

11217 162



UNIVERSIDAD NACIONAL ²⁴
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

**Duración de la Amenorrea
por Lactancia como un factor
Protector para el Cáncer
de Mama**

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO DESCONCENTRADO



DIRECCION DE ENSEÑANZA

T E S I S

Que para obtener el Título de la:
ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P r e s e n t a

DR. CARLOS VILLALOBOS FIGUEROA

México, D. F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

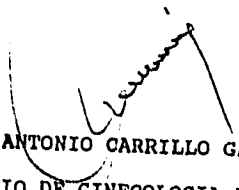
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

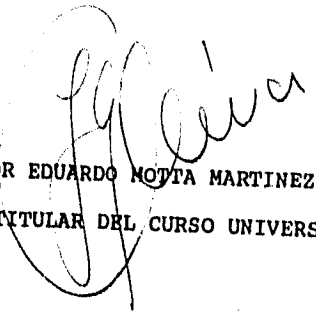
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS FUE REGISTRADA Y REVISADA EN LA UNIDAD DE
EPIDEMIOLOGIA CLINICA, DISEÑO Y EVALUACION DE PROYECTOS
DE INVESTIGACION. HOSPITAL GENERAL DE MEXICO. CON CLAVE
DIC/94/503/03/200

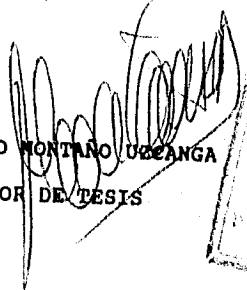
DURACION DE LA AMENORREA POR LACTANCIA COMO UN
FACTOR PROTECTOR PARA EL CANCER DE MAMA.



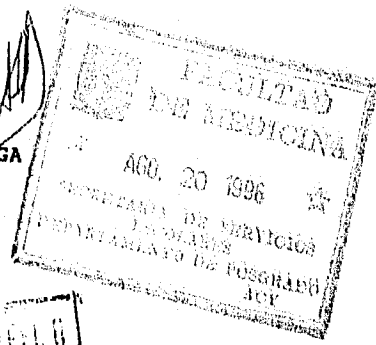
DR ANTONIO CARRILLO GALINDO
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



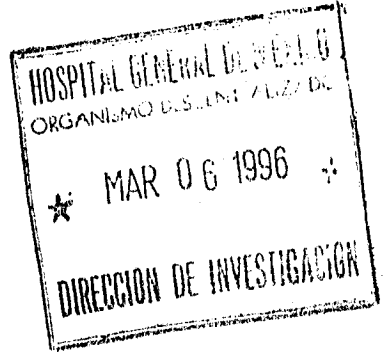
DR EDUARDO MOTTA MARTINEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO



DR ARMANDO MONTANO URBANGA
ASESOR DE TESIS



FEACULTAD
DE MEDICINA
AGO. 20 1996
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS
DE POSGRADO
UCV



HOSPITAL GENERAL DE VENEZUELA
ORGANISMO DESCENTRALIZADO
* MAR 06 1996 *
DIRECCION DE INVESTIGACION

A ARACELI:

EL AMOR DE MI VIDA

ANTE TI PUEDO PENSAR EN VOZ ALTA

A DIOS:
POR LOS LOGROS OBTENIDOS

A MIS PADRES:
MIS FORJADORES

A MIS HERMANOS:
MIGUEL, RICARDO, FERNANDO, ARMINDA, CAROLINA Y
SILVIA, POR LOS MOMENTOS DE LA VIDA QUE HEMOS
DISFRUTADO JUNTOS.

- A MIS COMPAÑEROS DE GUARDIA POR TODO LO QUE APRENDIMOS JUNTOS.
- A MIS GRANDES AMIGOS GILBERTO, MARIO Y RENE POR LOS LOGROS OBTENIDOS, Y POR SEGUIR LUCHANDO SIEMPRE CON GANAS DE SUPERACION Y CON HONESTIDAD.
- A SILVIA Y ROBERTO POR QUE NUESTRA AMISTAD PERDURE POR SIEMPRE.
- A TODOS LOS QUE ME ESTIMAN Y A QUIENES YO TAMBIEN ESTIMO.

- A LAS PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO POR SU CONFIANZA, Y POR PONER SU VIDA EN NUESTRAS MANOS.

