

11235

Ces.
2



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado

**CANCER MAMARIO: CRITERIO DE ESTUDIO Y
TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE ONCOLOGIA
DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO S. S. A.**

T E S I S

Para obtener el título de:
ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA

Presentada por:

Dr. Gustavo Adolfo Marquez Madrid

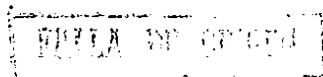
Director de Tesis: **DR. RODOLFO DIAZ PERCHES**

Asesores: **DR. HERNANDO MIRANDA HERNANDEZ**

DR. RICARDO OLPER PALACCI

DR. MAURICIO HERNANDEZ

México, D. F., Abril de 1982





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.

C A N C E R M A M A R I O

CRITERIO DE ESTUDIO Y TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE ONCOLOGIA - HOSPITAL GENERAL DE MEXICO S. S. A.

INTRODUCCION :

En los Países Sajones, el cáncer de mama es el más frecuente 26% (4) (5) (6) (7) (32) en la mujer y, que en nuestro medio hay una frecuencia mayor de la que se cree y que por desgracia no se ha desarrollado la comunicación entre el médico general y el especialista oncólogo. Además también ocurre que la enferma pasa con el ginecólogo sin que se le examinen las glándulas mamarias, lo que repercute en un diagnóstico tardío y, hay que hacer conciencia en el gremio médico, acerca de la importancia que tiene para la vida de la enferma el realizar diagnósticos oportunos.

Desde el principio de la medicina, la sociedad lucha para obtener la cura del cáncer; en la actualidad se reportan alrededor de 41% de curaciones para esta enfermedad y, si se toma en cuenta que la mejoría en resultados se ha logrado en los últimos 100 años (34), se puede observar que se obtiene un 1% de ganancia cada dos y medio años.

Si estos últimos 100 años, se graficaran señalando la mejoría de resultados, se observaría que el incremento importante en curaciones, se ha obtenido en los últimos 50 años. Esta tendencia a mejorar los resultados de cura -

ción, se debe a la realización de diagnósticos más oportunos y de tratamientos más adecuados.

Se debe recordar que en 1.913 Ewing (12) comentó: Que la disminución en la mortalidad por cáncer se obtendría, cuando se conociera mejor y se eliminaran los factores cancerígenos, cuando se diagnosticara la enfermedad más oportunamente, cuando se conociera mejor el avance de la enfermedad y cuando se aplicaran las medidas terapéuticas adecuadas. De todos estos factores se puede asegurar que, por lo menos para algunos de los cánceres más frecuentes, se han desarrollado las técnicas para el diagnóstico oportuno y tratamientos más adecuados.

En la unidad de Oncología del Hospital General de México S.S.A., en la revisión de la casuística de los años 1.970 - 75, el cáncer mamario representó el 5.5% del total de enfermas estudiadas y si se anexaran el número de enfermas con tumores benignos de la mama, este porcentaje aumentaría a más del doble. Ante esta perspectiva, se pensó que es importante revisar la casuística de la citada Unidad y obtener los siguientes :

OBJETIVOS:

1. Determinar la posible influencia de la edad, de la menarca, del inicio de la vida sexual activa, de la paridad, de la lactancia, de la menopausia e historia familiar de cáncer mamario.
2. Tratar de determinar el pronóstico del cáncer mamario en función de:

Sitio:

- a) Etapa clínica en relación al sitio.
- b) Diagnóstico histopatológico en relación al sitio.
- c) Tratamiento empleado en relación al sitio.

Etapa Clínica:

- a) Tipo de tratamiento empleado en relación a la etapa clínica.
- b) Radioterapia en las diversas etapas clínicas.
- c) Variantes histopatológicas en relación a la etapa clínica.

Diagnóstico Histopatológico:

- a) Frecuencia de Tipos Histológicos.
- b) Relación de etapa clínica con el Tipo Histológico.

Edad:

- a) Tipos Histológicos de acuerdo con la edad.
- b) Tiempo de evolución del padecimiento de acuerdo con la edad.
- c) Etapa Clínica en función de la edad.

Pronóstico:

- a) Pronóstico en relación al Sitio
- b) Pronóstico en relación a la etapa clínica.
- c) Pronóstico en relación al Tipo Histológico
- d) Pronóstico en relación con la edad.

MATERIAL Y METODOS:

Para el presente trabajo se han revisado 15.015 expedientes de la Unidad de Oncología, vistos en el período comprendido entre Enero de 1.970 y Diciembre de 1.975, en ellos se encontraron 828 Cánceres mamarios, de los cuales solo se han incluido 409, por contar con diagnóstico histológico (citología y biopsias) y que no recibieron tratamiento fuera de la Unidad. Se excluyeron 419 restantes, bien sea porque no tenían diagnóstico histológico, o porque recibieron alguna modalidad de tratamiento fuera del servicio.

A pesar de que internacionalmente se acepta que, en cáncer mamario los reportes de curabilidad deben hacerse a 10 años, debido a que en el período de los 5-10 años hay un alto porcentaje de fracasos terapéuticos o recaídas tumorales; en éste análisis, se decidió hacer la valoración de los casos observados hasta 1.975 con el fin de poder contar con un período de observación mínimo de 5 años, pues se está conciente de que en nuestro medio, resulta difícil, si no imposible, el obtener un seguimiento por períodos prolongados.

Los 409 casos fueron tabulados de acuerdo con las indicaciones del Dr. Mauricio Hernández del IIMAS (Instituto de Investigaciones y Matemáticas Aplicadas y Sistemas) de la UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México) para que los datos fueran procesados en una computadora Bourrows 6-800 y fueron analizados con los paquetes SPSS.

El retraso desde la aparición del primer síntoma hasta la primera consulta, fué de 13.5 meses con una mínima de 0 y

una máxima de 180 meses.

A N A L I S I S :

Edad:

En este grupo de pacientes estudiadas, la de menor edad fué de 22 años y la mayor de 90 años, con una media de 52 años. (Ver gráfica 1).

En la gráfica de agrupación de edades por décadas se aprecia que la mayor frecuencia se presenta en la quinta y sexta décadas de la vida.

Es necesario recalcar el hecho de que este dato es diferente al de la tasa de frecuencia por edad, ya que si se consideraran 100.000 mujeres en la séptima década, seguramente se encontraría mayor frecuencia de cáncer mamario en este último grupo.

Menarca:

