

11217

17

20j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
Petroleos Mexicanos

CARCINOMA DE MAMA
EXPERIENCIA DE 74 CASOS EN EL HOSPITAL
C. C. N. SUR DE PETROLEOS MEXICANOS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
E S P E C I A L I S T A E N
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A L A
DRA. MARTHA E. CONTRERAS VALDES



MEXICO, D. F.,

FEBRUERO DE 1987
TESIS CON PEMEX
FALLA DE 03:00 PM



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 está 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.

I N D I C E

CLASIFICACION DEL ESTUDIO	6
OBJETIVOS	7
MATERIAL Y METODO	9
INTRODUCCION	11
ANTECEDENTES	13
RESULTADOS	23
COMENTARIO	56
RESUMEN	64
BIBLIOGRAFIA	66

CLASIFICACION DEL ESTUDIO.

EPOCA EN QUE SE CAPTA LA INFORMACION:	RETROSPECTIVO.
PERIODO QUE COMPRENDE:	10. AGOSTO 1984 AL 31 AGOSTO 1986
TIPO DE ESTUDIO:	TRANSVERSAL.
INTERFERENCIA DEL INVESTIGADOR:	OBSERVACIONAL.
DE ACUERDO AL RAZONAMIENTO:	DESCRIPTIVO.

CLASIFICACION DEL PROTOCOLO.

1. RETROSPECTIVO, TRANSVERSAL, OBSERVACIONAL Y DESCRIPTIVO.

O B J E T I V O S .

1. CONOCER LA FRECUENCIA DE CANCER DE MAMA EN EL HOSPITAL CENTRAL SUR DE PETROLEOS MEXICANOS DE AGOSTO DE 1984 A AGOSTO DE 1986.
2. CONOCER LAS PRINCIPALES CARACTERISTICAS QUE PRESENTAN LAS PACIENTES CON CANCER DE MAMA.
3. COMPARAR SI LOS FACTORES CONOCIDOS UNIVERSALMENTE COMO DE ALTO RIESGO PARA CANCER DE MAMA ESTAN PRESENTES EN NUESTRA POBLACION.
4. CONOCER LAS ZONAS DE POBLACION PETROLERA QUE CON MAYOR FRECUENCIA REMITEN CASOS DE CANCER DE MAMA A ESTE HOSPITAL.
5. CONOCER LA ETAPA CLINICA DE CANCER DE MAMA MAS FRECUENTE AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO INICIAL
6. CONOCER SI EXISTE DIFERENCIA EN LA SOBREVIDA DE LAS PACIENTES QUE HAN SIDO MANEJADAS INICIALMENTE FUERA DE ESTE HOSPITAL Y AQUELLAS CUYO MANEJO SE INICIO EN ESTE.
7. DE ACUERDO A RESULTADOS PROPONER UN PLAN DE TRABAJO CON

LA FINALIDAD DE CONSEGUIR EN LA POBLACION DERECHOHA-
BIENTE DE PETROLEOS MEXICANOS A NIVEL NACIONAL, LA -
DETECCION OPORTUNA Y EL MANEJO INICIAL ADECUADO DEL
CANCER DE MAMA.

M A T E R I A L Y M E T O D O .

SE REVISARON EN FORMA RETROSPECTIVA 74 EXPEDIENTES QUE CORRESPONDIAN AL NUMERO TOTAL DE CASOS CON DIAGNOSTICO DE CARCINOMA DE LA GLANDULA MAMARIA MANEJADOS POR EL SERVICIO DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL CENTRAL SUR DE CONCENTRACION NACIONAL DE PETROLEOS MEXICANOS, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 10. DE AGOSTO DE 1984 AL 31 DE AGOSTO DE 1986. TODAS LAS PACIENTES INCLUIDAS CONTABAN CON DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO.

LOS FACTORES A ESTUDIAR FUERON:

1. EDAD AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO.
2. SEXO.
3. ANTECEDENTE HEREDO FAMILIAR DE CANCER DE MAMA.
4. ANTECEDENTE HEREDO FAMILIAR DE OTROS TIPOS DE CANCER.
5. EDAD DE PRESENTACION DE LA MENARCA.
6. EDAD DE PRESENTACION DE LA MENOPAUSIA.
7. NUMERO DE GESTACIONES.
8. EDAD AL PRIMER PARTO.
9. ANTECEDENTE DE LACTANCIA.
10. ANTECEDENTE DE USO DE HORMONALES.
11. ANTECEDENTE CLINICO DE PATOLOGIA MAMARIA.
12. TIEMPO DE LA AUTODETECCION TUMORAL AL MOMENTO DEL -
DIAGNOSTICO.

13. CARACTERISTICAS AL MOMENTO DE LA AUTODETECCION.
14. PADECIMIENTOS ASOCIADOS.
15. LOCALIZACION DEL TUMOR.
16. ETAPA CLINICA DEL TOTAL DE CASOS.
17. ETAPA CLINICA SUPUESTA DE LOS NO CLASIFICADOS.
18. TRATAMIENTO QUIRURGICO EN SU LUGAR DE ORIGEN DE LOS NO -
CLASIFICADOS.
19. TRATAMIENTO EFECTUADO EN EL HOSPITAL C.C. SUR.
20. DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO
21. EVOLUCION AL MES DE AGOSTO DE 1986.
22. LUGAR DE ORIGEN.

UNA VEZ OBTENIDOS LOS DATOS, SE TABULARON Y ANALIZARON LAS DIFERENTES VARIABLES.

CANCER DE MAMA

INTRODUCCION

EN MI BREVE PASO POR EL SERVICIO DE ONCOLOGIA DE NUESTRO HOSPITAL, LLAMO MI ATENCION QUE UN NUMERO IMPORTANTE DE LAS PACIENTES QUE AHI SE ATIENDEN SON MUJERES RELATIVAMENTE JOVENES , CON DIAGNOSTICO DE CARCINOMA DE LA GLANDULA MAMARIA, - QUE EN SU MAYORIA, CURSAN CON ETAPAS AVANZADAS DE LA ENFERMEDAD.

ANTES DE ESTA ROTACION, TENIA LA IDEA DE QUE EL CANCER MAMARIO ERA DE MUJERES DE MAYOR EDAD, QUE ESTANDO EL ORGANOPUESTO A LA EXPLORACION Y EXISTIENDO FACTORES DE RIESGO MUNDIALMENTE CONOCIDOS, LO COMUN FUERA ENCONTRAR ETAPAS INICIALES.

LO ANTERIOR, DESPERTO LA INQUIETUD DE REALIZAR EL PRESENTE TRABAJO, CON EL FIN DE CONOCER LAS CARACTERISTICAS CON QUE SE PRESENTA ESTA ENFERMEDAD EN NUESTRO MEDIO, QUE FACTORES HAN INFLUIDO PARA QUE SE PRESENTEN ETAPAS AVANZADAS Y ANALIZAR SI LOS FACTORES DE RIESGO MENCIONADOS EN LA LITERATURA SE ENCUENTRAN EN LAS PACIENTES TRATADAS EN EL HOSPITAL Y, DE ACUERDO A LOS RESULTADOS PODER ESTABLECER UN PLAN DE TRABAJO

A BASE DE MEDIDAS PREVENTIVAS A TODOS NIVELES, PARA FAVORECER UN DIAGNOSTICO OPORTUNO Y UN TRATAMIENTO INICIAL ADECUADO QUE SON PUNTOS DETERMINANTES EN EL PRONOSTICO Y SOBREVIDA DE LAS PACIENTES. ADEMAS DE PODER ABATIR LOS ALTOS COSTOS DE TRATAMIENTO EMPLEADOS EN ESTA PATOLOGIA.

A N T E C E D E N T E S

EN MEXICO, EN 1922 LA TASA DE MORTALIDAD POR 100,000 HABITANTES POR TUMORES MALIGNOS ERA DE 14.3 MIENTRAS EN 1970 ASCEN-
DIO A 37.6 ESTO FAVORECIDO POR EL INCREMENTO EN LA ESPERANZA
DE VIDA QUE EN 1940 ERA DE 43 AÑOS Y PARA 1970 DE 62 AÑOS LO
QUE MODIFICO EN FORMA IMPORTANTE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE -
MORTALIDAD.

LAS ESTADISTICAS DE MORTALIDAD SEÑALAN QUE EL CARCINOMA DE -
LA GLANDULA MAMARIA EN 1975 OCUPABA YA UN LUGAR PROMINENTE -
EN MEXICO, EL QUINTO DESPUES DEL DE CUELLO UTERINO, LINFOMAS
Y LEUCEMIAS, PULMONAR Y GASTRICO, COMO CAUSA DIRECTA DE MUE-
TE, CONSIDERANDO QUE ESTE TUMOR AFECTA A 100 MUJERES POR CA-
DA HOMBRE QUE LA PADECE Y, LA POBLACION CONTIENE CASI EL MIS-
MO NUMERO DE HOMBRES Y MUJERES, ES INDUDABLE QUE DESDE HACE
MAS DE UNA DECADA EL CARCINOMA DE LA GLANDULA MAMARIA REPRE-
SENTABA UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA EN NUESTRA SOCIEDAD.
(22,31).

A MEXICO SE LE CONSIDERA UN PAIS CON FRECUENCIA INTERMEDIA
DE CANCER MAMARIO CALCULANDOSE QUE 1 DE CADA 30 MUJERES TEN-
DRA LA ENFERMEDAD EN ALGUN MOMENTO DE SU VIDA, POR LO QUE SE
LE CONSIDERA HOY EN DIA, UNA DE LAS ENFERMEDADES MAS IMPOR--

TANTES, CON TENDENCIA A UN INCREMENTO REAL DE SU FRECUENCIA QUE AFECTA PRINCIPALMENTE A MUJERES EN UNA EDAD CUYA RESPONSABILIDAD ES TRASCENDENTAL PARA EL NUCLEO FAMILIAR Y SOCIAL (18,23,35).

EN DIVERSOS ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS DE LA LITERATURA MUNDIAL, SE HA REPORTADO, DESDE TIEMPO ATRAS, LA PRESENCIA DE CIERTOS FACTORES EN LAS MUJERES CON CARCINOMA MAMARIO QUE PUDIERAN TENER UN PAPEL PREDISPONENTE PARA QUE SE DESENCADENE ESTA ENFERMEDAD, ELLO CON EL FIN DE IDENTIFICAR CON OPORTUNIDAD A MUJERES DE ALTO RIESGO PARA EL CARCINOMA MAMARIO. (4, 11,14,31).

ENTRE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA EL CANCER DE MAMA SE SEÑALAN:

- MENARCA TEMPRANA
- MENOPAUSIA TARDIA
- NULIPARIDAD O EDAD DEL PRIMER PARTO POSTERIOR A LOS 25 AÑOS.
- ANTECEDENTES DE PATOLOGIA MAMARIA
- ANTECEDENTE FAMILIAR DE CANCER MAMARIO

SOBRE LA POSIBLE ETIOLOGIA DEL CANCER MAMARIO, SABEMOS QUE ES MUCHO LO QUE SE HA ESTUDIADO Y ESCRITO PERO, RELATIVAMENTE POCO LO QUE SE HA COMPROBADO, SE SABE QUE PARA SU APARI-

CIÓN EXISTEN INFLUENCIAS DE TIPO GENÉTICO, HORMONAL, VIRAL Y AMBIENTAL PERO, SI ANALIZAMOS DETENIDAMENTE LOS FACTORES DE RIESGO MENCIONADOS, PODEMOS OBSERVAR QUE EN SU MAYORÍA MANIFIESTAN ALTERACIONES DE LA VIDA REPRODUCTORA QUE MANTIENEN UNA EXPOSICIÓN DE HIPERESTRINISMO Y, SE CONOCE QUE LA ACTIVIDAD ESTROGENA NO ANTAGONIZADA EN UN LAPSO DURADERO DE VIDA REPRODUCTORA SE CONSIDERA MUY IMPORTANTE EN LA GENESIS DEL CÁNCER MAMARIO. (5,20,23)

DEFINIR LOS GRUPOS DE ALTO RIESGO PARA DESARROLLAR CARCINOMA DE MAMA LO CONSIDERAMOS IMPORTANTE POR DOS RAZONES, PRIMERO MUCHAS PACIENTES TIENEN YA ENFERMEDAD AVANZADA EN EL MOMENTO DE SU PRIMERA VISITA MÉDICA, SEGUNDO, LA DETERMINACIÓN CLÍNICA DEL CÁNCER DE MAMA ES FRECUENTEMENTE POCO EXACTA.

EN RECIENTES ARTÍCULOS SOBRE LA EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER DE MAMA SE MENCIONA:

EL CÁNCER DE MAMA ES UNA ENFERMEDAD RARA EN LA MAYORÍA DE LAS ESPECIES, LA CUAL OCURRE FRECUENTEMENTE SOLO EN HUMANOS PERROS, RATAS Y RATONES.

LA EDAD ES UN FACTOR IMPORTANTE POR SI MISMO, YA QUE EL CÁNCER DE MAMA ES RARO EN MUJERES MENORES DE 30 AÑOS Y CASI -- DESCONOCIDO EN NIÑOS.

