



II Taller científico de vigilancia en salud. Dirección general de salud. La Lisa | Del 2 al 16 de junio 2025 |

CENCOMED (Actas del Congreso), VIGSALUD2025, (junio 2025) ISSN 2415-0282

Cáncer de mama esporádico o familiar: un estudio clínico comparativo

Sporadic or familial breast cancer: a clinical comparative study

Antonio César Núñez Copo^{1*} ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2427-866x>.

Yoni Tejeda Diluo. Orcid². <https://orcid.org/0000-0001-9381-5302>

Carmen Juana Burgal Cintra. Orcid. <https://orcid.org/0000-0002-0865-0396>

¹ Doctor en Medicina. Especialista de segundo grado en Medicina General Integral. Máster en Asesoramiento Genético. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Centro Municipal Genética Médica, Santiago de Cuba, Cuba.

* Autor para la correspondencia: copo@infomed.sld.cu

²Dr. C. de la Enfermería, Profesor Auxiliar, Investigador Auxiliar, Máster en Asesoramiento Genético. Centro Municipal Genética Médica, Santiago de Cuba, Cuba.

DR. C. Ciencias de la Educación, Profesor Titular Maestría: Máster en Enfermedades Infecciosas. Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba.

Resumen

Introducción: El cáncer de mama resulta ser una afección heterogénea, donde la epidemiología proporciona información sobre los factores de riesgos y contribuye a despejar su incógnita.

Objetivo: Establecer diferencias clínicas entre el cáncer de mama familiar y el cáncer de mama esporádico.

Método: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en 103 féminas con diagnóstico anatomopatológico de cáncer mamario, clasificadas, según antecedente familiar o no de la afección, en cáncer de mama familiar o esporádico. Efectuándose un análisis clínico comparativo entre los factores de riesgo y protectores del cáncer de mama entre ambos grupos. Se utilizó la estadística descriptiva mediante el cálculo de frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: La edad al diagnóstico resultó constatarse, con una mayor frecuencia, por debajo de los 50 años (56,89 %) en el grupo de cáncer de mama familiar dentro del cual se corroboró el mayor porcentaje de féminas con años de vida útil perdidos posterior al diagnóstico de la enfermedad (16 para 28,67 %), paridad nula (10,34 %), no practica de lactancia materna en 17 casos (29,31 %) y ausencia de actividad física en el 89,65 % (52 casos); así como un mayor número de familiares afectados por otros tipos de neoplasias. La menarquia precoz y la menopausia tardía no resultaron ser un factor de riesgo en ambos grupos en los cuales predominó el color piel blanca.

Conclusiones: Independiente de lo constatado en ambos grupos seleccionados se puede considerar que la individualidad genética en estrecha relación con los factores ambientales y estilos de vida justificó la expresión del riesgo para desarrollar la enfermedad.

Palabras claves. cáncer de mama familiar; cáncer de mama esporádico; factores de riesgo; factores protectores.

Abstract

Introduction: Breast cancer is a heterogeneous condition, where epidemiology provides information on risk factors and contributes substantially to clearing up the unknown.

Objective: To establish clinical differences between familial breast cancer and sporadic breast cancer.

Method: A descriptive cross-sectional study was conducted in 103 women with a pathological diagnosis of breast cancer, classified according to family history or not of the condition, as familial or sporadic breast cancer. A clinical comparative analysis was carried out between the risk and protective factors of breast cancer between both groups. Descriptive statistics were used by calculating absolute and relative frequencies.

Results: The age at diagnosis was found to be more frequently below 50 years (56.89%) in the familial breast cancer group, within which the highest percentage of women with years of useful life lost after the diagnosis of the disease was confirmed (16 for 28.67%), zero parity (10.34%), non-practice of breastfeeding in 17 cases (29.31%) and absence of physical activity in 89.65% (52 cases); as well as a greater number of family members affected by other types of neoplasia within this group. Premature menarche and late menopause were not found to be a risk factor in both groups, in which white skin color predominated.

Conclusions: Independently of what was found in both selected groups, it can be considered that genetic individuality in close relation to environmental factors and lifestyles justified the expression of the risk for developing the disease.

Keywords. familial breast cancer; sporadic breast cancer; risk factors; protective factors.

Introducción

El cáncer de mama, como enfermedad de origen multifactorial, ha influido de forma notable en los indicadores de salud al ubicarse como una de las principales causas de morbimortalidad en el sexo femenino.