A MIS MAESTROS:

DR ANTONIO GUERRERO HERNANDEZ

DR JOSE PASCUAL SANCHEZ RANGEL

DR EDUARDO MOTTA MARTINEZ

DR ARMANDO MONTAÑO UZCANGA

POR HABER CONTRIBUIDO EN MI FORMACION, Y HABER SEMBRADO

EN MI UN ESPIRITU DE LUCHA.

PERO SOBRE TODO AGRADEZCO SU AMISTAD.

DE MANERA MUY ESPECIAL AGRADEZCO AL
DR ANTONIO CARRILLO GALINDO POR BRINDARME
LA OPORTUNIDAD DE SER GINECOOBSTETRA.

INDICE

I. INTRODUCCION	
A. ANTECEDENTES	1
B. SITUACION ACTUAL	7
C. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
D. OBJETIVOS	9
E. JUSTIFICACION	10
II. MATERIAL Y METODOS	11
III. RESULTADOS	14
IV. DISCUSION	17
V. CONCLUSIONES	19
ANEXO (TABLAS)	22
BIBLIOGRAFIA	29

DURACION DE LA AMENORREA POR LACTANCIA COMO UN FACTOR PROTECTOR PARA EL CANCER DE MAMA.

I. INTRODUCCION

A. ANTECEDENTES

El Cáncer de mama en México es la segunda causa de muerte por neoplasias malignas en la mujer, después del Cáncer Cervicouterino, ésto pone de relieve la importancia de determinar los factores epidemiológicos responsables de su desarrollo, y de intentar establecer algunas medidas preventivas que puedan reducir su incidencia.

Una de cada 11 mujeres, o sea el 9% desarrollarán la enfermedad durante su vida, éste no siempre es un acontecimiento fortuito que ocurra al azar entre la población, parece ser debido a una constelación de factores epidemiológicos, más que a uno solo, incluyendo el sexo, la edad, una predisposición genética, una historia familiar de cáncer de mama, un medio hormonal adverso, enfermedades mamarias benignas previas, mastopatía precancerosa, cáncer previo en una mama, incompetencia inmunológica, exposición a carcinógenos, número de embarazos y partos, ciertos factores parenquimatosos apreciables en la mastografía, y la asociación de lactancia con cáncer de mama.

Aunque muchos factores etiológicos intervienen en el Cáncer mamario, están más allá del control del médico y del paciente, hay un cierto número de medidas preventivas que podrían ser de importancia. (1)

La evidencia de una asociación de lactancia con cáncer de mama es limitada, el efecto de la lactancia como factor protector se confina a mujeres premenopausicas con una historia de lactancia prolongada . (2)

En múltiples estudios realizados se encontró que la edad del primer embarazo y otros factores de riesgo como lactancia se asocian con una leve reducción en el riesgo de contraer Cáncer mamario en mujeres premenopausicas; fueron comparadas con el riesgo en mujeres sin lactar (riesgo relativo 0.78, 95% intervalo de seguridad, 0.66 a 0.91) el riesgo relativo fué el mismo en mujeres postmenopausicas que lactaron y las que no lo hicieron. (2,3,4,5,6) La tendencia de disminución del riesgo en pacientes con mayor número de meses de lactancia total acumulada fué estadísticamente significativa, sin embargo no fué significativa en relación al número de hijos lactados.

Se ha tratado de probar la hipótesis de que la lactancia prolongada protege a las mujeres del cáncer de mama ya que el embarazo por sí mismo confiere alguna protección para este cáncer. Las pacientes con cáncer de mama tienen un menor número de embarazos a término. En áreas donde las mujeres lactan por 5 años o más hubo una significativa diferencia entre mujeres afectadas y no afectadas. En la luz de éstas investigaciones no se ha podido determinar con certeza el efecto protector de la lactancia sobre el cáncer de mama, pero tampoco se ha podido descartar dicha posibilidad para explicar la marcada diferencia internacional entre países desarrollados y subdesarrollados en la frecuencia de ésta enfermedad. (8)

Todos los trabajos revisados hacen referencia al tiempo de lactancia, y no al porcentaje y tipo de la misma, ya que como se mencionó puede ser exclusiva, casi exclusiva, parcial y ocasional, parámetros que van en relación directamente proporcional a la intensidad de la lactancia y al tiempo de amenorrea.

En EUA el cáncer de mama ocupa el primer lugar como muerte por cáncer en la mujer, en nuestro país ocupa el segundo lugar, precedido por el Cáncer Cervicouterino.

