

INCIDENCIA DO CANCRO DE MAMA EN GALICIA NO ANO 2016.....	páxina 1
A INCONTINENCIA URINARIA E A DISPAREUNIA ASOCIADAS AO EMBRAZO: GALICIA, 2016.....	páxina 14

## INCIDENCIA DO CANCRO DE MAMA EN GALICIA NO ANO 2016

**Introdución.** Dende hai anos dispónse de datos de calidade sobre a mortalidade por cancro de mama en Galicia, que permiten afirmar, por exemplo, que nas mulleres diminuíu un 21% de 1990 a 2015, e que o fixo a un 0'9% anual<sup>1</sup>; ou que en 2015 por esta causa faleceron 432 mulleres residentes en Galicia, e que o fixeron cunha idade media de 70'7 anos<sup>2</sup>. Ora ben, a elevada supervivencia do cancro de mama<sup>3</sup> fai que a mortalidade non sexa, malia súa importancia, un bo descritor da situación actual deste cancro. Para iso son precisos datos de incidencia, como os que comeza a proporcionar o Rexistro Galego de Tumores (REGAT).

Unha breve descrición de REGAT pódese consultar nun informe publicado nun número anterior do BEG adicado á incidencia do cancro de mama en Galicia no ano 2015<sup>4</sup>, e deseguido dáse conta da incidencia de cancro (que nestes informes abrangue toda neoplasia maligna) e de carcinoma in situ (Tis) de mama, tanto en mulleres como en homes, diagnosticados en Galicia durante 2016, estimadas cos datos de REGAT.

### Datos e método

**Criterio de inclusión.** REGAT recolle datos dos rexistros de anatomía patolóxica (APA) e do conxunto mínimo básico de hospitalización de agudos (CMBD) que conteñan un código topográfico de neoplasia de mama e un de comportamento distinto de “0”, que corresponde -este último- aos tumores benignos. Deste xeito, dispónse de información das neoplasias de mama cos comportamentos seguintes: de malignidade primaria (/3), de malignidade metastática (/6), de carcinoma in situ (/2) e de comportamento incerto sobre se é benigno ou maligno (/1).

**Unidade de clasificación.** Posteriormente, REGAT agrega os datos entorno ao tumor primario; é dicir, aquel que se orixina nun lugar ou tecido primario e non é unha extensión, nin unha recidiva, nin unha metástase, polo que os tumores de malignidade metastática (ou malignos secundarios) quedan asociados ao tumor primario do que se presume derivan.

**Mellora da exhaustividade.** Rematados os procesos de captura automática e revisión manual, para mellorar a exhaustividade do rexistro, fixéronse sendos cruces coas bases de datos do Programa Galego de Detección Precoz do Cancro de Mama (PGDPCM: mulleres exploradas en 2015 e 2016) e con datos de dispensación en atención primaria e hospitalaria, durante 2016 e os primeiros tres meses de 2017, de fármacos para o tratamento do cancro de mama, proporcionados pola Subdirección xeral de Farmacia. Os cruces fixéronse polo NASI ou polo CIP.

### GLOSARIO

CIE-O: Clasificación Internacional de Enfermidades para Oncoloxía.  
ENCR: European Network of Cancer Registries.  
IACR: International Association of Cancer Registries.  
IARC: International Agency for Research on Cancer.  
NASI e CIP: Números de identificación persoal.  
REDECAN: Red española de registros de cáncer.  
SAI: Sine alter indicatio (sen outra indicación).  
SEER: Surveillance, Epidemiology, and End Results Program do National Cancer Institute

## Variables

*Datos de filiación.* REGAT incorpóraos automaticamente da base de datos de Tarxeta Sanitaria. Neste informe empréganse o sexo, a data de nacemento (coa que se calcula a idade no momento do diagnóstico) e o concello de residencia (do que se deriva a EOXI e a comarca).

*Base máis válida do diagnóstico (BMVD).* Distingue as catro categorías seguintes: Investigación clínica (ie, dispónse só de achados clínicos compatibles cun tumor de mama), citoloxía, histoloxía de metástase e histoloxía dun tumor primario. Para elixir entre elas seguiuuse o criterio proposto pola IARC/IACR<sup>5</sup>, que comparte a ENCR<sup>6</sup>.

*Morfoloxía: histoloxía, comportamento e grao.* O diagnóstico morfolóxico é importante pola súa relación coa etioloxía e o prognóstico. Indica o tipo de célula que se volveu neoplásica e a súa actividade biolóxica. Para codificar a morfoloxía REGAT emprega a CIE-O-3.1, na que un código morfolóxico componse de 3 partes: histoloxía (4 díxitos para o tipo de célula), comportamento (1 díxito, que se emprega como criterio de inclusión en REGAT) e grao (1 díxito que indica o grao de diferenciación histolóxica).

Aos tumores que teñen “investigación clínica” como BMVD, que por definición carecen de diagnóstico histolóxico, asígnaselles o código morfolóxico máis inespecífico, o de neoplasia maligna (“M8000/3” en CIE-O-3.1).

*Estadio ao diagnóstico.* Fai referencia á extensión do tumor no corpo, determina as opcións terapéuticas e ten unha gran influencia na supervivencia. O estadio constrúese, cando corresponde, a partir da TNM seguindo o criterio da súa sétima edición<sup>7</sup>.

*Extensión no diagnóstico.* Ten un significado semellante ao estadio, pero resumido en só tres categorías tamén a partir da TNM, co criterio do estadio simplificado da SEER<sup>8</sup>: “Localizado”, cando o tumor queda confinado ao seu lugar de orixe (equivale a N0M0, con calquera valor de T); “Rexional”, cando o tumor espallou cara os nódulos linfáticos rexionais (equivale a N1, N2 e N3 con M0 e calquera valor de T); e “A distancia”, cando do tumor xa se derivou unha metástase a distancia (M1, con calquera valor de T ou N).

*Subtipo molecular.* Del depende o manexo clínico do tumor maligno de mama, e para determinalo combínanse os resultados do estudo inmunohistoquímico dos receptores hormonais (de estróxeno e de proxesterona), do factor de crecemento epidérmico humano (HER2) e o marcador de proliferación Ki-67. Para os tumores malignos de 2016 REGAT considerou os cinco subtipos seguintes, clasificados segundo o consenso de St Gallen de 2013<sup>9</sup>: luminal A, luminal B HER2 negativo, Luminal B HER2 positivo, HER2 e mais o triplo negativo.

