y si hay

muchas diferencias geográficas, culturales, sociales y dietarias que pueden interferir con la presentación del cáncer de seno (Cancer Research UK, 2007).

“LAS PRÓTESIS MAMARIAS AUMENTAN EL RIESGO DE CÁNCER DE SENO”

FALSO.

Los implantes mamarios han sido un tópico de considerable discusión. Un problema reconocido de las prótesis es la contracción capsular, para lo cual se han usado implantes con espuma de poliuretano cubriendo el implante, con el fin de disminuir la tasa de contracción capsular. Aunque el poliuretano no ha mostrado efecto carcinogénico ni en animales ni en humanos, la hidrólisis in vivo de la espuma produce una sustancia que si se sabe es carcinogénica en animales y es la 2,4-toluenediamina (TDA).

Pese a que los estudios no probaron la teoría de que la ruptura química del poliuretano podría generar su liberación en el torrente sanguíneo y fagocitosis que llevara a cáncer (Szycher & Siciliano, 1991a; Szycher & Siciliano, 1991b), los implantes cubiertos con poliuretano dejaron de producirse después de 1991.

Posteriormente se ha usado un elastómero de silicona que pese a que se ha demostrado que migra a través de los linfáticos o vía hematógena lejos del implante, no ha mostrado efectos teratogénicos (Hatcher et al., 1993).

Un estudio preliminar en Holanda mostró asociación entre el linfoma anaplásico de células T y los implantes de silicona; sin embargo, el linfoma anaplásico en seno es

extremadamente raro (11 casos en 17 años) y los hallazgos de este estudio aun no son concluyentes (de Jong et al., 2008).

Finalmente, debe tenerse en cuenta que la cirugía de aumento de los senos es frecuente en nuestro país y que los implantes disminuyen la sensibilidad del tamizaje mamográfico, pero no afectan el pronóstico del cáncer de seno (Goodemote et al., 2008; Handel & Silverstein, 2008).

“EL USO DE DESODORANTES Y ANTITRANSPIRANTES PUEDE PRODUCIR CÁNCER DE SENO”

FALSO.

Pese a que algunos mensajes han estado circulando en la web e incluso hay anotaciones al respecto en algunos periódicos diciendo que el aluminio contenido en los desodorantes o antitranspirantes previene a las toxinas de ser expelidas del cuerpo, bloqueando así los ganglios linfáticos en axilas y senos y causando cáncer, con un efecto incluso mayor si se aplicaba luego de la afeitada, esto es falso.

En el 2002, el Journal del National Cancer Institute publicó un estudio en 1606 mujeres explorando la relación entre cáncer de seno y desodorantes, en el que no se halló relación entre cáncer de seno y usuarias de antitranspirantes o de desodorantes, incluso si se usaba después de afeitarse (Mirick et al., 2002). En realidad, los antitranspirantes funcionan, en efecto, bloqueando las glándulas sudoríparas y no los ganglios linfáticos. Puede decirse también que los ganglios linfáticos si tienen entre sus funciones remover las toxinas, pero no mediante la

sudoración; en general, la mayoría de los carcinógenos son removidos a través del hígado y del riñón y excretados fuera del organismo (Darbre, 2005; Exley, 1998).

Adicionalmente, un metanálisis que incluyó 19 estudios tampoco encontró asociación entre estas dos variables (Namer et al., 2008).

“EL ESTRÉS PUEDE CAUSAR CÁNCER DE SENO”

FALSO.

Ha sido una percepción común que el estrés laboral puede generar impacto negativo sobre la salud. Un estudio que incluyó 37.562 enfermeras en diferentes puestos de trabajo, les aplicó un cuestionario estándar y les realizó seguimiento por 8 años, no encontró diferencias en el nivel de estrés entre las que desarrollaron cáncer y las que no, no pudiendo confirmar una relación entre el estrés laboral y el cáncer mamario (Schernhammer et al., 2004).