La evolución de los conocimientos sobre la diferenciación de la mama normal y los progresos en la biología molecular y celular han esclarecido algunos aspectos de los posibles mecanismos carcinógenos para este cáncer.

Los conceptos mencionados han permitido reconsiderar los factores de riesgo identificados o sospechados ya que el cáncer mamario es una enfermedad del epitelio glandular, y según parece, es el resultado de una mutación durante la diferenciación de los blastos en células epiteliales maduras. La línea celular del epitelio mamario muestra una renovación rápida por acción de unas cuantas divisiones de los "blastos inmortales". El número de mutaciones es proporcional a la velocidad y número de divisiones de los blastos. Los factores que aceleran la división celular pueden tener un efecto carcinógeno, por que aumentan la posibilidad de mutación, con una ventaja de supervivencia que puede ser trasladada a una zona expansiva de células cancerígenas. Es probable que las hormonas influyan en la susceptibilidad del epitelio mamario a carcinógenos del ambiente, por que las hormonas controlan la diferenciación del epitelio mamario y así regulan la rapidez de la división de los blastos. Los conocimientos actuales sobre los mecanismos

de diferenciación de la glándula mamaria sugieren que estrógenos y progestágenos pudieran intervenir en la carcinogénesis de la mama. La hipótesis anterior ha sido reforzada por el predominio de la enfermedad en mujeres (es 100 veces más frecuente en mujeres que en varones) y por la relación estadística (epidemiológica) de éste cáncer con los fenómenos de la reproducción.(9,10).

Se observó que el incremento (en la escala logarítmica) de la incidencia de cáncer mamario específico para cada grupo de edad era mucho más rápida y frecuente antes de los 40 a 45 años, que después, y que había un "valle" en la curva de edades entre los 50 y los 54 años, que podía reflejar el efecto de los cambios hormonales en relación con la menopausia. Más tarde se demostró que las mujeres con cáncer mamario tienen antecedentes reproductivos sustancialmente diferentes de los de las testigos. En particular, eran más jóvenes al iniciar la menarquia, tenían mayor edad cuando nació su primer hijo vivo, tuvieron una menopausia tardía, y había menor posibilidad de haberles practicado ovariectomía antes de la menopausia. (11,12,13,14).

Tal como se ha señalado en varias ediciones (14,15,16) estas características epidemiológicas de las mujeres con cáncer mamario han sido las mismas en poblaciones, países o diseños de estudio, todos diferentes. De esta manera los factores de la reproducción forman un grupo constante y definido en cuanto a los datos epidemiológicos sobre los factores hormonales en la causalidad del cáncer mamario.

Por todo lo anterior, y dado que como ya se ha mencionado, el embarazo y la lactancia producen cambios hormonales importantes sobre el estrógeno y la progesterona, sobre todo aumentando los niveles de ésta última por períodos de tiempo prolongados, se pretende conocer que tanta protección brindan a la mujer la lactancia y el período de amenorrea inducido por la misma, para disminuir el riesgo de contraer cáncer mamario, ya que dicha amenorrea está condicionada por cambios hormonales importantes principalmente elevadas concentraciones de prolactina, también hay variaciones en cuanto a las concentraciones de estrógeno y progesterona se refiere.

La amenorrea inducida por la lactancia depende de diversos factores, siendo el principal el estímulo neurogénico producido por la succión de la areola y el pezón, que induce un aumento de los niveles de prolactina sérica, la cual regula la esteroidogénesis ovárica mediante la liberación de GNRH y por lo tanto de gonadotrofinas hipofisiarias, LH y FSH incrementando los niveles de beta endorfinas hipotalámicas, entre otros mecanismos no totalmente dilucidados.

La amenorrea inhibe la esteroidogénesis y por lo tanto disminuye el estímulo estrogénico sobre la glándula mamaria, permitiendo que ésta cumpla su función biológica.

Los cambios físicos directos en la mama durante la producción de leche pueden contribuir a observar un efecto protector.(17,18)

Estudios en ratas y ratones demostraron que son relativamente refractarios a efectos de carcinógenos químicos durante la lactancia en comparación con los controles no lactantes.(19,20)

Ya que la información bibliográfica es pobre en este tema y los diseños estudiados siempre son retrospectivos, por encuestas, y el no hacerse una diferenciación entre el tiempo de amenorrea inducida por lactancia, acumulada durante la vida reproductiva de la mujer como un indicador directo de una adecuada lactancia y sobre la posibilidad de que dicha amenorrea sea protectora para el cáncer mamario, decidimos estudiar estos factores en el presente trabajo.