*Grao nuclear.* Recóllese nos tumores con comportamento de carcinoma in situ (/2), e é o resultado da avaliación do tamaño e da forma do núcleo das células tumorais e da porcentaxe delas que están en proceso de multiplicarse ou crecer. Canto máis baixo o grao nuclear, menos e máis amodo crece o cancro.

*Método de detección.* Neste informe fai referencia á relación do tumor co PGDPCM. Polo tanto, queda limitado aos tumores que aconteceron en mulleres de 49 a 71 anos de idade, que son as súas destinatarias. Distingue tres categorías, “Detectado polo PGDPCM”, para os tumores diagnosticados como consecuencia directa dunha proba de cribado positiva; “Cancro de intervalo”, para os tumores diagnosticados antes de que pasasen dous anos da última participación no programa e que non pertencen á categoría previa; e “Fóra do programa”, para os tumores que non pertencen a ningunha das categorías anteriores.

*Data do diagnóstico e data de incidencia.* Fan referencia ao día no que se diagnosticou o tumor. Para elixir entre as distintas posibilidades empregouse o criterio para establecer a data de incidencia da ENCR<sup>6</sup>.

*Tumores primarios múltiples.* Ao longo da súa vida, a unha persoa pódennlle diagnosticar máis de un tumor primario, na mesma ou distinta topografía. En xeral, REGAT considera que son dous tumores primarios diferentes aqueles que (i) teñen distinta localización, (ii) teñen a mesma localización e distinta histoloxía, (iii) teñen a mesma localización, a mesma histoloxía e lateralidade diferente, e (iv) teñen a mesma localización, a mesma histoloxía, en órganos pares a mesma lateralidade e, se pasaron máis de 6 meses entre eles, o segundo ten un comportamento de maior malignidade.

*Antecedentes familiares de cancro de mama.* Considéranse só os familiares de primeiro grao.

*Causa da morte.* Considérase como causa de morte a que figura no certificado de defunción como causa inicial ou fundamental.

*Letalidade por cancro de mama.* Fracción das persoas ás que se lles diagnosticou un tumor de mama en 2016 e que faleceran por cancro de mama no intre de pechar o rexistro para elaborar este informe. Calculouse só para as mulleres cun único cancro de mama con data de incidencia en 2016. Nelas, entre esta data e a data do falecemento transcorreron, en media, 305 días e, como máximo, 639.

*Taxa de incidencia.* Fai referencia ás persoas ás que se lles diagnosticou un tumor de mama en 2016, con independencia de que xa se lles diagnosticase outro anos antes, e se expresa en casos por cen mil mulleres (c/10<sup>5</sup>m) ou cen mil homes (c/10<sup>5</sup>h). Para calculala emprégase a poboación do padrón continuo de habitantes a 1 de xaneiro de 2015, segundo o IGE. Para as taxas axustadas empregouse como poboación estándar a europea de 2013.

*Probabilidade de desenvolver cancro de mama.* Calculouse co programa DevCan 6.7.0<sup>8</sup>.

## RESULTADOS

REGAT identificou 2.009 casos de tumores localizados na mama que teñen como data de incidencia o ano 2016. Correspóndense con 1.967 pacientes, dos cales 1.925 tiñan un único tumor de mama, e os 42 restantes tiñan tumores na mama dereita e na mama esquerda. Como se pode ver na Táboa 1, máis do 90% dos tumores identificados eran primarios malignos. O tumor con comportamento incerto corresponde a “tumor filóide limítrofe ou borderline” que ocorreu nunha muller.

Táboa 1: Número e porcentaxe de tumores de mama polo seu comportamento e o sexo dos pacientes. Galicia, 2016.

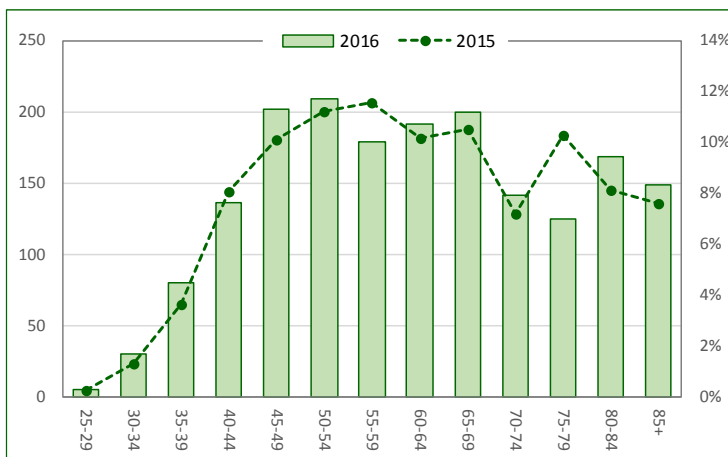
COMPORTAMENTO	HOMES		MULLERES		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
/1: Incerto se é benigno o maligno	0	0'0	1	0'1	1	0'0
/2: Carcinoma in situ	2	10'5	173	8'7	175	8'7
/3: Maligno, sitio primario	17	89'5	1.816	91'3	1.833	91'2
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>1.990</b>	<b>100</b>	<b>2.009</b>	<b>100</b>

**Tumor primario maligno de mama feminina.** Identificáronse un total de 1.816 tumores de mama feminina cun comportamento maligno en sitio primario, que corresponden a 1.782 mulleres, xa que ao longo de 2016 en 34 identificouse un segundo tumor primario maligno de mama. A idade media ao diagnóstico foi de 61'8 (dt=15'3) anos, coa mínima en 25 e a máxima en 97. Mirado doutro xeito, o 49% dos tumores identificáronse en mulleres de 49 a 71 anos, o 22% en mulleres de menos de 49 anos e o 29% restante en mulleres de máis de 71. Na Figura 1 amósase a semellanza entre as distribucións etáreas dos tumores incidentes en 2016 e dos incidentes en 2015.

*Base máis válida para o diagnóstico.* Practicamente o 99% dos tumores (1.797) diagnosticáronse por unha histoloxía de tumor primario, dous por citoloxía e 11 por histoloxía de metástase, que corresponden, estes últimos, a tumores nos que non se identificou a localización primaria na mama e se achou nun nódulo linfático positivo. Os seis tumores restantes diagnosticáronse só en base á investigación clínica, feito posible debido a que se produciu o falecemento antes de rematar o proceso diagnóstico ou a que a doente considerou que polo seu estado non pagaba a pena continuar co dito proceso. De feito, ocorreron en mulleres cunha unha idade media de 84'5 anos (mediana de 85; idade mínima de 75 e máxima de 92).

son de declaración obrigatoria urgente ao SAEG todos os casos de enfermidade con:  
Febre > 38º C, exantema máculo-papular e: tose ou rinite ou conxuntivite.