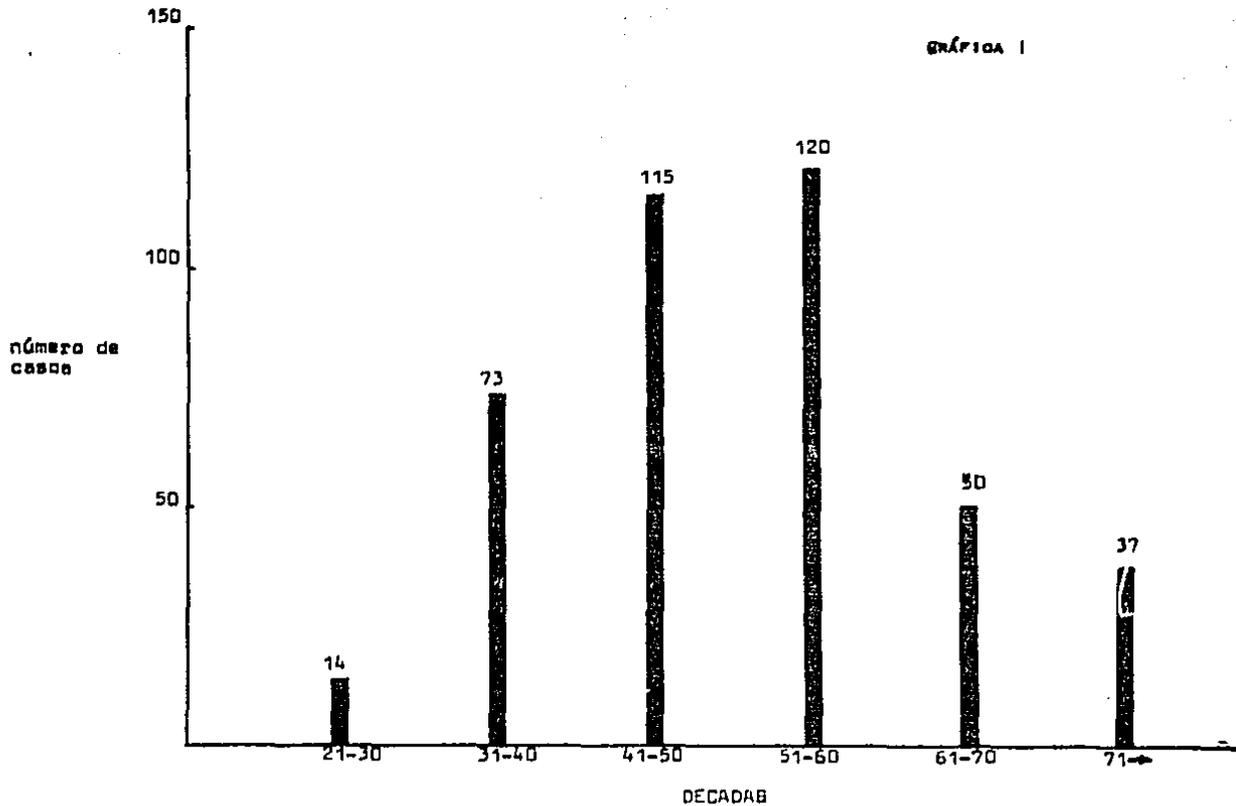
En cuanto a la menarca, este estudio reveló que esta se presentó en edades que oscilaron, la más temprana a los 9 años y la más tardía a los 22 años, con una media de 13.9 años.

Vida Sexual activa:

En lo que respecta al inicio de las relaciones sexuales, esta varió entre los 13 a los 52 años, con una media de 20.3 años, lo que representa un dato relativamente frecuente para la población que asiste al Hospital.

EDAD

GRÁFICA I



Del total de las pacientes estudiadas, hay que hacer notar que 53 de ellas (12.9%) fueron vírgenes.

Paridad:

En la presente casuística, 113 (27.6%) pacientes fueron nulíparas y en el grupo restante de estudio, la paridad ocurrió en números que variaron de 1 a 16, con una media de 5 hijos.

Lactancia:

220 (53.78%) pacientes amamantaron a sus hijos, sin poder especificar si esta fué uni o bilateral, agrupándose en períodos como se observa en la gráfica 2. Siendo esto significativamente importante en un período que comprendió entre 7 y 12 meses. Llama la atención que 189 (46.2%) no lactaron.

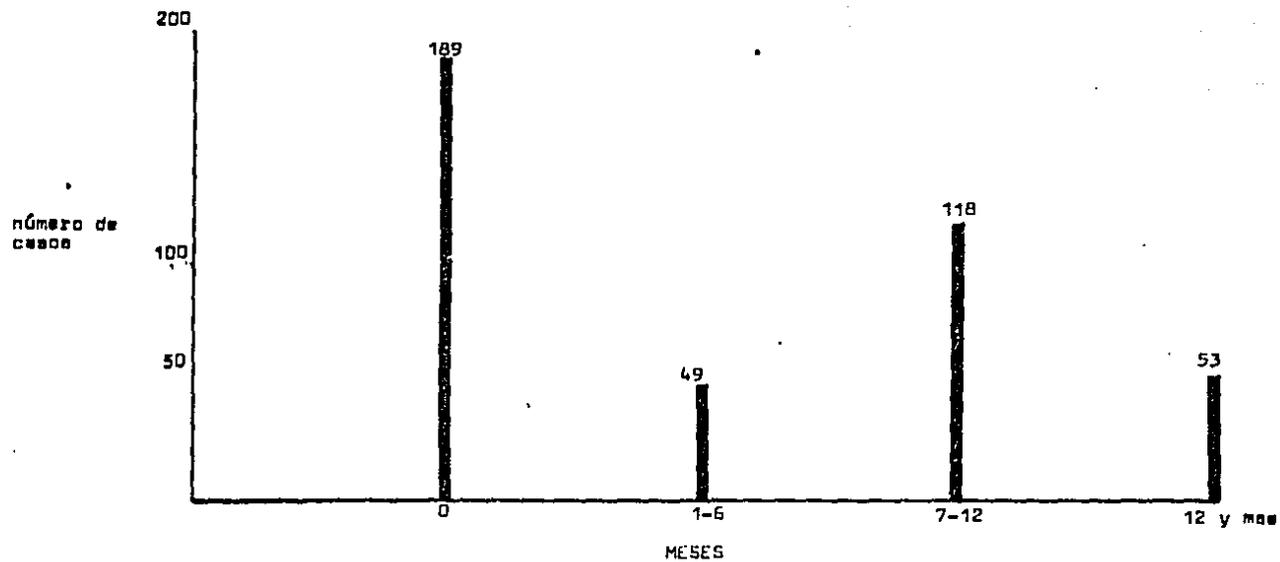
Menopausia:

En relación con la menopausia, 270 (66.01%) pacientes eran menopáusicas tempranas y tardías, entendiéndose por esto que tenían historia de última menstruación en tiempos que variaron de menos de 3 años y más de 5 años. 139 (33.9 %) eran menstruantes.

La menopausia se presentó en edades que variaron de 23 a 58 años con una media de 45.6 años; haciéndose notar que la distribución por frecuencia fué para pacientes con menopausia antes de los 45 años: 85 casos (31.7%), con menopausia entre los 45-55 años 183 (67.9%) y para pacientes con menopausia de más de 55 años 2 casos (0.4%). Las pacientes que tuvieron menopausia a edades

LACTANCIA

GRAFICA 2



más tempranas como algunas entre los 23 y 37 años, esto es debido fundamentalmente a histerectomías practicadas fuera del servicio. (Ver gráfica 3.).

Antecedentes Familiares:

En cuanto a los antecedentes familiares de carcinoma mario, 13 pacientes tenían antecedentes positivos, lo que representa un 3.2%. Se presentaron además 36 pacientes que tenían antecedentes familiares de otro tipo de cáncer, lo que representa un 8.8%, fundamentalmente carcinoma cérico-uterino, quizá por ser este el tumor de mayor frecuencia en la población femenina del país.

Localización:

Desde el punto de vista del lado afectado, no hay diferencia estadística y prácticamente se acepta que la mitad de los casos se presentan de cada lado.