Con una gran heterogeneidad clínica e histológica, los principales factores de riesgo, imbricados en su génesis, pueden ser clasificados en factores no genéticos o genéticos. ⁽¹⁾

Entre los primeros se mencionan los factores endocrino-reproductivos como la edad de la menarquia, el número de hijos, la edad al primer parto, la lactancia materna, edad de la menopausia, el uso de anticonceptivos orales y tratamientos hormonales incluyéndose además factores asociados al estilo de vida (dieta rica en grasa, consumo de carne roja, alcohol y tabaco) y otros como la edad, el color de la piel, el origen étnico, el nivel socioeconómico, el tejido mamario denso, algunas afecciones benignas de la mama, la obesidad, la irradiación ionizantes a nivel del tórax y el trabajo nocturno. ^(1, 2, 3,4)

En el caso de los segundos se describen tres tipos de cáncer, el cáncer de mama hereditario (5-10%), asociado a la herencia de un gen que predispone a la enfermedad; el cáncer de mama familiar, en el

que puede observarse varios familiares afectados, pero no existe un gen con efecto dominante y por último el cáncer de mama esporádico, al constatarse como primer y único caso en la familia. ^(1,5)

Según estadísticas el cáncer de mama resulta el más frecuente entre las féminas de todo el mundo y la primera causa de muerte en este grupo. Estimándose alrededor de 1,7 millones de casos nuevos cada año y 522 000 descensos por esa causa. Que un 45% de los casos diagnosticados se presenta en países de bajos o de medianos recursos (765 000) donde el 55% del total de muertes por esta enfermedad ocurren en esos países (287 100). Calculándose una tasa de mortalidad global de 13,2 x 100 000, con rango de 8,8 en Asia y hasta un 19,7 en Europa occidental. ^(1,2)

En Cuba, según reportes estadísticos, se diagnosticaron 3 534 casos con la enfermedad en el año 2014, para el 2017 fue la segunda causa de muerte entre la féminas, con el 14,3 % de las defunciones por tumores malignos y en 2018, la tasa de mortalidad por esta causa fue de 28,2 por mil habitantes con una incidencia de 85,8 por cada 100 000 habitantes del año 2021, la incidencia de cáncer de mama en Cuba fue de 88,1 mujeres de cada 100 000 habitantes. ⁽⁶⁾

Al tomar en cuenta el incremento del cáncer de mama en los últimos años en la población femenina cubana, nos propusimos la elaboración de esta investigación con el objetivo de establecer diferencias clínicas entre el cáncer de mama familiar y el cáncer de mama esporádico.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal entre julio y diciembre del 2023 en 103 féminas con el diagnóstico anatomopatológico de cáncer de mama incorporadas en el Registro de Enfermedades Comunes del servicio de genética comunitaria del policlínico 28 de septiembre, las cuales según criterios de selección estrictos fueron clasificadas en dos grupos, según la presencia o no del antecedente familiar de esta afección, con la finalidad de realizar un análisis clínico comparativo entre ambos grupos.

De los cuales 58 féminas fueron consideradas con cáncer de mama familiar al existir más de un familiar afectado de cáncer mamario independiente del grado de consanguinidad y 45 valoradas como cáncer de mama esporádico al no presentar ningún otro familiar afectado por esta enfermedad.

Para la obtención de la información las pacientes fueron visitadas en sus hogares donde les fue aplicada una entrevista semiestructurada, confeccionada por el autor para tal investigación, previo consentimiento informado.

Para cada grupo se analizaron variables sociodemográficas como la edad en años cumplidos al diagnóstico de la enfermedad y edad actual lo que nos permitió evaluar los años de supervivencia, color de la piel en blanca y no blanca, mama operada y tratamiento realizado.

Las variables clínicas fueron divididas en factores considerados de riesgo para el cáncer de mama como la menarquía precoz (antes de los 12 años) menopausia tardía (después de los 50 años), edad del primer hijo tardío (pasado los 31 años), antecedentes patológicos personales de afecciones benignas de mama así como el uso de anticonceptivos orales o tratamiento hormonal sustitutivo y como factores protectores, para el cáncer mamario, fueron considerados: la edad temprana del primer embarazo (entre 20 y 30 años), la práctica de la lactancia materna prolongada (6 meses o más) y la práctica de actividad física sistemática (3 veces por semana como mínimo).

Se buscó información y evidencias sobre la historia familiar de otros tipos de neoplasias (ovario, colon, próstata, endometrio) presentes entre los familiares de ambos grupos, hasta el tercer grado de parentesco, descartándose el síndrome de cáncer de mama y ovario hereditario (SCMOH).