Figura 1. Número e porcentaxe de tumores primarios malignos da mama feminina incidentes en 2016 e só a porcentaxe dos incidentes en 2015, por grupo de idade. Galicia.



**Histoloxía.** Houbo 28 diagnósticos histolóxicos distintos, dos que o máis frecuente (77%) foi o carcinoma ductal infiltrante SAI (ie, sen outra indicación), seguido do carcinoma lobular SAI (10%). Só sete tumores teñen a histoloxía máis inespecífica (“neoplasia maligna”), dos que seis corresponden aos tumores con investigación clínica como BMVD.

**Estadio.** Non se puido coñecer o estadio do 14% dos tumores, especialmente cando a muller tiña máis de 71 anos de idade (30%). Nos tumores nos que se coñeceu o estadio, o 40% estaban no estadio I, o 40% no estadio II, o 15% no estadio III e o 6% restante no estadio IV. A Táboa 2 amosa a distribución do estadio en 2016 máis polo miúdo, que é moi semellante á de 2015<sup>4</sup>.

A distribución do estadio varía por idade, como se pode ver na Figura 2. Tomando como referencia os tumores diagnosticados en mulleres de 49 a 71 anos, nos das de menos de 49 foi menos frecuente o estadio I (31 vs 50%), e máis frecuente o estadio II (46 vs 35%); mentres que, nos diagnosticados en mulleres de máis de 71 anos, foi aínda menos frecuente o estadio I (25%), e máis frecuentes o resto de estadios: II (44%), III (20 vs 11%) e IV (11 vs 3%).

Cando se categorizan os tumores pola EOXI á que pertence o concello no que residía a muller no momento do diagnóstico, as distribucións de estadios por EOXI son moi semellantes, especialmente nas provincias do sur de Galicia (ver a Figura 3).

En concreto, a mediana da distribución fica no estadio 2A en todas as EOXI, e o percentil 75 no 2B en todas agás na de Lugo (ata o estadio 2B acumúlanse o 74% dos tumores).

**Extensión.** Non se puido coñecer a extensión no 14% dos tumores e, como ocorre co estadio, a ausencia de información é maior nos tumores das mulleres de máis de 71 anos (32%). Entre os que se coñeceu a extensión, os máis frecuentes foron os tumores locais, que supuxeron o 53%, por riba dos que tiñan extensión rexional (41%) e moi lonxe dos que a tiñan a distancia, que só supoñen o 6%. Na Figura 2 vese que, con esta clasificación, as diferenzas por grupo de idade son menos marcadas que co estadio.

**Subtipo molecular.** Non se puido coñecer o subtipo molecular de 172 tumores (9%), e esta ausencia medra coa idade da muller do 7% nas de menos de 49 anos, ata o 13% nas de máis de 71. Os subtipos máis frecuentes foron luminal B HER2 negativo, que deu conta do 43% dos tumores con subtipo coñecido, e o luminal A, que deu conta do 31%. Do resto, luminal B HER2 positivo apenas chega ao 11% e o triplo negativo ao 10%, mentres HER2 supón un 5%.

Táboa 2: Número de tumores primarios malignos da mama feminina polo seu estadio, xunto á porcentaxe sobre todos os tumores (T%) e sobre os tumores con estadio coñecido (E%), en 2016

ESTADIO	N	T%	E%
I A	529	29'1	33'8
I B	96	5'3	6'1
II A	392	21'6	25'0
II B	228	12'6	14'6
III A	134	7'4	8'6
III B	33	1'8	2'1
III C	47	2'6	3'0
III SAI	17	0'9	1'1
IV	91	5'0	5'8
Descoñecido	249	13'7	
<b>TOTAL</b>	<b>1.816</b>	<b>100</b>	

son de declaración obrigatoria urxente ao SAEG todos os casos de enfermidade con:  
Febre > 38º C, exantema máculo-papular e: tose ou rinite ou conxuntivite.

Ora ben, esta distribución varía coa idade (Figura 4), de tal xeito que as de menos de 49 anos teñen unha frecuencia relativamente menor de luminal A (18%) e maior de luminal B HER2 positivo (16%) e de triplo negativo (13%), mentres que as de 49-71 anos teñen relativamente menos luminal B HER2 negativo (39%), e as de máis de 71 menos luminal B HER2 positivo (8%).

Polo demais, o feito de que o 78% dos tumores dos que se coñece o subtipo molecular fosen tratados con hormonoterapia e que aqueles dos que non se coñece o subtipo o fosen nun 66% dos casos suxire que, entre estes últimos, están sobre representados os subtipos HER2 e triplo negativo.

Figura 2. Frecuencia relativa (en %) dos estadios (I a IV) dos tumores primarios malignos da mama feminina e da súa extensión (L=Localizado, R=Rexional, D=A distancia) por grupos de idade. Galicia, 2016.

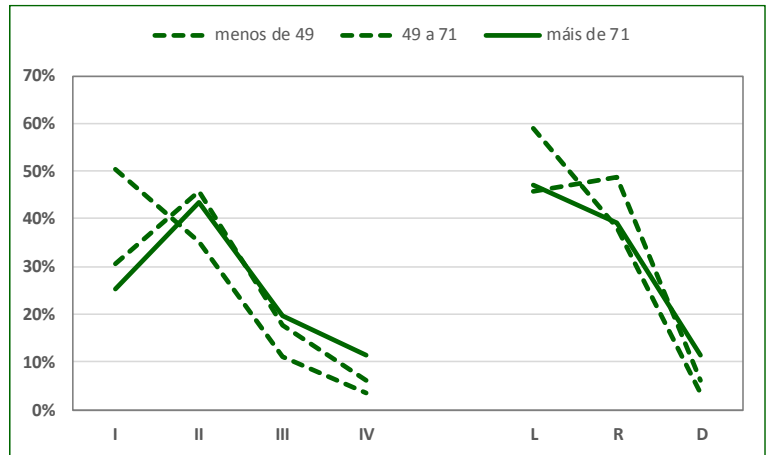


Figura 3. Frecuencia acumulada (en %) por estadio (I a IV) dos tumores primarios malignos da mama feminina por EOXI. Galicia, 2016.

