

11217  
58  
201



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

*[Handwritten signature]*

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE GINECO OSTEIRICIA No. 3  
CENTRO MEDICO "LA RAZA"

QUIMIOTERAPIA EN CANCER DE MAMA  
EN EL H. G. O. 3, C. M. R.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

GINECO OBSTETRA

P R E S E N T A :

DR. FELIX ML. FERNANDEZ POLANCO



**FELIX CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# I N D I C E

INTRODUCCION

OBJETIVO

HIPOTESIS DE TRABAJO

MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

## I N T R O D U C C I O N

El cáncer de mama es una enfermedad conocida desde los tiempos de Galeno, es decir dos siglos antes de Cristo; otras referencias con relación a ésta neoplasia han sido dadas entre el 1700 y el 1800 por Valsalva, Le Dram y Morgagni entre otros (1). En épocas más recientes, Beatson (2), a principios de éste siglo señalaba las modificaciones que los esterooides sexuales humanos producían en éste cáncer; por la misma época William Halsted (1) sentaba los principios anatómicos y las posibles vías de diseminación de éste cáncer que fundamentó la cirugía radical para el cáncer mamario; asimismo la radioterapia basada en los principios de la diseminación locoregional del cáncer mamario sentó sus principios terapéuticos (1).

Aunque estaban planteadas las bases para el tratamiento locoregional del cáncer mamario fuera por cirugía o radiación, no quedaba resuelto el problema de las metástasis distantes, sin tiéndose la necesidad de introducir tratamientos sistémicos, lo que al principio se hizo en base a los conceptos sobre terapia hormonal de Beatson y Schinzinger (2); otra razón que hizo sentir esta necesidad, fué el que a pesar del diagnóstico temprano de éste cáncer y de un tratamiento radical con cirugía y/o radioterapia (3,4), se observó que cerca de un tercio de las pacientes morían con control locoregional de su cáncer mamario pero con enfermedad diseminada (5) por otra parte se comenzó a observar que cirugías más limitadas podían dar resultados similares así como que el hecho de que algunos autores como Crille (1), en los años setentas, comenzaron a considerar la enfermedad como sistémica desde su inicio, hecho que han venido a apoyar otros autores con procedimientos no tan radicales (6,7,8).

La quimioterapia, término introducido por Paul Ehrlich en el año 1903 (9), comenzó a usarse en el tratamiento del cáncer después de que un incidente, hundimiento de un navío durante la Segunda Guerra Mundial, cargado con mostaza nitrogenada, señaló que los buzos que participaron en el rescate del cargamento, desarrollaron hipoplasia medular y linfoidea; posteriormente en el 1943 en la Universidad de Yale se preparó un agente alquilante derivado de ella que demostró utilidad en el tra

tamiento de la enfermedad de Hodgkin; asimismo Farber (9) observó que el ácido fólico favorecía el desarrollo de las células de la leucemia linfoblástica y posteriormente otros investigadores encontraron derivados químicos que al tener actividad antifólica disminuyen o evitan ese desarrollo.

Más tarde en el 1960 Skipper (9), determinó la dosis letal para las células tumorales y contribuyendo Bruce y cols. en la actividad selectiva de la quimioterapia sobre las células cancerosas.

Casi todas las drogas antineoplásicas participan en dos principios comunes:

- a) Afectando la síntesis del DNA.
- b) Alterando su función. Usualmente no afectan al resto de las células a menos que sean de división rápida como es el caso de las células de la médula ósea, del epitelio digestivo o de la piel.

En el cáncer de mama resulta importante conocer el status de los receptores hormonales dado que es un órgano dependiente - hormonalmente, porque indudablemente variará el pronóstico en las pacientes tanto pre como postmenopáusicas (10,11,12). Se sabe que el cáncer mamario puede producir micrometástasis (13), que estas pueden estar presentes aunque no sean detectables clínicamente. Este hecho ha determinado las bases de las modalidades de quimioterapia que se conocen como adyuvante o neoadyuvante y que se dan con el propósito de evitar la colonización de las clones celulares del tumor primario, así como el concepto de que la enfermedad es sistémica desde su inicio (5).

Hoy en día entre los esquemas más usados en cáncer de mama se encuentran FAC (5-Fluorouracilo, Adriamicina y ciclofosfámi--da) que se usa principalmente en mujeres premenopáusicas. También el CMF (ciclofosfámi--da, metotrexate y 5-fluorouracilo) - en mujeres postmenopáusicas porque la adriamicina tiene efectos cardiotoxicos, aunque sus efectos sobre el tumor y células tumorales por sí sola tengan la misma potencia que el CMF. También se ha usado hormonoterapia (tamoxifen o progesterona) en los casos de pacientes con receptores tumorales positivos. Y otros esquemas menos ampliamente usados (17-18-19-20).