En el grupo de cáncer de mama familiar se analizó el comportamiento de la agregación familiar de la enfermedad por grados de parentesco con el caso índice y la posible vía de herencia (materna, paterna o ambas).

Para el procesamiento de los datos obtenidos en ambos grupos se utilizaron medidas de estadística descriptiva a través del cálculo de frecuencias absolutas y relativas porcentuales con la finalidad de resumir la información y presentar los resultados en textos, tablas y gráficos para el análisis y discusión de los resultados.

El estudio se realizó de acuerdo con lo establecido en la Declaración de Helsinki sobre la investigación en seres humanos al cumplimentarse las normas éticas en cuanto a la discreción, confiabilidad de la información.

Resultados

Según criterio de clasificación, del universo en estudio, 58 casos pertenecían al grupo de féminas con cáncer de mama familiar (56,31 %) y 45 al grupo de cáncer de mama esporádico (43,68 %).

El diagnóstico de cáncer de mama por debajo de los 50 años predominó en el grupo catalogado como cáncer de mama familiar (56,89 %) y por encima de los 51 años en el de cáncer de mama esporádico (66,66 %). (Tabla 1)

Tabla 1 Distribución según grupos de edades al momento del diagnóstico en ambos grupos. Policlínico 28 de septiembre. Municipio Santiago de Cuba. 2023.

Grupos de edades	Ca. Mama Familiar		Ca. Mama Esporádico		Total.	
	No.	%	No.	%	No.	%
≤ 35 años	4	6,89	0	0	4	3,88
36 a 50 años	29	50,00	15	33,33	44	42,71
51 a 65 años	17	29,31	20	44,44	37	35,92
66 y más	8	15,51	10	22,22	18	17,47
Total	58	56,31	45	43,68	103	100,0

Fuente. Registro de Enfermedades Comunes del servicio de genética comunitaria.

Desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la actualidad, el grupo de cáncer de mama esporádico presentó un mayor por ciento de casos por encima de los 6 años (44,44 %) contrario al grupo de cáncer de mama familiar con un 41,37 % el cual a su vez registró mayor número de casos con menos de 5 años de evolución. (Tabla 2)

Tabla 2. Tiempo de evolución de la enfermedad en ambos grupos.

Tiempo de evolución de la enfermedad.	Ca mama familiar		Ca mama esporádico	
	No.	%	No.	%
≤ 5 años	34	58,62	25	55,55
6 a 10 años	11	18,96	11	24,44
11 años o más	13	22,41	9	20,00
Total	58	100,0	45	100,0

Referente a la ocupación actual, en ambos grupos en estudio, se constató que la mayoría de las féminas se encontraban retiradas de sus labores profesionales; 31 en el grupo pertenecientes al de cáncer de mama familiar y 27 al grupo de cáncer de mama esporádico. Es de destacar que en el

primer grupo 24 féminas fueron jubiladas posterior al diagnóstico y tratamiento (77,41 %) y en el segundo 24 para un 88,88 %.

El color de la piel blanca preponderó en ambos grupos, con un 53,44 % en las de cáncer familiar y con el 57,77 % en las de cáncer esporádico. (Gráfico 1)

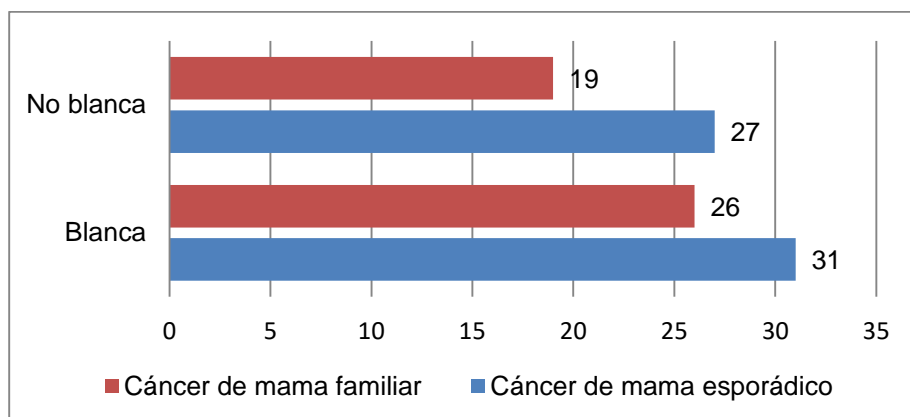


Gráfico 1. Distribución del color de la piel en ambos grupos.