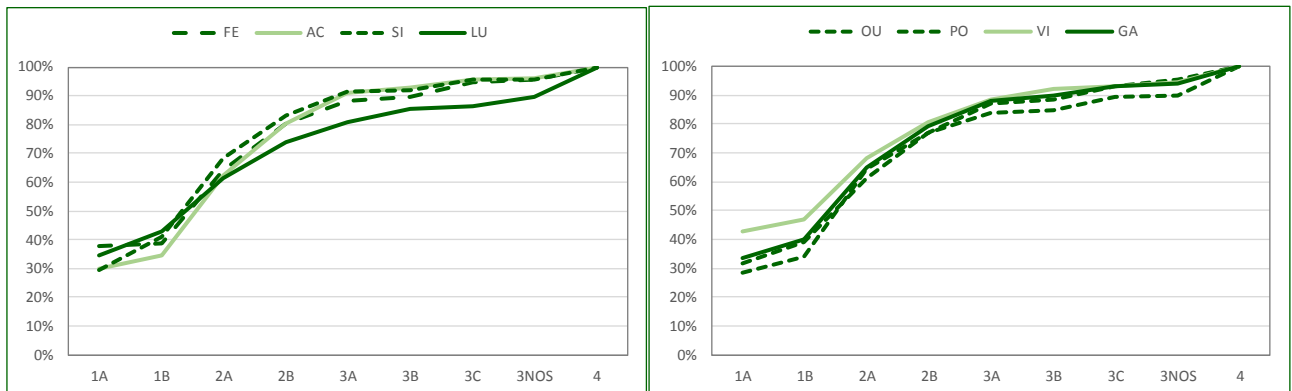
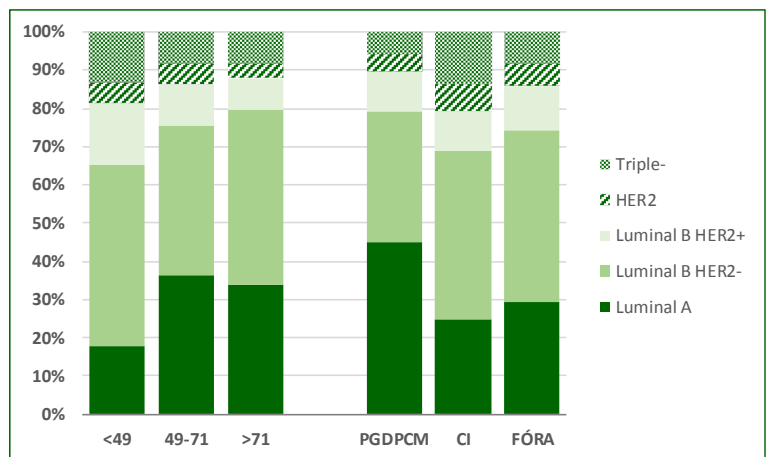


Figura 4. Frecuencia (en %) por idade e, nas de 49 a 71 anos, polo método de detección (CI=cancro de intervalo, FÓRA=sen relación co PGDPCM), dos subtipos moleculares dos tumores primarios malignos da mama feminina. Galicia, 2016.



son de declaración obrigatoria urxente ao SAEG todos os casos de enfermidade con:  
Febre > 38º C, exantema máculo-papular e: tose ou rinite ou conxuntivite.

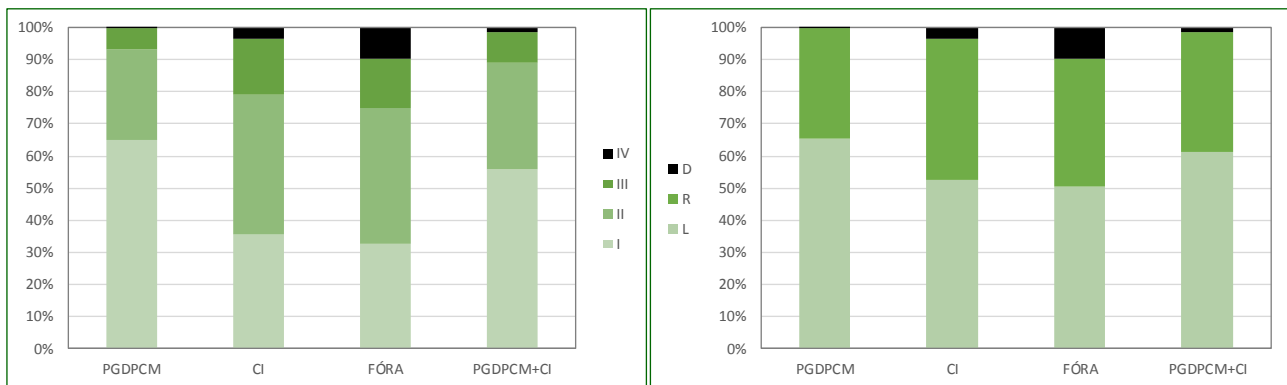
**Método de detección.** Aínda que nesta epígrafe a análise está restrinxida aos 899 tumores ocorridos en mulleres 49 a 71 anos, que son as de referencia do PGDPCM, compre salientar que de todos os tumores primarios malignos da mama feminina diagnosticados en Galicia en 2016, os diagnosticados polo PGDPCM supoñen o 25%, e que a porcentaxe medra ata o 36% de se engadir os cancros de intervalo, que implican que a muller participou no programa menos de dous anos antes do diagnóstico.

Nas mulleres de 49 a 71 anos, o 51% dos tumores foron diagnosticados como resultado da participación no programa, o 23 % foron cancros de intervalo e o 26% restante foron diagnosticados sen relación co programa. Deste xeito, o 74% dos tumores acaecidos en mulleres deste grupo de idade están relacionados dalgún xeito co PGDPCM.

Hai unha clara asociación entre o método de detección e o estadio ou a extensión do tumor e, polo tanto, o seu pronóstico. Como se observa na Figura 5, os tumores detectados polo PGDPCM tenden a estar en estadios inferiores (só o 7% por riba do II) e ter menor extensión (só o 0'2% con extensión a distancia) que os cancros de intervalo (21 e 4%, respectivamente) e que os detectados fóra do programa (25 e 10%). De agregar os tumores detectados polo PGDPCM e os cancros de intervalo, obsérvase que tanto en estadio (11%) como en extensión (1%) os valores son mellores que os dos identificados fóra do programa.