EXISTEN REPORTES BIEN DOCUMENTADOS QUE SEÑALAN QUE LAS LINEAS DE HERENCIA, TANTO MATERNAS COMO PATERNAS DE LAS PACIENTES CON CANCER DE MAMA, INCREMENTAN EL RIESGO DE PRESENTAR CANCER DE MAMA. ESTE INCREMENTO DEL RIESGO SE APLICA A LA MADRE, HIJAS, HERMANAS, TIAS, ABUELAS Y PRIMAS. EN UN ESTUDIO SE ENCONTRO QUE LA EDAD EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA SIN HISTORIA FAMILIAR DEL MISMO FUE DE 52.8 AÑOS VS 48.7 AÑOS, PARA PACIENTES CON HISTORIA FAMILIAR.

EN 112 CASOS DE MADRES E HIJAS CON CANCER DE MAMA, EL PROMEDIO DE EDAD DE LA MADRE FUÉ DE 59.7 AÑOS VS 47.5 AÑOS, PARA LAS HIJAS,

EXISTE CONTROVERSIA ACERCA DEL PAPEL DEL MEDIO AMBIENTE, YA QUE SE HA VISTO UNA ALTA VARIEDAD EN LA FRECUENCIA DE CANCER DE MAMA ALREDEDOR DEL MUNDO. ESTUDIOS EN POBLACIONES DE INMIGRANTES MUESTRA QUE LA FRECUENCIA DE CANCER DE MAMA RAPIDAMENTE SE APROXIMA A LA DE LA CIUDAD HUESPED, ESTOS ESTUDIOS MUESTRAN QUE EL MEDIO AMBIENTE JUEGA UN SIGNIFICATIVO PAPEL.

SE HA RELACIONADO A LA PARIDAD CON DISMINUCION DEL RIESGO DE CANCER DE MAMA DE ACUERDO AL NUMERO DE NIÑOS NACIDOS, SOFISTICADOS ESTUDIOS HAN DEMOSTRADO UN EFECTO PROTECTOR, PRINCIPALMENTE RELACIONADO A LA EDAD DEL PRIMER PARTO DE UN EM-

BARAZO A TERMINO.

LAS MULIPARAS TIENEN UNA MAYOR TASA DE CANCER DE MAMA QUE MUJERES CON NIÑOS. EL EMBARAZO PARECE TENER UN EFECTO PROTECTOR SI OCURRE ANTES DE LOS 30 AÑOS, EMBARAZOS FUTUROS NO DISMINUYEN EL RIESGO. LA RAZON PARA ESTE EFECTO PROTECTOR SE RELACIONA A CAMBIOS EN LA INFLUENCIA HORMONAL, LO QUE MUESTRA QUE EL PATRON HORMONAL, ES IMPORTANTE EN EL RIESGO DE CANCER DE MAMA.

EXISTEN DATOS CONVINCENTES DE QUE MUJERES QUE TIENEN UNA VIDA MENSTRUAL ANORMALMENTE PROLONGADA, TIENEN UN INCREMENTO DE RIESGO PARA EL CANCER DE MAMA, MUCHOS ESTUDIOS RELACIONAN -- UNA MENARCA TEMPRANA CON INCREMENTO DEL RIESGO, MIENTRAS QUE OTROS MUESTRAN UN INCREMENTO SIMILAR PARA LA MENOPAUSIA TARDIA, YA QUE MUJERES CON MENOPAUSIA DESPUES DE LOS 55 AÑOS -- TIENEN UN RIESGO DOBLE PARA DESARROLLAR CANCER DE MAMA. CABE AGREGAR QUE SE HA OBSERVADO QUE LA MENOPAUSIA QUIRURGICA TEMPRANA, PREVIA A LOS 40 AÑOS TIENE UNA ACCION PROTECTORA REDUCIENDO EL RIESGO EN EL 75 %.

EXISTEN DIVERSOS ESTUDIOS ACERCA DE QUE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES PUEDEN LLEVAR A LA INDUCCION DE UN CANCER DE MAMA, YA SEA EN FORMA DIRECTA, O AL INCREMENTAR LA PATOLOGIA BENIGNA DE LA MAMA. LO ANTERIOR, ES CAUSA AÚN DE AMPLIA CONTROVERSIA QUE PARECIERA ESTAR MAS BIEN EN RELACION A LA ASOCIACION DE

ESTE ANTECEDENTE CON OTROS FACTORES DE RIESGO.

EL ANTECEDENTE DE LA ENFERMEDAD BENIGNA DE LA MAMA EXCEPTO - CUADROS AGUDOS COMO ABSCESOS Y FISURAS, ORIGINAN UN INCREMENTO DEL RIESGO DE CARCINOMA DE LA MAMA, PRINCIPALMENTE AQUELLOS COMO MASTITIS QUISTICA, PAPILOMA INTRADUCTAL Y PAPILOMATOSIS, NUMEROSOS ESTUDIOS MUESTRAN UN INCREMENTO DE 3 A 4 VECES MAYOR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD FIBROQUISTICA. EL ANTECEDENTE DE CANCER MAMARIO SE ASOCIA TAMBIEN, A UN INCREMENTO EN LA PRESENCIA DE CANCER DE MAMA OPUESTA. EL CARCINOMA BILATERAL SIMULTANEO SE ENCONTRO EN MAS DEL 23 % DE PACIENTES -- CON CARCINOMA LOBULAR IN SITU PRINCIPALMENTE.

LA REVISION DE LA LITERATURA MENCIONA OTROS NUMEROSOS FACTORES QUE INCREMENTAN EL RIESGO DE PRESENTACION DE CANCER DE MAMA EN LA MUJER, DE LOS CUALES EXISTE CONTROVERSIA Y, SON NECESARIOS ESTUDIOS MAS PROFUNDOS, CABE SEÑALAR LOS SIGUIENTES.

SE HA ENCONTRADO UNA MAYOR FRECUENCIA DE CANCER MAMARIO EN AQUELLAS PACIENTES QUE HAN SIDO RADIADAS EN PRESENCIA DE MASTITIS POSTPARTO, PACIENTES CON FLUOROSCOPIAS REPETITIVAS, Y EN SOBREVIVIENTES DE LA BOMBA ATOMICA, EL RIESGO SE INCREMENTA CON DOSIS DE 50 - 90 RADS Y SON LAS MUJERES JOVENES LAS MAS SUCEPTIBLES AL EFECTO CARCINOGENETICO DE LA RADIACION.

EXISTEN DIVERSOS ESTUDIOS QUE REFIEREN UNA MENOR FRECUENCIA DE CANCER DE LA MAMA EN AQUELLAS PACIENTES QUE LACTAN Y, PRINCIPALMENTE DEL LADO QUE LACTO.

SE HA ENCONTRADO UN INCREMENTO EN EL RIESGO DE CANCER DE MAMA EN PACIENTES CON CANCER PREVIO DE COLON, GLANDULAS SALIVALES, OVARIO Y ENDOMETRIO. LA INTERRELACION CON CERTEZA SE IGNORA. LA MAMA, ENDOMETRIO Y OVARIO, TIENEN UNA INTERRELACION PATOGENICA HORMONAL. EL CANCER DE MAMA Y COLON TIENEN UNA RELACION CON LA DIETA ALTA EN CONTENIDO GRASO LO QUE QUIZA PUDIERA IMPLICAR SU PATOGENIA.

OTROS ESTUDIOS REFIEREN QUE LA UTILIZACION DE RESERPINA ORIGINA UN INCREMENTO EN EL RIESGO DE PRESENTACION DEL CANCER DE MAMA, ESTA ASOCIACION NO SE HA ENCONTRADO CON EL USO DEL ALFA METILDOPA, TAMBIEN SE MENCIONA INCREMENTO DEL RIESGO CON EL USO DE TINTES CAPILARES, ASI COMO EN PACIENTES CON GRUPO SANGUINEO A Y O.

SE HA ASOCIADO ADEMAS, UN MAYOR RIESGO EN MUJERES POSTMENOPAUICAS OBESAS, ASI COMO EN MUJERES DE NIVEL SOCIO ECONOMICO ALTO, PERO DADO QUE EN ESTE TIPO DE SOCIEDAD EL PRIMER PARTO ES GENERALMENTE A MAYOR EDAD, ES NECESARIO QUE PARA SER CONFIABLES ESTOS ESTUDIOS DEBAN DE ANALIZARSE LOS DIVERSOS FACTORES POR SEPARADO.

ESTA COMPROBADO QUE LOS ESTROGENOS PRODUCEN CAMBIOS DE PROLI
FERACION A NIVEL DE LOS CONDUCTOS MAMARIOS Y QUE LA MAYOR --
PARTE DE LOS CARCINOMAS NACEN EN LOS CONDUCTOS, SIENDO LOGI-
CO SUPONER QUE EL EFECTO ESTROGENICO EXCESIVO ORIGINE MAYOR
HIPERPLASIA LA QUE PROBABLEMENTE ES UN REQUISITO INDISPENSA-
BLE PARA LA FORMACION CANCEROSA ESTA CLASE DE PROLIFERACION
CECULAR, ADEMAS, SE SABE QUE LOS ESTEROIDES REGULAN LA ACTI-
VIDAD DE GENES. LAS CELULAS BLANCO POSEEN PROTEINAS DE CONJU-
GACION, Y SE HA COMPROBADO QUE LAS CELULAS NORMALES, EN ORGA-
NOS BLANCO O EFECTORES COMO MAMAS Y ENDOMETRIO, CONJUGAN SE-
LECTIVAMENTE ESTEROIDES DE LA INDOLE DE 17 BETA ESTRADIOL.
SE HA IDENTIFICADO PROTEINAS CONJUGADORAS SEMEJANTES EN CELU-
LAS DE CANCER MAMARIO Y, ADEMAS, ESTAS CELULAS QUIZA POSEAN
SISTEMAS ENZIMATICOS QUE NO SE PRESENTAN EN EL TEJIDO MAMA--
RIO NORMAL, LO CUAL LAS TORNA CAPACES DE CONVERTIR ANDROGE--
NOS A ESTROGENOS, EL COMPLEJO DE HORMONA ESTEROIDE Y PROTEI-
NA DE CONJUGACION PUEDE SER UNA CLAVE QUE, DE ALGUNA MANERA,
ENCIENDE LA SINTESIS DE DNA Y LA ACTIVIDAD DE REPRODUCCION -
EN CELULAS BLANCO, SIENDO QUIZAS MAS ADECUADO HABLAR DE HOR-
MONAS COMO FOMENTADORAS DE FENOMENOS CARCINOGENOS Y NO COMO
INICIADORAS, (5,20).

EXISTE SUFICIENTE EVIDENCIA DE QUE LOS ESTROGENOS JUEGAN UN
PAPEL PERMISIVO EN EL INCREMENTO DE LA PROLIFERACION CELULAR
DE LOS TEJIDOS Y CON ELLO FAVORECER EL EFECTO DE ALGUNOS ---
OTROS FACTORES CARCINOGENOS, ES PROBABLE QUE LOS ESTROGENOS

ACTUEN DIRECTAMENTE SOBRE EL TUMOR PARA MANTENER EL DESARROLLO POSTERIOR DE LA NEOPLASIA UNA VEZ QUE ESTE SE HA INICIADO Y -- QUE ALTERE EL PROCESO NORMAL DE CONTROL DE LA PROLIFERACION Y DIFERENCIACION CELULAR LLEVANDO AL DESARROLLO DE LA NEOPLASIA, TODO ELLO FAVORECIDO POR EL MEDIO HORMONAL EXISTENTE, EL CUAL SABEMOS PUEDE SER MODIFICADO POR DIVERSOS FACTORES, POR EJEM-- PLO LA OBESIDAD. (4)

YA EN 1952 SINCE ROGERS DEMOSTRO QUE LAS MUJERES OBESAS TIENEN UNA ALTA INCIDENCIA DE AMENORREA Y ANOVULACION, ADEMAS DE QUE SE HA ASOCIADO A LA OBESIDAD CON DIFERENTES ALTERACIONES EN LA FISILOGIA REPRODUCTORA FEMENINA, POR EJEMPLO, INFERTILIDAD, - OVARIOS POLIQUISTICOS, MENARCA TEMPRANA Y MENOPAUSIA TARDIA, - ANORMALIDADES MENSTRUALES, CICLOS ANOVULATORIOS, FASE LUTEA IN ADECUADA, ETC. TODAS ESTAS CONDICIONES TAMBIEN CONSIDERADAS CO MO FACTORES DE RIESGO PARA CANCER DE MAMA.(8)

LA EXPLICACION A LO ANTERIOR ES QUE AL ORIGINAR LA OBESIDAD -- UNA DISMINUCION SUSTANCIAL EN LA PRODUCCION DE PROGESTERONA, - LA CUAL SABEMOS QUE ACTUA COMO OPOSITOR DE LA PROLIFERACION CE LULAR SE PRESENTA UN DESBALANCE EN LOS NIVELES DE ESTROGENO Y PROGESTERONA QUE SE ACENTUA POR EXISTIR UN INCREMENTO EN LA -- AROMATIZACION PERIFERICA DE ANDROGENOS, PRINCIPALMENTE DE AN-- DROSTENDIONA A ESTRONA Y, ES LOGICO CONCLUIR QUE LA MAYOR PAR TE DE ESTRADIOL PLASMATICO DERIVE EN ESTOS CASOS, DE LA CON-- VERSION PERIFERICA DE ESTRONA, ORIGINANDO ASI UNA HIPERESTIMU-

LACION DE LA PROLIFERACION CELULAR CON ALTERACIONES EN LA DIFERENCIACION QUE LLEVA A FAVORECER LA PRESENCIA DE CARCINOMA MAMARIO. (8,20)

DE LO MENCIONADO, SE DESPRENDE LA IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DE LA PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO EN NUESTRAS PACIENTES CON CARCINOMA DE LA GLANDULA MAMARIA.