En la mayoría de los casos la afectación aconteció en la mama izquierda con 25 casos (43,10 %) en el grupo de cáncer de mama familiar y 21 en las de cáncer de mama esporádico (46,66 %).

El análisis de los factores de riesgo asociados con el cáncer de mama en ambos grupos, de forma comparativa, arrojó que aspectos como la menarquía precoz, la menopausia tardía, el uso de anticonceptivos orales no resultaron relevantes de forma porcentual; por el contrario el antecedente de afecciones benignas de las mamas y la exposición a hábitos tóxicos resultaron porcentualmente superiores en el grupo de cáncer de mama familiar con un 58,62 % y un 89,65 % respectivamente, así como la no paridad (10,34 %). (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de los factores considerados de riesgo para el cáncer de mama en ambos grupos.

Factores considerados de riesgo.		Cama Familiar (N= 58)		Cama Esporádico (N= 45)	
		N ^{ro} .	%	N ^{ro} .	%
Menarquía	≤ 12 años	18	31,03	20	44,44
	≥13 años	40	68,96	25	55,55
Menopausia*	≤ 50 años	45	80,35	39	88,63
	≥51 años	11	19,64	5	11,36
Uso de A C O	Sí	19	32,75	11	24,44
	No	39	67,24	34	75,55
Antecedente de A B M	Sí	34	58,62	20	55,55
	No	24	41,47	25	44,44
Hábitos Tóxicos	Sí	52	89,65	39	86,66
	No	6	10,34	6	13,33
Paridad	Nulípara	6	10,34	3	6,66
	Primípara	17	29,31	10	22,22
	Múltipara	35	60,34	32	71,11

Leyenda. ACO (Anticonceptivos orales). ABM (Afecciones benignas de mama). * se calculó excluyendo a las que aun menstrúan.

El tratamiento hormonal sustitutivo no resultó relevante, ya que la mayoría de las pacientes en ambos grupos, no lo utilizó (96,11 %).

De los factores considerados con un posible carácter protector para esta enfermedad se constató que el 89,65 % (52 casos) de las féminas con antecedente familiar para el cáncer de mama no realizan actividad física y que el 29,31 % no practico la lactancia materna razón por lo cual no se consideraron como factor protector. Otros como la edad avanzada al primer hijo y el número de hijos no resultaron porcentualmente relevantes, en este estudio, al estar presentes en ambos grupos en estudio. (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de los factores considerados protectores para el cáncer de mama en ambos grupos.

Factores protectores.		Ca. mama Familiar.		Ca. mama Esporádico.	
		No.	%	No.	%
Edad del primer hijo.	≤ 19 años	14	26,41	10	23,80*
	20 a 34	37	69,81	31	73,80*
	≥35 años	2	3,77	1	2,38*
Número de hijos.	Ninguno	6	10,34	3	6,66
	1 o más.	52	89,65	42	93,33
Lactancia Materna.	No	17	29,31	7	15,55
	≤ 3 meses.	16	27,58	14	31,11
	∕ 4 y 6	11	18,96	8	17,77
	≥ 7 meses.	14	24,13	16	35,53
Actividad física.	SÍ	6	10,34	8	17,77
	NO	52	89,65	37	82,22

Aunque se constató el antecedente familiar de otros tipos de neoplasias en ambos grupos de féminas, en el grupo de cáncer de mama familiar se recogió el mayor número de féminas (44 casos) con antecedentes de familiares afectados en diferentes localizaciones. (Tabla 5)

Tabla 5. Distribución de los familiares de ambos grupos estudiados según antecedentes familiares de otras localizaciones de cáncer.

APF de otra localización del cáncer.	Ca mama familiar		Ca mama esporádico	
	No.	%	No.	%
Con antecedentes	44	75,86	34	75,55
Sin antecedentes	14	24,13	11	24,44
Total.	58	56,31	45	43,68

Leyenda. Ca. (cáncer). APF. (antecedente patológico familiar).

El análisis de la agregación familiar de la enfermedad en el grupo de féminas clasificadas como cáncer de mama familiar predominaron los antecedentes de dicha entidad en familiares de segundo grado con 52 féminas afectadas (89,65 %); la vía principal por la cual se recogió el antecedente para la enfermedad resultó ser la materna en 28 de las afectadas seguida de la paterna en 14 casos, solo 5 casos resultó por ambas vías de sus progenitores y llama la atención como en 13 casos las afectadas estuvieron en una misma generación.