B. SITUACION ACTUAL

El Centro Nacional de la Lactancia Materna con sede en el Hospital General de México, realiza programas de promoción y fomento de la lactancia, enseñando a las pacientes y a sus familiares las técnicas apropiadas en su práctica, y los beneficios de la misma. Dentro de las actividades que se realizan está la de investigación, por lo que se planteó la elaboración del presente protocolo, ya que no se cuenta en México con un estudio semejante en el que se estudien variables como son: Historia Familiar de CA de mama, el número de embarazos, y cuántos llegaron a término, el tiempo de uso de anticonceptivos hormonales, la duración acumulada de lactancia a cada hijo en meses, el total de lactancia acumulada sumado la de todos los hijos, y el tiempo de amenorrea postparto total acumulada inducida por lactancia, así como las principales causas de suspensión de la misma. Principalmente la duración y tipo de lactancia y amenorrea acumulada durante la vida reproductiva de dos grupos de pacientes, uno, mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer mamario y otro grupo mujeres que acuden por patología mamaria benigna.

C. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de los factores de riesgo conocidos para Cáncer de mama, en el presente protocolo de tesis se analizaron las variables antes mencionadas, enfocado principalmente hacia los meses totales de lactancia acumulados por mujer, el tiempo de amenorrea por lactancia, ya que no hay estudios donde se analice este parámetro; y los motivos por los que se suspendió la lactancia, estudiando a 2 grupos de pacientes del Hospital General de México: uno, pacientes con Cáncer mamario comprobado histopatológicamente, del servicio de tumores mamarios de la Unidad de Oncología, en este grupo se incluyó una muestra de 204 pacientes; el grupo control, que son pacientes sin Cáncer de mama que acuden a la consulta externa de tumores mamarios por otra patología mamaria no neoplásica, en el cual la muestra es de 209 pacientes.

D. OBJETIVOS

- Establecer si la lactancia y/o el tiempo de amenorrea por lactancia son factores protectores para el Cáncer mamario, analizando además los meses totales de lactancia acumulados durante la vida reproductiva de la mujer, el tipo de lactancia a cada hijo, considerando como lactancia exclusiva al seno materno cuando es el 100% de la alimentación, casi exclusivo cuando es del 90 al 80%, parcial cuando es del 80 al 40%, y ocasional cuando es menor al 40% de la alimentación total del hijo; y si este patrón de lactancia influyó en los resultados.

- Analizar los motivos para suspender la lactancia, los cuales pueden ser:
1.Falta en la producción de leche, 2.Trabajo fuera de casa, 3.Rechazo del niño, 4.por indicación médica, 5.Por uso de medicamentos, 6.Por Enfermedad materna, 7. Por enfermedad del niño y 8.Otros.
- Conocer la incidencia real de la lactancia en las mujeres que acuden a la clínica de tumores mamarios del Hospital General de México.
- Promover la lactancia en la mujer Mexicana, demostrando que entre los múltiples beneficios ya establecidos, se puede agregar el de ser un factor protector para Cáncer de mama.

E. JUSTIFICACION

Múltiples estudios se han realizado para determinar cuales son los factores de riesgo para el Cáncer mamario, y cual es la razón de que ésta enfermedad se presente con mayor incidencia en países desarrollados y menos en países subdesarrollados; una de las causas que se ha encontrado es en base a la diferencia en la dieta, ya que en los primeros la ingesta de grasas es mucho mayor, así como otros carcinógenos de las dietas propias de los países del primer mundo; otro de los factores que se han estudiado es con respecto a la lactancia como factor protector para Cáncer de mama, (2,3,4,5 y 6), en México no se cuenta con un estudio al respecto, por lo que se planteó realizar el presente estudio de tesis, con el apoyo del servicio de tumores mamarios de la unidad de Oncología y del Centro Nacional de Lactancia con sede en la unidad de Ginecoobstetricia del Hospital General de México.

II. MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 2 grupos de mujeres, el primer grupo (Grupo A) fueron pacientes con Dx Histopatológico confirmado de Cáncer mamario (primera vez y subsecuentes) de la consulta de tumores mamarios del servicio de Oncología del Hospital General de México el segundo grupo (Grupo B) fueron pacientes sin cáncer mamario, que acudieron a la consulta de tumores mamarios por una patología mamaria no neoplásica.