Todo esto ha demostrado que es superior el esquema de multi--droga que de monodroga en el cáncer de mama con nódulos axilares positivos y en general en etapas tardías. Han habido esquemas para cáncer de mama menos específicos y que tienen mejor uso en otros tipos de cánceres como es el CDDP-Adriamicina, el Cisplatino-etoposide, etc. (21-22-23) pero que también se han usado en éste tipo de enfermedad cuando ya es refractaria a tratamientos convencionales (24-25).

El advenimiento de la quimioterapia neoadyuvante (preoperatoria) se fundamentó en que el tumor in situ tiene mejor aporte sanguíneo con mayor posibilidad de que la (s) droga (s) pudieran llegar más fácil al sitio primario y además cubrir el período perioperatorio con la consiguiente deportación cancerígena fuera del tumor (26-27-28).

Se han presentado evidencias que sugieren que en el tratamiento del cáncer primario podría ser más ventajoso si se utilizara inicialmente quimioterapia neoadyuvante para tratar el componente sistémico de una vez que es, en última instancia, el responsable de la muerte en todos los casos.

En la evolución natural de la enfermedad es necesario para valorar su pronóstico tomar en cuenta ciertos factores que han sido bien establecidos, tales como el status histológico de los nódulos linfáticos regionales, edad de la paciente (pre o postmenopáusicas), el tamaño del tumor primario, los receptores hormonales, etc.

El status patológico de los nódulos linfáticos axilares es el dato más importante para variar el pronóstico. Se dice que - las pacientes con cáncer de mama que tienen de uno a tres nódulos positivos tienen mejor pronóstico que las que tienen -- más de 4 nódulos axilares positivos (29).

Es necesario enfatizar que la etapificación del cáncer de mama se ha hecho con la finalidad de conocer la extensión de la enfermedad y poder elegir el tratamiento para cada paciente - según la etapa en que se encuentre la enfermedad. Además sirve para comparar los resultados de diferentes tratamientos. La etapificación del cáncer de mama se inicia clínicamente basándose en el examen físico, evaluación radiológica y de laboratorio. La clasificación más usada es la adoptada en 1977 -

tanto por la UICC como por la AJC. Esta clasificación está basada en el sistema TNM (T, tumor; N, nódulo; M, metástasis) (29).

Importa saber cómo están los niveles de receptores hormonales tanto en pre como postmenopáusicas con cáncer de mama. Finalmente es necesario aclarar que a pesar de los avances -- que se han logrado con la quimioterapia en el cáncer de mama, no se ha podido comprobar que mejore la sobrevida global significativamente en las pacientes con metástasis (30-31), pero sí mejora el intervalo libre de enfermedad y la calidad de vida, aunque ésto último se logre mejor con hormonoterapia (14).

Conociendo que la quimioterapia en el cáncer de mama está universalmente aceptada y que en efecto reduce el volúmen tumoral y mejora o alarga el intervalo libre de enfermedad, hemos querido verificar si los esquemas utilizados en éste Hospital resultan efectivos para tales fines.

En nuestra Unidad hospitalaria contamos con un servicio de Oncología ginecológica desde hace tres años donde han sido manejadas más de 100 pacientes con cáncer primario de mama hasta la fecha. En nuestro trabajo se recolectó una casuística de 124 casos de cáncer de mama, de los cuales a 84 se les aplicó quimioterapia. Por lo tanto, resulta interesante investigar si los esquemas de quimioterapia utilizados en éste centro, - FAC y Adr-Cisplatino principalmente, responden a menos recurrencias, mejores respuestas y mayor intervalo libre de enfermedad en la comparación entre estos dos esquemas. No se valorará la sobrevida global porque apenas hace un año que las pacientes del 1985 terminaron la QT de primera línea, pero sí veremos la sobrevida hospitalaria con la enfermedad.

Por último el cáncer de mama en el ser humano está siendo usado a menudo para medir los pasos de progreso en el tratamiento del cáncer. Actualmente varios aspectos clínicos y biológicos contribuyen a indicar que el cáncer de mama es la enfermedad neoplásica por excelencia. Su incrementada frecuencia en muchos países estimula a los epidemiólogos a estudios de los factores exógenos tales como estrógenos, dieta y nutrición. La marcada heterogeneidad de la población de células tumorales mantiene a los científicos en un rompecabezas principalmente a los oncólogos clínicos. La frecuente naturaleza

sistémica de lo que parece ser una enfermedad localizada alien-  
ta a probar varias formas de manejo multidisciplinario.