Discusión

Evidenciado esta la importancia de realizar acciones de prevención para el cáncer de mama que favorezcan el control de los factores de riesgo como lo demostró Álvarez et al.,⁽⁷⁾ y Gómez et al.,⁽⁸⁾ en sus respectivos estudios al constatar la presencia de los mismos en féminas supuestamente sanas.

Como factor de riesgo, en el cáncer de mama se considera la edad, preponderantemente por encima de los 50 años^(1, 2, 3); lo cual ha sido avalado por los resultados obtenidos en múltiples investigaciones a fin con el tema^(7, 9, 10); factor con el cual coincide este trabajo, específicamente en el grupo catalogado como cáncer de mama esporádico y contrario a lo constatado en el grupo de cáncer familiar donde la edad mínima al diagnóstico fue de 28 años, en este trabajo, lo cual concuerda con lo referido por la literatura en cuanto al diagnóstico a edades más tempranas en los casos donde se sospecha un fuerte componente genético asociado con la expresión de la enfermedad⁽¹⁾ y en correspondencia con Robles et al.,⁽¹⁰⁾ al referir como edad mínima al diagnóstico 26 años en su casuística.

No obstante hay que resaltar como investigaciones, antes referenciadas sobre el tema, ha sido constatada la presencia, en menor frecuencia, del diagnóstico de cáncer de mama en féminas por debajo de los 40 años como en Álvarez et al.,⁽⁷⁾ con un 16 % de afectadas entre 25 y 34 años, Grave de peralta et al.,⁽¹¹⁾ con 13,2 % entre 30 a 39 años o Robles et al.,⁽¹⁰⁾ que refirió un 18,6 % entre 29 y 30 años lo que prueba que dicha enfermedad está diagnosticándose a edades más tempranas y/o a criterio del autor en estos casos pudieran estar relacionados con el cáncer de mama familiar debido a una predisposición genética no abordada en esas investigaciones.

La importancia del diagnóstico en estadios tempranos de la enfermedad, con el fin de garantizar un mejor calidad de vida entre las féminas, quedó evidenciado por Cabrera et al.,⁽¹²⁾ provincia Pinar del Rio al comprobar una mejor evolución en relación con el estadio al diagnóstico en su grupo de estudio así como Horta et al.,⁽¹¹⁾ en la provincia Matanzas el cual refirió que el 60,7 % de los casos tenían más de 5 años de operadas contrario a los testificado en esta investigación por el autor.

Esto último se evidenció en este trabajo al constatar como muchas de las féminas, en ambos grupos, se encontraban retiradas de la vida laboral activa; desde la visión del autor quizás porque el diagnóstico aconteció en etapas avanzadas de la enfermedad.

En diferentes provincias de Cuba^(9, 13) el color de la piel blanca resultó haber sido referido como un hallazgo mayoritario como aconteció en esta casuística, donde a criterio del autor podría estar relacionado con un azahar debido al elevado mestizaje presente en la población circunscrita al área de salud; por el contrario para García et al.,⁽¹⁴⁾ este aspecto no fue hallado como significativo.

La menopausia tardía, como factor de riesgo no resultó relevante al registrarse como precoz en más de las tres cuartas partes de las féminas que conformaron ambos grupos y a su vez, dicho proceso aconteció de forma fisiológica en más de la mitad de los casos por debajo de los 50 años, sobre esto último no constatamos reportes en la literatura revisada para este trabajo.

Reconociéndose, a su vez, otras causas asociadas al cese precoz de la menstruación antes de los 50 años como fue el tratamiento quirúrgico por histerectomía debido a patologías ginecológicas benignas en ambos grupos y el cese de la menstruación posterior al tratamiento medicamentoso con citostáticos en 16 de las féminas pertenecientes al grupo de cáncer de mama familiar (28,57 %); elementos que consideramos impidió analizar este aspecto como un factor de riesgo por el autor.

En igual sentido es de señalar, que la edad de la menarquia en el grupo de cáncer familiar, de las 20 féminas que presentaron cese de la vida menstrual antes de los 50 años, 15 tuvieron menarquia tardía y 5 precoz contrario al grupo de cáncer esporádico en que de 23 casos 12 presentaron menarquia precoz y 11 tardía.

Referente a los aspectos anteriormente planteados por el autor, menopausia tardía y menarquia precoz, solo coincidimos con Sánchez- Sánchez ⁽¹⁵⁾ que no los constató en su estudio de agregación familiar como relevante en la provincia Holguín.