No que atinxe ao grao de diferenciación histolóxica, os cancros de intervalo diferéncianse dos diagnosticados polo PGDPCM e dos diagnosticados fóra del pola maior frecuencia de tumores de grao III (34 vs 17 e 25%, respectivamente) e pola menor dos de grao I (17 vs 35 e 20%). E hai, tamén, variación polo subtipo molecular (Figura 4), xa que nos tumores diagnosticados polo PGDPCM hai un exceso relativo do luminal A (45 vs 25% nas mulleres con cancro de intervalo e 27% nas diagnosticadas fóra do programa) a expensas, fundamentalmente, de luminal HER2 negativo (34 vs 45 e 46%, respectivamente) e do triplo negativo (6 vs 14 e 10%, respectivamente).

**Figura 5. Frecuencia relativa (en %) dos diferentes estadios (I a IV) dos tumores malignos primarios da mama feminina e da súa extensión (L=Localizado, R=Regional, D=Distante) polo método de detección (CI=cancro de intervalo, FÓRA=sen relación co PGDPCM). Galicia, 2016.**



**Antecedentes familiares de cancro de mama.** Das 1.782 mulleres ás que lles diagnosticaron un tumor maligno de mama en 2016, 192 tiñan antecedentes familiares de cancro de mama, o que supón o 14% das mulleres das que se coñece esta información, que falta no 14% dos casos; porcentaxe esta que ascende ao 65% nas de máis de 71 anos de idade, que son, ademais, nas que son máis frecuentes os antecedentes familiares (25%). Noutras idades esta porcentaxe baixa ao 12% nas de 49 a 71 e ao 11% nas de menos de 49 anos.

**Antecedentes de cancro de mama, mortalidade e letalidade.** Das 1.782 mulleres ás que se lles diagnosticou un tumor primario maligno de mama en 2016, a 66 (3'7%) xa lle diagnosticaran antes un tumor na mama contralateral. Por outra banda, das 1.782 mulleres diagnosticadas en 2016, 108 (6'1%) faleceron: tiñan unha idade media de 77'1 anos e oito xa foran diagnosticadas de cancro de mama con anterioridade.

Das 108 mulleres que faleceron, 73 (68%), entre as que se atopaban catro con cancro de mama previo, tiñan, no certificado de defunción, o cancro de mama como causa fundamental da morte, que acaeceu canto tiñan, en media, 75'4 anos de idade. Excluídas as catro mulleres cun cancro de mama previo e as 34

son de declaración obrigatoria urxente ao SAEG todos os casos de enfermidade con:  
Febre > 38º C, exantema máculo-papular e: tose ou rinite ou conxuntivite.

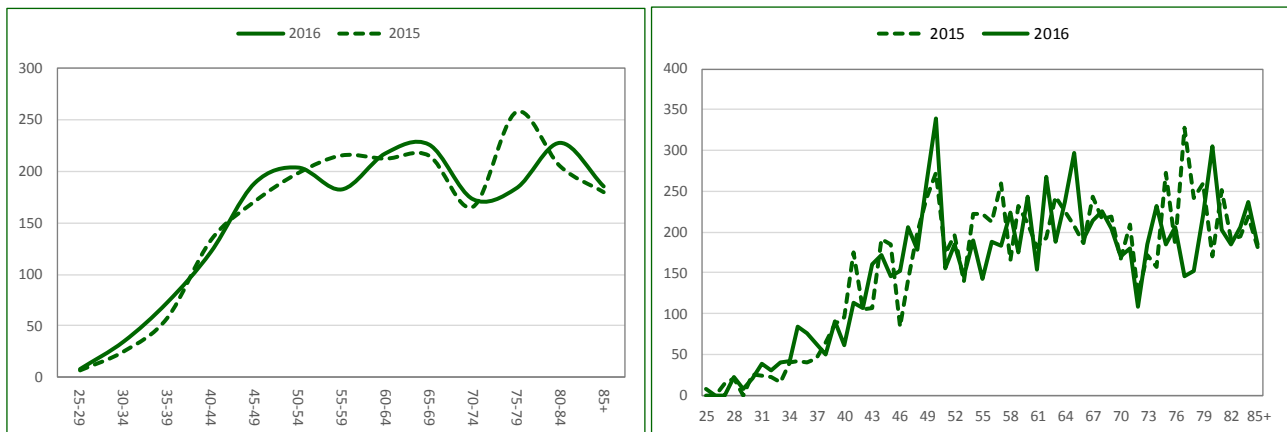
ás que lle diagnosticaron un segundo tumor primario maligno de mama en 2016, nas 67 mulleres restantes observouse que a letalidade medraba co estadio, do 0'2% do estadio I ao 33'3% do estadio IV; e, tamén, que variaba co subtipo molecular, do 1'1% do luminal A ao 6'8% do HER2 ou ao 7'9% do triplo negativo: e, co grao, do 1'1% do grao I ao 6'2% do grao III.

*Taxa de incidencia de cancro de mama en Galicia durante 2016.* Os datos de incidencia que se amosan deseguido fan referencia ás 1.782 mulleres residentes en Galicia ás que se lles diagnosticou un tumor primario maligno de mama en 2016, con independencia de que xa lle diagnosticaran outro anos antes. Tendo isto en conta, a taxa de incidencia de cancro de mama en Galicia durante 2016 foi de 126 c/10<sup>5</sup>m (107 cando a taxa calcúlase axustada á poboación estándar europea), ou 156 c/10<sup>5</sup>m de 25 ou máis anos de idade (taxa axustada=148).

A taxa de incidencia por grupo de idade en 2016 medra rapidamente a partir do grupo de 25 a 29 anos ata acadar os 200 c/10<sup>5</sup>m no de 50 a 54, para despois oscilar arredor dese valor, cunha tendencia lixeiramente ascendente e unha oscilación máis marcada da que se observara en 2015, como se pode mirar na Figura 6. Nela pódese mirar tamén que, cando en lugar de grupos de idade se empregan idades simples, a panorámica muda notablemente a partir dos 49 anos, idade na que as mulleres comezan a participar no PGDPCM.

En efecto, a esa idade e aos 50 anos obsérvase un aumento de incidencia moi notable, con taxas en 2016 de 257 e 334 c/10<sup>5</sup>m, respectivamente, asociado á primeira participación no programa (efecto prevalencia). Posteriormente, as taxas sitúanse en valores próximos aos de antes dos 49 anos e despois inician un ascenso paulatino –no que tamén parece notarse o efecto do PGDPCM nos ciclos bianuais–, que da paso a un importante descenso a partir de finais da sétima década de vida coincidindo coa saída do PGDPCM e cun descenso da incidencia nos tumores que no momento do diagnóstico tiñan unha extensión local (datos non mostrados), para na segunda parte da seguinte década volver a medrar, coincidindo neste caso co momento de maior incidencia de tumores con extensión a distancia (datos non mostrados).