“UN GOLPE EN EL SENO INCREMENTA EL RIESGO DE SUFRIR CÁNCER DE SENO”

FALSO

Los mecanismos por los cuales el organismo responde a la injuria tisular están ampliamente descritos en la literatura médica y popular. Sin embargo, se debe aclarar en lo respectivo al cáncer de seno, que no hay evidencia que apoye la hipótesis de la susceptibilidad a cambios displásicos en reacciones inflamatorias desencadenadas por traumatismos sobre la mama, o que estos sean acumulativos sobre la misma y puedan generar alteraciones celulares cancerosas.

“LOS QUISTES EN LOS SENOS PREDISPONEN A CÁNCER”

FALSO

No hay evidencia consistente de que los quistes mamarios se asocien a cáncer mamario y los carcinomas intraquísticos son raros (< 1% de los cánceres mamarios) (Haagensen et al., 1981).

2) MITOS RELACIONADOS CON LA SINTOMATOLOGÍA

“EL DOLOR EN LOS SENOS INDICA QUE ME ESTÁ DANDO UN CÁNCER O QUE TENGO UNO YA”

FALSO

El dolor en la mama, denominado mastalgia, es en el 90 % de las pacientes de origen benigno (Buitrago, 2006; Lam W et al, 2008). Cuando hay dolor producto de la inflamación en el cancer , se considera como factor de mal pronóstico de la enfermedad (Hojilla et al, 2008). Este es desencadenado por la activación del sistema inmune y la liberación de sustancias, en su mayoría enzimas de actividad proteolítica denominadas metaloproteasas (hay una teoría descrita por Vorbach et al (2006) en donde la glándula mamaria pudo haber tenido como

función primaria la provisión de la inmunidad innata, y su rol nutricional se desarrolla más tarde, por ello la gran actividad inmunogénica de la misma). La inflamación produce destrucción tanto del estroma como del componente ductolobulillar, produciendo dolor y las respectivas alteraciones estructurales.

Las metaloproteinasas de matriz (MMP) se correlacionan con hiperplasia ductal atípica y tumores de mama agresivos, mientras los inhibidores (TIMPs) se asocian con buen pronóstico y supervivencia libre de enfermedad.

“UNA MASA EN EL SENO ES UN CÁNCER”

FALSO.

Las masas en los senos pueden aparecer en todas las edades y pese a que la presencia de una masa siempre se debe generar una

acción para descartar el cáncer, la mayoría de las masas mamarias no son cancerosas.

A menudo, las masas mamarias se originan en cambios fibroquísticos, en fibroadenomas y en quistes.

“PARA QUE HAYA CÁNCER TIENE QUE HABER MASA O TUMOR”

FALSO

El cáncer mamario en estadios iniciales se desarrolla de forma asintomática. En más del 80% de los casos, la palpación de una masa por un proceso neoplásico en la mama, es indicativa de enfermedad avanzada de pobre pronóstico.

“ES NORMAL QUE SALGA LÍQUIDO POR LOS PEZONES A LA EXPRESIÓN”

PARCIALMENTE CIERTO.

En la mujer que ha lactado y/o tiene vida sexual activa posteriormente, la presencia de telorrea serosa a la expresión del pezón y en escasa

HECHOS ACERCA DE LAS ALTERACIONES DE LA MAMA

90% de la mastalgia es benigna
 El cáncer de seno es usualmente indoloro (etapa temprana)
 La mayoría de las masas en el seno serán benignas
 El cáncer de seno es la segunda causa de muerte entre las muertes por cáncer en las mujeres en Colombia
 El 72% de las mujeres mayores de 55 años tendrán “cambios fibroquísticos”
 Al menos 70% de las mujeres diagnosticadas con cáncer de seno no tienen factores de riesgo identificables
 Normalmente las mujeres tienen un seno ligeramente más grande que el otro
 La telorrea escasa cetrina y exclusiva a la expresión en una mujer que ha tenido hijos es normal

Tabla 4. Hechos acerca de las alteraciones de la mama. Buitrago J. 2006.

cantidad es un hallazgo normal y no debe alarmar. Si por el contrario, lo que la mujer manifiesta es una telorrea espontánea, debe alertar y rutinariamente el cáncer debe ser excluido de las posibilidades.