A ambos grupos se les realizó una encuesta personalmente explicándoles previamente, en que consistía, y posteriormente se les interrogó para el llenado del formulario. (Apéndice A).

El presente estudio no representó ningún riesgo para la paciente, sin embargo se pidió su consentimiento oral; El nombre y número de expediente se anotaron solo como medida de confiabilidad del estudio, pero no se publicarán, lo cual se explicó a las pacientes.

Apéndice A. Formulario del interrogatorio y base de datos.

**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
UNIDAD DE ONCOLOGIA/CLINICA DE LACTANCIA
TRABAJO DE CANCER DE MAMA Y LACTANCIA
(CUESTIONARIO)**

Nombre:

No. Expediente:

Ocupación:

Edad de la primera menstruación:

Edad de la última menstruación:

Edad del primer embarazo:

Edad del último embarazo:

USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES: (SI) (NO) Tiempo: _____

FAMILIARES CON CANCER MAMARIO: (SI) (NO)

Quien: 1. Madre-----()

2. Hermana-----()

3. Otras-----()

Numero de embarazos: _____ Partos: _____ Cesareas: _____ Abortos _____

Primera MESES EXCLUSI- CASI PAR OCA-
regla des- SENO SENO VAMENTE EXCLU- CIAL SIONAL
pués del MATERNO POR SENO MA- SIVO (40- (menos
parto HIJO TERNO (90%) 80% de 40%)
(EN MESES) (SI) (NO) (100%)

PRIMER

EMBARAZO _____

SEGUNDO

EMBARAZO _____

TERCERO

CUARTO _____

QUINTO _____

SEXTO _____

OTROS _____

MOTIVO DE SUSPENSION DE LA LACTANCIA:

1. Falta de leche:

2. Trabajo fuera del hogar:

3. Rechazo del niño:

4. Indicación médica:

5. Por medicamentos:

6. Enfermedad materna:

7. Enfermedad del niño:

8. Otros:

CRITERIOS DE INCLUSION

Grupo A. Mujeres con Cáncer mamario confirmado histopatológicamente del servicio de Tumores Mamarios

Grupo B. Mujeres mayores de 35a sin Cáncer mamario que acuden al servicio de Tumores Mamarios por una patología no neoplásica.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Mujeres en estudio por sospecha de Cáncer mamario, pero sin confirmacion histopatologica.

CRITERIOS DE ELIMINACION

Cuestionarios llenados en forma incompleta o incorrecta

III. RESULTADOS

Se estudiaron a dos grupos de pacientes, el grupo problema (Grupo A) constó de 204 pacientes con diagnóstico Histopatológico de Cáncer mamario, y el grupo control (Grupo B) de 209 que acudieron a la clínica de tumores mamaros por patología mamaria benigna.

En ambos se determinó la media, el riesgo relativo, los resultados se analizaron con las desviaciones estandar de los valores promedio de cada grupo y el analisis de varianza, y la prueba de t de student.

El promedio de edad de las pacientes estudiadas fué para el grupo A de 51 años y para el grupo B de 44 años.

La edad promedio a la que se realizó el diagnóstico de Cáncer mamario fué a los 51 años.

Se analizaron los antecedentes heredofamiliares en ambos grupos, encontrando que en el grupo A, 17 mujeres (8.5%) tuvieron antecedentes de primer grado para Cáncer Mamario y 3 para Cáncer de Ovario, y en el grupo B, 13 mujeres (6.5%) tuvieron el antecedente de Cáncer mamario y ninguna de Cáncer de ovario. (Tabla 1)

Se analizó también el antecedente de Cáncer de endometrio, por ser un padecimiento que cursa con niveles elevados de estrógeno, en ninguno de los 2 grupos hubo éste antecedente.

La edad de la menarquia fué en ambos grupos de 13 años.

La edad de la última menstruación fué para el grupo A a los 41 años y para el grupo B a los 43 años.