Los aspectos cruciales sobre lo que deben elaborarse nuevas -  
hipótesis de trabajo en el futuro serán la alta propensión a  
diseminación metastásica temprana de la enfermedad, la hetero-  
geneidad de las células tumorales y la resistencia primaria a  
las drogas (32).

Por último hay que mencionar que el cáncer mamario en la actua-  
lidad se maneja multidisciplinariamente con cirugía, radiote-  
rapia y hormonoterapia utilizando las determinaciones de re-  
ceptores hormonales para estrógeno y progesterona, todo par-  
tiendo de la base que representa la quimioterapia en el cán-  
cer mamario.

### O B J E T I V O S

- 1.- Valorar la respuesta a los esquemas de quimioterapia neo-  
adyuvante y por protocolo en la población de pacientes --  
con cáncer de mama en los años 1985 y 86 en el H.G.O. #3,  
C.M. "La Raza".
- 2.- Comparar el intervalo libre de enfermedad en las pacientes  
con cáncer de mama entre las modalidades de quimioterapia  
usadas en éste Hospital.

### H I P O T E S I S

- I.a- El esquema de FAC (5-Fluorouracilo, Adriamicina y Ciclo-  
fosfamida) tiene mejor índice de respuestas parciales y -  
completas que el esquema de Adriamicina-Cisplatino (Adr-  
CDDP) en el cáncer de mama.
- 1.b- El esquema de Adr-CDDP tiene mejor índice de respuestas -  
parciales y completas que el esquema de FAC en el cáncer-  
de mama.
- 2.a- El por ciento de pacientes con intervalo libre de enferme-  
dad es mayor con el esquema de FAC.
- 2.b- El por ciento de pacientes con intervalo libre de enferme-  
dad es mayor con el esquema de Adr-CDDP que con FAC.-



## MATERIAL Y METODO

Para realizar éste estudio se revisaron los expedientes de -- las pacientes vistas en el servicio de Ginecología Oncológica en los años 1985 y 1986 en el Hospital de Gineco Obstetricia- No. 3, Centro Médico "La Raza" que venían referidas de sus -- clínicas de adscripción. Para hacer el diagnóstico se hacía biopsia excisional en las etapas I y II y por aspiración -- (Trucut) o incisional en etapas II y IV.

El H.G.O. #3 brinda un 3er. nivel de atención en materia de - salud a todas las pacientes de la zona Norte del área metropo- litana de la ciudad de México.

A partir del año 1985 se creó el servicio de Ginecología Onco- lógica en el H.G.O. #3 para poder cubrir las demandas en mate- ria de patología ginecológica cancerígena de tan amplia zona, brindándole los servicios de Oncología quirúrgica, y clínica, además radioterapia (C.M.N.) y todos los exámenes de rutina, - telex de tórax, SOM, gammagrafía hepática, rastreo oseo, PFH, etc.

También se hacía diagnóstico histológico o de conformación -- histológica con revisión de laminillas si venían tratadas iní- cialmente.

En éste estudio contamos con una población de 124 pacientes - con cáncer de mama que fueron vistas en los años 1985 y 86 y- de las cuales se les aplicó quimioterapia a 84 pacientes. Los expedientes de las pacientes se obtuvieron del archivo de éste Hospital haciendo la solicitud de todos los casos.

La quimioterapia aplicada se dividió esencialmente en dos eg- quemas que fueron QT neoadyuvante y quimioterapia por protoco- lo.

La quimioterapia que se aplicó en éste Centro consistió en el uso de Adr-CDDP (Adriamicina-Cisplatino) y FAC(5-Fluorouraci- lo-Adriamicina y ciclofosfamida).

La quimioterapia neoadyuvante y por protocolo fué con Adriami- cina-Cisplatino y con FAC; el CMF sólo se aplicó en dos pa- -- cientes como quimioterapia de 1ra línea, que fué la analizada en éste estudio. También se aplicó quimioterapia de 2a. lí- --

nea en aquellas pacientes que no respondieron al tratamiento con quimioterapia de Ira línea. Además se aplicó quimioterapia de mantenimiento en las pacientes que tuvieron buena respuesta con la quimioterapia de Ira línea sin actividad tumoral (AT). Por último un gran número de pacientes se le aplicó homonoterapia ya por estar en edad avanzada o principalmente por estar en etapa tardía.