La telorragia en una cuarta parte de los casos puede estar originada en un cáncer, aunque la causa más frecuente es el papiloma intraductal y en segundo lugar la ectasia ductal.

El cáncer de seno raramente se expresa con telorrea y cuando lo hace, generalmente lo hace con telorragia. En estos casos, la citología pese a su baja sensibilidad y especificidad puede ayudar si logra demostrar las anormalidades celulares características del cáncer (Cebrián et al., 2006).

3) MITOS RELACIONADOS CON LOS MÉTODOS DE TAMIZAJE

“EL AUTOEXAMEN DE LOS SENOS REDUCE EL RIESGO DE ADQUIRIR CÁNCER DE SENO”

“SI NO ME HAGO EL AUTOEXAMEN, NO ME DA CANCER DE SENO”

FALSO.

El autoexamen hace que la mujer esté más consciente de sus senos, lo cual a su vez puede llevar a un diagnóstico más temprano de cáncer de seno (prevención secundaria), pero no podemos afirmar que su sola práctica impide o reduce la probabilidad de tener cáncer de seno, como tampoco que no detectarlo tempranamente por no

practicarse el autoexamen vaya a detener su aparición y progreso.

“LA MAMOGRAFÍA ES UN EXAMEN DOLOROSO”

FALSO.

En términos generales la mamografía no es un examen que genere dolor aunque algunas mujeres experimentan dolor durante la mamografía, pero muy pocas reportan que este dolor ha sido de tales características que les ha impedido realizarse mamografías subsecuentes. Un estudio incluyendo 1160 mujeres que sufrieron mamografía entre los 50 y 64 años de edad, evaluó el discomfort y el dolor durante y después del examen. 35% reportaron discomfort y 6% dolor durante el examen, pero solamente 4% y 0.7% lo confirmaron respectivamente a los 10 minutos de haberse realizado el examen.

Adicionalmente, más de las dos terceras partes de las mujeres que reportaron el discomfort o el dolor, afirmaron que donar sangre, una toma de citología y una obturación dental generaban más discomfort que la mamografía (Rutter et al., 1992).

“HACERSE MAMOGRAFÍAS A REPETICIÓN INCREMENTA EL RIESGO DE CÁNCER DE SENO”

FALSO.

El tamizaje mamográfico reduce la mortalidad por cáncer de seno. Pese a la controversia generada al respecto, los estudios que comparan tamizaje con no tamizaje definitivamente mostraron efectos protectores del tamizaje, especialmente para mujeres mayores de 50 años, con reducciones significativas

estadísticamente en cuanto a mortalidad por cáncer de seno (reducción del 20 al 35%) (Humphrey et al., 2002; Fletcher & Elmore, 2003).

Los riesgos asociados con la radiación son pequeños. En general, los riesgos atribuibles a la mamografía pueden definirse como riesgo de falso positivo que conduce a ansiedad asociada, biopsias innecesarias y sobrediagnóstico; en general, una mujer en promedio tiene un riesgo de tener un falso positivo de un 10.7% en cada mamografía y se estima que el riesgo de falso positivo se incrementa dependiendo de factores tales como edad de la paciente, biopsias previas, historia familiar positiva, uso de estrógenos, ausencia de mamografías previas para comparar. En consecuencia, se recomienda por ejemplo, obtener la mamografía durante la fase luteal del ciclo menstrual para disminuir la densidad del tejido mamario y suspender la terapia de reemplazo hormonal 10 a 30 días antes de la mamografía (Fletcher & Elmore, 2003).

4) MITOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO Y EL PRONÓSTICO

“SI ME OPERAN, SE ME RIEGA EL CÁNCER”

FALSO

La creencia de que el cáncer se disemina si es operado, se basa en el modelo animal de Lewis en cáncer de pulmón, en el que demuestra que posexirpación hay un incremento en los factores de crecimiento para ayudar en la cicatrización, lo que induce la proliferación y angiogénesis del tumor después de extirpar el tumor

primario. Esto indica que la cirugía puede acelerar la clínica de la enfermedad metastásica. Sin embargo, esta hipótesis no ha sido demostrada en estudios clínicos aleatorizados hechos en humanos (Rubio, 2008).

“HAY YERBAS QUE CURAN EL CÁNCER”

FALSO

En cuanto a farmacoterapia debemos recordar una cosa: por ahora el cáncer sigue siendo incurable pero no intratable, se puede prolongar la supervivencia de la persona que lo padece y se pueden prevenir algunos factores de riesgo en el resto de la población (obesidad, radiación, etc.). Por ello no se justifican las aseveraciones de la existencia de tratamientos alternativos que curan el cáncer. De las plantas por ejemplo, se conoce que son el sustrato de algunos fármacos antitumorales como la vinblastina, vincristina, topotecan, etoposida, paclitaxel, entre otros, y de nuevas alternativas contra blancos específicos (flavopiridol y fosfato de combretastin A4) (Cragg y Newman, 2005). La investigación al respecto debe continuar.

“SI TENGO UN CÁNCER DE SENO, ME AMPUTARÁN EL SENO”

FALSO.

Hay creciente evidencia originada en los estudios clínicos aleatorizados sobre la relación entre el control local del cáncer y la sobrevida global. Un reciente metanálisis que incluyó 78 estudios

clínicos aleatorizados evaluó la extensión de la cirugía y el uso de la radioterapia para control local en relación con la sobrevida a 15 años encontrando en una muestra de 42.000 pacientes, una altamente significativa mejoría en la sobrevida en relación al control local de la enfermedad, sea que se haya logrado mediante cirugía más avanzada o mediante radioterapia.

Existe una explicación biológica para la asociación entre control local y sobrevida. Se piensa que las células cancerosas del tumor recurrente, al parecer por rasgos histopatológicos, tienen habilidad incrementada para diseminarse distalmente, y conllevan a un peor pronóstico; en definitiva, se ha observado un incremento en las metástasis distantes en el tumor cuando es recurrente en relación con el tumor primario (Smith et al., 2000; Goldstein et al., 2005).

Adicionalmente, los estudios que evaluaron el papel de la radioterapia en pacientes con cirugía conservadora de seno, encontraron una significativa mejoría en la sobrevida global por 5.3% ($p=0.005$); asimismo, mejoró la sobrevida global después de mastectomía incluso en pacientes con ganglios linfáticos comprometidos si se adicionaba la radioterapia local por un 4.4% ($p=0.001$) (Clarke et al., 2005). En otras palabras, a una mujer que se le diagnostique cáncer de seno no necesariamente le realizarán una

mastectomía. Los métodos de cirugía conservadora asociados a otros métodos de control local de la enfermedad han probado ser tan seguros en términos de sobrevida como la cirugía resectiva extendida (mastectomía + vaciamiento ganglionar). Así, existen otras opciones de tratamiento conservador que pueden ser empleadas en cada caso particular y que además deben ser concertadas con la paciente en cuestión.

Específicamente, para el cáncer en estadios tempranos, un número importante de estudios clínicos aleatorizados ha demostrado equivalencia entre la mastectomía y el tratamiento conservador del cáncer de seno, entendiéndose por tratamiento conservador la remoción quirúrgica del tejido canceroso macroscópico o radiológico mediante la mastectomía parcial o la lumpectomía, usualmente seguida por radioterapia del seno (Harris, 2008).

“SI TE DA CÁNCER DE SENO, MUERES”

FALSO.

Las estadísticas en Estados Unidos muestran que el cáncer de seno es el segundo cáncer más letal en mujeres después del cáncer de pulmón, y que posiblemente para éste año, 40.410 mujeres morirán por cáncer de seno. Sin embargo, la detección temprana y las nuevas modalidades de tratamiento han mejorado las tasas de supervivencia.