Por el contrario fueron constatados por otros autores en la literatura consultado como factores de riesgo asociados al cáncer de mama, independiente del tipo de estudio; tal es el caso de Planas y Rodríguez ⁽¹⁶⁾, Horta et al., ⁽¹³⁾ e inclusive Álvarez et al., ⁽⁷⁾ en su estudio sobre un programa educativa para el cáncer de mamario refirió la menarquia precoz como un factor de riesgo presente entre féminas supuestamente sanas. Mientras que Rivero et al., ⁽¹⁷⁾ la refirió la menopausia tardía en el 22,9 % de sus caos y García et al., en Venezuela ⁽¹⁴⁾ en un 71,4 %.

Las afecciones benignas de las mama como antecedente patológico personal preponderó en el grupo de cáncer de mama familiar lo cual coincide con el estudio de Morejón et al., ⁽¹⁸⁾ en Ciego de Ávila donde el cien por ciento de los casos lo refirió y Minueses et al., ⁽¹⁹⁾ en un 84,4 %.

El uso de anticoncepción oral no fue referido entre las féminas entrevistadas en esta casuística contrario a lo constatado por otros autores en donde si constituyó un hallazgo apreciable como factor de riesgo. ^(14, 17)

Aspectos evaluados como factores protectores para el cáncer de mama como la lactancia prolongada, edad temprana del primer hijo o multiparidad, al provocar un menor influjo hormonal por un periodo de tiempo determinado durante la vida sexual reproductiva de la mujer y con ello la no exposición del tejido glandular mamario, resultaron estar presentes en ambos grupos en estudio sin constituir, a criterio del autor, en estos casos, un factor protector al haber desarrollado la enfermedad o quizás fue mayor el influjo negativo de los factores ambientales sobre el epigenoma.

Por otra parte López et al., ⁽⁹⁾ no corroboró la edad del primer hijo ni la práctica de la lactancia materna como relevantes en su casuística; Álvarez el al., ⁽⁷⁾ también refirió que la edad tardía del primer hijo no fue un factor de riesgo en su programa educativo contrario a Robles et al., ⁽¹⁰⁾ el cual confirmó que un 83,7 % de sus casos practicó la lactancia materna no así otros autores. ^(14, 17, 18)

La inactivada fisca como factor de riesgo que llamo la atención en este trabajo fue constatada en las investigaciones llevadas a cabo por Robles et al., ⁽¹⁰⁾ en mujeres menores de 40 años en un 69,8 %, por Minueses et al., ⁽¹⁹⁾ en Cienfuegos en el 47,7 % y por Gómez et al., ⁽⁸⁾ en un 41,2 % de su muestra.

Lo antes referido, a consideración del autor, evidencia la importancia de las acciones de prevención para el cáncer de mama que contribuyan a la modificación de estilos de vida y el control de los factores de riesgo modificables como lo demostraron otros autores en sus respectivas investigaciones. ^(7, 8)

Un aspecto que ha resultado relevante, para el riesgo del cáncer mamario, resulta la agregación familiar de dicha enfermedad al estar presente en varias féminas de una misma familia lo cual ha sugerido la segregación de un gen dominante de una generación a otra sin un patrón de herencia determinado. ⁽²⁰⁾

Ratificándose en el grupo de cáncer de mama familiar la presencia de 99 familiares del sexo femenino con el diagnóstico anatomopatológico previo de cáncer de mamario dentro de las cuales primaron las pertenecientes al segundo grado de parentesco con el caso índice (52,52 %) seguidas de la de primer grado (26,26 %) y tercer grado (21,21 %). Con un comportamiento similar constatamos otras investigaciones llevadas a cabo en Cuba ^(17, 18, 19, 21) en años precederos.

No obstante es válido señalar que el riesgo familiar para la enfermedad no es solo reflejo de la predisposición sino el resultado de complejas interacciones entre esta y los factores ambientales que desencadenan o incrementan el proceso de la enfermedad. ⁽²⁰⁾

El antecedente familiar de cáncer con otras localizaciones, estuvo presente en el 75,72 % de la serie, independiente del antecedente familiar de cáncer de mama, lo cual nos indica la posible asociación entre esta entidad y otros tipos de cánceres. Aspecto constatado por García et al., ⁽¹⁴⁾ en el 57,4 % de sus casos contrario Morejón et al., ⁽¹⁸⁾ que no lo corroboró en el 83,5 % de su muestra.

Este antecedente al estar presente en ambos grupos independiente del antecedente familiar de cáncer de mama, a criterio del autor evidencia la susceptibilidad genética presente en el grupo de cáncer esporádico para el desarrollo de este u otro tipo de neoplasia.