R E S U L T A D O S .

CANCER DE MAMA.

FRECUENCIA POR EDAD.

LA EDAD DE PRESENTACION OSCILO ENTRE LOS 28 Y 96 AÑOS.

40 PACIENTES QUE CORRESPONDEN AL 54 % ERAN MENORES DE 50 AÑOS, DE ESTE GRUPO, LA MÁXIMA INCIDENCIA FUE DE LOS 40 A LOS 44 - - AÑOS, CON UN 21.7 % DEL TOTAL, DISMINUYENDO A UN 13.5 % EN EL GRUPO DE 45 A 49 AÑOS, PARA POSTERIORMENTE MANTENERSE DE LOS 50 A LOS 64 AÑOS EN UN 8.1 % PRESENTANDO UN NUEVO INCREMENTO DE LOS 65 A LOS 69 AÑOS, DISMINUYENDO SIGNIFICATIVAMENTE A - PARTIR DE ESTA EDAD, HASTA PORCENTAJES DEL 1.3 % (GRAFICA 1).

LAS ESTADISTICAS DE LOS PAISES SAJONES MUESTRAN QUE EL CARCINO MA DE LA GLANDULA MAMARIA TIENE SU MAXIMA INCIDENCIA EN LA SEX TA DECADA (9.4) , NO SIENDO ASI EN NUESTRO MEDIO, SEGUN VARIOS REPORTES, NUESTRA ESTADISTICA VA ACORDE CON LOS ESTUDIOS NACIO NALES EN LO QUE SE ENCUENTRA QUE EL CARCINOMA MAMARIO TIENE SU MAXIMA INCIDENCIA EN LA QUINTA DECADA (18.23) (GRAFICA 2).

POR LO ANTERIOR, EL CONSIDERAR QUE EL CANCER DE MAMA ES UNA EN FERMEDAD QUE SE OBSERVA EN PACIENTES SENILES, ES FALSO EN NUES TRO MEDIO Y DEBE DE BUSCARSE EN PACIENTES DE EDAD MAS TEMPRANA. (GRAFICA 3).

FRECUENCIA DE CANCER DE MAMA POR EDAD

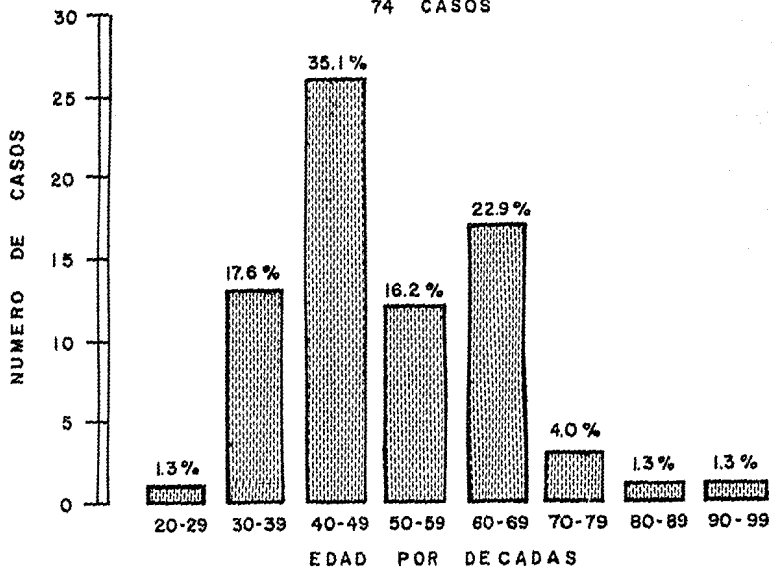
<u>EDAD/AÑOS</u>	<u>NUMERO</u>	<u>(%)</u>
- 34	5	6.8
35 - 39	9	12.2
40 - 44	16	21.7
45 - 49	10	13.5
50 - 54	6	8.1
55 - 59	6	8.1
60 - 64	6	8.1
65 - 69	11	14.9
70 - 74	2	2.7
75 - 79	1	1.3
80 - 84	1	1.3
85 - 90	0	0.0
90 - 95	0	0.0
96 - 100	1	1.3
T O T A L :	<u>74</u>	<u>100.0</u>

GRAFICA I

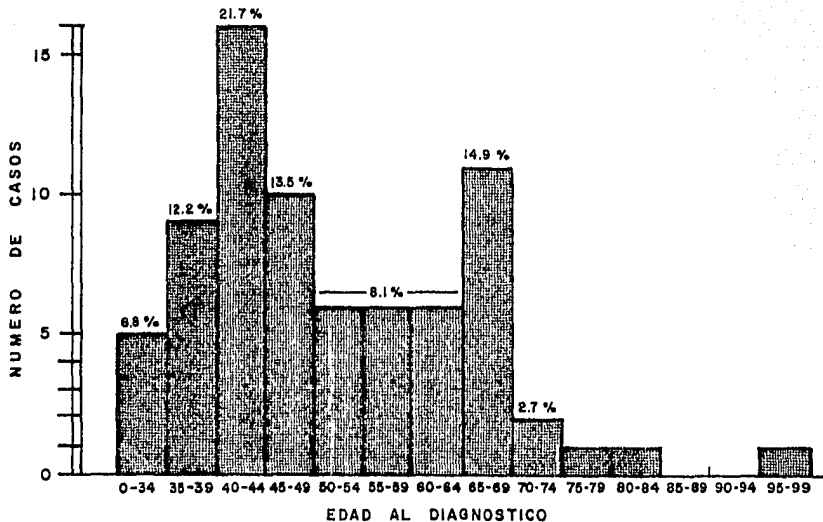
CANCER DE MAMA

FRECUENCIA POR EDAD

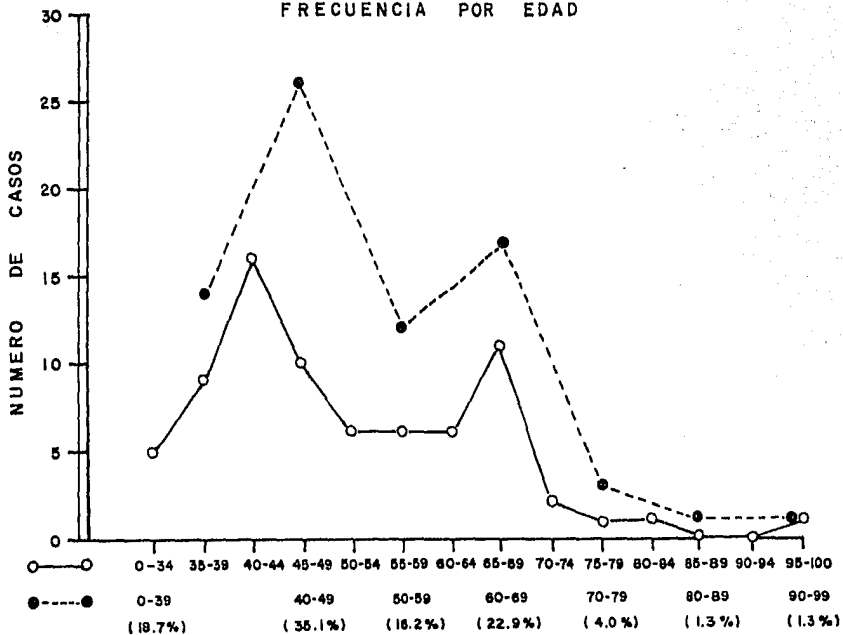
74 CASOS



GRAFICA 2
CANCER DE MAMA
FRECUENCIA POR EDAD
(74 CASOS)



GRAFICA 3
CANCER DE MAMA
 FRECUENCIA POR EDAD



FRECUENCIA DE CANCER DE MAMA POR EDAD

<u>EDAD/AÑOS</u>	<u>NUMERO</u>	<u>(%)</u>
- 39	14	18.9
40 - 49	26	35.1
50 - 59	12	16.1
60 - 69	17	22.9
70 - 79	3	4.0
80 - 89	1	1.3
90 - 99	1	1.3
	<hr/>	<hr/>
T O T A L :	74	100.0
	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>

CANCER DE MAMAFRECUENCIA POR SEXO

<u>SEXO</u>	<u>No. DE CASOS</u>	<u>(%)</u>
FEMENINO	73	98.7
MASCULINO	<u>1</u>	<u>1.3</u>
T O T A L :	=====	=====

PREDOMINA EN FORMA SOBRESALIENTE LA PATOLOGIA EN EL SEXO FEMENINO 98.7 %, LO CUAL ESTA ACORDE CON LOS REPORTES DE ESTUDIOS TANTO EXTRANJEROS COMO NACIONALES. (9,16,20)

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES DE CANCER DE MAMAY OTROS TIPOS DE CANCER

<u>ANTECEDENTE</u>	<u>NUMERO</u>	<u>(%)</u>
CANCER MAMA	3	4.0
OTROS TIPOS	19	25.7
CA MAMA Y OTROS CA	2	2.7
NEGATIVO	42	56.8
IGNORA	8	10.8
	<hr/>	<hr/>
T O T A L :	74	100.0
	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES DE CANCER DE MAMAY OTROS TIPOS DE CANCER

DE LAS PACIENTES CON ANTECEDENTE HEREDO FAMILIAR POSITIVO PARA CARCINOMA DE LA GLANDULA MAMARIA, FUERON UNICAMENTE CINCO DOS DE ELLAS TUVIERON OTRO TIPO DE CANCER EN FAMILIAR. (LA EDAD EN QUE SE MANIFESTO LA NEOPLASIA FUE EN LA SEPTIMA DECA DA). EL TIPO DE DE CARCINOMA FUE CANICULAR Y UNA DE ELLAS - PRESENTO TUMOR MAMARIO BILATERAL.

DE LAS PACIENTES CON ANTECEDENTE HEREDO FAMILIAR POSITIVO A OTROS TIPOS DE CANCER QUE FUERON 19, UNICAMENTE 4 ERAN MENORES DE 40 AÑOS. DE LOS CASOS EN QUE SE LOGRO CONOCER LA VARIEDAD FUERON CARCINOMA CERVICO UTERINO, TRACTO DIGESTIVO Y ENFERMEDADES HEMATOPOYETICAS, NO SE ENCONTRARON ANTECEDENTES DE CARCINOMA DE ENDOMETRIO, OVARIO Y TIROIDES.

ESTADISTICAMENTE NO SE ENCUENTRA UNA RELACION IMPORTANTE CON LA PRESENCIA DE ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES DE CARCINOMA DE LA GLANDULA MAMARIA EN NUESTRA POBLACION.

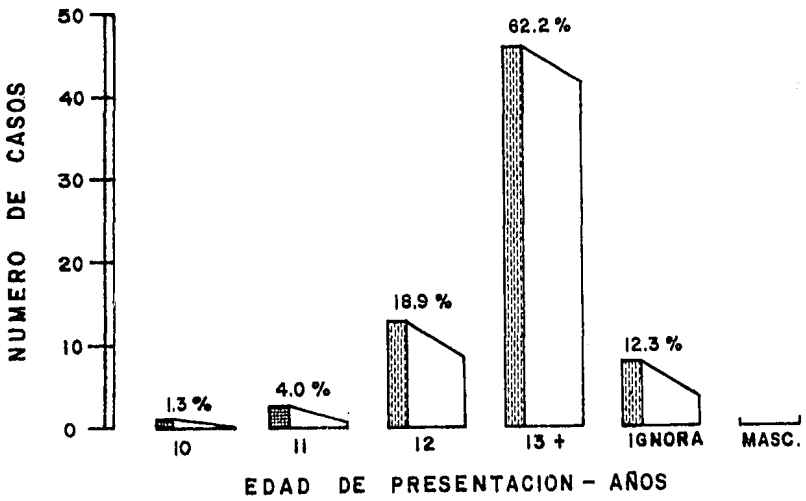
CANCER DE MAMAEDAD DE PRESENTACION DE LA MENARCA

<u>E D A D</u>	<u>NO. DE CASOS</u>	<u>(%)</u>
10	1	1.3
11	3	4.0
12	14	18.9
13	46	62.2
IGNORA	9	12.3
MASCULINO	1	1.3
 T O T A L :	 74	 100

SE CONSIDERA EN NUESTRO MEDIO QUE UNA MENARCA ES TEMPRANA CUANDO ESTA SE PRESENTA ANTES DE LOS 12 AÑOS DE EDAD Y, EN NUESTRA ESTADISTICA ENCONTRAMOS UN PORCENTAJE SUMAMENTE POBRE DE PERSONAS CON CANCER DE MAMA Y MENARCA TEMPRANA 5.3 %.

