

11226  
Leizaola  
2009



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DETECCION DE CANCER MAMARIO

Pacientes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar

No. 57 IMSS de Veracruz, Ver. de Julio a

Diciembre de 1983

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO EN

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

*Dr. Antonio Sánchez Cortés*

H. VERACRUZ, VER.

1984



IMSS

TESIS CON  
FALLA DE COPIA



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## INDICE

- 1.- Introducción.
- 2.- Antecedentes Científicos.
- 3.- Objetivos.
- 4.- Hipótesis.
- 5.- Criterios Operativos.
- 6.- Material y Métodos.
- 7.- Resultados..
- 8.- Comentarios.
- 9.- Bibliografía.

"LO QUE AQUI HABEIS APRENDIDO, LO QUE APRENDAIS -  
MAÑANA POR VOSOTROS MISMOS, TODA LA RIQUEZA ESPI-  
RITUAL QUE OS DEPRE LA VIDA, TODO ESO ESTAIS -  
OBLIGADOS A COMPARTIRLO, A ENTREGARLO CON LAS MA--  
NOS LLENAS, SIN REGATEOS, SIN EGOISMOS, SINTIENDO  
LA NOBLE FRUICION DE DAR. SI SOIS UN DIA PROFESO-  
RES, LUCHAD POR SER MAESTROS, SI SOIS UN DIA JEFES,  
FORMAD DISCIPULOS, QUE SOLO ES RICO EL QUE DA Y SO-  
LO ES FUERTE EL QUE SABE ENTREGARSE".

DR.IGNACIO CHAVEZ

## INTRODUCCION

El tiempo pasa y el problema del carcinoma mamario sigue en primer plano, es uno de los tumores malignos más frecuentes y ocupa el primer plano en países sajones, en cuanto a cánceres ginecológicos, y en nuestro país, esta en segundo lugar, después del cérvico uterino.

El máximo de incidencia se encuentra entre los cuarenta y cincuenta y dos años, pero el cáncer mamario se presenta frecuentemente después de los treinta años.

En nuestro medio alrededor del 15=20% de las pacientes que llegan a la consulta ginecológica por tumoración mamaria son portadoras de un carcinoma avanzado. Unas porque llegaron así en etapas tardías, otras porque fueron tratadas insuficientemente, o bien presentan diseminación iatrógena y, otras más, el grupo menor que ha pesar de ser tratadas ortodoxa y tempranamente, también presentan recurrencias o metástasis lejanas.

Todo este grupo que forma una cifra pavorosa pero real es un reto para aquellos que de una forma u otra nos vemos involucrados en mantener el equilibrio de la triada epidemiológica por lo cual he decidido hacer un estudio en el que trato de detectar a las pacientes sospechosas de cáncer mamario en etapas iniciales con el fin de prevenir su extensión y/o tratarlas de la manera más adecuada para prolongar su vida.

La investigación se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 57 del IMSS en Veracruz, Ver. específicamente en el departamento de Medicina Preventiva de

acuerdo con el programa de detección oportuna de cáncer -  
mamario (DOCMA) del 1 de julio al 31 de diciembre de 1983.

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El cáncer mamario es la neoplasia maligna que ocupa el segundo lugar de mortalidad en nuestro país.

En estudios hechos acerca de la aparición del cáncer mamario se ha encontrado lo siguiente: la edad promedio es de 20 a 49 años, es mayor en la raza blanca, raro en la raza china, aumenta en la premenopausia, disminuye en la posmenopausia, es mayor en las mujeres que inician tempranamente la menstruación, así como en las que se embarazan antes de los 20 años de edad, no tiene relación con la paridad. El uso de estrógenos aumenta su incidencia (1) (2) (22).

En nuestro país la tasa de mortalidad es de 1.4 por 100000 (8).

En el Hospital General de Zona No. 14 del IMSS. en Veracruz, se tienen datos de morbimortalidad de 71 casos de cáncer tratado de enero de 1980 a febrero de 1983, de los cuales se reportan cinco casos de defunción y dos casos de cáncer de mama en hombres. El resto de los casos han sido tratados y dados de alta por mejoría o curación (19).