La quimioterapia (QT) neoadyuvante se aplicó ADr-CDDP y FAC. Los parámetros que se eligieron para usar la ADr-CDDP fueron debido a los resultados obtenidos con otros tumores epiteliales, tales como de colon, estómago, pulmones y ovarios. Si bien ha sido poco usado el Cisplatino en cáncer de mama, pero por la respuesta que ha dado con los tumores epiteliales y además usado en combinación con Adriamicina (probablemente el mejor citotóxico en mama). Se comenzó en ésta Unidad en el año 1985 cuando inició el Servicio de Gineco-Oncología. Es importante comprender que la razón de la quimioterapia neoadyuvante es debido a que se piensa que un tumor in vivo tiene mejor aporte sanguíneo y por lo tanto mejor penetración del fármaco. Además evitaría la deportación de células en el transoperatorio, por lo que se considera justificable y más aún, muchos consideran que hasta en etapas tempranas se podría utilizar, partiendo de que, si produce regresión tumoral y de células malignas en etapas tardías, sería mejor si consideramos la enfermedad como sistémica, biológica, utilizarla desde un principio.

En resumen, la quimioterapia neoadyuvante se catalogó como aquella que se aplica preoperatoriamente en 3 ciclos generalmente y post-operatoria dependiente del número de ganglios encontrados en la pieza operatoria para poder completar de 3 a 6 ciclos en el postoperatorio.

La quimioterapia por protocolo es la que se aplica con un esquema preestablecido para las etapas I y II con número de ganglios de más de 2 y 4 respectivamente en la pieza operatoria. Además se aplica en etapa III cuando se dan 2 ciclos de quimioterapia preradioterapia y posteriormente con quimioterapia que se aplica con o sin cirugía.

En la etapa IV, donde se aplica esquema inicial de quimioterapia y otros tratamientos paliativos.

A las pacientes que se les aplicó quimioterapia neoadyuvante -- primero se le hacía biopsia con aguja de Trucut, ya confirmando el diagnóstico se iniciaba tratamiento con quimioterapia -- neoadyuvante por 3 ciclos, después cirugía y 2 semanas más -- tarde quimioterapia en su 3er. ciclo y se completaban de 6 a 10 ciclos.

La medición del tumor se hacía después de los 3 ciclos preoperatorios de una forma clínica y se valoraba la respuesta del tumor a la quimioterapia neoadyuvante como Respuesta completa, parcial, no respuesta y progresión. (RC,RP,NR y Prog.).

Las etapas incluidas en la quimioterapia neoadyuvante fueron las II y III y cuando apareció una etapa IV que se trató con quimioterapia neoadyuvante fue porque presentaba infiltración a piel o condiciones locales del tumor pero sin enfermedad -- sistémica. Cada ciclo de quimioterapia iba precedido de un recuento en sangre para BH, plaquetas y cada 3 a dos ciclos -- se le mandaba a la paciente PFH.

La sobrevida de las pacientes se midió desde su ingreso al -- Hospital hasta la fecha de Diciembre de 1987, el intervalo líbre de enfermedad, desde que terminó tratamiento hasta la fecha de Diciembre de 1987.

También se buscó número de ganglios en pieza operatoria y número de ciclos de quimioterapia recibidos, también se cuentan las pacientes que abandonaron tratamiento.

La etapificación del cáncer de mama se realizaba en la Consulta Externa de la. vez de gineco-oncología, se tomó en cuenta la clasificación de 1978 de la IUCC y de la AJC que se basaron en el TNM.

## R E S U L T A D O S

De un total de 124 pacientes con cáncer que se vieron en los años 1985 y 1986, se les hizo seguimiento hasta Diciembre de 1987, y se les aplicó quimioterapia a 84 pacientes. No se les aplicó quimioterapia a 40 pacientes porque no se encontraron ganglios en la pieza operatoria. De ellas 2 estuvieron en --

etapa 0, 10 en etapa I, 15 pacientes en etapa II, todas sin ganglios positivos en la pieza operatoria. También 6 pacientes en etapa III, 3 en etapa IV y 3 NC (no clasificable por manejo previo) que abandonaron tratamiento antes de iniciar la quimioterapia. Una paciente no clasificable por manejo previo vino con diagnóstico de cáncer de mama, y a la revisión de laminillas y toma de biopsias se descartó cáncer siendo una papilomatosis ductal.