CANCER DE MAMA

EDAD DE PRESENTACION DE LA MENARCA



CANCER DE MAMAEDAD DE PRESENTACION DE LA MENOPAUSIA

<u>E D A D</u>	<u>No. DE CASOS</u>	<u>(%)</u>
- 40	2	2.7
41 - 45	4	5.4
46 - 50	16	21.6
51 - 60	8	10.9
	<hr/>	<hr/>
T O T A L :	30	40.6
	<hr/>	<hr/>

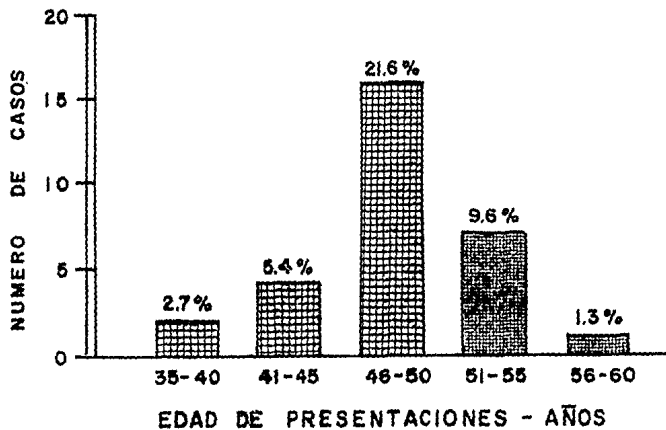
ENCONTRAMOS UNA BAJA INCIDENCIA EN NUESTRA POBLACION DE MENOPAUSIA TARDIA, SOLO UN 10.9 %, CONSIDERANDO - COMO MENOPAUSIA TARDIA LA SUSPENSION DE LA MESTRUACION POSTERIOR A LOS 50 AÑOS.

LA RELACION DE CASOS DE PACIENTES MENOPAUSICAS Y NO MENOPAUSICAS FUE PRACTICAMENTE DE 1/1 40.6 Y 37.8 % RESPECTIVAMENTE.

GRAFICA 7

CANCER DE MAMA

EDAD DE PRESENTACION DE LA MENOPAUSIA



FRECUENCIA DE PACIENTES MENOPAUSICAS
Y NO MENOPAUSICAS

	<u>No. DE CASOS</u>	<u>(%)</u>
MENOPAUSICAS	30	40.6
PREMENOPAUSICAS	28	37.8
IGNORA	15	20.3
MASCULINO	1	1.3
	<hr/>	<hr/>
T O T A L :	74	100.0
	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>

CANCER DE MAMANUMERO DE GESTACIONES

<u>NO. DE GESTACIONES</u>	<u>NO. DE CASOS</u>	<u>(%)</u>
NULIGESTA	6	8.1
1 - 4	33	44.6
5 - 9	25	33.8
10 - MAS	6	8.2
IGNORA	3	4.0
MASCULINO	1	1.3
TOTAL :	74	100.0

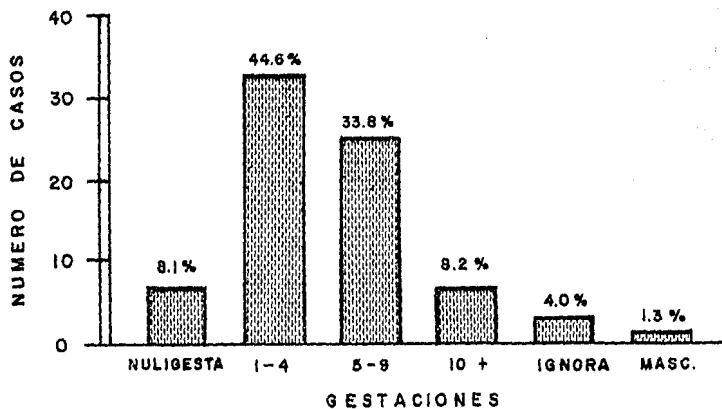
EL PORCENTAJE DE NULIGESTAS EN NUESTRA POBLACION FUE MUY BAJO (8.1 %) Y LA MAYOR PARTE DE LAS PACIENTES - TUVO VARIOS EMBARAZOS.

SE CONSIDERA QUE LA MULTIPARIDAD NO AYUDA A EVITAR - UN CANCER DE MAMA, COMO SE DEMUESTRA EN ESTE ESTUDIO.

GRAFICA 4

CANCER DE MAMA

NUMERO DE GESTACIONES



EL MAYOR NUMERO DE GESTACIONES / PACIENTES FUE DE 20

CANCER DE MAMAEDAD DEL PRIMER PARTO

- 25	19	25.7
26 - 30	5	6.8
31 - 35	3	4.0
41 - 45	1	1.3
NULIGESTAS	6	8.1
	<hr/>	<hr/>
SUBTOTAL:	34	45.9
IGNORA	40	54.1
	<hr/>	<hr/>
TOTAL :	74	100.0
	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>

SOLO SE LOGRO CONOCER ESTE ANTECEDENTE EN 34 PACIENTES QUE AUNQUE NO VALORABLES POR EL NUMERO DE CASOS, ES DIGNO DE COMENTARSE QUE EL 44,1 % DE ESTAS FUERON PERSONAS QUE TUVIERON SU EMBARAZO POR ARRIBA DE LOS 25 AÑOS O NULIPARAS.

C A N C E R D E M A M AANTECEDENTE DE ADMINISTRACION DE HORMONALES

<u>ANTECEDENTE</u>	<u>NUMERO</u>	<u>(%)</u>
* POSITIVO	19	25.7
NEGATIVO	47	63.5
IGNORA	8	10.8
 T O T A L :	 74	 100.0

DE LAS 74 PACIENTES 47 (63,5 %) NUNCA UTILIZARON HORMONALES.

EN LAS PACIENTES QUE LO UTILIZARON, EL TIEMPO DE ADMINISTRACION VARIO DESDE 2 MESES HASTA 15 AÑOS Y SOLO EN 5 CASOS FUE DURANTE MAS DE 5 AÑOS.

DE LAS PACIENTES CON ANTECEDENTES DE ADMINISTRACION DE HORMONALES UNICAMENTE UNA FUE MENOR DE 35 AÑOS.

LOS HORMONALES MAS UTILIZADOS FUERON LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES EN 12 DE LAS 19 PACIENTES. UNA PACIENTE ESTABA TOMANDO ESTROGENOS COMO TRATAMIENTO DE SU CLIMATERIO

* una postmenopáusica tomaba estrógenos.

CANCER DE MAMAANTECEDENTE DE LACTANCIA

<u>ANTECEDENTE</u>	<u>No. DE CASOS</u>	<u>(%)</u>
POSITIVO	40	54.1
NEGATIVO	20	27.0
IGNORA	13	17.6
MASCULINO	1	1.3
	<hr/>	<hr/>
TOTAL :	74	100.0
	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>

DE LAS 74 PACIENTES 40 (54.1 %), LACTARON LO QUE MUESTRA QUE EN LA POBLACION ESTUDIADA, LA LACTANCIA ES -- AUN UNA PRACTICA EN LA MAYORIA DE LOS CASOS.

DE LAS PACIENTES QUE NO LACTARON SOLO 4 SE ENCONTRARON DENTRO DE LA CUARTA DECADA SIENDO TODAS LAS DEMAS MAYORES DE 40 AÑOS AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO.

C A N C E R D E M A M AANTECEDENTE CLINICO DE PATOLOGIA MAMARIA

<u>PATOLOGIA</u>	<u>No.DE CASOS</u>	<u>(%)</u>
MASTOPATIA FIBROQUISTICA	22	29.7
TRAUMATISMO SOBRE MAMA	1	1.4
ABSCESOS MAMARIOS	1	1.4
NINGUNA	41	55.4
IGNORA	9	12.1
	<hr/>	<hr/>
T O T A L :	74	100.0
	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>

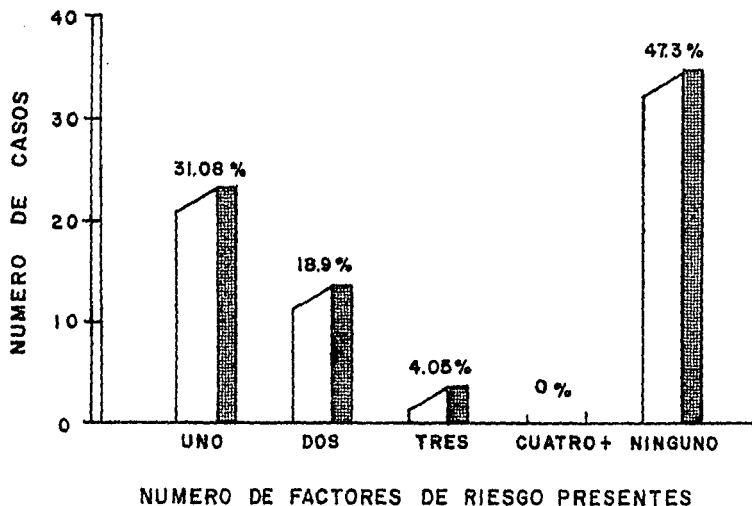
ES DE LLAMAR LA ATENCION QUE EL 29,7 % DE LAS PACIENTES TENIAN ANTECEDENTE CLINICO DE PATOLOGIA MAMARIA BENIGNA LO CUAL ESTADISTICAMENTE ES SIGNIFICATIVO.

SE HACE UN COMENTARIO MAS AMPLIO AL RESPECTO EN LA REVISION FINAL DE LOS FACTORES DE RIESGO.

GRAFICA 8

CANCER DE MAMA

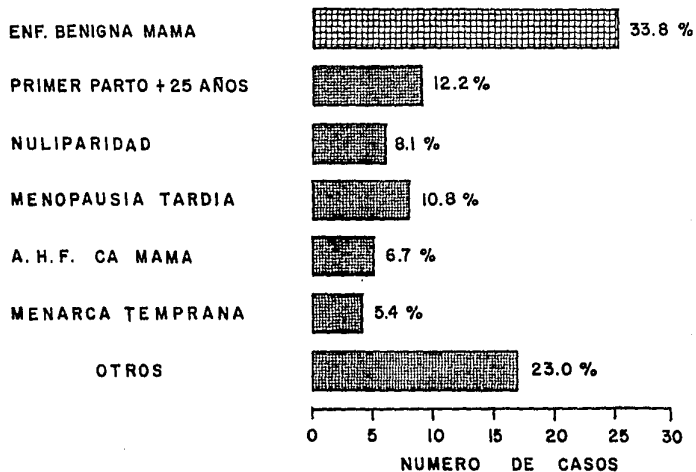
ASOCIACION DE PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO



GRAFICA 9

CANCER DE MAMA

FRECUENCIA DE PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO



PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO

CANCER DE MAMAPADECIMIENTOS ASOCIADOS

<u>PATOLOGIA ASOCIADA</u>	<u>Nº-DE CASOS</u>	<u>(%)</u>
HIPERTENSION ARTERIAL	22	29.7
COLELITIASIS SINTOMATICA	6	8.1
DIABETES MELLITUS	5	6.7
MIOMATOSIS UTERINA	4	5.4
* C A CERVICOUTERINO	2	2.7
C A OVARIO	1	1.4
C A BASOCELULAR	1	1.4
ASTROCITOMA ANAPLASICO	1	1.4
DISGENESIA GONADAL	1	1.4
OTROS	3	4.2
	<hr/>	<hr/>
SUBTOTAL	46	62.3
SIN OTRA PATOLOGIA	28	37.7
	<hr/>	<hr/>
TOTAL :	74	100.0
	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>

DE LAS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA QUE FUERON 22 (29.7 %) TUVIERON TIEMPO DE EVOLUCION DE LA MISMA, QUE VARIO DE 1 A 22 AÑOS, DE ESTAS SOLO UNA ERA MENOR DE 40 AÑOS,

16 DE ELLAS, ERAN OBESAS, 12 SE CONTROLABAN CON ALFAMETILDOPA
5 SE CONTROLABAN CON DIVERSOS DIURETICOS Y SOLO UNA DE ESTAS,
ESTABA SIENDO CONTROLADA CON RESERPINA, 5 ESTABAN SIN TRATA--
MIENTO ANTES DE SU DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA MAMARIA.

DE LOS CINCO CASOS DE DIABETES MELLITUS, 2 TENIAN 15 AÑOS DE
EVOLUCION, 1 SEIS AÑOS, Y OTRA 2, DE OTRA SE IGNORO EL DATO.

LAS CINCO TENIAN CONTROL DE SU DIABETES A BASE DE HIPOGLUCE--
MIANTES ORALES Y UNICAMENTE DOS ERAN OBESAS.