*Figura 6. Taxa de incidencia (c/10<sup>5</sup>m) de tumores primarios malignos de mama por grupo de idade da muller (esquerda) e por idades simples (dereita), en Galicia durante 2015 e 2016.*



Practicamente non hai diferenza nas taxas de incidencia de cancro de mama das distintas EOXI, agás quizais coa de Ferrol (Táboa 3): Tomando como referencia as taxas axustadas, a respecto da EOXI con menor taxa de incidencia, Lugo, a de Ferrol foi 1'39 veces máis elevada, mentres a segunda máis elevada, a de Pontevedra, xa foi só 1'24 veces maior que a de Lugo. Ademais, as taxas de 2016 son moi semellantes ás de 2015 en todas as EOXI<sup>4</sup>.

Por outra banda, como se mira na Figura 7, as diferenzas son maiores cando se emprega a comarca á que pertence o concello de residencia da muller en lugar da EOXI, mais hai que ter presente a inestabilidade das taxas en certas comarcas debida ao tamaño da súa poboación. De feito, obsérvanse numerosas diferenzas cando se comparan as taxas de incidencia comarcais de 2016 coas de 2015<sup>4</sup>.





son de declaración obrigatoria urxente ao SAEG todos os casos de enfermidade con:  
Febre > 38º C, exantema máculo-papular e: tose ou rinite ou conxuntivite.

Táboa 4. Probabilidade (%) que que a una muller residente en Galicia lle diagnostiquen un tumor primario maligno da mama durante un intervalo de idade coa condición de estar vivo e o diagnóstico ao inicio do intervalo. Galicia, 2016.

Desde ...	Ata os...		
	50 anos	70 anos	Sen límite
O nacemento	2'0	5'9	9'5
Os 25 anos	2'0	5'9	9'5
Os 50 anos		4'1	7'8
Os 70 anos			4'1

**Tumor in situ (Tis) de mama feminina.** En 2016 en Galicia diagnosticáronse polo menos 173 tumores in situ de mama feminina. Ocorreron en 172 mulleres, das que ao longo de 2016 en sete identificouse tamén un tumor primario maligno na mama contralateral e nunha outro Tis. A idade media ao diagnóstico do tumor in situ foi 59'4 (dt=12'0) anos, coa mínima en 33 e a máxima en 96. Mirado doutro xeito, o 70% dos tumores identificáronse en mulleres de 49 a 71 anos, o 18% en mulleres de menos de 49 anos e o 12% en mulleres de máis de 71. Na Figura 10 amósase a distribución etárea máis polo miúdo.

**Histoloxía.** Houbo 10 diagnósticos histolóxicos distintos, dos que o máis frecuente (80%) foi o carcinoma ductal in situ, seguido do carcinoma lobular in situ (10%). Ocorreron máis Tis na mama esquerda (99) que na dereita (74).

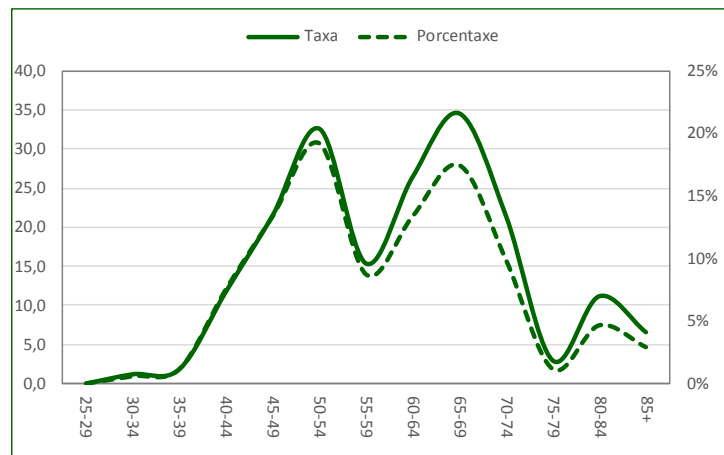
**Grao nuclear.** Rexistrouse o grao nuclear de 72 (42%) Tis, fundamentalmente en mulleres de 49 a 71 anos de idade (52%), xa que nos outros grupos de idade non se acadou o 20%. Daqueles nos que se coñece o grao nuclear, o máis frecuente é o grao III (diferenciación alta), que supón o 63%, seguido do grao II (diferenciación media) cun 21% e do grao I (diferenciación baixa) cun 17%.

**Método de detección.** Dos 121 Tis ocorridos en mulleres de 49 a 71 anos, que son as de referencia do PGDPCM, 77 (64%) foron diagnosticados polo PGDPCM e 12 (10%) máis antes de que pasasen dous anos da última participación no programa. Entre ambos supoñen o 74% de todos os Tis da mama feminina diagnosticados en Galicia en 2016.

**Antecedentes familiares de cancro de mama.** Dispónse de información sobre estes antecedentes no 75% das mulleres con Tis, e estaban presentes en 22, entre as que fica unha muller á que na outra mama lle diagnosticaron un cancro de mama en 2016, e ausentes en 108.

Figura 8. Taxa de incidencia (c/10<sup>5</sup>m) e distribución dos Tis (%) por grupo de idade da muller.

Galicia, casos incidentes en 2016.



*Antecedentes de cancro de mama e mortalidade.* Das 172 mulleres ás que lle diagnosticaron un Tis de mama en 2016, a 11 xa lle diagnosticaran antes un tumor na mama contralateral e, como xa se comentou, a outras sete diagnosticáronllo en 2016. Das 172 mulleres diagnosticadas de Tis en 2016, dúas faleceron, unha delas polo cancro de mama que tamén padecía.

*Taxa de incidencia de Tis de mama en Galicia durante 2016.* Os datos de incidencia que se amosan deseguido fan referencia ás 172 mulleres residentes en Galicia ás que se lles diagnosticou un Tis de mama en 2016, con independencia de que xa lle diagnosticaran outro anos antes. Tendo isto en conta, a taxa de incidencia de Tis de mama en Galicia durante 2016 foi de 12 c/10<sup>5</sup>m (11 cando a taxa calcúlase axustada á poboación estándar europea), ou 15 c/10<sup>5</sup>m de 25 ou máis anos de idade (taxa axustada=15). Estas catro taxas son iguais ás de 2015<sup>4</sup>.