Usaron hormonales 44 de las 204 pacientes del grupo A y 53 de las 209 del grupo B, lo que no representó ninguna diferencia estadística. (Tabla II)

En ambos grupos el número de embarazos fué de 4, el número de pacientes que no se embarazaron fué de 46 en el grupo con Cáncer y de 10 en el grupo control con una $P < 0.05$. (Tabla III)

La edad promedio del primer embarazo en el grupo A fué a los 23 años y en éste grupo hubo 18 mujeres que se embarazaron por primera vez después de los 30 años, y en el grupo B el promedio de edad para el primer embarazo fué a los 20 años, de las cuales 2 se embarazaron por primera vez después de los 30 años. Lo cual representó una $P < 0.05$. (Tabla IV)

De el grupo con Cáncer de mama lactaron 141 mujeres, y no lo hicieron 54; Del grupo sin Cáncer lactaron 188 mujeres y no lo hicieron 21, con una P menor a 0.05 y un riesgo relativo de 3.2. El promedio de hijos lactados en ambos grupos fué de 4, los meses lactados acumulados fueron 26 para el grupo con Cáncer y 29 para el grupo testigo, se analizó cuantas pacientes lactaron por menos de 6 meses (grupo A:14 y grupo B:6), cuantas de 6 a 12 meses (grupo A:38 y grupo B:42), y cuantas más de 12 meses (grupo A:89 y grupo B:140). Tabla V.

La amenorrea postparto inducida por la lactancia en el grupo de pacientes con Cáncer fué un promedio de 22 meses totales acumulados, y de 27 meses en el grupo control, en ambos grupos se analizaron cuantas mujeres tuvieron amenorrea por menos de 6 meses (Grupo A:22 y grupo B:7), cuantas de 6 a 12 (grupo A:49 y grupo B:49) y cuantas más de 12 meses (grupo A:86 y grupo B:143) con una $P < 0.05$. Tabla VI.

Se analizó el tipo de lactancia en ambos grupos, encontrando que para el grupo A, solo una amamantó en forma exclusiva, 12 casi exclusiva, 56 en forma parcial, 5 ocasional, y 67 mujeres manifestaron haber amamantado usando combinaciones de los anteriores tipo de lactancia en sus hijos. Tabla VII

En el grupo B el tipo de lactancia fué: Exclusivo en 5 pacientes, 25 casi exclusivo, 86 en forma parcial y no hubo ocasional, 72 manifestaron haber amamantado usando combinaciones de los anteriores tipos de lactancia en sus hijos. Tabla VII

El motivo de suspensión de la lactancia más frecuente fué la falta de producción de leche en ambos grupos, seguido de regreso al trabajo de la madre, y rechazo del niño en tercer lugar; no se encontró una diferencia significativa en éstos resultados comparativamente en ambos grupos.

IV. DISCUSION.

El presente estudio comprendió un total de 413 pacientes, de las cuales 204 tenían Cáncer Mamario y se incluyeron en el grupo A, 209 sin Cáncer Mamario que se incluyeron en el grupo B que acudieron a la consulta de Tumores Mamaros por alguna patología benigna. Dentro del grupo sin cáncer se encontró que 2 pacientes tuvieron su primer embarazo a término después de los 30 años, 21 pacientes nunca lactaron, y 10 de ellas no tuvieron ningún embarazo, por lo que quedan dentro de un grupo de alto riesgo, y alguna de ellas puede desarrollar la enfermedad.

Los dos grupos tuvieron una diferencia de edad de 7 años (51 años para el grupo A y 44 años para el grupo B) lo que hace que los grupos no hayan sido homogéneos, pudiendo ésta diferencia influir en los resultados, ante esta disparidad de edades inferimos que el grupo de mujeres sin cáncer al llegar a los 51 años, que es la edad promedio del grupo con cáncer, alguna de ellas presentará la enfermedad, por lo que debería hacerse un seguimiento estrecho de las 33 pacientes con mayor riesgo (2 que se embarazaron después de los 30 años, 21 que nunca lactaron y 10 que no tuvieron ningún embarazo).

Newcomb y cols en un estudio publicado en Enero de 1994, realizado en Massachusetts (ref. 1) encontraron la evidencia de una asociación de la lactancia con disminución del riesgo de cáncer mamario en una forma limitada e inconsistente, y confinado como factor de protección para mujeres premenopausicas con una historia de

lactancia prolongada. En nuestro estudio se encontró una diferencia significativa con $P < 0.05$, para meses de amenorrea total sumando la amenorrea de todos los embarazos, y para meses de lactancia, siendo la diferencia aún mayor en pacientes que tuvieron una lactancia y una amenorrea totales mayor a 12 meses, comparadas con las que lactaron y tuvieron una amenorrea menor.