DE LAS CUATRO PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE MIOMATOSIS UTERI--
NA, CUATRO HABIAN TENIDO SU PRIMER HIJO A LOS 21,23 Y 28 ---
AÑOS, Y SOLAMENTE UNA ERA NULIGESTA.

LAS DOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO PROBABLE DE CANCER CERVICO
UTERINO SE LES HABIA EFECTUADO HISTERECTOMIA TIEMPO ATRAS EN
SU LUGAR DE ORIGEN SIN ESPECIFICARSE MAS AL RESPECTO.

LA PACIENTE CON DISGENESIA GONADAL, CURSABA CON UN PROBABLE -
SINDROME DE KLIPPEL FEIL (CUELLO CORTO, PTERIGIUM, MALFORMA--
CIONES CARDIOVASCULARES Y DE GENITALES INTERNOS).

ESTA PACIENTE TUVO MENARCA A LOS 15 AÑOS, GESTA 1 QUE TERMI--
NO EN CESAREA POR OBITO.

LA DIABETES SE HA ASOCIADO AL CARCINOMA MAMARIO COMO FACTOR DE RIESGO SECUNDARIO QUE DADO EL BAJO NUMERO DE PACIENTES, NO ES DIGNO DE TOMARSE EN CUENTA. LO MISMO PODEMOS DECIR DE LA RESERPINA COMO CARCINOGENETICO Y SOLO UN PACIENTE ESTABA INGIRIENDO ESTE MEDICAMENTO.

UN DATO QUE NO SE INVESTIGO FUE LA PRESENCIA DE OBESIDAD,-- UNICAMENTE EN LAS PACIENTES QUE CURSABAN CON HIPERTENSION ARTERIAL ENCONTRANDOSE EN ESE GRUPO DE 22 QUE 16 QUE CORRESPONDE AL 66.7 % ERAN OBESAS, EN DIVERSOS ESTUDIOS SE MENCIONA QUE LA TRIADA DE HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES Y OBESIDAD DEBE DE SER INVESTIGADO ANTE LA SOSPECHA DE CARCINOMA MAMARIO Y VICEVERSA. (8,10,25).

SE ENCONTRARON DOS CASOS CON UN SEGUNDO TUMOR MALIGNO PRIMARIO QUE CORRESPONDE A UN 2.8 % UNO FUE UN CANCER DE OVARIO DE PRESENCIA SIMULTANEA Y, UN CASO DE ASTROCITOMA QUE FUE SUBSECUENTE ALCARCINOMA MAMARIO. NUESTRO PORCENTAJE COINCIDE CON LO REPORTADO POR OTROS AUTORES (3) Y CON SEGUNDO PRIMARIO DE TIROIDES, OVARIO, PULMON, LENGUA, VAGINA Y CARCINOMA DE, EN DICHS ESTUDIOS.

C A N C E R D E M A M ATIEMPO DE LA AUTODETECCION TUMORAL ALMOMENTO DEL DIAGNOSTICO

<u>TIEMPO</u>	<u>No. DE CASOS</u>	<u>(%)</u>
1 - 3 meses	25	33.8
4 - 6 meses	17	23.0
7 - 12 meses	13	17.6
13 - 23 meses	3	4.0
2 - 5 años	6	8.1
11 - Más años	2	2.7
IGNORA	8	10.8
	<hr/>	<hr/>
T O T A L :	74	100.0
	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>

TIEMPO DE LA AUTODETECCION TUMORAL AL MOMENTO
DEL DIAGNOSTICO

COMO SE OBSERVA, MAS DE LA MITAD DE LAS PACIENTES REFERIA HABER NOTADO EL TUMOR APENAS SEIS MESES ATRAS DE LA FECHA EN QUE ACUDIERON AL ESPECIALISTA.

LLAMA LA ATENCION EL QUE HAYAN PASADO MESES E INCLUSO AÑOS ENTRE LA DETECCION DE LA NEOPLASIA Y SE INSTITUYERA EL TRATAMIENTO, ENCONTRAMOS COMO FACTORES DE ESTO:

- 1.- LA FALTA DE ORIENTACION MEDICA SOBRE ESTA ENFERMEDAD
- 2.- DESINFORMACION POR PARTE DE PERSONAS NO CAPACITADAS
- 3.- TEMOR AL CANCER
- 4.- FACTORES MEDICOS

COMO ES NATURAL MUCHAS DE ESTAS PACIENTES LLEGARON EN ETAPAS AVANZADAS.

C A N C E R D E M A M ACARACTERÍSTICAS AL MOMENTO DE LA AUTODETECCION

<u>CARACTERÍSTICAS</u>	<u>No. DE CASOS</u>	<u>(%)</u>
PERCEPCION DEL TUMOR MAMARIO	67	90.5
DOLOR MAMARIO POST-TRAUMATISMO	2	2.8
HALLAZGO MEDICO	2	2.8
PERCEPCION DE TUMOR AXILAR	1	1.3
DOLOR MAMARIO DURANTE ENBARAZO	1	1.3
SINTOMAS DE ENFERMEDAD A DISTANCIA	1	1.3
	-----	-----
T O T A L :	74	100.0
	=====	=====

COMO PODEMOS OBSERVAR LA GRAN MAYORIA DE LAS PACIENTES (90.5 %) SON QUIENES SE DETECTAN EL TUMOR.

EN UN PEQUEÑO PORCENTAJE EL ANTECEDENTE DE TRAUMATISMO SE -- SE EVIDENCIA NO COMO CAUSA DEL TUMOR, SINO COMO HECHO INCI-- DENTAL QUE LLEVA A LA PACIENTE A EXPLORAR SUS MAMAS.

EN DOS CASOS DE HALLAZGO MEDICO, UNO FUE A LA EXPLORACION FI SICA MEDICA ORDINARIA Y EN OTRA A LA EXPLORACION FISICA DE - UNA PACIENTE CUYO INGRESO FUE POR UN CANCER DE OVARIO CONCO-

MITANTE.

EL CASO DE DOLOR MAMARIO PERSISTENTE DURANTE EL EMBARAZO FUE LA PACIENTE CON UN LINFOMA MAMARIO.

LA PACIENTE QUE TUVO MANIFESTACIONES A DISTANCIA, FUERON METASTASIS COXOFEMORALES Y SE HABIA DETECTADO SU NEOPLASIA UN AÑO ANTES SIN HABER ACUDIDO AL MEDICO.

ESTOS RESULTADOS SON ACORDES A LAS ESTADISTICAS, EN CUANTO A QUE EL MAYOR PORCENTAJE DE PACIENTES SON QUIENES SE AUTODETECTAN EL TUMOR. (9,23,37)

CANCER DE MAMASITIOS DE LOCALIZACION

<u>SITIO</u>	<u>DERECHA</u>	<u>IZQUIERDA</u>	<u>TOTAL</u>	<u>(%)</u>
C.S.E.	26	16	42	56.7
RETROAREOLAR	4	6	10	13.5
C.S.I.	5	3	8	10.8
C.I.E.	4	2	6	8.2
C.I.I.	1	2	3	4.2
IGNORA	2	3	5	6.8
	-----	-----	-----	-----
TOTAL :	42	32	74	100.0
	=====	=====	=====	=====

ESTOS DATOS VAN ACORDE A LAS ESTADISTICAS QUE EXISTEN AL RESPECTO, Y ES PROPIO QUE EL CARCINOMA SE LOCALIZA EN LA ZONA -- DONDE EXISTE MAS TEJIDO MAMARIO.(9,18)

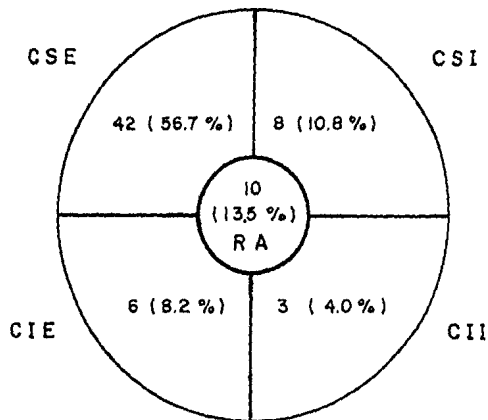
ES DE LLAMAR LA ATENCION QUE HAYA PREDOMINIO SIGNIFICATIVO EN LA GLANDULA DERECHA DE ESTE ESTUDIO.

EN UNA REVISION EFECTUADA HACE 10 AÑOS EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA DEL SERVICIO MEDICO DE PEMEX, NO SE ENCONTRO PREDOMINIO DEL TUMOR EN NINGUNA GLANDULA.HAY ALGUNAS REFERENCIAS QUE MENCIONAN CIERTO PREDOMINIO POR LA GLANDULA MAMARIA IZQ.(9,20).

CANCER DE MAMA

SITIO DE LOCALIZACION

(74 CASOS)



HUBO UN CASO DE Ca DE MAMA BILATERAL SIMULTANEO, AMBOS TUMORES SE ENCONTRARON EN EL CSE. SE IGNORA 5 (6.8 %)

CANCER DE MAMAETAPA CLINICA

<u>ETAPA</u>	<u>NO. DE CASOS</u>	<u>(%)</u>
I	2	2.7
II	11	14.9
III	7	9.5
IV	13	17.5
NO CLASIFICABLE X T.F.H.	41	55.4
T O T A L :	<u>74</u>	<u>100.0</u>

COMO SE OBSERVA 33 PACIENTES, PUDIERON SER CLASIFICADAS POR HABER RECIBIDO TRATAMIENTO INICIAL EN EL HOSPITAL Y 41 FUERON NO CLASIFICABLES POR TRATAMIENTO INICIAL FUERA DEL MISMO.

SE OBSERVA UN FRANCO PREDOMINIO DE LAS ETAPAS AVANZADAS III Y IV SOBRE LAS ETAPAS I Y II SIENDO AUN BASTANTE POR ARRIBA LA ETAPA II (14,9 %) SOBRE LA ETAPA I (2,7 %).

SI HACEMOS UNA CORRELACION CON LA GRAFICA DE DETECCION DE LA NEOPLASIA, SE EXPLICA EL PORQUE DE MAYOR NUMERO DE ETAPAS CLINICAS AVANZADAS.

CANCER DE MAMADIAGNOSTICO HISTOPALOGICO

<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>No. DE CASOS</u>	<u>(%)</u>
CANICULAR INFILTRANTE	62	83.9
CANICULAR IN SITU	4	5.5
METAPLASICO EPIDERMOIDE	1	1.3
PAPILAR	1	1.3
LINFOMA	1	1.3
ADENOCARCINOMA COLOIDE	2	2.8
LOBULILLAR	1	1.3
ADENOCARCINOMA	1	1.3
MEDULAR	1	1.3
	<hr/>	<hr/>
	74	100.0
	<hr/>	<hr/>

EN NUESTRA ESTADISTICA LA VARIEDAD DE TIPOS HISTOLOGICOS VAN ACORDES CON LO REPORTADO EN LA LITERATURA MUNDIAL. (9,18,20)

- * HUBO UN CASO DE PLASMOCITOMA PREAREOLAR PRIMARIO DE MAMA, (NO INCLUIDO EN LA ESTADISTICA).

C A N C E R D E M A M AETAPA CLINICA SUPUESTA DE LOS CASOS NO CLASIFICADOS

<u>E T A P A</u>	<u>Nº. DE CASOS</u>	<u>(%)</u>
I	3	7.3
II	4	9.7
III	9	22.0
IV	9	22.0
IGNORA	16	39.0
	<hr/>	<hr/>
T O T A L :	41	100.0
	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>

COMO PODEMOS OBSERVAR, DE LOS CASOS EN QUE SE CONOCIA EL DATO PREDOMINARON LAS ETAPAS AVANZADAS III Y IV EN FORMA IMPORTANTE AGREGANDOSE EN ESTAS EL HECHO DE HABER SIDO MANEJADAS EN FORMA INICIAL FUERA DEL HOSPITAL.

C A N C E R D E M A M A

TRATAMIENTO QUIRURGICO EFECTUADO EN SU LUGAR DE ORIGEN DE
LOS CASOS NO CLASIFICADOS

<u>T R A T A M I E N T O</u>	<u>No.DE CASOS</u>	<u>(%)</u>
BIOPSIA	3	7.3
TUMORECTOMIA	11	26.8
MASTECTOMIA SIMPLE	4	9.8
MASTECTOMIA RADICAL	11	26.8
IGNORA	12	29.3
 	<hr/>	<hr/>
T O T A L :	41	100.0
	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>

SI ASOCIAMOS LOS HALLAZGOS DE LAS ETAPAS CLINICAS SUPUESTAS CON LOS TRATAMIENTOS INSTITUIDOS, ENCONTRAMOS QUE SE APLICARON CONDUCTAS INADECUADAS EN ESTAS PACIENTES, YA QUE CUALQUIER BIOPSIA O TRATAMIENTO CONSERVADOR DEBE DE IR ASOCIADA A LA MAYOR BREVEDAD DE UN TRATAMIENTO SECUNDARIO INMEDIATO, USUALMENTE RADIOTERAPIA. EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE ESTAS CONDUCTAS Y EL TIEMPO DE ENVIO AL SERVICIO DE ONCOLOGIA FUE PROLONGADO.