MAMA DERECHA	=	202	=	49.3 %
MAMA IZQUIERDA	=	<u>207</u>	=	<u>50.7 %</u>
TOTAL	=	409	=	100.0 %

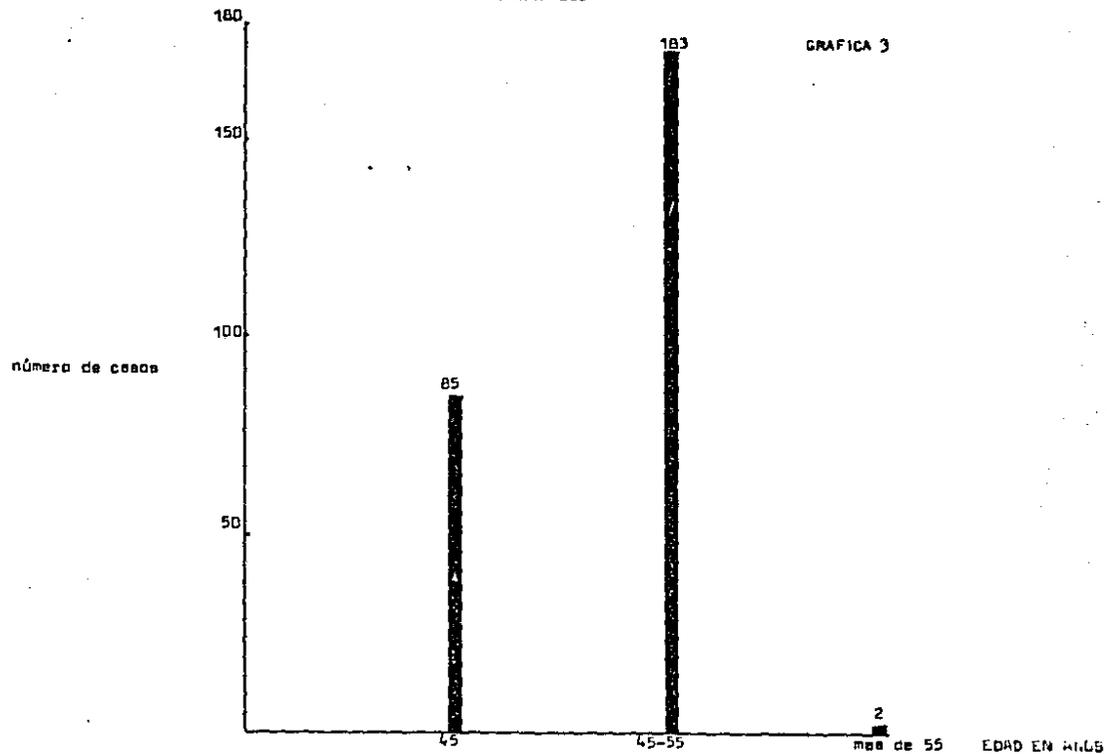
Sitio:

Tabla I

CUADRANTE SUPEROEXTERNO	=	209	=	51.2 %
CUADRANTE CENTRAL	=	101	=	24.6 %
CUADRANTE SUPEROINTERNO	=	64	=	15.6 %
CUADRANTE INFEROEXTERNO	=	27	=	6.6 %
CUADRANTE INFEROINTERNO	=	<u>8</u>	=	<u>2.0 %</u>
TOTAL	=	409	=	100.0 %

MENOPAUSIA

GRAFICA 3



En lo que respecta al sitio, el cuadrante súperexterno es el más afectado, presentándose en alrededor de la mitad de todos los casos y el infero-interno es excepcional, ya que solo el 2.0% tuvieron esa localización.

Sitio en relación a la Etapa Clínica:

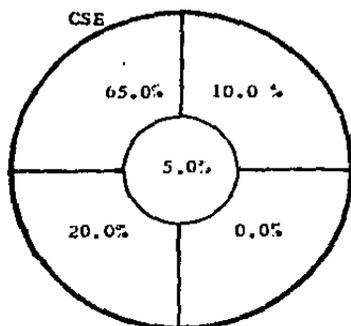
Tabla 2

	C.S.E.	C.S.I.	C.I.E.	C.I.I.	CENTRAL
ETAPA I	13(65.0%)	2(20.0%)	4(20.0%)	0	1(5.0%)
ETAPA II	81(60.9%)	34(25.6%)	10(7.5%)	0	8(6.0%)
ETAPA III	100(45.5%)	27(12.3%)	13(5.9%)	6(2.7%)	74(33.6%)
ETAPA IV	15(41.7%)	1(2.8%)	0	2(5.6%)	18(50.0%)
TOTAL	209(51.1%)	64(15.6%)	27(6.6%)	8(2.0%)	101(24.7%)

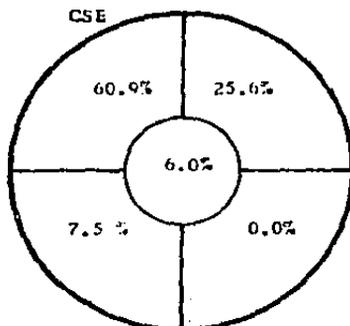
Al hacer el análisis de la etapa clínica en relación al sitio, se puede observar que el cuadrante súperexterno es el sitio en donde con mayor frecuencia se localizaron las etapas clínicas I y II, en contraste con el cuadrante infero-interno en donde todos los casos diagnosticados correspondieron a fases avanzadas de la enfermedad. (Ver gráfica 4 de círculos).

Desafortunadamente se puede observar que 353/409 (más del 85%) corresponden a etapas clínicas II-III, lo que significa que las enfermas acuden en fase localmente avanzada y que, los casos en en etapa I, en donde la probabilidad de curación es muy alta, 20/409 representan tan solo el 4.88% del total de casos.

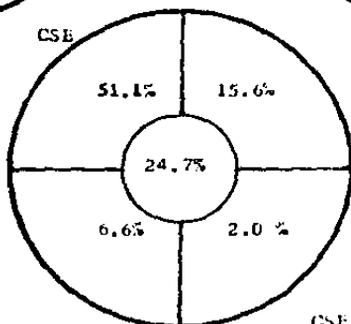
GRAFICA 4



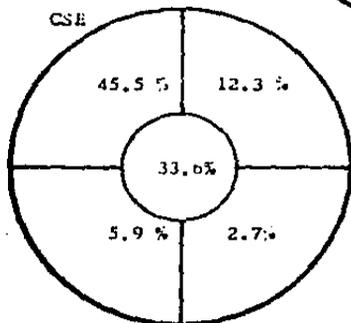
ETAPA I



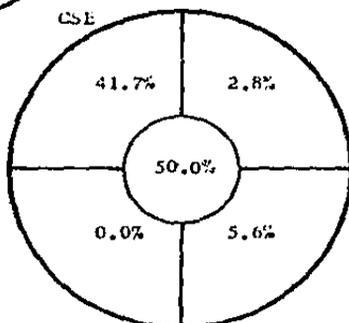
ETAPA II



TOTAL



ETAPA III



ETAPA IV

TIPOS HISTOLOGICOS EN RELACION AL SITIO:

Tabla 3
CUADRANTE SUPEROEXTERNO

Ca Canalicular infiltrante	=	197
Carcinoma lobular	=	3
Carcinoma Coloide	=	3
Carcinoma medular	=	2
Ca papilar intraquistico	=	1
Comedocarcinoma	=	1
Carcinoma Escirroso	=	<u>2</u>
TOTAL	=	209

CUADRANTE CENTRAL

Ca canalicular infiltrante	=	95
Carcinoma medular	=	1
Carcinoma Mucinoso	=	1
Ca papilar intrquistico	=	3
Carcinoma no clasificado	=	<u>1</u>
TOTAL	=	101

CUADRANTE SUPERO INTERNO

Ca canalicular infiltrante	=	61
Carcinoma lobular	=	2
Carcinoma Mucinoso	=	<u>1</u>
TOTAL	=	64

CUADRANTE INFERO EXTERNO

Ca canalicular infiltrante	=	24
Carcinoma lobular	=	2
Carcinoma mucinoso	=	1

TOTAL = 27

CUADRANTE INFERO INTERNO

Ca canalicular infiltrante = 8
TOTAL = 8

Otro dato que se consideró importante es el relacionado con el tipo histológico. Cabe mencionar que los datos aquí consignados están siendo revisados por el Dr. Avissaf Alcántara Vásquez de la Unidad de Anatomía Patológica del Hospital General de México S.S.A. y que serán tema de otra publicación.

Se observa que independientemente del sitio, la inmensa mayoría de los tumores fueron diagnosticados como carcinoma canalicular infiltrante (385/409 = 94.13%). (Ver gráfica 5 de círculos).

Ante esta aplastante mayoría, el resto de los tipos histológicos no pueden ser analizados individualmente puesto que el número que de cada uno de ellos se registra, no permite hacer un análisis adecuado.