Cuando se habla de sobrevida a cinco años o diez años, no significa que la paciente morirá a los 5 o 10 años. El término hace referencia a la proporción de personas en las investigaciones que estarán vivas 5 o 10 años después del diagnóstico.

El término sobrevida a 10 años se usa especialmente porque hay un pequeño chance de recurrencia después de este tiempo, así, no es prudente afirmar a una paciente que se encuentra curada y por ello se prefiere el término sobrevida a 10 años (Figura 5)

Se estima que la tasa de sobrevida para una mujer diagnosticada con cáncer de seno es de un 80% a 5 años y que alrededor de un 72-88% de las mujeres sobrevivirán al menos 10 años y 64% vivirán por 20 años (Cancer Research UK, 2008)

La sobrevida dependerá de varios factores tales como el tamaño y forma del tumor y el estadio en que se diagnostique (grado de diseminación), si el tumor es receptor hormonal positivo o negativo, factores genéticos, tasa de división celular y marcadores biológicos. Por ejemplo, una mujer con un cáncer menor de 2 cms de diámetro, sin compromiso de los

ganglios linfáticos y de bajo grado presentará una tasa de sobrevida entre 85 y 89% a diez años. Así, este es un complejo proceso; no obstante, más mujeres están viviendo más con cáncer de seno y se estima que en este momento hay unas 2 millones de sobrevivientes en Estados Unidos, pese a que la probabilidad de recurrencia siempre está presente.

Se ha podido observar que las recurrencias ocurren mayormente en los 5 primeros años de tratamiento; no obstante, 25% de las recurrencias ocurren después de este tiempo. El principal problema con el cáncer de seno, es que puede regresar 10 o 20 años después del diagnóstico y aunque este hecho es raro, ha generado la creencia de que de todas maneras recurrirá.

En conclusión, no podemos afirmar que si una paciente es diagnosticada con cáncer de seno, necesariamente morirá de cáncer de seno. Con los crecientes avances en términos de tratamiento, las tasas de mortalidad han ido cayendo progresivamente en los últimos años. Para mayor información consulte la tabla 5.

RIESGO ESTIMADO A 10 AÑOS DE MORIR POR CÁNCER DE SENO	
EDAD	PROBABILIDAD DE MORIR POR CANCER DE SENO A 10 AÑOS
30	0.1 %
40	0.2 %
50	0.4 %
60	0.7 %
70	0.9 %

Tabla 5. Probabilidad de morir por cáncer de seno a 10 años y según edad del diagnóstico. Estadísticas de Estados Unidos. Tomado de: Centers for Disease Control and Prevention, 2007.

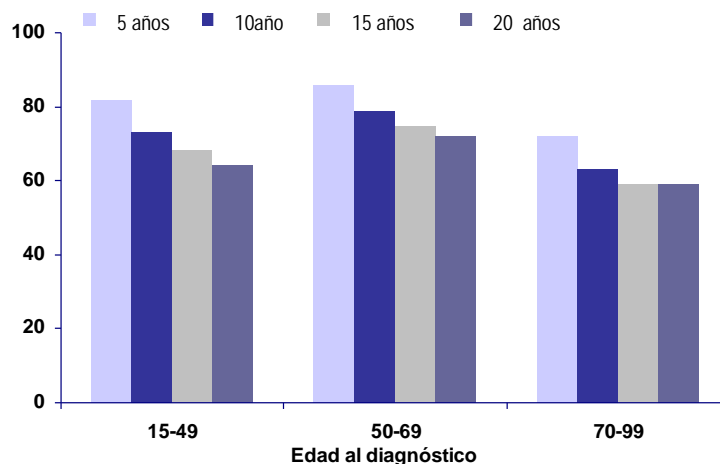


Figura 5. Porcentaje de supervivencia a 5, 10, 15 y 20 años por edad del diagnóstico de cáncer de seno. Estadísticas de Inglaterra, 2001-2003. Tomado de: Cáncer Research UK 2004.