C A N C E R D E M A M ATRATAMIENTO POR ETAPAS DE PACIENTES CON MANEJOINICIAL EN EL H. C. C.

<u>E T A P A</u>	<u>Nº. DE CASOS</u>	<u>T R A T A M I E N T O</u>	<u>Nº.</u>
I	2	M.R.M.	2
II	11	M.R.M.	5
		M.R.M. - R.T.	1
		M.R.M. - C.F.M.	3
		M.R.M. - C.F.H. - R.T.	1
		TUMORECTOMIA - C.F.M. - R.T.	1
T O T A L :			<u>11</u>

M.R.M.: MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA

C.F.M.: QUIMIOTERAPIA

R.T.: RADIOTERAPIA A CADENA MAMARIA INTERNA.

E T A P A I I

TODAS LAS ETAPAS CLINICAS II POR GANGLIOS POSITIVOS RECIBEN QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE. TUMORES EN CUADRANTES INTERNOS SE RADIA A LA CADENA MAMARIA INTERNA.

C A N C E R D E M A M ATRATAMIENTO POR ETAPAS DE PACIENTES CON MANEJO
INICIAL EN H.C.C.E T A P A I I I

<u>T R A T A M I E N T O</u>	<u>Nº DE CASOS</u>
M.R.M. - C.F.M. - R.T.	1
M.S. - D.B.A. - C.F.M. - R.T.	1
TUMORECTOMIA-D.B.A.-C.F.M.-R.T.	2
TUMORECTOMIA-C.F.M.-R.T.	2
	<hr/>
T O T A L :	7
	<hr/> <hr/>

M.S.: MASTECTOMIA SIMPLE

M.R.M.: MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA

D.B.A.: DISECCION BAJA DE AXILA

C.F.M.: QUIMIOTERAPIA

R.T. : RADIOTERAPIA

EN LAS PACIENTES EN ETAPA CLINICA III SE ESTA APLICANDO UN -
TRATAMIENTO EN EL CUAL SE ASOCIAN CIRUGIA,RADIO Y QUIMIOTERA
PIA COMO PARTE DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO QUE SERA MOTIVO DE
UN REPORTE POSTERIOR.

LO ANTERIOR MUESTRA QUE LAS NORMAS DE CLASIFICACION Y TRATAMIENTO QUE SE DEBEN SEGUIR EN EL MANEJO DE UNA NEOPLASIA MAMARIA NO FUERON APLICADAS, CITAMOS COMO EJEMPLO QUE LAS ETAPAS CLINICAS III Y IV NO SON TRATADAS CON MASTECTOMIA RADICAL Y QUE LA TUMORECTOMIA DEBE DE IR ASOCIADA CON UN VACIAMIENTO DE AXILA, ETC.

C A N C E R D E M A M ATRATAMIENTO POR ETAPAS DE PACIENTES CON MANEJOINIICIAL EN EL H.C.C.E T A P A I V

<u>T R A T A M I E N T O</u>	<u>N . DE CASOS</u>
F.A.C.	4
CUADRANTECTOMIA - C.F.M.	1
TUMORECTOMIA - C.F.M.	1
TUMORECTOMIA - D.B.A. - C.F.M.	1
TUMORECTOMIA - S.O.B. - C.F.M.	1
M.S. - F.A.C. - R.T.	1
M.S. - C.F.M. - R.T.	1
M.S. - D.B.A. - C.F.M. - R.T.	1
M.S. - D.B.A. - C.F.M.	1
C.F.M. - R.T.	1
T O T A L :	13

EL TRATAMIENTO EN LOS CASOS EN ETAPA IV ESTUVO SUPEDITADO A
LO QUE MOTIVO LA CLASIFICACION EN DICHA ETAPA.

S.O.B. SALPINGO OFORECTOMIA BILATERAL

HUBO UNA PACIENTE DE 28 AÑOS QUE SE LE HIZO TUMORECTOMIA, SE OPERO BAJO DIAGNOSTICO DE FIBROADENOMA, ENCONTRANDOSE ASOCIADO A ESTE EL CARCINOMA, NO SE ACEPTO LA MASTECTOMIA RADICAL POR LO QUE SE PROCEDIO A RADIAR Y POSTERIORMENTE SE APLICO QUIMIOTERAPIA, A LA PACIENTE SE LE EFECTUO MASTECTOMIA RADICAL AL AÑO DE LA TUMORECTOMIA, NO ENCONTRANDOSE EVIDENCIA DE ENFERMEDAD EN LA MAMA (OPERADA FUERA DEL SERVICIO), FALLECIO A LOS CUATRO MESES DE ESTA ULTIMA INTERVENCION DE ENFERMEDAD SISTEMICA.

C A N C E R D E M A M AE V O L U C I O N A A G O S T O D E 1 9 8 6 P O R E T A P A S

<u>E S T A D O</u>	<u>I</u>	<u>II</u>	<u>III</u>	<u>IV</u>	<u>NC</u>	<u>TOTAL</u>	<u>(%)</u>
ASINTOM - NEAT	2	9	6	8	26	51	69.0
ASINTOM - CON RECURRENCIA	-	-	-	1	5	6	8.1
FUERA DE CONTROL	-	1	-	2	4	7	9.5
ALTAS/DEFUNCION-VOLUNTARIOS	-	1	1	1	6	9	12.1
RESPUESTA FAVORABLE DE 50 %	-	-	-	1	-	1	1.3
	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
T O T A L :	2	11	7	13	41	74	100.0
	=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====

COMO PODEMOS OBSERVAR DE LAS ETAPAS I Y II QUE DESAFORTUNADAMENTE SON EL MENOR NUMERO DE CASOS, EN SU MAYORIA SE ENCUENTRAN ASINTOMATICAS Y SIN DATOS DE ACTIVIDAD TUMORAL.

DENTRO DEL GRUPO DE PACIENTES NO CLASIFICABLES POR TRATAMIEN

TO FUERA DE LA UNIDAD ES DONDE ENCONTRAMOS EL MAYOR NUMERO DE ALTAS POR FASE TERMINAL Y RECURRENCIA DE LA ENFERMEDAD,

COMO NORMA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA SE APLICA QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE EN LAS PACIENTES CON GANGLIOS POSITIVOS, Y LOS NO CLASIFICABLES, INDEPENDIENTEMENTE DE LA CLASIFICACION POST TRATAMIENTO INICIAL QUE TENGA,

EN ESTA ESTADISTICA ES DE LLAMAR LA ATENCION QUE DE 41 PACIENTES NO CLASIFICABLES, 11 PRESENTARON RECURRENCIA DE LA ENFERMEDAD Y 4 SE PERDIERON EN UN TIEMPO CORTO PARA PODER DECIR -- QUE LA ENFERMEDAD SE CONTROLO CON EL TRATAMIENTO INSTITUIDO FUERA DE LA UNIDAD,

C A N C E R D E M A M ALUGAR DE ORIGEN DE PACIENTES

<u>E S T A D O</u>	<u>No.DE CASOS</u>	<u>(%)</u>
VERACRUZ	27	36.5
DISTRITO FEDERAL	14	18.9
TABASCO	13	17.6
TAMAULIPAS	9	12.1
GUANAJUATO	3	4.0
PUEBLA	2	2.7
SONORA	1	1.4
OAXACA	1	1.4
CAMPECHE	1	1.4
IGNORA	3	4.0
	<hr/>	<hr/>
T O T A L :	74	100.0
	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>

CANCER DE MAMAESTADO DE VERACRUZ

<u>SITIO</u>	<u>No. DE CASOS</u>	<u>(%)</u>
POZA RICA	11	40.8
MINATITLAN	6	22.2
COATZACOALCOS	3	11.1
CANGREJERA	2	7.4
AGUA DULCE	1	3.7
COSOLEACAQUE	1	3.7
ORIZABA	1	3.7
NANCHITAL	1	3.7
VERACRUZ	1	3.7
 	<hr/>	<hr/>
T O T A L :	27	100.0
	<hr/>	<hr/>

EL ESTADO CON MAYOR NUMERO DE CASOS FUE VERACRUZ Y DE ESTE, LA CIUDAD DE POZA RICA PRESENTO CERCA DEL 50 % DE LOS CASOS DE TODO EL ESTADO.

LOS ESTADOS QUE REGISTRAN UNA MAYOR FRECUENCIA DE CARCINOMA COINCIDEN CON MAYOR POBLACION DE RECHOHABIENTES DEL SERVICIO MEDICO DE PETROLEOS MEXICANOS.

COMENTARIO.

COMO SE OBSERVA, EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS, ENCONTRAMOS QUE EXISTEN ALGUNOS PARAMETROS EN QUE NUESTROS PORCENTAJES DE PRESENTACION SON SIMILARES A LOS REPORTADOS POR OTROS AUTORES Y OTROS EN QUE HAY UNA FRANCA DIFERENCIA.

EL PREDOMINIO DEL CANCER MAMARIO EN EL SEXO FEMENINO FUE DEL 98.7 %, LO CUAL SE EXPLICA POR LA MAYOR CANTIDAD DE TEJIDO MAMARIO EN LA MUJER Y, PRINCIPALMENTE, LA HORMONODEPENDENCIA FISIOLÓGICA FLUCTUANTE DE ESTA. NO OBSTANTE LA BAJA INCIDENCIA DEL CANCER DE MAMA EN EL VARON, ES IMPORTANTE TENER PRESENTE ESTE DIAGNOSTICO YA QUE SU COMPORTAMIENTO EN EL HOMBRE TIENDE A SER MAS AGRESIVO, SALTANDO ETAPAS RAPIDAMENTE, DEBIDO A LA ESCASES DE TEJIDO MAMARIO Y CON UNA RAPIDA DISEMINACION GANGLIONAR, PRINCIPALMENTE VIGILAREMOS A AQUELLOS CON PATOLOGIA COMO CIRROSIS HEPATICA, OBESIDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES, YA QUE EN ESTOS CASOS SE FAVORECE LA PRODUCCION PERIFERICA DE ESTROGENOS CON LA CONSIGUIENTE HIPERESTIMULACION DEL TEJIDO QUE, PUEDE DAR LUGAR A CAMBIOS DE TIPO PROLIFERATIVO QUE FAVORESCAN LA APARICION DEL CARCINOMA. (3, 6, 8, 25).

MAS DEL 50 % DE NUESTRAS PACIENTES FUE MAYOR DE 50 AÑOS, CON MAXIMA INCIDENCIA DE LOS 40 A LOS 45 AÑOS, ESTO DIFIERE EN FORMA IMPORTANTE DE LO REPORTADO POR AUTORES DE OTROS PAISES QUE

SEÑALAN PRESENTACION DEL CANCER MAMARIO EN EDADES MAS AVANZADAS (4, 9) PERO, NUESTRO RESULTADO COINCIDE CON LO REPORTADO POR OTROS ESTUDIOS NACIONALES (18, 23).

EN UN INTENTO DE CONOCER SI ESTA INCIDENCIA EN EDADES MAS JOVENES ERA EL REFLEJO DE UNA MAYOR FRECUENCIA DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO MENCIONADOS PARA CANCER DE MAMA (MENARCA TEMPRANA, MENOPAUSIA TARDIA, EDAD DEL PRIMER PARTO, ANTES DE LOS 25 AÑOS, NULIPARIDAD, ANTECEDENTE DE PATOLOGIA BENIGNA DE LA MAMA, Y ANTECEDENTE HEREDOFAMILIAR DE CANCER DE MAMA) -- ANALIZAMOS ESTOS EN CONJUNTO Y, ENCONTRAMOS QUE DE LAS 74 PACIENTES, NO HUBO UNA SOLA QUE TUVIERA CUATRO O MAS FACTORES ASOCIADOS, UNICAMENTE DOS TENIAN TRES, CATORCE TENIAN DOS, -- VEINTITRES TENIAN UN SOLO FACTOR Y, EN 35 PACIENTES (47.3%) NO SE ENCONTRO NINGUNO DE LOS FACTORES DE RIESGO MENCIONADOS.

EL ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD BENIGNA DE LA MAMA, FUE EL FACTOR DE RIESGO CON MAYOR FRECUENCIA, ENCONTRANDOSE EN 25 CASOS (33.8 %), LO CUAL COINCIDE CON LO REPORTADO POR VARIOS AUTORES (4, 5, 25), QUIENES SEÑALAN QUE ESTA ASOCIACION ES ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA, ENCONTRANDOSE UNA FRECUENCIA 4 A 8 VECES MAYOR DE CANCER DE MAMA EN LAS PACIENTES CON ENFERMEDAD BENIGNA DE LA GLANDULA, PREDOMINANDO EN AQUELLOS CASOS EN LOS QUE EL HALLAZGO HISTOPATOLÓGICO MUESTRA LESIONES PROLIFERATIVAS, ATIPIAS, METAPLASIA, APOCRINA ATIPIAS, QUE EN ESTOS CASOS ALGUNOS AUTORES PREFIEREN DENOMINAR COMO MASTOPATIA PRECANCEROSA (4.).