Tratamiento en relación al sitio:

Tabla 4

	RADIOTERAPIA*	CIRUGIA*	QUIMIOTERAPIA*
C.S.E.	151/209 (72.24%)	122/209(58.37%)	38/209(18.18%)
C.S.I.	50/64 (78.12%)	40/64 (62.50%)	8/64 (12.50%)
CENTRAL	63/101(62.37%)	30/101(29.70%)	14/101(13.86%)
C.I.E.	20/27 (74.07%)	16/27 (59.25%)	5/27 (18.51%)
C.I.I.	7/8 (87.50%)	3/8 (37.50%)	1/8 (12.50%)

* SOLA O EN COMBINACION.

TIPOS HISTOLOGICOS EN RELACION AL SITIO

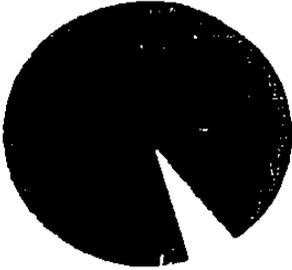


CARCINOMA CANALICULAR INFILTRANTE

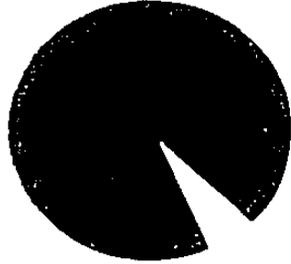


OTROS TIPOS HISTOLOGICOS

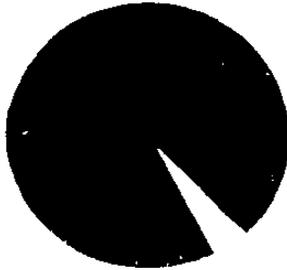
GRAFICA 5



C. S. E.



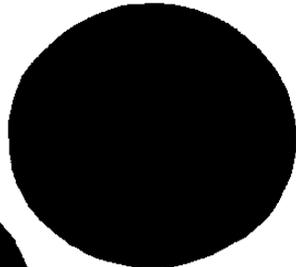
CENTRAL



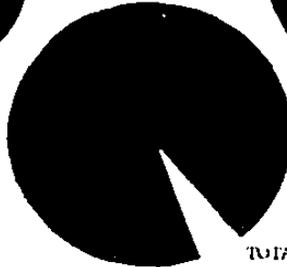
C. S. I.



C. I. E.



C. I. I.



TOTAL

De la observación de la tabla anterior se deduce que la radioterapia es el procedimiento terapéutico que se empleó con mas frecuencia en el tratamiento del cáncer mamario, sea en asociación a otro procedimiento o como única medida terapéutica, esto sin duda se debe a que la inmensa mayoría de las pacientes corresponden a etapas avanzadas de la enfermedad.

El cuadrante infero interno (C.I.I.) en donde los casos fueron clasificados únicamente en etapas III y IV, el 87.50% se sometieron a radioterapia, en contraste con los tumores centrales en donde por alguna razón que no se visualiza en este análisis, solo el 62.37% recibieron radioterapia.

El siguiente procedimiento terapéutico mas frecuentemente empleado es la cirugía. Muchos de estos casos fueron operados antes o después de radioterapia en etapas I, II y III. Para estos últimos, en un esfuerzo supremo por alcanzar el control local de la enfermedad.

Haciendo el análisis del porcentaje de operaciones en relación al sitio, se pueden observar que los tumores mas frecuentemente operados fueron los ubicados en los cuadrantes súperointerno e inferoexterno, y el central e infero interno los que menos fueron operados.

Contrariamente a lo que fuera de esperarse, el número de enfermas que pasaron a quimioterapia es extraordinariamente bajo (15.11%). Esto probablemente se debe a que en la mayor parte del período revisado, las enfermas no pasaban sistemáticamente a quimioterapia al encon-

trar ganglios positivos y, también al hecho de que siendo nuestras enfermas el grupo económicamente más débil del país, les resulta honeroso asistir y cubrir sus cuotas de recuperación durante un período prologado. Es evidente que este hecho debe ser analizado con más cuidado pues en la actualidad no es concebible que un grupo de enfermas con padecimiento avanzado, no reciban en forma sistémica esta modalidad terapéutica.

Etapa clínica :

Tabla 5

ETAPA I	=	20	=	4.9%
ETAPA II	=	133	=	32.4%
ETAPA III	=	220	=	53.7%
ETAPA IV	=	<u>36</u>	=	<u>9.0%</u>
TOTAL	=	409	=	100.0%

(Ver gráfica 6).

En lo que respecta a la etapa clínica, se puede observar que desafortunadamente, es muy pequeño el número de enfermas en etapa I y, la mayor parte, corresponden a enfermas en etapa III, en donde por desgracia las probabilidades de curación son muy bajas.

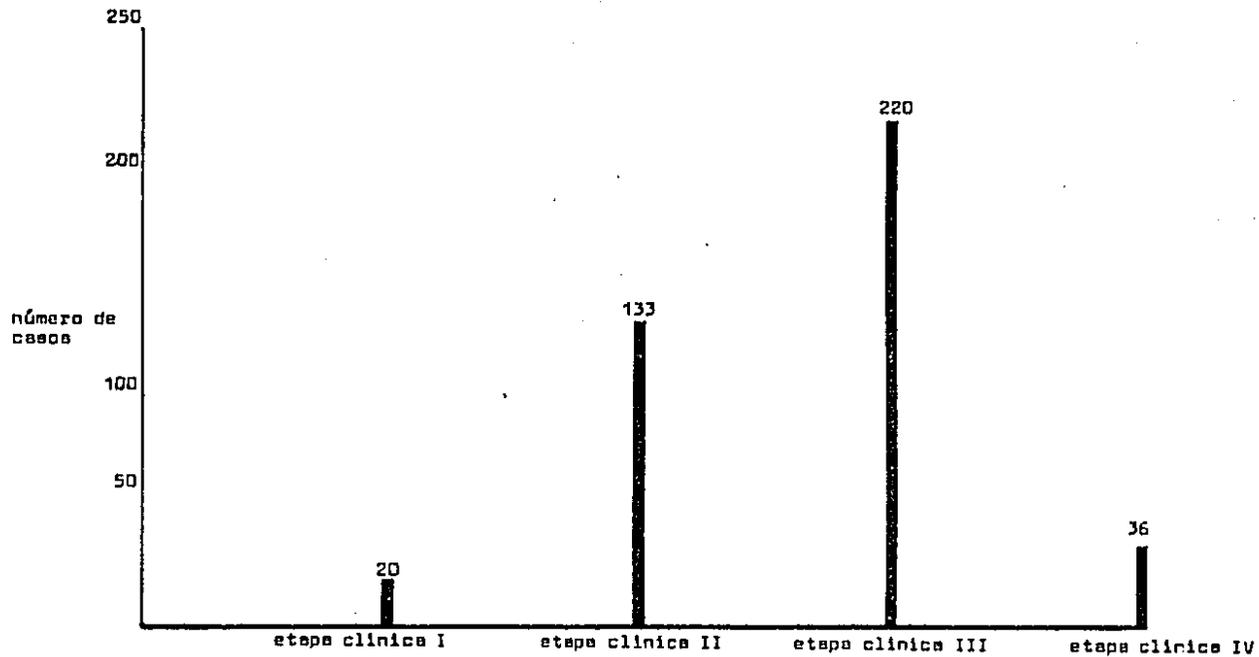
Tratamiento en relación a la etapa clínica

Tabla 6

ETAPA	RADIOTERAPIA*	CIRUGIA*	QUIMIOTERAPIA*
I	11/20(55.0%)	20/20(100.0%)	4/20(20.0%)
II	90/133(67.67%)	106/133(79.69%)	21/133(15.78%)

ETAPA CLINICA

GRAFICA 6



III	171/220(77.72%)	80/220(36.36%)	34/220(15.45%)
IV	19/36(52.77%)	5/36(13.88%)	6/36(16.66%)

* SOLA O EN COMBINACION.