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES.

Dado que el cáncer de mama es una de las patologías malignas con mas índices de morbilidad en el mundo, los diferentes estudios publicados acerca del tema hablan de cómo su frecuencia de aparición y mortalidad han ido aumentando en los últimos años debido al desconocimiento de las personas, la no consulta y el diagnóstico tardío de la enfermedad.

En contraste vemos que la encuesta realizada en la ciudad de Pereira y Manizales a una población consultada por conveniencia arroja resultados, que en general son buenos, en comparación a las estadísticas tomadas como puntos de referencia de los diferentes estudios observados.

Hay que tener en cuenta que uno de los factores transcendentales que afectó importantemente el resultado

de la investigación es el nivel de educación de la mayoría de los sujetos encuestados (estudios superiores), y la edad promedio que está en los 24 años de edad. La creciente aceptación de las diferentes campañas acerca del cáncer entre la población colombiana puede considerarse como factor de impacto en las estadísticas de supervivencia.

Otro punto importante de esta investigación era el de determinar el conocimiento de los estudiantes de medicina de la UTP frente al tema, y se encontró que, pese a que hay una capacitación académica definida sobre el asunto, persisten algunos mitos y creencias populares, por lo que se debe profundizar y/o diseñar nuevas herramientas metodológicas.

En vista de que, más de la mitad de los colombianos no tienen acceso a algún tipo de formación académica, es necesario realizar un estudio que contenga una mayor muestra, aleatorizada, del

colombiano promedio tomando a personas no solo del área urbana sino también de la zona rural de la ciudad de Pereira, (campesinos, comerciantes, amas de casa, albañiles etc.), para de esta forma realizar un análisis global de la realidad colombiana con relación al tema de los mitos en el cáncer de mama.

BIBLIOGRAFÍA

- Amese.net (2008). Red Cáncer Org. En: <http://www.amese.net/cancer/cancercolombia.htm> [En-línea] consultada el 25 de Noviembre del 2008.
- Buitrago J.(2006). Presencia de factores de riesgo en una población con cáncer de seno en la ciudad de Pereira durante el 2001. Presentado en: el I Encuentro de Investigación Básica y Aplicada en Ciencias de la Salud del Eje Cafetero entre los días 16 y 18 de noviembre del 2006 en Manizales, en la Universidad de Caldas.
- Cancer Research UK (2007). Bras and breast cancer risk. En: <http://www.cancerhelp.org.uk/help/default.asp?page=5434> [accessed in: November 12/2008].
- Cancer Research UK (2008). Statistics and Outlook for breast cancer. En: <http://www.cancerhelp.org.uk/help/default.asp?page=3317> [accessed November 25/2008].
- Cebrián C, Aznar J, Fernández L. Carcinoma intraductal de mama que debuta con telorrea. VIII Congreso Virtual Hibernoamericano de Anatomía Patológica. Actas Hispanoamericanas de histología. Octubre de 2006. En: <http://conqanat.cs.urjc.es>.
- Centers for Disease Control and Prevention (2007). Risk of breast cancer by age. Accessed February 7, 2007. at: <http://www.cdc.gov/cancer/breast/statistics/age.htm>
- Chen Sining, Parmigiani G (2007). Meta-Analysis of BRCA1 and BRCA2 Penetrance. *J Clin Oncol* 2007.25(11):1329-33.
- Clarke M, Collins R, Darby S et al (2005). Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15-year survival: an overview of the randomized trials. *Lancet* 2005; 366:2087-106.
- Contractor KB, Kaur K, Rodrigues GS, Dhananjay MK, Singhal H (2008). Male breast cancer: is the scenario changing. *World Journal of Surgical Oncology* 2008.6:58.
- Cragg G, Newman D. Plants as a source of anticancer agents. *J of Ethnopharmacology*, 2005, vol100, Iss 1-2, P 72-79.
- Darbre, PD (2005). Aluminium, antiperspirants and breast cancer. *J Inorg Biochem*, 2005. 99(9):1912-9.
- De Jong, VWL, de Boer JP, Verhave G, Barbé E, Casparie MK, van Leeuwen FE (2008). Anaplastic large-cell lymphoma in women with breast implants. *JAMA* 2008;300(17):2059-61.
- Exley, C (1998). Does antiperspirant use increase the risk of aluminium-related disease, including Alzheimer's disease? *Mol Med Today*, 1998. 4(3)107-9.
- Fletcher SW, Elmore JG (2003). Mammographic Screening for Breast Cancer. *N Engl J Med* 2003; 348:1672-80.
- Goldstein NS, Vicini FA, Hunter S, et al (2000). Molecular clonality determination of ipsilateral recurrence of invasive breast carcinomas after breast-conserving therapy: comparison with clinical and biologic factors. *Am J Clin Pathol* 2005; 123:679-89.
- Goodemote P, Mitchell D, Nichols W (2008). What is the best way to screen for breast cancer in women with implants? *The Journal of Family Practice* 2008;57(7): 482-3.
- Haagensen CD, Bodian C, Haagensen DE (1981). Breast Carcinoma Risk and Detection. London: WB Saunders, 55-80.
- Hall CP, Hall JD, Pfriemer JT, Wimberley PD, Jones CH (2007). Effects of a culturally sensitive education program on the breast cancer knowledge and beliefs of Hispanic women. *Oncology Nursing Forum* 34(6):1195-1202.
- Handel N, Silverstein MJ (2008). Breast cancer diagnosis and prognosis in augmented women. *Plast Reconstr Surg* 2006;118:587-93.
- Harris, EER (2008). Cardiac Mortality and Morbidity After Breast Cancer Treatment. *Cancer Control* 2008.15(2): 120-129.
- Hatcher C, Brooks L, Love C (1993). Breast cancer and Silicone Implants: Psychological Consequences