ADEMAS, SE MENCIONA QUE EL RIESGO DE CANCER MAMARIO SE INCRE -
MENTA AL ASOCIARSE LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD BENIGNA DE LA --
MAMA Y EL USO DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES (5).

POR OTRO LADO, ALGUNOS AUTORES CONSIDERAN QUE EL DIAGNOSTICO -
DE CARCINOMA MAMARIO EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ENFERME -
DAD BENIGNA DE LA MAMA (M.F.Q.), LA MAYORIA PUDIERA ORIGINAR -
SE POR TENER UNA MAYOR VIGILANCIA PERIODICA QUE LLEVA A UN IN -
CREMENTO EN LA DETECCION PERO, NO ACTUAR NECESARIAMENTE COMO
FACTOR CAUSAL (25), ADEMAS DE QUE LAS PACIENTES CON DIAGNOS -
TICO DE ENFERMEDAD BENIGNA DE LA MAMA CONSTITUYEN UN ALTO POR
CENTAJE DE PACIENTES CON SEGUIMIENTO ESTRECHO, CON METODOS --
AUXILIARES COMO LA MASTOGRAFIA, AMPLIAMENTE UTILIZADA EN --
OTROS PAISES Y, QUE FAVORECE EL DIAGNOSTICO DE CANCER MAMARIO
EN ETAPAS MAS INCIPIENTES (1, 15, 21, 27). HUBO 9 CASOS - - -
(12.2 %) CON EDAD DEL PRIMER PARTO DESPUES DE LOS 25 AÑOS -
QUE, AUN CUANDO ES UN BAJO PORCENTAJE, AL SUMARLO CON OTRO --
FACTOR DE RIESGO COMO ES EL DE NULIPARIDAD DEL CUAL HUBO 6 --
CASOS (8.1 %) AMBOS DAN UN PORCENTAJE DEL (20.3 %). LOS -
OTROS 3 FACTORES DE RIESGO, TUVIERON UNA BAJA INCIDENCIA SIEN
DO DE MENOPAUSIA TARDIA 8 CASOS (10.8 %), ANTECEDENTE HERE -
DO FAMILIAR DE CANCER DE MAMA 5 CASOS (6.7 %) Y DE MENARCA
TEMPRANA 4 CASOS (5.4 %).

DE LOS OTROS FACTORES DE RIESGO CONSIDERADOS SECUNDARIOS - -
(ANTECEDENTES HEREDO FAMILIAR DE OTROS TIPOS DE CANCER, LAC-

TANCIA, HIPERTENSION, OBESIDAD, DIABETES E INGESTA DE HORMONALES, NINGUNO PRESENTO UNA INCIDENCIA IMPORTANTE COMO FACTOR DE RIESGO PARA CANCER DE MAMA EN NUESTRA POBLACION Y -- MOSTRANDO QUE EN SU MAYORIA TUVIMOS UN POBRE ANTECEDENTE DE OTROS TIPOS DE CANCER EN LA FAMILIA, QUE LAS MUJERES EN -- NUESTRO PAIS AUN TIENDEN A LA MULTIPARIDAD Y, A LA PRACTICA DE LA LACTANCIA ADEMAS DE SER POCO COMUN EL USO DE HORMONALES. CONSIDERAMOS IMPORTANTE SEÑALAR QUE ESTOS ULTIMOS FACTORES TIENDEN A MODIFICARSE EN LA ACTUALIDAD Y, POR ELLO, -- NO OBSTANTE NUESTROS RESULTADOS, DEBEMOS DE ESTAR ALERTAS -- DE SU PRESENCIA EN PACIENTES CON Y SIN PATOLOGIA MAMARIA.

DE LOS PADECIMIENTOS QUE SE ENCONTRARON ASOCIADOS AL CARCINOMA MAMARIO RESALTA QUE 22 CASOS (29.7 %) CURSABAN CON -- HIPERTENSION ARTERIAL, 5 CASOS (6,7%) CON DIABETES MELLITUS, EN NUESTRA ESTADISTICA SOLO LA ASOCIACION CON HIPERTENSION -- FUE DE INTERES, EN LA LITERATURA SE MENCIONA COMO FRECUENTE ESTA TRIADA, (8, 10, 25), ADEMAS DE LA OBESIDAD QUE, DESAFORTUNADAMENTE, NO SE DOCUMENTO EN TODOS LOS CASOS DE ESTUDIO PERO, CABE SEÑALAR QUE ESTOS CUATRO PADECIMIENTOS OCUPAN LOS PRIMEROS LUGARES COMO PARTE DE LAS ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS CON MAYOR MORBIMORTALIDAD A PARTIR DE LA QUINTA DE CADA (10). ES IMPORTANTE MENCIONAR AQUI, QUE EN UN ESTUDIO DE REVISION SOBRE LA AROMATIZACION PERIFERICA DE ANDROGENOS A -- ESTROGENOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA CANCER DE MAMAM Y ENDOMETRIO, SE ENCONTRO QUE LA OBESIDAD JUEGA UN PAPEL MUY IMPOR-

TANTE COMO FACTOR PREDISPONENTE, ADEMAS DE QUE ESTA SE ASOCIABA TAMBIEN A LA TRIADA DE ENFERMEDADES ANTES MENCIONADA - (8).

EL 90.5 % DE LAS PACIENTES SON QUIENES SE DETECTAN EL TUMOR, HECHO QUE COINCIDE CON LOS REPORTES DE LA LITERATURA MUNDIAL Y NACIONAL (9, 23, 31) ENCONTRAMOS ADEMAS, QUE MAS DEL 50 % DE LAS PACIENTES REFERIA TENER MENOS DE SEIS MESES TRANSCURRIDOS DE LA AUTODETECCION AL TIEMPO DE SER VALORADA POR EL ESPECIALISTA Y, ES MUY NOTORIO EL PREDOMINIO DE LAS ETAPAS AVANZADAS (27 %) SOBRE LAS TEMPRANAS (17.6 %).

SI ANALIZAMOS ESTOS HECHOS EN CONJUNTO, TENEMOS UNA PANORAMICA QUE NOS MUESTRA QUE SIENDO LA PROPIA PACIENTE QUIEN SE DETECTA INICIALMENTE EL TUMOR, ESTO GENERALMENTE OCURRE POR HALLAZGO ACCIDENTAL YA QUE, EN SU MAYORIA, ACUDEN AL MEDICO AL TENER EL TUMOR DIMENSIONES CONSIDERABLES, LO QUE SE REFLEJA - AL ENCONTRAR UN MAYOR NUMERO DE ETAPAS AVANZADAS, POR EJEMPLO, 11 PACIENTES REFERIAN HABERSE DETECTADO EL TUMOR UN MES ANTES DE ACUDIR AL MEDICO, SI ESTAS PACIENTES SE HUBIERAN DESCUBIERTO EL TUMOR DURANTE UNA AUTOEXPLORACION RUTINARIA, LOGICO HUBIERA SIDO HABER ENCONTRADO ETAPAS INICIALES, COSA QUE NO FUE ASI, - YA QUE NINGUNA DE ESTAS SE ENCONTRABA EN ETAPA I AL MOMENTO -- DEL DIAGNOSTICO, SABEMOS QUE EXISTEN DIVERSOS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL RETRASO DEL DIAGNOSTICO PERO, ES INOBJETABLE QUE EL PRINCIPAL, ES LA FALTA DE ORIENTACION MEDICA DE LA POBLA -

CION RESPECTO A LA ENFERMEDAD, SUMADO AL HECHO DE QUE DESAFORTUNADAMENTE, COMO SUCEDIO EN UNA DE NUESTRAS PACIENTES, NO -- HAY SINTOMAS EN ETAPAS INICIALES Y ESTOS SE PRESENTAN YA CUANDO LA ENFERMEDAD SE HA DISEMINADO.

SOLO UN CASO DE ASOCIO A EMBARAZO, TRATANDOSE DEL CASO DEL -- LINFOMA DE LOCALIZACION MAMARIA, AUN CUANDO NO ENCONTRAMOS EN NUESTRO ESTUDIO NINGUN CASO DE CARCINOMA MAMARIO, ASOCIADO A EMBARAZO, ES MUY IMPORTANTE RECORDAR QUE, ES RESPONSABILIDAD DEL GINECOOBSTETRA LA EXPLORACION RUTINARIA DE LAS GLANDULAS MAMARIAS DE LA MUJER EMBARAZADA, YA QUE AUN CUANDO ESTA ASOCIACION OSCILA ENTRE 1 Y 1.5 CASOS DE CANCER POR CADA 1,500 MUJERES EMBARAZADAS Y SE REGISTRA DESDE UN 0.43 HASTA UN 4 % DE EMBARAZOS EN LAS SERIES DE CANCER MAMARIO, LA PRESENCIA - DE ESTA ASOCIACION Y EL RETRASO EN EL DIAGNOSTICO PUEDE LLEGAR A SER FATAL (30).

EL PORCENTAJE DE ASOCIACION CON UN SEGUNDO PRIMARIO FUE SIMILAR AL 2.3 % QUE SE MENCIONA EN LA LITERATURA, FUERON UN CASO DE CANCER DE OVARIO Y UN ASTROCITOMA ANAPLASCIO.

RESPECTO AL SITIO DE LOCALIZACION DEL TUMOR Y EL TIPO HISTOLOGICO NO HUBO DIFERENCIA A LO YA REPORTADO POR OTROS AUTORES, - EL MAYOR PORCENTAJE SE LOCALIZO EN EL CUADRANTE SUPERIOR EXTERNO (56.7 %) Y RETROAREOLAR (13.5 %), EL TIPO HISTOLOGICO MAS FRECUENTE FUE EL CANALICULAR (89.4 %) (3, 9, 18).

HUBO 41 CASOS (55.4 %) QUE FUERON NO CLASIFICABLES POR HABER RECIBIDO TRATAMIENTO INICIAL FUERA DEL HOSPITAL, SE HIZO UNA SUPUESTA CLASIFICACION DE LAS ETAPAS, DE ACUERDO A DATOS DEL EXPEDIENTE Y SE OBSERVO QUE EN ESTOS TAMBIEN PREDOMINABAN LAS ETAPAS AVANZADAS Y AL CORRELACIONAR CON LOS TRATAMIENTOS QUIRURGICOS EFECTUADOS EN SU LUGAR DE ORIGEN, ENCONTRAMOS QUE, - EN SU MAYORIA, LAS CONDUCTAS DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS NO - FUERON LAS ADECUADAS PARA ESTE TIPO DE PATOLOGIA.

COMO OBSERVAMOS, EL TRATAMIENTO DEFINITIVO DE LAS PACIENTES - CON TRATAMIENTO PREVIO FUERA DE LA UNIDAD, SE VE ALTERADO POR LA DIVERSIDAD DE MANEJOS EFECTUADOS PREVIAMENTE, CABE RECORDAR QUE EN ESTE TIPO DE PATOLOGIA HAY FACTORES PRONOSTICOS Y QUE DE ESTOS, EL PRINCIPAL ES LA CALIDAD DEL PRIMER TRATAMIENTO SEGUIDO DE: LA EDAD DE LA PACIENTE, TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD, INTERVALO LIBRE, TIPO HISTOLOGICO, SITIO DE METASTASIS, ASI COMO LA PERMEACION VASCULAR Y LA ASOCIACION CON EMBARAZO QUE EMPEORAN EL PRONOSTICO.

RESPECTO A LA EVOLUCION, CONSIDERAMOS QUE ES CORTO EL TIEMPO PARA SER VALORABLE PERO, SE OBSERVA UN PREDOMINIO DE LOS CASOS NO CLASIFICABLES ENTRE LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN - CON RECURRENCIA Y ALTAS POR DEFUNCION.

LOS ESTADOS CON MAYOR NUMERO DE CASOS FUERON: VERACRUZ (36.5%), D.F. (18.9%), TABASCO (17.6%) Y TAMAULIPAS (12.1%), LOS DEMAS

SON ESTADOS EN LOS QUE LA POBLACION DERECHOHABIENTE DEL SISTEMA ES MENOR Y EL NUMERO DE CASOS FUERON POCOS. ES INTERESANTE RESALTAR QUE EL ESTADO DE VERACRUZ DOBLA PRACTICAMENTE EL NUMERO DE CASOS DEL ESTADO QUE LE SIGUE Y, CABE AGREGAR ADEMAS - QUE, EL (40.8 %) DEL TOTAL DE CASOS DE DICHO ESTADO CORRESPONDEN A LA CIUDAD DE POZA RICA, VERACRUZ.