En la Unidad de Medicina Familiar No. 57 del IMSS desde el mes de octubre de 1982 en que se inició el programa DOCMA hasta el mes de abril de 1983 se llevan un total de 2611 pacientes estudiadas, de las cuales 220 o sea un 8% han sido enviadas a consulta con su Médico Familiar consideradas como sospechosas, por haber presentado nodula

ciones, fisuras o secreciones anormales; de las mismas dos fueron enviadas al ginecologo como fuertemente sospechosas; el resto de las pacientes fué resuelto su padecimiento por medicina familiar sin complicaciones.

La influencia de mastopatías previas en la aparición del cáncer es muy importante y depende de la naturaleza del proceso. Se ha inculcado a los procesos inflamatorios de mama de favorecer el desarrollo del cáncer. El fibroadenoma muestra escasa tendencia a la transformación carcinoma. El diagnóstico de una mastopatía de elaborar desde una buena historia clínica, exploración integral comparativa o -- bien complementando lo anterior con estudios radiográficos como la mamografía, el ultrasonido actualmente o inclusive la tomografía .(4)

El tratamiento primario del cáncer mamario es quirúrgico y los nuevos conceptos sugieren que una simple mastectomía es tan efectiva como los procedimientos extensos y traumáticos así como la posibilidad en ciertos pacientes seleccionados de que con sólo radioterapia se puede controlar la enfermedad aunque se ha demostrado que el tratamiento efectivo es el combinado (cirugía con radioterapia). La quimioterapia postcirugía según el National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project (NSABP) debe ser mínimo durante dos años.

(8) (14)



### OBJETIVO GENERAL

Conocer la frecuencia de cáncer mamario en pacientes que acuden al programa DOCMA.

### OBJETIVO ESPECIFICO

Estudiar la frecuencia de cáncer mamario en mujeres mayores de 30 años detectadas como sospechosas en el programa DOCMA.

### HIPOTESIS GENERAL

Se diagnostica con frecuencia cáncer mamario si previamente se establece un grupo de sospecha através del DOCMA.

### HIPOTESIS DE TRABAJO

En las mujeres de 30 años o más consideradas sospechosas en el DOCMA se diagnostica con frecuencia cáncer mamario en la Unidad de Medicina Familiar no. 57 del IMSS.

## CRITERIOS OPERATIVOS

Mujer sospechosa de cáncer mamario;

Femenina de 30 años o más que a la exploración integral de mamas se descubren nodulaciones, fisuras, secreciones anormales o -- mastalgias persistente, o bien cambios de coloración en la piel, "piel de naranja" o proceso inflamatorio crónico.

Método de obtención de la muestra:

Por muestreo seleccionado voluntario se estudiaron 156 pacientes que resultaron sospechosas en el programa DOCMA durante el periodo comprendido del 10. de julio al 31 de diciembre - 1983.

Método de estudio.

A las mujeres consideradas sospechosas fueron canalizadas al consultorio 24 AC y el investigador efectuó historia clínica completa y exploración mamaria mediante el siguiente procedimiento:

La exploración consta básicamente de dos parámetros clínicos la inspección y la palpación. A la inspección se valorará la forma y volumen así como el aspecto de la piel. La palpación corroborará los datos de la inspección y además describirá la temperatura y si hay dolor. La inspección debe efectuarse comparativamente, se incluye los huecos infra y supra claviculares, se observará cuidadosamente el pezón tratando de descubrir retracciones, hundimientos, erosiones y escurrimiento.

Se le solicitó a la paciente que levantara ambos brazos por encima de la cabeza con objeto de identificar alguna anomalía que tuviera como asimetría, hoyuelos, desviación del pezón, surcos o arrugas en la piel.

La palpación se efectuó en forma cómoda, con la paciente recostada boca arriba, comparativa con la del lado opuesto y - con la yema de los dedos se efectuó la palpación suave pero con firmeza con objeto de descubrir tumoraciones.

Se exploró primero la mitad externa del seno a partir de una línea vertical imaginaria que pasa por el pezón y divide la

masa longitudinalmente en dos mitades, desde esta línea se palpó hacia afuera, hasta el borde externo de la glándula, - iniciando con el límite superior del seno y descendiendo - hasta el inferior, posteriormente la mitad interna en la misma forma. Se palpan además los huecos supra e infraclaviculares, buscando ganglios aumentados de volumen.