Es de señalar que entre otras localizaciones del cáncer predominaron los de origen ginecológico, de próstata y colon respectivamente.

En conclusión, en el estudio realizado, independiente de lo constatado en ambos grupos seleccionados se puede considerar que la individualidad genética en estrecha relación con los factores ambientales y estilos de vida justificó la expresión del riesgo para desarrollar la enfermedad.

Así como no se puede alegar, que las diferencias entre las proporciones en ambos grupos no sean atribuibles a mecanismos casuales de la genética, tampoco se puede descartar esta posibilidad.

Aporte científico

Los resultados obtenidos en este estudio no solo permitió identificar las principales diferencias existentes entre ambos grupos seleccionados sino que contribuirá para la aplicación de acciones de carácter preventivo educativo con el propósito de modificar factores de riesgos identificados para esta enfermedad en el área de salud y de esa forma contribuir a la disminución de la morbimortalidad por cáncer de mama a un determinado plazo.

Referencias bibliográficas

1. Osorio Bazar N, Bello Hernández C, Vega Bazar L. Factores de riesgo asociados al cáncer de mama. Revista Cubana Medicina General Integral. [Internet]. 2020 [acceso: 20/01/2024]; 36(2):e1147. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1147>
2. Cárdenas Sánchez J, Erazo Valle-Solís AA, Arce Salinas C, Bargalló Rocha JE, Bautista Piña V, Cervantes Sánchez G, et al. Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. Octava revisión, [Internet]. 2019. México. [acceso: 20/01/2024]. Disponible en: http://consensocancermamario.com/documentos/FOLLETO_CONSENSO_DE_CANCER_DE_MA_MA_8aRev2019a.PDF
3. Madrigal Ureña A, Mora Rosenkranz M. Generalidades de cáncer de mama para médico general [Internet]. 2018. [acceso 20/01/2024]; 35 (1) Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v35n1/1409-0015-mlcr-35-01-44.pdf>
4. García Ruiz A, Baldeon Campos FS, Fierro Guznay AM, Santillan Coello CE. Cáncer de mama. RECIAMUC; Editorial Saberes del Conocimiento [Internet]. 2022 [acceso 29/10/2024]; 6 (3): 521-34. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/942>
5. Palmero PJ, Lassard RJ, Juárez ALA, Medina NCA. Cáncer de mama: una visión general. Acta Medica Grupo Ángeles [Internet]. 2021 [acceso 20/01/2024]; 19 (3): 354-60. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2021/am213f.pdf>

6. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2021. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; [Internet]. 2022 [acceso 20/04/2023]. Disponible en: <http://ftp.scu.sld.cu/galen/gestion/34.%20Anuario%20Prov.%202022.pdf>
7. Álvarez Perulena L, Enriquez González C, Morán Rodríguez RL, Fimia-Duarte R. Programa educativo para el control de factores de riesgo modificables del cáncer de mama en mujeres. TB [Internet]. 2023 [acceso 01/09/2023]; 21 (1): 11-9. Disponible en: <https://revistas.unfv.edu.pe/rtb/article/view/1527>
8. Gómez Soler U, Hierrezuelo Rojas N, Cordovi Hierrezuelo M, Neira Hierrezuelo N, Selva Capdesuñer A. Pesquisa activa de cáncer de mama en mujeres de un Consultorio Médico de la Familia. **Archivo Médico Camagüey** [Internet]. 2023 [acceso 15/06/2024]; 27 Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/9693>
9. López-Sánchez I, Casado-Méndez PR, Santos-Fonseca RS, Méndez-Jiménez O, Estrada-Sosa R, Guzmán-González AJ. Prevalencia de factores de riesgo del cáncer de mama en población rural femenina. [Internet]. 2019. Revista Archivo Medico Camagüey. [acceso: 02/04/2024]; 23 (5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000500563
10. Robles Mejía MA, Peláez Morales MA, Dávila Hernández DJ, Avelino López JR, Torres Benítez JM. Factores de riesgo cáncer de mama en mujeres menores de 40 años. Archivos de Medicina, Salud y Educación Médica. [Internet]. 2022. [acceso 02/04/2023]; 1(2): 50 - 4. Disponible en: <https://archivosdemedicina.uat.edu.mx/index.php/nuevo/article/download/44/34/375>
11. Grave de Peralta RS, Ramírez Moran Á, Brooks Carballo G. Caracterización epidemiológica del cáncer de mama en el Policlínico “Emilio Daudinot Bueno” en el municipio de Guantánamo. **Revista Cubana de Medicina General Integral**. [Internet]. 2022 [acceso 27/03/2023]; 38 (2) Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1763>
12. Cabrera Rodríguez CA, Cabrera Nogueira GG, Márquez Remedio LE, Correa Martínez L, Mendive Martínez JL. Cáncer de mama en mujeres pinareñas menores de 45 años, serie cronológica de 23 años. Revista Ciencias Médicas [Internet]. 2019 [acceso 27/03/2023]; 23(6): 927-935. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4139>
13. Horta Barrios AB, Rojas Betancourt, Perdomo Arrien JC, Salazar ML, Marcheco Teruel B. Estudio de agregación familiar de cáncer de mama en el municipio Matanzas. Rev Cubana Genética Comunitaria. [Internet]. 2016 [acceso 05/01/2019]; 10(3):39-45. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/322959862_Estudio_de_agregacion_familiar_de_cancer_de_mama_en_el_municipio_Matanzas
14. García Domínguez A, Rubio González T, Verdecia Jarque M, Domínguez Salgado A. Evaluación de factores de riesgo asociados al cáncer de mama en Alayón, Venezuela. Rev Cubana Genética Comunitaria. [Internet]. 2017 [acceso 20/09/2023]; 11(2): 38-4. Disponible en: <http://revgenetica.sld.cu/index.php/gen/article/view/36/52>
15. Sánchez-Delgado J, Sánchez-Lara N. Agregación familiar y factores de riesgo de cáncer de mama en individuos afectados. Revista Finlay. [Internet]. 2020 [acceso 03/09/2023]; 10(2). Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/770>
16. Plana-Palacios L, Rodríguez-Reyes O. Aspectos clínico epidemiológicos de pacientes con cáncer de mama del Policlínico “28 de septiembre”. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2023 [acceso 02/09/2023]; 39 (3) Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/2394>