A pesar de que las pacientes del grupo control no fueron pacientes sanas, sino que acudieron con una patología mamaria benigna, y que la recolección de datos fue por encuesta y no por seguimiento, encontramos diferencias significativas, con resultados que confirman la hipótesis inicial planteada, de que a mayor lactancia mayor periodo de amenorrea y una probable mayor protección para cáncer mamario, ya que el riesgo relativo entre las que no lactaron y las que sí lo hicieron fue de 3.2 y el riesgo relativo por amenorrea en ambos grupos fue de 3.4, con aumento de la diferencia cuando la lactancia y la amenorrea totales acumuladas fueron por más de 12 meses.

También encontramos que en ambos grupos la lactancia exclusiva fue muy baja, con un total de 6 mujeres, lo que representa un 1.5%, así como el número de mujeres que nunca lactaron fue de 75, lo que representa un 18.1% de ambos grupos. Por todo lo anterior se demuestra en el presente estudio que la promoción de esta práctica puede revertir la tendencia actual de incremento en la incidencia del cáncer mamario.

V. CONCLUSIONES

1. Los antecedentes heredofamiliares de Cáncer Mamario presentaron una $P < 0.05$ estadísticamente significativa (Tabla I)
2. El uso de hormonales no presentó diferencia significativa en ambos grupos estudiados.(Tabla II)
3. El número de pacientes que no se embarazaron en el grupo A fué de 46 y en el grupo B de 10 con una $P < 0.05$. que representa una diferencia estadística. (Tabla III)
4. Las mujeres que tuvieron el primer embarazo después de los 30 años fueron 18 en el grupo A, y 2 en el grupo B, con una $P < 0.05$ por lo que las mujeres con primer embarazo tardío tienen mayor riesgo de contraer la enfermedad.(Tabla IV)

5. Los meses totales de lactancia sumando la de todos los embarazos presentaron una diferencia significativa con $P < 0.05$, con predominio en las mujeres que lactaron por más de 12 meses, ya que del grupo A fueron 89 y del grupo B fueron 140, concluyendo que la lactancia fué un factor protector para Cáncer de Mama. (Tabla V)

6. Los meses totales de amenorrea también presentaron una diferencia significativa, con $P < 0.05$ con predominio en las mujeres que tuvieron una amenorrea total mayor a 12 meses, ya que en el grupo A fueron 86 y en el grupo B fueron 143. (Tabla VI)

Lo que probablemente signifique que a mayor periodo de amenorrea inducida por lactancia es mayor el efecto protector para cáncer de mama, ya que aunque la amenorrea está dada por los niveles de prolactina, también hay que recordar que durante este periodo hay anovulación, y por lo tanto menor estímulo estrogénico sobre la glándula mamaria, esto se concluye dado que la mayor diferencia en ambos grupos se encontró en las mujeres que presentaron amenorrea por más de 12 meses.

7. No hubo diferencia estadística en ambos grupos según el tipo de lactancia utilizada, predominando en ambos la de tipo parcial (40-80%).

8. El motivo de suspensión de la lactancia no influyó en los resultados comparativamente en ambos grupos, siendo el más frecuente la falta de producción de leche (debido a falta de estímulo), seguido de suspensión por trabajo materno y por rechazo del niño.

9. En ambos grupos la práctica de la lactancia fué baja, ya que 75 mujeres de las 413 nunca lactaron lo que representa un 18.1% del total, y la lactancia exclusiva al seno materno fué solo en 6 pacientes lo que representa un 1.5% ya que la mayoría manifestaron complementar con fórmula.

TABLA I.

Antecedentes familiares en ambos grupos de pacientes.

Antecedentes familiares	Cáncer de Mama	Sin Cáncer de Mama	P
Mama	17	13	> 0.05
Ovario	3	0	
Endometrio	0	0	

TABLA II.

Uso de hormonales y duración en meses en los dos grupos estudiados.

	Cáncer de Mama	Sin Cáncer de Mama
Uso de hormonales	44 mujeres	53 mujeres
Duración en meses	44 meses	45 meses

TABLA III.

Pacientes con uno o más embarazos a término.

Características	Cáncer de Mama	Sin Cáncer de Mama	P
Promedio de embarazos	4	4	
No se embarazaron	46	10	< 0.05
Si se embarazaron	158	199	

Riesgo relativo de 3.4

TABLA IV.

Edades del primer y del último embarazo comparativamente en ambos grupos.

	Cáncer de Mama	Sin Cáncer de Mama	P
Edad promedio del primer embarazo	23 años	20 años	
Primer embarazo después de los 30 años	18 mujeres	2 mujeres	< 0.05
Primer embarazo antes de los 30 años	140 mujeres	197 mujeres	
Edad promedio del último embarazo	32 años	31 años	

TABLA V.