O sea, que el 67.7% de las pacientes que ingresaron a H.G.O. # 3 al servicio de Gineco-Oncología se les aplicó quimioterapia.

El rango de edad en las pacientes fué de 59 años siendo la paciente de mayor edad de 80 años y la de menor edad de 21 años. La media aritmética para las edades fué de 47.6 años. Con relación a la quimioterapia usada, se analizó la quimioterapia de primera línea, (QT de la. línea) que es la que se aplica de inicio de tratamiento con quimioterapia, la cual se dividió en quimioterapia neoadyuvante y por protocolo.

Los esquemas de quimioterapia fueron con Adriamicina-Cisplatino (Adr-CDDP) y con FAC (5-Fluorouracilo-Adriamicina y Ciclofosfamida).

Con relación a edad en el cáncer mamario (cuadro 1) el 74.1% (92 pacientes) estuvieron entre edades de 31 a 60 años, siendo 42 pacientes de 31 a 45 años (33.8%) y 50 pacientes de 46-60 años (40.3%).

Las edades en las 84 pacientes que utilizaron quimioterapia correspondieron entre 31 a 60 años el 78% de las pacientes.

En cuanto al número de pacientes con cáncer de mama por etapas (cuadro II) el 50.03% de las pacientes correspondieron a etapas tardías III (45 pacientes) y IV (22 pacientes), sin contar las no clasificables por etapas (NC) que fueron 11 pacientes (8.8%) y que para fines prácticos se manejan como etapa III.

A las etapas tempranas correspondió el 37.09% de las pacientes en etapa I (13 pacientes) y en etapa II (33 pacientes).

El total de pacientes que utilizaron quimioterapia (cuadro III) se dividió de la siguiente forma: 48 pacientes con FAC (57.1%), 34 pacientes con Adr-CDDP (40.4%) y 2 pacientes CMF (2.3%).

Con relación a la quimioterapia neoadyuvante se aplicó en un-

total de 34 pacientes (40.4%) siendo 26 pacientes (76.4%) con Adr-CDDP y 8 con FAC (23.5%).

De esas 26 pacientes con quimioterapia neoadyuvante con Adr-CDDP el 84.6% correspondieron a las etapas II y III con un promedio de 8 ciclos recibidos y una dosis total de 400 mg. para Adriamicina como para Cisplatino (CDDP).

Con el esquema de FAC en la quimioterapia neoadyuvante se aplicó en 8 pacientes de 34 (23.5%) siendo el 75% (6 de 8) clasificados en etapa III: recibiendo dosis totales de 4440 mg. de 5-fluorouracilo, 440 mg. de Adriamicina y 4500 mg. de Ciclofosfamida.

Con relación a las etapas clínicas y número de ganglios positivos encontrados (cuadro IV) en las pacientes que recibieron quimioterapia, hay un total de 61 pacientes con ganglios positivos de 84 que recibieron quimioterapia, de los cuales 46 pacientes (75.5%) correspondieron a etapas tardías, estando con más de 4 ganglios en la pieza operatoria 27 pacientes (44.2%) para etapas III y IV y con 1-3 ganglios (31.1% en etapas III y IV).

De 26 pacientes con quimioterapia neoadyuvante con Adr-CDDP que recibieron 3 ciclos preoperatorios 14 pacientes (53.8%) presentaron ganglios positivos en la pieza operatoria y 12 (46.1%) no presentó ganglios positivos después de la quimioterapia neoadyuvante. Mientras que con quimioterapia neoadyuvante de FAC de 8 pacientes 4 presentaron (50%) ganglios positivos en la pieza operatoria, estos también recibieron 3 ciclos preoperatorios.

Con relación al intervalo libre de enfermedad (ILE) en las pacientes con quimioterapia neoadyuvante y por protocolo (cuadro V), vemos que 31 pacientes (36.9%) tuvieron un ILE de un año, 23 (27.3%) entre 1 a 2 años libre de enfermedad y sólo 2 pacientes (2.3%) tienen más de 2 años sin enfermedad (AT) desde que terminaron su tratamiento. Estas dos pacientes estaban clasificadas en etapas II y III respectivamente.

El intervalo libre de enfermedad para la quimioterapia neoadyuvante (cuadro VI) con Adr-CDDP fué de 18 meses en promedio en el 80.7% de las pacientes y de 14 meses para FAC en el 62.5% de las pacientes que usaron FAC.