17. Rivero Morey RJ, Bordón González LM, Rivero Morey J, Lima Navarro V. Caracterización de mujeres con riesgo de cáncer de mama. Univ Médica Pinareña [Internet]. 2019 [acceso 02/09/2023]; 15(3): 338-348. Disponible en: <http://galeno.pri.sld.cu/index.php/galeno/article/view/612>

18. Morejón Rodríguez KY, González Lucas N, Pérez González C, Marcheco Teruel B. Estudio de agregación familiar de cáncer de mama en el municipio Ciro Redondo, provincia Ciego de Ávila. Rev Cubana Genética Comunitaria. [Internet]. 2016 [acceso 05/01/2023]; 10(3): 59-66. Disponible en. https://www.researchgate.net/publication/322961377_Estudio_de_agregacion_familiar_de_cancer_d_e_mama_en_el_municipio_Ciro_Redondo_provincia_Ciego_de_Avila

19. Minueses Fernández O, Lemus Valdés MT, Ocaña Gil MA, Cruz Pérez NR, Marcheco Teruel B. Estudio de agregación familiar de cáncer de mama en las áreas de salud IV y V del municipio Cienfuegos. Rev Cubana Genética Comunitaria. [Internet]. 2016 [acceso 05/01/2023]; 10(3):46-52. Disponible en. https://www.researchgate.net/publication/322959863_Estudio_de_agregacion_familiar_de_cancer_d_e_mama_en_las_areas_de_salud_IV_y_V_del_municipio_Cienfuegos/link/5a79d019a6fdcc4ffe9275ea/download

20. Rubio González T. Genética del cáncer [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2021. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/genetica_cancer/indice_p.htm

21. Santana Hernández EE, Colombié Góngora JD, Pérez Tejeda Y, Peña González A, Serrano Rueda A. Agregación familiar para el cáncer de mama en pacientes de la provincia de Holguín. Revista Cubana de Medicina General Integral. [Internet]. 2024; [acceso 05/01/2025]; 40:e2977. Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/2977/727>

Conflicto de intereses. Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Contribución de los autores.

Conceptualización: Antonio César Núñez Copo.

Análisis formal: Antonio César Núñez Copo, Yoni tejada Dilou, Carmen J Bursal Cintra.

Investigación: Antonio César Núñez Copo.

Metodología: Antonio César Núñez Copo.

Administración del proyecto: Antonio César Núñez Copo, Yoni tejada Dilou, Carmen J Bursal.

Recursos: Antonio César Núñez Copo, Yoni tejada Dilou, Carmen J Bursal Cintra.

Visualización: Antonio César Núñez Copo.

Redacción-borrador original: Antonio César Núñez Copo.

Redacción-revisión y edición: Antonio César Núñez Copo.