PARA FINALIZAR, QUEREMOS DECIR QUE ESPERAMOS QUE EL INTERES Y TIEMPO DEDICADO AL PRESENTE ESTUDIO SIRVA PARA DESPERTAR CONCIENCIA DE QUE LA MEJOR DEFENSA CONTRA EL CANCER MAMARIO NO ESTIBA EN LOS RECIENTES (Y COSTOSOS) ADELANTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, (1,6,17,21,27), SINO EN LA EDUCACION MEDICA DE LA POBLACION, MEDIANTE CAMPAÑAS SERIAS DIRIGIDAS A PROMOVER LA AUTOEXPLORACION MAMARIA PERIODICA, ASI COMO A ESTIMULAR LA EDUCACION MEDICA CONTINUA A TODOS NIVELES, DE ESTE TIPO DE PATOLOGIA, TODO ELLO CON EL UNICO OBJETIVO DE LOGRAR LA IDENTIFICACION REALMENTE TEMPRANA DEL CANCER DE MAMA Y, PODER ESTAR EN POSIBILIDAD DE ESTABLECER UN TRATAMIENTO ADECUADO Y OFRECER UN PRONOSTICO FAVORABLE (31, 34). Y, ENFATIZAMOS QUE EL CARCINOMA MAMARIO DEBE SER TRATADO DESDE SU INICIO POR UN EQUIPO DE MEDICOS ESPECIALISTAS EN ESTA PATOLOGIA.

RESUMEN.

1. LA MAYOR INCIDENCIA DE CANCER DE MAMA SE OBSERVO EN MUJERES DE 40 A 45 AÑOS DE EDAD.
2. EL UNICO FACTOR DE RIESGO SIGNIFICATIVO PARA CANCER DE MAMA ENCONTRADO FUE EL ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD BENIGNA DE LA MAMA EN EL (33.8 %).
3. EL 47.3 % DE LAS PACIENTES NO PRESENTABA UNO SOLO DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA CANCER DE MAMA.
4. EN GENERAL, LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA CANCER DE MAMA NO SE ENCONTRARON PRESENTES SIGNIFICATIVAMENTE EN NUESTRA POBLACION.
5. EL TIEMPO DE EVOLUCION TRANSCURRIDO ENTRE LA AUTODETECCION DEL TUMOR Y EL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO NO SE CORRELACIONO CON LA ETAPA CLINICA.
6. LA LOCALIZACION DEL TUMOR PREDOMINO EN EL CUADRANTE SUPERIOR EXTERNO EN EL 56.7 % DE LOS CASOS.
7. LA HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA SE ENCONTRO ASOCIADA EN EL 29.7 % DE LOS CASOS.

8. EL 55.4 % DE LOS CASOS FUERON NO CLASIFICABLES POR -
TRATAMIENTO FUERA DE LA UNIDAD.
9. SE ASOCIO UN SEGUNDO TUMOR MALIGNO PRIMARIO NO MAMA
RIO EN EL 2.7 %.
10. LAS ETAPAS AVANZADAS III Y IV (27 %) PREDOMINARON SO
BRE LAS INICIALES I Y II (17.6 %).
11. EL TIPO HISTOLOGICO MAS FRECUENTE FUE EL CANALICULAR
EN EL (89.4 %) DE LOS CASOS.
12. EL ESTADO CON MAYOR NUMERO DE CASOS FUE VERACRUZ - -
(36.5 %).
13. SE CONCLUYE QUE EN LA POBLACION DE DERECHAHABIENTE -
DEL SERVICIO MEDICO DE PETROLEOS MEXICANOS, CON DIAG-
NOSTICO DE CARCINOMA DE LA GLANDULA MAMARIA NO ES FRE-
CUENTE LA PRESENCIA DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE --
RIESGO MENCIONADOS EN LA LITERATURA MUNDIAL, POR LO QUE,
ES MUY IMPORTANTE PROMOVER LA AUTOEXPLORACION MAMARIA -
ROUTINARIA, ASI COMO LA EDUCACION MEDICA CONTINUA RESPEC-
TO A ESTA PATOLOGIA, CON EL FIN DE FAVORECER UN DIAGNOS-
TICO TEMPRANO, UN TRATAMIENTO ADECUADO Y UN PRONOSTICO
FAVORABLE.

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

1. ANDERSON T.J., ET. AL. COMPARATIVE PATHOLOGY OF PREVALENT AND INCIDENT CANCERS DETECTED BY BREAST SCREENING.
THE LANCET, MARCH 8, 519-522, 1986.
2. BELTRAN ORTEGA A. CANCER EN LA TERCERA EDAD. MEMORIA DEL CURSO TEORICO GINECOLOGIA DE LA TERCERA EDAD, -- VIII CONGRESO MEXICANO DE GINECOLOGIA Y OBST, 141-157 JUNIO 1982.
3. BLUMING ET. AL. TREATMENT OF PRIMARY BREAST CANCER -- WITHOUT MASTECTOMY. THE LOS ANGELES COMMUNITY EXPERIENCE AND REVIEW OF THE LITERATURE. ANNALS OF SURGERY -- AGOSTO 136-147, 1986.
4. BROOKS G.P. EPIDEMIOLOGY AND RISK FACTORS IN BREAST - CANCER. THE JOURNAL OF REPRODUCTIVE MEDICINE. VOLUME 27, NUMBER 11, 670-674, 1982.
5. CLAVEL F. BREAST CANCER AND ORAL CONTRACEPTIVES; A -- REVIEW. CONTRACEPTION VOL. 32, NO. 6, 553-569, DECEMBER 1985.

6. DAVIDSON E. USE OF TWO MCF-7 CELL VARIANTS TO EVALUATE THE GROWTH REGULATORY POTENTIAL OF ESTROGEN-INDUCED PRODUCTS. CANCER RESEARCH 46, 1904-1908, APRIL 1986.
7. DE LA GARZA SALAZAR J. AT. EL QUIMIOTERAPIA MULTIPLE EN CANCER AVANZADO DE MAMA. ACTUALIDADES EN GINECOL. Y OBSTETRICIA. A.M.G.O. VOL. III, 495-501 -- 1978.
8. ENRIORI C.L. AND JUAN REFORZO-MEMBRIVES. PERIPHERAL AROMATIZATION AS A RISK FACTOR FOR BREAST AND ENDOMETRIAL CANCER IN POSTMENOPAUSAL WOMEN: A REVIEW. -- GYNECOLOGIC ONCOLOGY 17, 1-21, 1984.
9. GIULIANO Y J.L. WILSON. CARCINOMA DE LA GLANDULA MAMARIA EN LA MUJER. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO GINECOLOGICO. RALPH C. BENSON, 3A. EDIC. EDIT. EL MANUAL MEDICO 372-383, 1983.
10. GONZALEZ CAMAÑO A. AT. EL IMPORTANCIA DE LAS ENFERMEDADES CRONICODEGENERATIVAS DENTRO DEL PANORAMA -- EPIDEMIOLOGICO ACTUAL DE MEXICO. SALUD PUBLICA DE MEXICO, VOL. 28 NUM. 3-13, ENERO-FEBRERO, 1986.

11. HOSPITAL GINECO OBST. NO. 4, I.M.S.S., CANCER DE MAMA. PROCEDIMIENTOS EN GINECOLOGIA, 299-327, 1984.
13. MCPHERSON- P.A. COOPE. EARLY ORAL CONTRACEPTIVE USE AND BREAST CANCER RISK. THE LANCET 685-686, MARCH - 22, 1986.
14. MITCHELL G.W. JR. EL GINECOLOGO Y LAS ENFERMEDADES DE LA MAMA. CLIN. OBST. Y GINECOLOGICAS, EDIT. INTERAMERICANA, 891-908, DICIEMBRE 1977.
15. MORRISON BRENDA. THE PERIODIC HEALTH EXAMINATION: - 3. BREAST CANCER. CMAJ, VOL. 134, 727-729, APRIL 1, 1986.
16. NOVAK E. CANCER DE MAMA. TRATADO DE GINECOLOGIA 9A. EDIC. EDIT. INTERAMERICANA 96-100, 1975.
17. PEGORARO R.J. ESTROGEN AND PROGESTERONE RECEPTORS - IN BREAST CANCER AMONG WOMEN OF DIFFERENT RACIAL -- GROUPS. CANCER RESEARCH 46, 2117-2120, APRIL 1986.
18. REYNA HINOJOSA-SOTO NOGUEIRA. CARCINOMA DE MAMA. -- FACTORES BIOLOGICOS QUE INFLUYEN EN LA SUPERVIVEN - CIA. ACTUALIZACION EN GINECOLOGIA, OBSTETRICIA Y -- PLANIF. FAM. VOL. VIII No.4, 18-21, MAYO 1986.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

69

19. RIVADENEYRA H.J. TRATAMIENTO HORMONAL SISTEMICO DEL CANCER AVANZADO DE LA MAMA. ACTUALIDADES EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. A.M.G.O., VOL. III, 503-504, - 1978.
20. ROBBINS. CARCINOMA DE LA GLANDULA MAMARIA. PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL. EDIT. INTERAMERICANA - 1230-1247, 1975.
21. ROEBUCK E.J. MAMMOGRAPHY AND SCREENING FOR BREAST - CANCER. BRITISH MEDICAL JOURNAL. VOL. 292, 223-226, NUM. 25, JANUARY 1986.
22. RUY PEREZ TAMAYO. FRECUENCIA DE LAS NEOPLASIAS EN - MEXICO. INTRODUCCION A LA PATOLOGIA INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION 341-395, 1976.
23. SANCHEZ BASURTO CARLOS. DIAGNOSTICO TEMPRANO DEL -- CANCER DE LA MAMA. ACTUALIDADES EN GINECOLOGIA Y -- OBST. A.M.G.O., VOL. III, 469-473, 1978.
24. SANCHEZ BASURTO CARLOS. MANEJO INTEGRAL DEL CANCER MAMARIO Y EMBARAZO. ACTUALIDADES EN GINECOLOGIA Y - OBST. A.M.G.O., VOL. III, 553-559, 1978.
25. SILBER ANDREA- R.I. HORWITZ. DETECTION BIAS AND RELATION OF BENIGN BREAST DISEASE TO BREAST CANCER. -

THE LANCET, 638-640, MARCH 22, 1986.

26. STRAX PHILIP. VALORACION SELECTIVA PARA CANCER DE MAMA. CLIN. OBST. Y GINECOLOGICAS, EDIT. INTERAMERICANA, 801-823, DICIEMBRE 1977.
27. TABAR, L.A. GAD. REDUCTION IN MORTALITY FROM BREAST - CANCER AFTER MASS SCREENING WITH MAMMOGRAPHY. THE LANCET APRIL 13, 829-832, 1985.
28. TAYLOR S.G. AT. EL. COMBINACION CHEMOTHERAPY COMPARED TO TAMOXIFEN AS INITIAL THERAPY FOR STAGE IV BREAST - CANCER IN ELDERLY WOMEN. ANNALS OF INTERNAL MEDICINE. VOLUME 104, NUMBER 4: 455-461, APRIL 1986.
29. TORRES TRUJILLO ROMAN AT. EL. COMPARACION ENTRE LA -- MASTECTOMIA RADICAL Y LA MASTECTOMIA SIMPLE, MAS RADIO TERAPIA. ACTUALIDADES EN GINECOLOGIA Y OBST. A.M.G.O., VOL. III, 485-493, 1978.
30. TORRES TRUJILLO ROMAN. CANCER MAMARIO Y EMBARAZO. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE MEXICO, VOL. 50, NO. 300, PAG. 97-101, MARZO 1983.
31. TORRES TRUJILLO ROMAN. AUTOEXAMEN MAMARIO. GINECOLOGIA Y OBST. DE MEXICO. VOL. 43, AÑO XXXIII, NUM. 256, 69-67, FEBRERO 1978.

32. TORRES TRUJILLO ROMAN. RESULTADOS DE LA OOFORRECTOMIA - BILATERAL EN EL TRATAMIENTO DEL CANCER AVANZADO DE LA MAMA. GINECOLOGIA Y OBST. DE MEXICO. VOL. 45, AÑO -- XXXIV, NUM. 271, 401-409, MAYO 1979.
33. TOUSSAINT G. OCTAVIO. VALOR DE LA TERMOGRAFIA Y DE LA - MASTOGRAFIA EN EL CANCER DE MAMA. ACTUALIDADES EN GINECOLOGIA Y OBST. A.M.G.O., VOL. III, 479-483, 1978.
34. VALDES O.C.-H. ESCARCEGA. SALUD Y EDUCACION: DOS ASPEC- TOS FUNDAMENTALES EN EL DESARROLLO NACIONAL. SALUD PU- BLICA DE MEXICO, VOL. 28, NUM. 4: 393-404, 1986.
35. VERDUZCO SOLIS C. PRINCIPALES CARACTERISTICAS EPIDEMIO- LOGICAS DE LA MORTALIDAD POR CANCER EN MEXICO. SALUD - PUBLICA, MEXICO, VOL. 28, NUM. 5: 543-550, SEPT-OCT. - 1986.
36. NAJARIAN, J.S.-DELANEY J.P. DEFINING WHO IS AT HIGH -- RISK. BREAST SURGERY. UNIVERSITY OF MINNESOTA. SYMPOSIO SPECIALISTS, INC. VOLUME VII, BOOK 1; L-14. 1981.