Para la etapa clínica I el 100.0% se sometieron a cirugía, de estas 20 pacientes, en 9 la cirugía fué el único tratamiento, en 1 la radioterapia fué preoperatoria, 6 fueron tratados por cirugía seguida de radioterapia y 4 por cirugía radio y quimioterapia. Es importante mencionar que la cirugía más pequeña consistió en la mastectomía radical modificada y la mas extensa a la mastectomía superradical. 11 de 20 (55.0%) recibieron radioterapia y solo 4 de las 20 (20.0%) recibieron quimioterapia. Se puede observar que a medida que se avanza en la etapa clínica disminuye el número de pacientes sometidas a cirugía y aumenta el porcentaje de pacientes que se someten a radioterapia, excepción hecha para la etapa clínica IV en donde probablemente por la deserción tan alta (9/36) antes de recibir tratamiento, disminuye al 52.77%.

Llama también la atención que el mas alto porcentaje de enfermas que reciben quimioterapia corresponde a la etapa I, lo que sin duda se debe a que las enfermas en esta etapa corresponden a estado socio-cultural elevado, que comprenden mejor su problemática y que asisten con mayor regularidad a sus indicaciones terapéuticas.

En vista de que para las enfermas con etapa clínica I se obtuvo un alto porcentaje de curación a 5 años (60%), se pensó que es útil hacer un análisis mas detallado de estos 20 casos en un intento por encontrar datos de valor pronóstico, tanto en relación con la extensión

de la enfermedad como del tratamiento aplicado.

De estas 20 pacientes catalogadas como estadio clínico I, en 10 se encontraron metástasis ganglionares, 4 de ellas a los 3 niveles, estos 10 casos fueron tratados con cirugía, y a 9 de ellos se les agregó radioterapia.

Los 5 casos que fueron tratados únicamente con radioterapia se siguen por un período de 7.4 años sin evidencia clínica de actividad tumoral y 4 casos más recibieron quimioterapia y fueron seguidos por 1.75 años sin evidencia de actividad tumoral, después de este período 3 de ellas desarrollaron evidencia de recurrencia tumoral.

En un solo caso el tratamiento fue únicamente quirúrgico habiéndose encontrado un ganglio positivo en el nivel II, y la evolución fue de 7 años sin actividad tumoral.

Entre estos casos que presentaron ganglios positivos, se encontraron los 3 fracasos terapéuticos, debiendo consignar que todos ellos mostraron más de 24 ganglios positivos. De estos con ganglios positivos el tumor se encontró en 5 casos en la mama izquierda y en 5 casos en la mama derecha; en 6 casos en cuadrante súperoexterno, 2 en súperointerno, 1 en el infero externo y 1 en el central.

Los cuatro casos que recibieron quimioterapia correspondieron a 2 localizados en el cuadrante súperointerno, 1 en el central y otro en el súperoexterno. De estos, el único que tuvo buena evolución correspondió a un ca

so de cuadrante súperexterno en donde se encontraron 6 ganglios positivos en los tres niveles y se ha observado por un periodo de 9 años sin evidencia clínica de actividad tumoral.

En relación a los ganglios afectados con el nivel III, hubo 4 casos de los cuales 1, ya mencionado, tuvo una evolución satisfactoria.

Del total de casos en estadio I, aquellos que presentaron metástasis ganglionares tuvieron una edad promedio de 43.7 años, que es menor a la edad promedio de 54 años para aquellas sin metástasis ganglionares. De los 10 casos en estadio I sin metástasis ganglionares, a 8 se les practicó tan solo cirugía y a los 2 restantes radioterapia post-operatoria.

De los 20 casos, 16 fueron carcinoma canalicular infiltrante, 1 escirroso, 1 comedo-carcinoma, 1 carcinoma coloide y 1 carcinoma mucinoso.

Los 3 fracasos terapéuticos correspondieron a la variedad canalicular infiltrante.

El porcentaje de error por haber encontrado ganglios positivos cuando en la clínica no se encontraron fue del 50% (10/20).

La evolución de estos casos es muy favorable pues 17/20 (85%), se han observado por periodos de 1 a 11 años sin evidencia clínica de actividad tumoral.

Desafortunadamente el seguimiento de estas enfermas es

difficil a largo plazo, encontrando únicamente 12/20 - (60%) que pasaron de los 5 años..

Tabla 7

			Solo (1 caso):7 años SEAT
	Ganglios (+)---	Tx Quir	NOTIFICADA
			Rt (5 casos):7.5 años SEAT
	10	10	NOTIFICADA
			RINQIF(4 casos):1.75 años SEAT
			NOTIFICADA
ETAPA CLINICA I			
			Solo (8 casos):5.6 años SEAT
	Ganglios (-)---	Tx Quir	NOTIFICADA
20 CASOS			
	10	10	
			Rt (2 casos):4 años SEAT
			NOTIFICADA

ETAPA CLINICA II :

Hubo 133 enfermas clasificadas como etapa clinica II. En ellas el procedimiento terapéutico mas empleado fué la cirugía 106/133 (79.69%), esta se empleó sola o en combinación con otras medidas terapéuticas y varió desde la mastectomía simple hasta la superradical.

La siguiente medida terapéutica más utilizada fué la radioterapia que sola o asociada a los otros procedimientos terapéuticos se aplicó en 90/133 (67.67%) enfermas.

Por último la quimioterapia fué el procedimiento menos

empleado ya que solo se instituyó en 21/133 (15.78%) enfermas (ver tabla 6).

Se hace también notar que 4 (3.0%) no recibieron tratamiento alguno por abandono del servicio después del diagnóstico histopatológico hecho al través de biopsia por aspiración.

En lo que respecta al tipo histológico para esta etapa, la gran mayoría fué carcinoma canalicular infiltrante, presentándose en 124/133 (94.3%), se encontraron 4 casos de carcinoma lobular, 1 de medular, 1 de papilar intraquistico, 1 escirroso, 1 mucinoso y 1 coloide (ver tabla 8).

En esta etapa clínica, con las diferentes modalidades de tratamiento instituido, la observación por periodos de 1 a 11 años, se logró en el 78.17% (104/133). De ellas, solo 42 (31.57%) han tenido un seguimiento de 5 a 11 años libres de actividad tumoral.

ETAPA CLINICA III :

Desafortunadamente esta es la etapa clínica en la que la mayor parte de las pacientes 220/409 (53.7%) se presentan a la Unidad de Oncología del Hospital General de México de la S.S.A. Se puede observar que a medida que se progresa en la etapa clínica de la enfermedad, aument a el número de variables terapéuticas aplicadas.

Ello probablemente se debe a que, no existiendo un protocolo de tratamiento para estas pacientes, se indivi-

TABLA 8

ESTADIO CLINICO

TIPO HISTOLOGICO	I	II	III	IV	TOTAL
CARCINOMA CANALICULAR INFILTRANTE	16	124	209	36	385
CARCINOMA LOBULAR		4	3		7
CARCINOMA PAPILAR INTRACANALICULAR		1	3		4
CARCINOMA COLOIDE	1	1	1		3
CARCINOMA MEDULAR		1	2		3
CARCINOMA MUCINOSO	1	1	1		3
CARCINOMA ESCIRROSO	1	1			2
COMEDOCARCINOMA	1				1
CARCINOMA NO CLASIFICADO			1		1
TOTAL	20	133	220	36	409

TIPOS HISTOPATOLOGICOS EN RELACION A LA ETAPA CLINICA

dualiza cada caso tratando de ofrecer el máximo beneficio de acuerdo con las condiciones clínicas del tumor y generales de las enfermas.

El método de tratamiento mas utilizado fué la radioterapia (ver tabla 6) la que se utilizó en 171/220. Este fué el único tratamiento administrado o en combinación con la cirugía o la quimioterapia. En orden decreciente, la cirugía fué el siguiente procedimiento mas empleado y varió desde la mastectomía simple con disección de ganglios macroscópicos, hasta la superradical en 80/220 (36.36%), en la mayoría de éstas enfermas la radioterapia fué preoperatoria.