Mientras que en la quimioterapia por protocolo no hubo diferencias en el intervalo libre de enfermedad entre Adr-CDDP y FAC (12 meses para ambos esquemas).

En relación a las recurrencias en pacientes que utilizaron quimioterapia (cuadro 7) hubo un total de 8 pacientes de 34 con Adr-CDDP (23.5%) con quimioterapia neoadyuvante 7 de 26 pacientes (26.9%) y 1 de 8 para protocolo (12.5%); mientras que con FAC hubo 14 pacientes con recurrencias de 50 pacientes para un 28%, de los cuales 1 de 8 para quimioterapia neoadyuvante (12.5%) y 13 de 42 para (39.9%) o sea, que prácticamente no hay significancia estadística entre las recurrencias de ambos esquemas, sólo una ligera ventaja para Adr-CDDP. Las etapas mayormente con recurrencia fueron las III y IV para ambos esquemas.

En cuanto a las respuestas con los esquemas neoadyuvante vemos (cuadro 8) que con Adr-CDDP hubo 18 pacientes de 26 (69.23%) con respuestas parciales y completas y 7 sin respuestas o progresión.

Con FAC de 8 pacientes hubo 4 con respuesta (50%) y 4 sin respuesta para otro 50%. También hubo mejores respuestas para este esquema de Adr-CDDP que con FAC

En cuanto a la sobrevida en la Unidad, el promedio en meses (cuadro 9) para las pacientes que utilizaron Adr-CDDP fué de 23 meses con una paciente fallecida por la enfermedad; mientras que con FAC hubo un promedio de 18 meses con dos pacientes fallecidas a causa de la enfermedad.

La sobrevida (que se cuenta desde su ingreso a éste Hospital por carecer de datos en torno a su enfermedad desde su inicio hasta Diciembre de 1987) es relativa porque muchas pacientes comenzaron Adr-CDDP un año antes que el FAC lo que aumenta lógicamente la sobrevida.

Es importante dar a conocer que abandonaron el tratamiento 6 pacientes con el esquema de Adr-CDDP de 34 (17.6%), mientras que con FAC abandonaron el tratamiento 11 pacientes de 50 para un 22%.

Estas pacientes no contaron para fines de ILe, Sobrevida en la Unidad ni tampoco para recurrencias.

### EDAD DEL CANCER MAMARIO

EDAD	No. PAC.
30	7
31 - 45	42
46 - 60	50
61	25
TOTAL	124

**ETAPA CLINICA DEL  
CANCER MAMARIO**

<b>E T A P A</b>	<b>No. DE PAC.</b>
I	13
II	33
III	45
IV	22
NC	11
<b>TOTAL</b>	<b>124</b>



ESQUEMAS DE Q. T. 1º. LINEA

ESQUEMAS	No. DE PAC.
F A C	48
AdR -CDDP	34
C M F	2
TOTAL	84

**ETAPA CLINICA Y NUMERO  
DE GANGLIOS POSITIVOS ENCONTRA-  
DOS.**

E T A P A	GANGLIOS POSITIVOS	
	1 - 4	> 4
I	1	0
II	5	9
III	13	16
IV	6	11
T O T A L	25	36

**ETAPA CLINICA E INTERVALO LIBRE DE ENFERMEDAD CON Q.T.(NEOD.Y PROTOCOLO)**

ETAPA	INTERVALO LIBRE EN AÑOS			NUMERO
	0-1	1-2	2-3	
I	-	2	-	2
II	6	9	1	18
III	13	9	1	38
IV	9	3	-	19
N.C.	3	-	-	7
T O T A L				84

**ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA**

INTERVALO LIBRE DE ENFERMEDAD  
POR ESQUEMAS EN MESES

	AdR-CDDP	F. A. C.
Q.T. NEOD- ADYUVANTE	18	14
Q.T. POR PROTOCOLO	12	12

**INTERVALO LIBRE DE ENFERMEDAD  
POR ESQUEMAS EN MESES**

	<b>ADR-CDDP</b>	<b>F. A. C.</b>
<b>Q.T. NEOD- ADYUVANTE</b>	<b>18</b>	<b>14</b>
<b>Q. T. POR PROTOCOLO</b>	<b>12</b>	<b>12</b>

**RECURRENCIAS CON Q.T. ( A.T. )**

	A d R - C D D R	F. A. C.
Q. T. NEOADY.	7	1
Q.T. x PROTOCOLO	1	13
<b>TOTAL</b>	<b>8 de 34</b>	<b>14 de 50</b>