Como se mira na Figura 8, e como ocorrera en 2015<sup>4</sup> a taxa de incidencia de Tis específica por idade, que ten unha distribución bimodal cos cumios nos grupos de 50-54 e 65-69 anos, é moi superior nas idades que son obxecto do PGDPCM, 49 a 71 anos, que no resto de idades.

Polo demais, hai certa diferenza nas taxas de incidencia de Tis das distintas EOXI (Táboa 5): tomando como referencia as taxas axustadas, a respecto da EOXI con menor taxa de incidencia, Lugo, a de Vigo foi 2'62 veces máis elevada, mentres a segunda máis elevada, a de Ourense, foino 2'29 veces. Do mesmo xeito, nalgunhas EOXI, especialmente nas menos poboadas, hai certa diferenza entre as taxas de incidencia de 2015 e 2016.

Táboa 5. Taxa de incidencia (c/10<sup>5</sup>m) bruta e axustada á poboación europea de Tis de mama en 2016 polos concellos de residencia das mulleres agrupados en cadansúa EOXI, no conxunto das mulleres e nas mulleres de 25 ou máis anos de idade.

idade	Taxa	EOXI							GA
		FE	SI	AC	LU	PO	VI	OU	
todas	Bruta	16	10	10	7	11	13	18	12
	Axustada	14	9	10	6	10	12	16	11
25 anos ou máis	Bruta	19	12	13	8	13	17	22	15
	Axustada	19	12	13	8	13	17	22	15

**Tumores de mama en homes.** Dezanove dos tumores (0'9%) identificáronse en homes, dos que todos excepto dous eran tumores primarios malignos. Todos tiñan como BMVD a histoloxía de tumor primario, e todos, excepto dous, eran carcinomas ductais infiltrantes. A media de idade foi de 71 anos cun mínimo de 49 e un máximo 88 anos. Ningún deles foi bilateral, e polo menos catro tiñan antecedentes familiares de cancro de mama e 11 non. A incidencia de cancro de mama en homes durante 2016, 1'30 c/10<sup>5</sup>h, é moi semellante á de 2015 (0'99 c/10<sup>5</sup>h).

## COMENTARIO

Este informe sobre os tumores de mama diagnosticados durante 2016 en residentes en Galicia é o segundo elaborado con datos do REGAT, e por isto, ten unha limitación relacionada coa capacidade de REGAT para identificar tumores, que se limita aos que teñen un diagnóstico anatomopatolóxico realizado no Sergas ou a un ingreso relacionado co tumor nun hospital do Sergas ou con cargo ao SNS. Deste xeito, non se poden identificar os tumores que ocorren en residentes en Galicia nos que non concorre ningunha destas dúas circunstancias, ben porque se diagnosticaron e trataron na sanidade privada de Galicia ou porque o fixeron fóra de Galicia.

Esta limitación afecta necesariamente á taxa de incidencia, que está subestimada nunha magnitude que é difícil de aproximar porque non hai datos sobre os diagnósticos e tratamentos realizados fóra do Sergas, mais podería afectar tamén a outras variables analizadas se a probabilidade de ter un diagnóstico ou un ingreso por un tumor de mama no Sergas varía ao longo das súas categorías. Por exemplo, segundo recolleu a enquisa do SICRI realizada en 2015<sup>11</sup>, o 18% (IC<sub>95%</sub>: 15-21%) das mulleres que por motivos de

saúde consultaron cun médico especialista nas 4 semanas previas á entrevista, fixérono na sanidade privada, mais esta porcentaxe mingua coa idade do 24% (IC<sub>95%</sub>: 15-21%) nas de 25 a 44 anos ao 10% (IC<sub>95%</sub>: 6-13%) nas de 65 ou máis.

Con estes datos terían máis posibilidades de non ser identificados por REGAT os tumores que ocorren nas mulleres canto máis novas sexan, mais esta afirmación perde certeza por dous motivos. En primeiro lugar, o uso da sanidade privada para diagnóstico e tratamento pode variar coa gravidade da enfermidade –un tumor de mama é potencialmente grave– e as características dos tratamentos, feitos que non pretendía coñecer a enquisa do SICRI. Neste senso, en 2017 nos hospitais privados de Galicia ocorreron o 19% das altas e o 10% das estadias rexistradas polo CMBD de Galicia<sup>12</sup>.

En segundo lugar, o PGDPCM invita a participar a todas as mulleres de entre 49 e 71 anos de idade que residen en Galicia, sen atender a quen financie a súa atención sanitaria, e esta participación gratuítas abrangue ata a confirmación diagnóstica, que implica un rexistro nun servizo de APA do Sergas e, polo tanto, que o tumor pode ser identificado por REGAT. Deste xeito, non é doado nin estimar a magnitude dos tumores que REGAT non puido identificar nin aventurar a súa distribución etárea e o impacto –previsiblemente reducido– na distribución de variables asociadas como o estadio.

No que atinxe ás variables, en xeral acadouse unha moi elevada compleción de datos. Con todo, compre comentar, pola súa relevancia e malia a mellora de sete puntos porcentuais a respecto de 2015<sup>4</sup>, que a ausencia de datos do estadio do tumor no momento do diagnóstico (14%, que medra ao 30% nas mulleres de máis de 71 anos), débese a que se pode recoller a información das categorías da TNM clínica ou patolóxica só cando veñen detalladas como tal no curso clínico. Ademais, semella que a ausencia de datos non é homoxénea ao longo dos estadios, como suxire o feito de que a ausencia sexa maior no grupo de maior idade, que ten unha prevalencia de estadio IV máis elevada que os outros dous grupos, e que os tumores nos que non se coñece o estadio a prevalencia de cirurxía como primeiro tratamento sexa moito menor que no conxunto de tumores (datos non mostrados), que apunta tamén a unha maior prevalencia de estadios avanzados nos tumores nos que non se coñece o estadio.

A respecto de 2015 incorporouse información sobre os antecedentes familiares de cancro de mama, malia que non se dispuxese deste dato no 21% dos homes e das mulleres con tumores malignos e no 25% das mulleres con Tis, e incorporouse tamén información sobre o subtipo molecular do 91% dos tumores primarios malignos da mama feminina e sobre o grao nuclear do 42% dos Tis da mama feminina, e se recolleu información sobre os xenes BRCA1 e BRCA2, que non se incorporou a este informe porque só se puido conseguir información do 4 e do 3% das mulleres, respectivamente, e do 5% dos homes.