La Quimioterapia se utilizó en 34/220 (15.45%) de estas pacientes como tratamiento adyuvante a alguno de los métodos anteriores o en combinación con ambos.

El carcinoma canalicular infiltrante (tabla 8), fué como en las etapas anteriores el tipo predominante con 209/220 (95.0%).

El seguimiento sin evidencia de actividad tumoral en periodos de 1 a 11 años fué para esta etapa de 28.63% (63/220). Sin embargo, solamente 13 (5.90%) han sobrepasado el período de 5 años.

ETAPA CLINICA IV:

En lo que respecta a la etapa clínica IV, solo se estudiaron 36 enfermas, relatando una evolución previa a la primera consulta que varió de 1 a 24 meses.

La radioterapia fué el tratamiento mas utilizado - (ver tabla 6), 19/36 (52.77%). 5/36 (13.88%) se sometieron a cirugía, que consistió en la biopsia para comprobar el diagnóstico y salpingo-oforectomía para pacientes jóvenes. Solo 6 (16.66%) recibieron quimiooterapia.

El tipo histológico que se presentó fué el carcinoma canalicular infiltrante 36/36 (100.0%) y, hay que haocer notar que un caso coincidió con un melanoma maligno. Ninguno de los casos llegó a un año de seguimienoto, y en ninguno de ellos se logró el control de la enfermedad.

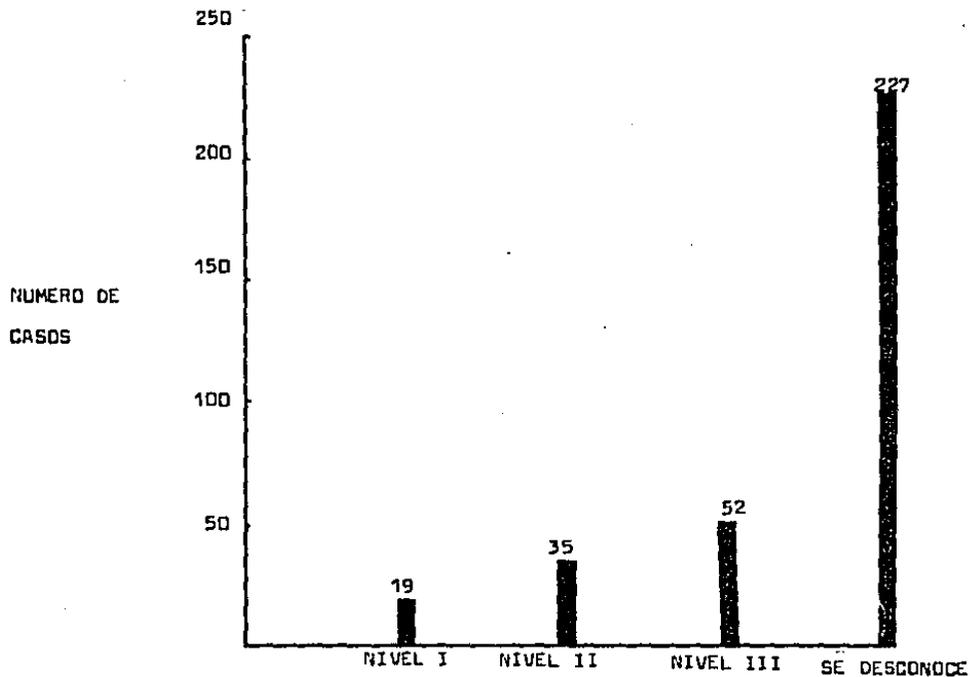
De esta casuística de 409 casos, 197 (48.16%) presentaoron metástasis ganglionares con la distribución de acuerdo a los niveles como se observa en la gráfica núomero 7.

Del total de caos estudiados 93 (22.7%) presentaron meotástasis pulmonares, 39 (9.35%) metástasis óseas; 16 (3.9%) metástasis hepáticas y el 1.5% (6) metástasis al cerebro; en 130 (31.7%) hubo metástasis a ovario o recurrencias o residuales locales.

Hasta agosto de 1981 fecha en que se cerró el presente estudio había 247 enfermas (60.2%) en quienes se demosotró actividad tumoral después del tratamiento, 148 (36.1%) sin actividad tumoral y en 14(3.4%), se ignora la evolución. Desertaron 321 (78.48%) pacientes; se sabe que viven 72 (17.60%) enfermas y que murieron 16 (3.9), 14 por enfermedad y 2 de ellas por causa no re-

NIVEL GANGLIONAR

GRAFICA 7



lacionada con la enfermedad.

DISCUSION :

Se puede observar que el grupo de pacientes con carcinoma mamario que fué visto en la Unidad de Oncología del Hospital General de México de la S.S.A., corresponde en edad, a otros reportes (18) (25) (27). Esto a pesar de que, de acuerdo con la cifra de mortalidad por cáncer, obtenida de los datos publicados por las estadísticas vitales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (10) (11), se observa que para el cáncer mamario hay, una tendencia para la mortalidad para esta enfermedad en mujeres más jóvenes (ver gráfica 8).

En este análisis no se lograron precisar los datos pronósticos en función de la edad, aunque se tiene la impresión de que el cáncer mamario es, más grave, en mujeres jóvenes. Como prueba de ello es que las pacientes con ganglios positivos correspondieron a edades más tempranas en relación con las de ganglios negativos.

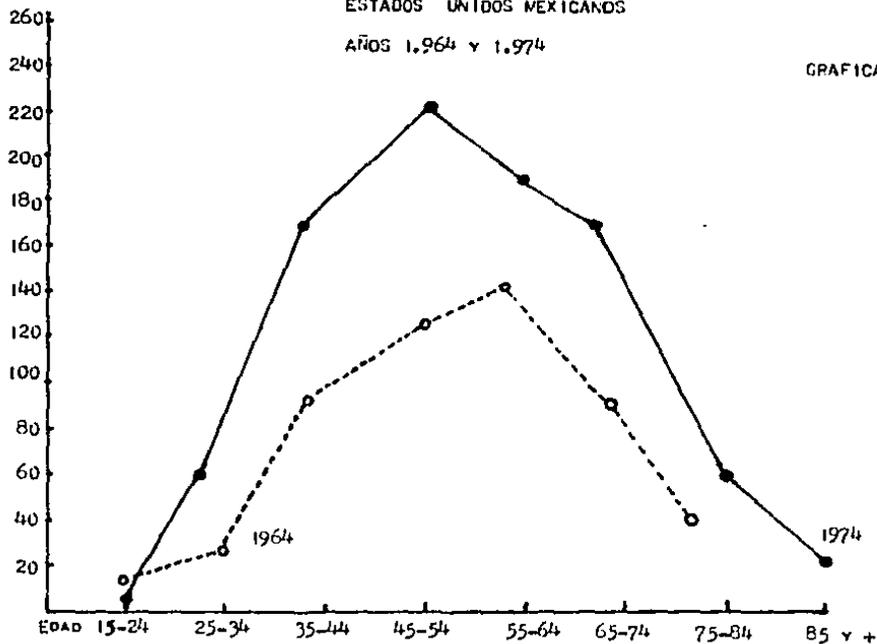
En relación a la menarca y a la menopausia, bien es cierto que hay autores (33) (20) que señalan que una vida hormonal prolongada (menarca temprana, menopausia tardía), aumenta el riesgo de que se desarrolle un cáncer mamario; en esta casuística no fué posible encontrar esta relación ya que la menarca apareció, como promedio a los 13.9 años, que es la época en la que la mayor parte de las mujeres presentaron su menarca y la menopausia a los 45.6 años, que es también la época más fre-

RELACION EDAD Y MUERTE POR CANCER MAMARIO

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

AÑOS 1964 y 1974

GRAFICA B



(ESTADÍSTICAS VITALES ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.)
(DIRECCIÓN GENERAL DE BIOESTADÍSTICA SCA).