### RESPUESTA A LA Q. T. NEOADYUVANTE

ESQUEMA	CON RESPUESTA ( RC-RP )	SIN RESPUESTA ( NR-PROG )	TOTAL
AdR-CDDP	18	7	26
F. A. C.	4	4	8

### SOBREVIDA

ESQUEMA	PROMEDIO EN MESES	FALLECIDAS
Ad - CDDP	23	1
F. A. C.	18	2



## CONCLUSIONES

En este estudio de quimioterapia en cáncer de mama concluimos:

- 1.- La mayoría de las pacientes con cáncer de mama ingresan a 3er. nivel (H.G.O. #3, C.M. "La Raza") en etapas tardías del cáncer. Etapas III y IV.
- 2.- El 74.1% de las pacientes con cáncer mamario estaban entre edades de 31 a 60 años y de las que recibieron quimioterapia el 78% entre éstas edades, llegándose a la conclusión de que es más frecuente en la perimenopausia.
- 3.- No hubo diferencias importantes en cuanto a los esquemas utilizados en quimioterapia neoadyuvante con relación al número de ganglios positivos en la pieza operatoria.
- 4.- En cuanto al intervalo libre de enfermedad (ILE), hubo más meses con ADr-CDDP que con FAC (18 vs. 14), pero tiene también su explicación, pues un esquema se uso primero que otro.
- 5.- No hubo diferencias significativas en cuanto a las recurrencias con esquema de ADr-CDDP (23.5%) y con FAC (28%).
- 6.- La mayoría de las pacientes con recurrencias (AT) de la enfermedad correspondieron a las etapas tardías del cáncer de mama (85%).
- 7.- Hubo mejores respuestas (tanto parciales como completas) con ADr-CDDP que con FAC (69.2% vs 50%).
- 8.- La sobrevida en la Unidad es mayor con ADr-CDDP (25 meses) que con FAC (18 meses), aunque esto no es demostrativo, - pues el esquema de ADr-CDDP se utilizó primero que el de FAC, pero sí hubo 2 fallecidas por la enfermedad con esquema de FAC y 1 sola con ADr-CDDP.
- 9.- Viendo los resultados de éste estudio con relación al uso de ADr-CDDP como esquema de quimioterapia y habiendo hecho la comparación con el FAC, el cual está universalmente aceptado, concluimos que no existen diferencias significativas en los resultados de ambos esquemas en cuanto a intervalo libre de enfermedad, recurrencias, sobrevida, - aunque sí hubo mejores respuestas con el esquema ADr-CDDP.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Fisher B:  
The Revolution in Breast Cancer Surgery: Science or Anecdotalism.  
World J Surg 9. 655-666, 1985.
- 2.- Hubay et al:  
Receptores Hormonales: Actualización de Conocimientos y -  
Aplicación Clin Quir Nort-Am Vol 6: 1984:1179
- 3.- Leungs et al:  
Loco-regional Recurrences following Radical External Beam  
Irradiation and Interstitial Implantation for Operable --  
Breast Cancer.- A Twenty Three Year.  
Radiotherapy and Oncology vol 5: 1986: 1-10
- 4.- Harris et al:  
Clinical Studies on the Use of Radiation Therapy as Primary  
Treatment of Early Breast Cancer.  
Cancer 53: 705-711, 1984
- 5.- Breast Cancer Chemotherapy.- Consensus Conference.  
JAMA, Dec 27, 1985-Vol. 254, No. 24
- 6.- Pierquin et al:  
Conservative Treatment of Breast Cancer in Europe: Report  
of the Groupe European de Curie therapie.  
Radiotherapy and Oncology 6, 1986: 187-198.
- 7.- Montague ED:  
Conservation Surgery and Radiation Therapy in the Treat--  
ment of Operable Breast Cancer.  
Cancer 53: 700-704, 1984
- 8.- Veronesi et al:  
Comparing Radical Mastectomy with Quadrantectomy, Axilla--  
ry Dissection, and Radiotherapy in Patients with Small --  
Cancers of the Breast.  
N Eng J Med 1981: 305 (I): 7-12
- 9.- De Vita VT:  
Principles of Chemotherapy.  
Cancer: Principles and Practice, Chapt. 13: 257-262