Número de hijos lactados y meses totales de lactancia

Características	Cáncer de Mama	Sin Cáncer	P
HIJOS	4	4	
LACTADOS	26	29	
MESES	14	6	
LACTADOS	38	42	
< 6 MESES	89	140	<0.05
6-12 MESES			
> 12 MESES	141	188	
total de pacientes			

Riesgo Relativo:3.2

TABLA VI.

Meses de Amenorrea inducida por lactancia.

Características	Cáncer de Mama	Sin Cáncer de Mama	P
AMENORREA	22 meses	27 meses	
<6 meses	22	7	
6-12 meses	49	49	
>12 meses	86	143	< 0.05
total de mujeres	158	199	

Riesgo Relativo de 3.3

TABLA VII.

Tipos de lactancia comparativo en ambos grupos.

Tipo de Lactancia	Cáncer de Mama	Sin Cáncer de Mama
EXCLUSIVO	1	5
CASI EXCLUSIVO	12	25
PARCIAL	56	86
OCASIONAL	5	0
COMBINACIONES	67	72

BIBLIOGRAFIA

1. P.A.Newcomb, Ph D, B.E.Storer Ph D. Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer. The New England Journal of Medicine, Jan. 1994, Vol 330-2, P. 81-87.
2. Mc Tierman A, Thomas DB. evidence for a protective effect of lactation on risk of breast cancer in young women: results from a case-control study. Am J Epidemiol. 1986; 124:353-8
3. Katsouyanni K. Trichopoulos D. Boyle P et al. Diet and breast cancer: a case control study in Greece. Int J Cancer 1986;38:815-20.
4. Rosero-Bixby L, Oberle Mw, Lee NC. Reproductive history and breast cancer in a population of high fertility, Costa Rica, 1984-1985, Int J Cancer 1987;40:747-54.
5. Thomas DB, Noonan E.A., Breast cancer and prolonged lactation. The who collaborative study neoplasia and steroid contraceptives. Int J Epidemiol. 1993 Aug; 22(4): 619-26.
6. MacMahon B, Lin T.M., Lactation and Cancer of the Breast. A Summary of an International Study. American Cancer Society, Bull World Healt Organ, 1970;42: pag. 185-194.

7. Kvale G. Heuch I. Lactation and cancer risk: Is there a relation specific to breast cancer? J Epidemiol Community Health 1988;42:30-7.
8. Kalache A Vessey MP, Mc Pherson K. Lactation and Breast cancer. BMJ 1980;280:223-4.
9. Sugimura T: Carcinogenicity of mutagenic heterocyclic amines formed during the cooking process. Mutat Res 150:33-41,1985.
10. Kelsey JL Fisher DB. Holford TR, ET AL: Exogenous estrogens and other factors in the epidemiology of breast cancer. JNCI 67:327-333, 1981.
11. Thomas DB: Hormones and hormone receptors in the etiology of breast cancer Res Treat 7:11-22. 1986.
12. Thomas DB. Review of epidemiologic and related studies of breast cancer etiology, In Lilienfeld AM: Reviews of Cancer Epidemiology. New York, Elsevier/North Holland, 1980, pp 153-244
13. Lilienfeld AM: The epidemiology of breas cancer. Cancer Res 23:1503-1513, 1963.
14. MacMahon B, Cole P, Brown J: Etiology of human breast cancer. JNCI 50:21-42,1973.
15. MacMahon B, Cole P, Brown J, et al: Urine estrogen profiles of Asian and North American women. Int J CANCER 14:161-167,1974.

16. Korenman SG: Estrogen window hypothesis of the etiology of breast cancer. Lancet 8:700-701, 1980.
17. Brinton LA, Hoover R, Fraumeni JF. Reproductive factors in the etiology of breast cancer. Br J Cancer 1983;47:757-62.
18. Duffy SW, Roberts MM, Elton RA. Risk factors for breast cancer: Relevance to screening. J Epidemiol Community Health 1983;37:127-31.
19. Dao TL, Bock FG, Greiner MJ. Mammary carcinogenesis by 3 methylchloranthrene II. Inhibitory effect of pregnancy and lactation on tumor induction. J Natl Cancer Instit 1960;25:991-1003.
20. Marchant J. Chemical induction of breast tumours in mice of the C57BI strain. The influence of pseudopregnancy, pregnancy and lactation in induction by methylcholanthrene. Brit J Cancer 1981; 15:568-572.