for Women. *Journal of the National Cancer Institute* 1993;85(17): 1361-5.

Henderson BE, Powell D, Rosario I, Keys C, Hanisch R, Young M, Casagrande J, Gerkins V & Pike MC (1974). An epidemiologic study of breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute* 53 609-614.

Hojilla CV, Wood G A, Khokha R. Metalloproteinases as common effectors of inflammation and extracellular matrix breakdown in breast cancer. *Breast Cancer Research* 2008, 10:205.

Humphrey LL, Helfand M, Chan BK, Woolf SH (2002). Breast cancer screening: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;137:347-60.

International Agency for Research on Cancer (2002). *Weight Control and Physical Activity*. Vol. 6. Lyon, France: Lyon IARC Press; 2002.

Kelsey JL, Gammon MD & John EM (1993). Reproductive factors and breast cancer. *Epidemiologic Reviews* 15:36-47. *Endocrine-Related Cancer* (2007) 14 907-933 www.endocrinology-journals.org 927

Kusano AS, Trichopoulos D, Terry KL, Chen WY, Willett WC, Michels KB (2006). A prospective study of breast size and premenopausal breast cancer incidence. *Int J Cancer* 2006;118(8):2031-4.

Lee et al. Effect of reproductive factors and oral contraceptives on breast cancer risk in BRCA 1/2 mutation carriers and noncarriers: Results from a population based study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2008. Nov;17(11):3170-8.

MacMahon B, Cole P, Lin TM, Lowe CR, Mirra AP, Ravnihar B, Salber EJ, Valaoras VG & Yuasa S (1970). Age at first birth and breast cancer risk. *Bulletin of the World Health Organization* 43 209-221.

Mirick DK, Davis S, Thomas DB (2002). Antiperspirant use and the risk of breast cancer. *J Natl Cancer Inst*, 2002. 94(20):1578-80.

Namer M, Luporsi E, Gligorov J, Lokiec F, Spielmann M (2008). L'utilisation de déodorants/antitranspirants ne constitue pas un risque de cancer du sein. *Bull Cancer* 2008; 95(9): 871-80.