En 2016 en Galicia diagnosticáronse polo menos 2.009 tumores de mama en 1.967 pacientes residentes en Galicia, dos que a inmensa maioría eran tumores primarios malignos da mama feminina: 1.816 (90%) tumores en 1.782 (91%) pacientes, que supoñen unha taxa bruta de incidencia de 126 c/10<sup>5</sup>m, e unha taxa axustada á poboación europea de 107 c/10<sup>5</sup>m, que son practicamente as mesmas que en 2015<sup>4</sup>. Esta incidencia axustada fica entre a de Euskadi (99 c/10<sup>5</sup>m, en 2013)<sup>10</sup> e a de Cataluña (115 c/10<sup>5</sup>m, en 2012)<sup>11</sup>, e sáese por riba do intervalo de predición da incidencia estimada para España en 2015 (88, IC<sub>95%</sub>: 76-102 c/10<sup>5</sup>m)<sup>12</sup>, aínda que isto pode ter que ver co feito de que as estimacións se fixeron cos datos de incidencia ata 2007.

A incidencia de tumores primarios malignos da mama feminina medra de xeito continuo coa idade, agás un descenso a finais da sétima e principios da oitava décadas da vida, previsiblemente debido ao efecto do PGDPCM, que tamén se observa noutros lugares con programas poboacionais de cribado semellantes en historia e características<sup>10-11</sup>. De feito, a relevancia que teñen estes programas de cribado de cancro de mama nos valores de incidencia, aconsellou que neste informe a incidencia se comparase só coa proporcionada polos rexistros de cancro integrados na REDECAN<sup>13</sup>, e só dos que teñen datos publicados dos últimos anos<sup>10-11</sup>.

En concreto, en 2106 o PGDPCM propiciou o diagnóstico do 25% dos cancros de mama feminina, e o 51% nas mulleres coa idade que é obxecto do programa. Se a estes se lles engaden os cancros de intervalo, as cifras medran ata o 36 e o 74%, respectivamente. Neste intre compre salientar que REGAT non distingue

entre cancro de intervalo propiamente dito e falso negativo da interpretación da mamografía, e que o que se cualifica como tumor diagnosticado fóra do programa non equivale a ausencia de cribado, xa que certas mulleres poden seguir programas de cribado oportunista que mesmo poden seguir unha sistemática semellante á proposta polo PGDPCM.

Ademais, como é de esperar, as mulleres diagnosticadas polo PGDPCM fórono en estadios máis baixos (e menor extensión) e con diferente distribución do subtipo molecular, que as que non foron diagnosticadas por el, feito que en parte explica o diferente comportamento do estadio (e da extensión) e do subtipo molecular ao diagnóstico nos tres grupos de idade considerados. Do mesmo xeito, cando se trata do Tis, o PGDPCM está relacionado co 74% dos diagnósticos.

Polo demais, ao dividir o territorio nas EOXI ás que pertencen os concellos nos que residía a muller no momento do diagnóstico, non se observan grandes diferenzas entre elas nin na incidencia de cancro de mama, nin na distribución dos estadios ao diagnóstico, e si certas diferenzas na incidencia de Tis, debidas probablemente ao pequeno número de casos.

Pola súa banda, a probabilidade que ten unha muller que reside en Galicia de que lle diagnostiquen un cancro de mama ao longo da súa vida, estimada cos datos de incidencia de 2016 é do 9'3%, semellante á estimada cos datos de 2015 e lixeiramente superior á estimada para as mesmas mulleres cos datos de incidencia da última década do século XX proporcionados por tres rexistros da REDECAN, que variaba entre 7'2 e 8'3% segundo se empregasen os datos dun ou doutro rexistro<sup>14</sup>.

Para rematar, compre salientar que a panorama que ofrecen os datos de 2016 tratados neste informe é a mesma que ofrecían os datos de 2015, con algunhas excepcións, como as distribucións das taxas de incidencia de tumores primarios malignos da mama feminina por comarcas ou as das taxas de incidencia de Tis da mama feminina por EOXI, asociadas previsiblemente á variabilidade que impoñen os números pequenos.

## Bibliografía

- <sup>1</sup> DXSP. Sistema de información sobre mortalidade por cancro de Galicia (SIMCA). Cancro de mama. [\[Ligazón\]](#)
- <sup>2</sup> DXSP. Datos básicos de mortalidade. Mortalidade polas principais causas. [\[Ligazón\]](#)
- <sup>3</sup> DXSP. Supervivencia das mulleres diagnosticadas polo Programa galego de detección precoz do cancro de mama (PGDPCM). período 1993-2009. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia* 2013; vol. XXV, nº 6.
- <sup>4</sup> DXSP. Incidencia de cancro de mama en Galicia no ano 2015. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia* 2017; vol. XXIX, nº 1.
- <sup>5</sup> IARC/IACR: [Ligazón](#)
- <sup>6</sup> ENCR: [Ligazón](#)
- <sup>7</sup> AJCC Cancer Staging Manual. Edge S et al (Eds). 7th ed. 2010.
- <sup>8</sup> National Cancer Institute Surveillance, Epidemiology, and End Results Program. Statistical. Glossary of Statistical Terms [\[Ligazón\]](#)
- <sup>9</sup> Cho N. Molecular subtypes and imaging phenotypes of breast cancer. *Ultrasonography* 2016; 35: 281-8.
- <sup>10</sup> National Cancer Institute Surveillance, Epidemiology, and End Results Program. Statistical. [\[Ligazón\]](#)
- <sup>11</sup> DXSP. Enquisa 2015. Sistema de información sobre condutas de risco para á saúde (SICRI). [\[Ligazón\]](#)
- <sup>12</sup> Datos proporcionados pola Subdirección xeral de Avaliación asistencial e Garantías.
- <sup>13</sup> Gobierno vasco. Incidencia del cáncer en la comunidad autónoma de Euskadi, 2013. [\[Ligazón\]](#)
- <sup>14</sup> Departament de Salut. El Càncer a Catalunya. Monografía 2016. [\[Ligazón\]](#)
- <sup>15</sup> Galceran J et al. Cancer incidence in Spain, 2015. *Clin Transl Oncol* 2017; doi: 10.1007/s12094-016-1607-9.
- <sup>16</sup> REDECAN: Red española de registros de cáncer. [\[Ligazón\]](#)
- <sup>17</sup> DXSP. Estimación da probabilidade de desenvolver ou morrer por cancro de mama en Galicia. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia* 2005; vol. XVII, nº 5.