Al concluir el estudio clínico se valoró el diagnóstico, manejándose en el primer nivel patología del tipo de la inflamación premenstrual, mastalgias inespecíficas etc.

La información de interés obtenida al efectuarse la historia clínica completa (edad, antecedentes de neoplasias malignas, paridad, inicio de VSA, uso de hormonales, menopausia, etc.) fue vaciada en cédula personal (anexo 1) y también fue llenada la forma DOCMA 1-80 que nos orienta sobre la topografía - de los datos encontrados en la exploración (anexo 2).

En los pacientes en las que la sospecha clínica fue corroborada se procedió a su envío al servicio de ginecología para continuar la investigación y confirmar o descartar la presencia de cáncer mamario.

La conclusión de este estudio final fue racabada del expediente clínico para el análisis final de los resultados.

## RESULTADOS

En las 156 pacientes con sospecha clínica de cáncer mamario que fueron incluidas en el presente estudio encontramos lo siguiente: un rango de edad de 30 a 82 años.

En relación con la menopausia 68 (4.2%) ya la habían presentado; 102 (64%) llevaban vida sexual activa, 4 (2.5%) eran nulíparas y 42 (26%) usaban hormonales como anticonceptivos. Hubo 36 pacientes (23%) con antecedentes heredofamiliares de neoplasia maligna y una cursaba con embarazo inicial (0.6%). (véase Tabla 3)

Fue corroborada la sospecha clínica de cáncer mamario en 8 pacientes (0.51%) de las 156 pacientes en el primer nivel de atención basándose en sus antecedentes y la presencia de tumuraciones persistentes o algunas de las características mencionadas en los criterios de inclusión.

A seis de las ocho pacientes se les diagnosticó mastopatía fibroquística y fueron tratadas en forma conservadora y a dos se les efectuó diagnóstico clínico, radiológico y por biopsia de mastopatía fibroquística la cual se consideró benigna y -- fue resuelta favorablemente con cirugía (Tabla 4).

Por lo anterior deducimos que la frecuencia con que se diagnostica la mastopatía fibroquística con relación a la muestra fue de 0.26% y de fibroadenoma benigno de 0.7% no se reportó ningún caso de cáncer mamario.

## CONCLUSIONES

Mediante este estudio, ha sido posible corroborar una vez más la importancia que tiene la prevención y detección de algunas enfermedades que pueden ser fatales.

Ha pesar de no haber detectado, afortunadamente, ningún caso franco de cáncer mamario, si fue posible enfatizar en la población que acude a los programas preventivos la importancia que tiene el explorar nuestros cuerpos y señalar de manera oportuna anomalías que pueden ser detectadas.

Asimismo creo que con la detección de los casos que hubo de fibroadenoma (dos) es posible que se haya contribuido aunque sea en forma mínima a que no se crea que toda tumoración mamaria es maligna.

La investigación debe continuar tratando de buscar asociaciones que nos permitan conocer la historia natural del padecimiento y consecuentemente la mejor aplicación de los niveles de prevención.





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION REGIONAL VERACRUZ NORTE  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 57  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA PROGRAMA DE DE-  
TECCION OPORTUNA DEL CANCER MAMARIO.

NOMBRE \_\_\_\_\_

AFILIACION \_\_\_\_\_

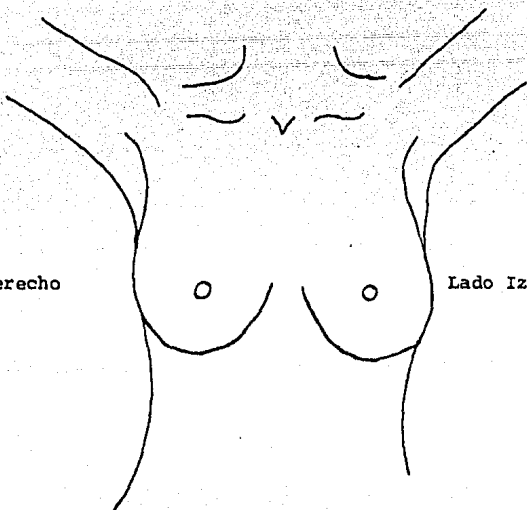
NUM.DE CONS. \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

TURNO \_\_\_\_\_

SE RECOMIENDA PASE CON SU MEDICO FAMILIAR.