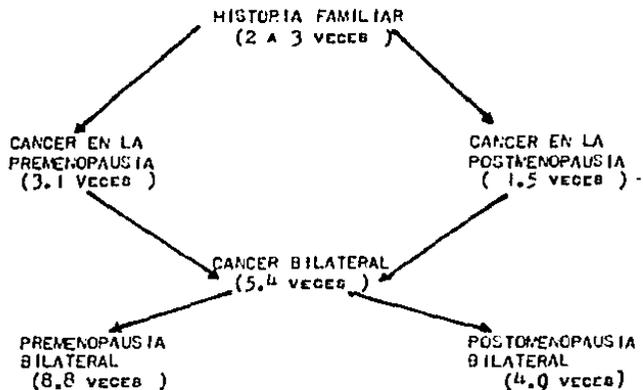
cuenta de presentación. Cabe señalar que el 66% de las pacientes fueron menopáusicas, lo que hace que el número analizado sea confiable y se pueda acertar que este valor es el que corresponde a las pacientes con cáncer mamario que acuden a la Unidad de Oncología del Hospital General de México de la S.S.A.

Es posible que el dato de paridad si tenga importancia, pues el 27.6% de las pacientes fueron nulíparas, esto, puede coincidir con lo señalado por otros autores (23) (31).

En cambio la lactancia no parece ser un factor importante para el desarrollo de esta enfermedad en este grupo de pacientes, ya que aproximadamente la mitad habían amamantado a sus hijos y la otra mitad no. Esto también ha sido señalado en otras publicaciones (1) (21) (30).

Los antecedentes familiares (16) (19) (24) (26) (27) han sido relacionados como tendencia familiar para el cáncer mamario (ver tabla 9). En esta casuística se encontró el antecedente en 13 pacientes que corresponden a un 3.2% cifra mayor a la que se observa en la población Mexicana, ya que si se aceptan los datos del último censo Nacional que habla de una población de 70 millones, de los cuales la mitad son menores de 20 años, en donde es muy bajo el riesgo de presentar cáncer mamario; de los 35 millones con mas de 20 años, la mitad corresponden a mujeres, si el 3.2% de ellas desarrollaran cáncer mamario, habría una frecuencia anual de cáncer mamario en el país de 560.000 pacientes y, aunque no tenemos el dato preciso, se puede aceptar que esta cifra es muy superior al dato real.

TABLA 2



(N.L. PETRAKIS: CÁNCER .39-6 P.2709. 1977

HISTORIA FAMILIAR

PROBABILIDAD DE DESARROLLO DE CÁNCER MAMARIO
EN RELACIÓN CON LA POBLACIÓN GENERAL

En las observaciones hechas de la presentación de casos en relación al sitio con la etapa clínica, se puede - afirmar que en el cuadrante súperoexterno hay un franco predominio de casos tempranos, en contraste con otros, tales como el cuadrante inferointerno o el central en donde el predominio de casos fué para etapas avanzadas de la enfermedad. Este hecho no se encontró reportado en la literatura revisada y no existe una explicación que satisfaga.

Llama la atención en esta casuística, que la inmensa mayoría de los casos se reportaron como carcinoma ganglionar infiltrante, dejando tan solo unos cuantos casos que no permiten un análisis adecuado para otros tipos histológicos.

Como se desprende de las observaciones hechas en relación al tratamiento, el criterio de esta Unidad es en el sentido de que las etapas tempranas deben ser manejadas por cirugía, siendo estas siempre de tipo radical. Se está conciente del cambio que está presentándose a nivel mundial (22) (16) (9), en el sentido de que la cirugía tan conservadora como la simple tumorectomía seguida o no de radioterapia, pueda producir un alto índice de curabilidad con mucho mayor efecto cosmético, situación altamente deseable sobre todo en mujeres jóvenes.

También se está conciente de que en casos seleccionados se puede realizar una mastectomía modificada, seguida por reconstrucción mamaria (17) (2) (3) (14).

La razón por la cual en esta Unidad no se acepta toda vía como rutina de tratamiento a la cirugía conservadora en las etapas tempranas es por el hecho de que los resultados hasta ahora obtenidos con la terapéutica aplicada son altamente satisfactorios (17/20 que han evolucionado sin evidencia clínica de actividad tumoral de 1 a 11 años) y, resulta difícil desde el punto de vista ético cambiar la actitud terapéutica cuando se han obtenido resultados tan favorables.

Por esta razón, se ha aceptado el criterio de la doctora Vera Peters quien prefiere explicar a la enferma los pros y contras de cada procedimiento y dejar que la enferma sea la que tome la decisión.

Se está conciente que en términos generales, el paciente sigue el consejo del médico y de que probablemente la explicación de cada uno de los procedimientos se vea, inconcientemente, favorecida hacia la cirugía radical. Es probable que cuando se tenga experiencia con este procedimiento conservador, se cambie esta actitud y se recomiende la cirugía conservadora en vez de la radical.

En relación a utilizar procedimientos reconstructivos en estas etapas tempranas, se debe recordar que hay variaciones en la técnica, no realizándose la talla de colgajos como se acostumbra en la cirugía radical lo que, eventualmente, puede hacer que aumente el número de recurrencias locales y, si se aplica la cirugía reconstructiva, puede resultar más difícil el reconocimiento temprano de esta recidiva tumoral.

A medida que se avanza en la etapa clínica, toma importancia la radioterapia, pues expresando en forma breve, el criterio de la Unidad de Oncología del Hospital General de México de la S.S.A. es que para la etapa clínica I, la radioterapia postoperatoria está indicada únicamente en presencia de ganglios positivos o cuando el reporter de la pieza quirúrgica informa in filtración a vasos linfáticos (8).

En la etapa clínica II, cuando se ratifica la presencia de ganglios con el reporter histopatológico de la pieza quirúrgica, todos los casos deben recibir radioterapia complementaria. Esto además se reporta en la literatura mundial (30) (28).

En la etapa clínica III, todos los casos son candidatos a radioterapia sea como tiempo pre o postoperatorio y, para la etapa clínica IV la radioterapia se aplica con finalidad paliativa en el o los sitios que producen mayor sintomatología. En la literatura se reportan tratamientos para etapas avanzadas de la enfermedad con radioterapia seguida de quimio e inmunoterapia (13) (32) con resultados todavía no muy concluyentes.

En relación a la quimioterapia, desafortunadamente no existe una buena experiencia dentro de la Unidad, quizá debido a que las pacientes que acuden a la Unidad de Oncología corresponden al sector socio económico mas pobre del país, que estan incapacitadas para obtener los medicamentos, y, hasta la fecha no se ha podi-

do obtener que la Secretaría de Salubridad y Asistencia, nos proporcione estos medicamentos en forma continua, de tal forma que las pacientes no tengan que interrumpir su tratamiento.

CONCLUSIONES :

- . Desafortunadamente el seguimiento de las pacientes con carcinoma mamario en la Unidad de Oncología del Hospital General de México S.S.A., a 5 años, se limita al 17.60% (72/409) del total de enfermas estudiadas.
- . Como era de esperarse la mayor frecuencia se presentó en el cuadrante súperoexterno y de ellos, el mayor porcentaje de etapa clínica I correspondió a esta localización, lo que hace que el pronóstico sea mas favorable para estos casos, en contraste con el cuadrante inferointerno y el central en donde los casos se presentan en fases avanzadas de la enfermedad.
- . El reporte histopatológico de la inmensa mayoría de los casos correspondió al canalicular infiltrante, por lo que no se pudo hacer un análisis del pronóstico en relación a la variedad histológica.
- . La modalidad de tratamiento esta en función con la etapa clínica, prefiriéndose la cirugía radical en las etapas tempranas y la radioterapia, sola o com-

binada con cirugía o quimioterapia para las etapas más avanzadas de la enfermedad.