Nordqvist C. Myths About Breast Cancer Still Prevail. *Medical News Today*. Article Date: 02 Oct 2007. [ON-line]

<http://www.medicalnewstoday.com/articles/84357.php> (Fecha de acceso: 16 Noviembre, 2008).

Paredes A. Risk factors in breast cancer. Prospective analysis of 414 patients. *Ginecol Obstet Mex*. 1991 Feb;59:41-5-

Rubio I . Cirugía del tumor primario en cáncer de mama metastásico: ¿podemos contribuir a mejorar la supervivencia?. *Cir Esp*. 2008;83(2):61-4.

Rutter DR, Calnan M, Vaile MSB, Field S, Wade KA (1992). Discomfort and pain during mammography: description, prediction, and prevention. *BMJ* 1992; 305:443-5.

Santen R J et al. Critical assessment of new risk factors for breast cancer: considerations for development of an improved risk prediction model. *Endocrine-Related Cancer* (2007) 14 169-187.

Sarin, Rajiv (2006). A Decade of discovery of BRCA1 and BRCA2: Are we turning the tide against hereditary breast cancers? *J Cancer Res Ther* 2006.2(4): 157-8.

Schernhammer ES, Hankinson SE, Rosner B, Kroenke CH, Willett WC, Colditz GA, and Kawachi I (2004). Job Stress and Breast Cancer Risk. *The Nurses' Health Study*. *Am J Epidemiol* 2004;160:1079-86.

Secretaría de Salud Pública Santiago de Cali (2008). Cali saludable. Cali promueve la prevención del cáncer de mama. Cali saludable. En: http://www.calisaludable.gov.co/saludPublica/Mes_CancerSeno_2008.php [En-línea] consultada el 25 de Noviembre del 2008.

Sellahewa Ch, Nightingale P, Carmichael A (2008). Women with large breasts are at an increased risk of advanced breast cancer. *International Seminars in Surgical Oncology* 2008;5:116.

Smith TE, Lee D, Turner BC, Carter D, Haffty BG (2000). True recurrence vs. new primary ipsilateral breast tumor relapse: an analysis of clinical and pathologic differences and their implications in natural history, prognoses, and therapeutic management. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2000;48:1281-9.

Szycher M, Siciliano AA (1991a). An assessment of 2,4 TDA formation of a polyurethane foam under simulated physiological conditions. *J Biomater Appl* 1991;5:323-6.

Szycher M, Siciliano AA (1991b). Polyurethane-covered mammary prostheses: a nine year postimplant assessment. *J Biomater Appl* 1991;5:282-322.

Trichopoulos D, Hsieh CC, MacMahon B, Lin TM, Lowe CR, Mirra AP, Ravnihar B, Salber EJ, Valaoras VG & Yuasa S (1983). Age at any birth and breast cancer risk. *International Journal of Cancer* 31 701-704.

Tyrer J, Duffy SW & Cuzick J. A breast cancer prediction model incorporating familial and personal risk factors. 2004 *Statistics in Medicine*. 23 1111–1130.

Ursin G, Berstein L, Wang Y, Lord SJ, Deapen D, Liff JM, Norman SA, Weiss LK, Daling JR, Marchbanks PA et al. (2004). Reproductive factors and risk of breast carcinoma in a study of white and African-American women. *Cancer* 101 353-62.

Van den Brandt PA, Spiegelman D, Yaun SS et al (2000). Pooled analysis of prospective cohort studies on height, weight, and breast cancer risk. *Am J Epidemiol* 2000; 152:514-27.

Vorbach C, Capecchi MR, Penninger JM. Evolution of the mammary gland from the innate immune system? *Bioessays* 2006, 28:606-616.

Wong-Kim E, Sun A, DeMattos M (2003). Assessing Cancer Beliefs in a Chinese Immigrant Community. *Cancer Control* 2003;10(5): 22-8.

World Health Organization (2007). World Health Organization cancer fact sheet [ON-line] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html> (7 August 2007, date last accessed).