Lado Derecho



Lado Izquierdo

TABLA No. 3

Promedio de Edades en Pacientes sospechosas en el programa de DOCMA en la UMF No.57 IMSS Veracruz, Ver.

Años	No. de pacientes -
30-39	78
40-49	47
50-59	22
60-69	6
70 ó más	3

TABLA No.4

Características clínicas en pacientes sospechosas de cáncer mamario. Unidad de Medicina Familiar No. 57 IMSS. Veracruz, Ver. 1983.

CARACTERISTICAS	NO. DE CASOS
Fibroadenoma derecho	1
Fibroadenoma izquierdo	1
Tumoración mama inz.cua- drante sup. interno.	1
Galactorrea con adenopa- tía supraclavicular .	1
Mastalgia inespecífica - persistente.	1
Tumoración mama derecha cuadrante inf.interno.	1
Tumoración periareolar derecha	1
Quiste mama derecha cuadran- te sup. inz.	1
Total	8

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ackerman V. Lauren y del Regato J. *Diagnosis, Prognosis and treatment* 4a. ed. St. Louis, C.V. Mosby Company, 1979. pág. 830-835.
- 2.- Beltrán y col. *Cáncer de pecho: pronóstico preoperativo.* *Tribuna médica (redacción)* Sep. de 1981.
- 3.- Black L. Charles. *The significance of lymph node involvement in patients with medullary carcinoma of breast.* pág. 497-500 Diciembre de 1983.
- 4.- Bland K. I. *Análisis of breast cancer screening in women younger than 50 years.* *JAMA* 245:1037-1042, 1981.
- 5.- Blot. W. J. *Changing patterns of breast cancer among american women.* *Am J Public Health* 70:833-836, 1980.
- 6.- *Breast cancer (folleto).*
- 7.- *Diagnóstico temprano de carcinoma mamario.* *Bol Med. IMSS* 4:48-58 1962.
- 8.- Garrido Cuevas, M. Juárez V. *Epidemiología del cáncer mamario. Estudio em cuatro clínicas del IMSS.* *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 95:516-522 Dic. 1983
- 9.- García Sainz Mauricio. *Factores de riesgo asociadas al cáncer mamario. Estudio epidemiológico retrospectivo.* Vol. 117:8 Agosto 1981.
- 10.- Greenwald P. *Eastited. Effect of breast self examination of breast cancer mortality.* *N Eng J Med* 299:271-273, 1978.
- 11.- Guyton Arthur. *Tratado de Fisiología Médica.* 4a. ed. 1042-1044, 1974.
- 12.- Foster R.S. *Breast self examination practice and breast cancer stage.* *N Eng J Med* 299:265-270, 1978.
- 13.- Fox M.S. *On the diagnosis and treatment of breast cancer -* *JAMA* 241:489-494, 1979.
- 14.- Harvey J. Lerner *Tamoxifen in breast cancer.* *Am Fam Phys* - 193-194, Jun 1981.
- 15.- J. Gilman Ch. *Primary radiotherapy in early breast cancer.* 113-117 Abril 1982.
- 16.- L. Mac Gyire W. *Tratamiento hormonal del cáncer primario.* *Mundo Médico* Pág. 55-57 Sep. 1982.
- 17.- *Medicina Preventiva. Folleto del programa DOCMA.*

- 18.- Meyer E. Jack. Breast Cancer visualized by mamography - in patients under 35. Radiology pág. 93-94. Abril 1983.
- 19.- Morbimortalidad en el Hospital General de Zona No. 14 IMSS.
- 20.- Miller A. B And overview of hormone associated cancers. Cancer Res. 38-3985-3990. 1978.
- 21.- Occupational Health and Safety. Educating employee about breast cancer 20-21 abril 1983.
22. Paschold H. Eugene, Current concepts in the managment of breast cancer .American Fam Physician 119-126, Sep.1981.
- 23.- Williams. Ginecología y Obstetricia. Vol.43 No.256. Pág. 69-76. Feb. 1978.