- 10.- Fisher et al:  
Pathologic Finding from The National Surgical Adjuvant -  
Breast Project. Correlations with Concordant and Discor-  
dant Estrogen and Progesteron Receptors.  
Cancer 59: 1554-1559, 1987.
- 11.- Van Natten et al:  
Heterogeneous Estrogen Receptor Levels Detected Via Mul-  
tiple Microsamples from Individual Breast Cancers.  
Cancer 56: 2019-2024, 1985.
- 12.- Guazzi et al:  
Relationship Between Estrogen Receptor Concentration and  
Cytomorphometry in Breast Cancer.  
Cancer 56: 1972-1976: 1985.
- 13.- Carter SK:  
Adjuvant Use of Cytotoxic Chemotherapy to Destroy Micro-  
metastasis in Breast Cancer after Local Control Therapy.  
Status.  
Clin Exp Metastasis 1983, 1:1
- 14.- Haskell: Giuliano; Thompson and Zarem:  
Thorax and Unknown Primary. Breast Cancer  
Chapt 8; 1985: 166-167
- 15.- Bonadonna et al:  
Combination Chemotherapy as an Adjuvant Treatment of Ope-  
rable.  
Breast Cancer.  
N Engl J Med 294: 405-410, 1976
- 16.- Goldie JH:  
Scientific Basis for Adjuvant and Primary (Neoadjuvant)-  
Chemotherapy for Breast Cancer.  
Semin Oncol 1987 Mar; 14(1): 1-7.
- 17.- Sigurdsson et al:  
Weekly dose Doxorubicin (WDA) in Advanced Breast Cancer.  
Radiotherapy and Oncology 7, 1986, 133-139.
- 18.- Taylor et al:  
Combination Chemotherapy Compared to Tamoxifen as Initial  
Therapy for Stage IV Breast Cancer in Elderly Women.  
Ann Int Med 104(4), Apr-1986

- 19.- Wood et al:  
A Randomized Trial of CMF vs. CMFVP as Adjuvant Chemotherapy in Women with Node-positive Stage II Breast Cancer: A CALGB Study.  
World J Surg 9, 714-18. 1985.
- 20.- Verduzco et al:  
Quimioterapia adyuvante en el Cáncer de mama. Experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología.  
Rev. del INC, vol 32 (I-2). Mar-Jun 1986.
- 21.- Eustace P:  
History and Development of Cisplatin in the Management of Malignant Disease.  
Cancer Nurs: 3(5): 373-378, 1980.
- 22.- Greagan et al:  
A Phase III Clinical Trial Comparing The Combination Cyclophosphamide, Adriamycin, Cisplatin with Cyclophosphamide, 5-Fluorouracil, Prednisone in Patients with Advanced Breast Cancer.  
J Clin Oncol: 2 (II): 1260-5 1984
- 23.- Paridans et Al:  
Cisplatin plus Vindesine in Advanced Breast Cancer: A -- Phase II Trial of the EURTE Breast Cancer Cooperative -- Group.  
Eur J Cancer Clin Oncol: 21 (5): 595-9. 1985.
- 24.- Cox et al:  
Response of Refractory Breast Carcinoma to a Combination of Cisplatin and Etoposide.  
Proc Am Soc Clin Oncol: 6:A226, 1987
- 25.- Sledge et al:  
Cisplatin as First-Line Therapy for Metastatic Breast -- Cancer.  
Proc Am Soc. Clin. Oncol: A206, 1987
- 26.- Papiounnou AN:  
Tratamiento Sistémico como Medida Inicial en el Cáncer -- Mamario Operable. Clin Quir Nort-Am Vol 6:1984, 1207-17.

- 27.- Jacquillat et al:  
Neoadjuvant Chemotherapy in the Conservative Management-  
of Breast Cancers: Study of 143 patients.  
Receipt Results Cancer Res 1986: 103: 113-9
- 28.- Jacquillat et al:  
Neoadjuvant Chemotherapy of Breast Cancer.  
Drugs Exp Clin Res 1986: 12(1-3): 147-52
- 29.- Canellos, Fisher, Harris, Helman:  
Cancer of the Breast.  
Cancer: Principles and Practice. Chapt 34, 1985: 1119-  
1130.
- 30.- Powles et al:  
Failure of Chemotherapy to Prolong Survival in a Group -  
of Patients with Metastatic Breast Cancer. Lancet 59: --  
1554-1559, 1987.
- 31.- Ross et al: Improved Survival of Patients with Metasta--  
tic Breast Cancer Receiving Combination Chemotherapy.  
Cancer 55-341-346, 1985.
- 32.- Bonadonna G:  
Breast Cancer. Seminars in Oncology, vol. 3, No. 4 (Dec.)  
1986: p 383.