B I B L I O G R A F I A

1. Adami Ho; Rimsten A; Stenkvist B; Vegelius J; :
REPRODUCTIVE HISTORY AND RISK OF BREAST CANCER: A
CASE CONTROL STUDY IN AN UNSELECTED SWEDISH POPULA
TION.
Cáncer 41(2): 747-757 1978
2. Albo Rj; Gruberr; Hahn R; :
IMMEDIATE BREAST RECONSTRUCTION AFTER MODIFIED MAS-
TECTOMY FOR CARCINOMA OF THE BREAST.
Am. J. Surg. 140 (1): 131 - 136 1980
3. Birnbaum L; Olsen Ja; :
BREAST RECONSTRUCTION FOLLOWING RADICAL MASTECTOMY
USING CUSTOM DESIGNED IMPLANTS.
Past. Reconstr Surg., 61 (3): 355-363 1978
4. CANCER FACTS AND FIGURES. American Cáncer Society
Pag 12 1982.
5. CANCER FACTS AND FIGURES. American Cáncer Society
pag. 9-16 1979
6. Cole Philips :
MAJOR ASPECT OF THE EPIDEMIOLOGY OF BREAST CANCER
Cáncer Vol. 46 Pag 865-67 1980
7. Check A. William And John Elliot :
OBESITY MAY REDUCE SURVITAL, INCREASE RISK, IN

BREAST CANCER.

The British Journal Of Surgery Vol 67 # 11 Nov.
1980.

8. Clyne Ca; Younghusband Jo:
RADICAL MASTECTOMY: A 27 YEAR SURVEY.

9. Calle R; Mo; Pilleron J.P. MD; Schlienger P. Md;
Vilcoq J.R. ;
CONSERVATIVE MANAGEMENT OF OPERABLE BREAST CANCER.
TEN YEARS EXPERIENCE AT THE FOUNDATION CURIE.
Cáncer 42: 2045-2053 1978

10. ----- Defunciones por tumores Malignos en los
Estados Unidos Mexicanos. Estadísticas Vitales de
los Estados Unidos Mexicanos. 1972. Dirección Ge
neral de Bioestadística. Secretaría de Salubridad
y Asistencia. Pag 128-192 1974.

11. ----- Defunciones por Tumores Malignos en los
Estados Unidos Mexicanos. Estadísticas Vitales de
los Estados Unidos Mexicanos. 1974. Dirección Ge
neral de Bioestadística. Secretaría de Salubridad
y Asistencia. Pag 158-232 1976.

12. Ewing. December 1.913
Clínica Boletín Vol 111 # 4 Pag. 145

13. Florence C. Ch. Chu :
RADIATION THERAPY IN THE MANAGEMENT OF LOCALLY
ADVANCED AND DISEMINATED BREAST CANCER.
Cáncer 46: 1075-1078 August 1.980

14. Fisher B :
BREAST CANCER MANAGEMENT: ALTERNATIVES TO RADICAL
MASTECTOMY:
N. England J. 301: 326-328 1.979
15. Harris JR; Levene Mb; Hellman S; Weber F:
DEFINITIVE RADIATION THERAPY FOR STAGES I AND II
CARCINOMA OF THE BREAST (meeting abstract).
Proc.Am. Assoc. Cáncer Res; 19: 314. 1979
16. Harris Re; Lyngh Ht; Guirgis HA;
FAMILIAL BREAST CANCER: Risk to the contralateral
Breast.
17. Handley R.R.:
THE CONSERVATIVE RADICAL MASTECTOMY OF PATEY: 10
year results of 425 Patients.
Breast 2: 16-19 1979
18. Haagensen Cushman M.:
ETIOLOGIA DEL CANCER DE LA MAMA. Enfermedades de
la mama 2a. Edición. Edit. Beta. Pag 381-409
1973.
19. Haagensen D. Md.:
FAMILY HISTORY OF BREAST CANCER IN WOMEN PREDISPOSED
TO DEVELOP BREAST CANCER.
Journal of the National Cáncer Institute Vol. 48
4 Abril 1.972.
20. Hortobagyi Gabriel :
FACTORES HORMONALES EN LA ETIOLOGIA DEL CANCER MA-

MARIO. Conferencia I. Curso Actualización en Carcinoma mamario. Curso Postgrado. Unidad de Oncología. Hospital General de México S.S.A. Oct. 1977

21. Kalache A.; Vssey P.; K. Mcpherson:
LACTATION AND BREAST CANCER.
Br. Medical Journal. Vol. 280 # 6209 Pag. 223-24
1980.
22. Montague D.E., MD; Gutiérrez A.E. Md; Jerry L.
Barker, Md; Duv N. Tapley Md and Fletcher H.G.MD:
CONSERVATION SURGERY AND IRRADIATION FOR THE TREAT-
MENT OF FAVORABLE BREAST CANCER.
Cáncer 43: 1058-1061 1.979
23. Papatestas E. Angelos; Michael Mulvihills; Catherine
John Ioannovich; Gerson Lesnick and Arthur H. Aueses
Jr.:
PARITY AND PROGNOSIS IN BREAST CANCER.
Cáncer Vol. 45: 191-194 1.980
24. Petrakis L. Nicholas.:
GENETIC FACTORS IN THE ETIOLOGY OF BREAST CANCER
Cáncer Vol. 39 # 6 Pag. 2709-2715
Suppl.; June 1.977
25. Rodríguez Cuevas Héctor :
CARCINOMA MAMARIO. Tribuna Médica. Primer Número
Marzo # 308 Tomo XXVI No. 5 Pags. A3-A10 1.974.
26. Samuel Albert Md.:
FAMILIAL CANCER IN THE GENERAL POPULATION
Cáncer Vol. 40 Pags. 1674-77 Oct. 1977

27. Torres Lobatón Alfonso. Díaz Perches Rodolfo. Márquez Madrid Gustavo Adolfo. Miranda Hernández Hernando:
CANCER MAMARIO: FACTORES DE ALTO RIESGO PARA SU DESARROLLO.
Rev. Médica Hospital General de México S.S.A. Vol. - XLIV Pags. 281-287 Agosto de 1.981
28. Urban J.A. MD:
SURGICAL MANAGEMENT OF PALPABLE BREAST CANCER.
Cáncer 46: 983-987 1980
29. Urban J.A. MD:
MANAGEMENT OF OPERABLE BREAST CANCER. THE SURGEONS VIEW.
Cáncer 42: 2066-2077 1978
30. Vorherr H; Messer Rh.:
BREAST CANCER: POTENTIALLY PREDISPOSING AND PROTECTING FACTORS. ROLE OF PREGNANCY, LACTATION AND ENDOCRINE STATUS.
Am. J. Obstet Gynecol; 130(3): 335-358 1978.
31. Woods L.K. S.R. Smithe; J.M. Morrison:
PARITY AND BREAST CANCER. Evidence Of Dual Effect.
British Medical Journal Vol 281 No.6237 Pags. 419-421 1980.
32. Wiseman Cl; Buzdar Au; Gutterman Ju; Blemenschein Gr.;
PROLONGED SURVIVAL OF INFLAMATORY BREAST CANCER

PATIENTS TREATED WITH COMBINED CHEMOTHERAPY
AND IRRADIATION (Meeting Abstract)

Proc. Am. Assoc. Cancer Res; 21: 409 1.980

33. Yonemoto H. Robert :

BREAST CANCER IN JAPAN AND THE UNITED STATES.

Archives of Surgery Vol. 115 No.9 Pags. 1056-62
sept. 1.980.

34. Zubrod C. Gordon.:

CANCER: ACHIEVEMENTS, CHALLENGES AND PROSPECTS FOR
THE 1980s Vol. 2 Edited by Joseph H. Burchenal and
Herbert F. Oettgen Pag. 1