



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Post Grado

CANCER DE MAMA. ANALISIS DE 100 CASOS
TRATADOS CON CIRUGIA EN EL HGO 3 CMR.



CENTRO MÉDICO LA RAZA
Hospital de Ginecología y Obstetricia

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
DR. LUIS HORACIO GONZALEZ GONZALEZ

Hospital de Ginecología y Obstetricia
Centro Médico "La Raza"

Asesor: Dr. Federico Hernández Escorza



México, D. F.

**TESIS CON
FALDA DE CRISTAL**

Enero de 1989



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

DEDICATORIAS.	I
AGRADECIMIENTOS.	II
INTRODUCCION.	1
OBJETIVO.	3
MATERIAL Y METODOS.	4
RESULTADOS.	5
DISCUSION.	21
CONCLUSIONES.	27
BIBLIOGRAFIA.	29

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

El Cáncer de Mama es tan antiguo como la humanidad, en efecto en el papiro de Smith que cubre alrededor de 2,000 - A.C. se describen tumores en el seno. En el Código de Hammurabi (2250 años A.C.) se señalan los castigos a los que eran sometidos los médicos si por intervenir a una paciente, ésta moría (1). En los milenios siguientes poco se adelantó en el tratamiento del cáncer de mama, sin embargo Hipócrates adelantó que existían cánceres inoperables ya que su tratamiento aceleraba la muerte (1). Los verdaderos adelantos en el tratamiento de la enfermedad se presentaron cuando la cirugía resurgió como consecuencia de la práctica de la mastectomía con remoción del pectoral y disección radical de la axila según la técnica propuesta por Halsted quien publicó su primer trabajo en el Johns Hopkins en noviembre de 1894, 10 días después de que Willy Meyer presentara ante la Academia de Medicina de New York una operación similar (1).

La respuesta con la mastectomía radical fue un avance extraordinario dentro de los diversos procedimientos para tratamiento del cáncer mamario en etapas operables, sin embargo a partir de 1969 en el Memorial Sloan Ketterin Cancer Center empezaron a realizarse mastectomías en las cuáles se dejaba el músculo pectoral menor como lo venía haciendo desde varios años antes Patey y Dyson (2). A la luz de las nuevas experiencias con ambas técnicas, los resultados fueron similares; de tal forma que muchos autores empezaron a utilizar con más frecuencia la mastectomía radical modificada tipo Patey (2,3,4,) de tal forma que ya para 1983 el 75% de las pacientes fueron tratadas por mastectomía tipo Patey en el Sloan Ketterin y en otros sitios. En la Cleveland Clinic desde 1957 los cirujanos de mama empezaron a efectuar mastec

tomías parciales con resultados altamente satisfactorios, -
empero sus mismas conclusiones llevaron a la sugerencia que_
para prevenir las recidivas locales o locoregionales debería
efectuarse concomitantemente radioterapia como lo venían - -
haciendo otros autores, entre ellos Veronesi en Milan (5,6),
quién en 1973 definió a la operación denominada Cuadrantecto
mía como la remoción completa de un cuadrante del seno a la_
que se agregaba disección axilar y radioterapia (Q.U.A.R.T.),
como alternativa a la operación de Halsted o Patey; los re--
sultados en las primeras 701 pacientes tratadas entre 1973 -
y 1980 fueron francamente satisfactorios ya que no se encon-
traron diferencias significativas entre la mastectomía radi-
cal clásica y la cuadrantectomía con disección radical de -
axila y radioterapia postoperatoria (6).

O B J E T I V O

El objetivo del presente trabajo es determinar los resultados obtenidos en el tratamiento de 100 pacientes con - Carcinoma Mamario sometidas a cirugía, así como las modalidades quirúrgicas de ésta y la terapia adyuvante empleada.

MATERIAL Y METODOS

Del Archivo de Anatomía Patológica y Archivo Clínico - del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del Centro Médico - La Raza se seleccionaron 100 expedientes de pacientes con - Carcinoma Mamario tratadas en el Servicio de Ginecología Oncológica mediante cirugía. De todas las pacientes se tabularon los siguientes parámetros:

- 1.- Edad.
- 2.- Antecedentes Heredo-Familiares.
- 3.- Antecedentes Gineco-Obstétricos.
- 4.- Factores de riesgo para Cáncer Mamario.
- 5.- Etapa Clínica.
- 6.- Procedimientos Diagnósticos.
- 7.- Tratamiento Quirúrgico.
- 8.- Resultados del Tratamiento Quirúrgico.
- 9.- Tratamiento con Quimioterapia.
- 10.- Tratamiento con Radioterapia.
- 11.- Recurrencias.
- 12.- Persistencia Tumoral Post-radioterapia.
- 13.- Mortalidad.

R E S U L T A D O S

La edad de las pacientes estuvo comprendida entre 21 y 78 años, predominando la 6a. década de la vida. Entre los antecedentes heredo-familiares de importancia que más llamaron la atención fué el carcinoma cervicouterino que estuvo presente en el 14.0% de las pacientes y el carcinoma mamario - presente en 8.0% de las enfermas (cuadro I). Otros tumores se presentaron con frecuencia menor.

No hubo diferencias con la población general en la presentación de la menarquia, menopausia y vida sexual, aunque si se observó una frecuencia alta de pacientes nuligestas y con baja paridad 40.0%. (Cuadro II-A y cuadro II-B).

Entre los factores de riesgo la obesidad estuvo presente en el 45.0% de las pacientes, la mastopatía fibroquistica - en 32.0% de ellas, los trastornos menstruales por alteraciones endócrinas en 25.0% de las enfermas; cirugía mamaria previa, - historia familiar de carcinoma y otros factores estuvieron presentes en frecuencias menores (cuadro III).

El diagnóstico fué clínico en el 100.0% de los casos, empero se realizaron estudios de mastografía y ecosonografía - en las pacientes en las cuáles se tenía la duda del diagnóstico (cuadro IV). En pacientes con etapa III y IV los estudios de extensión se realizaron uniformemente (cuadro V).

En cuanto al número de pacientes con cáncer de mama - por etapas (cuadro VI), el 42.0% correspondieron a etapas tardías III (30 pacientes) y IV (12 pacientes) sin contar las - no clasificables por etapas (NC) que fueron 2 pacientes 2.0% y que para fines prácticos se manejan como etapa III.

A las etapas tempranas correspondió el 56.0% de las pacientes en etapa I (17 pacientes) y etapa II (49 pacientes).

Los hallazgos citológicos fueron positivos a células - malignas en 13.0% de las pacientes, de un total de 28 estudios y a otra patología en el 4.0%. Se reportó material insuficiente en 11.0% de los casos (cuadro VII).

De un total de 55 biopsias (Tru-cut), 42 reportaron un carcinoma ductal infiltrante, en 1 paciente un carcinoma inflamatorio, en otra adenosis esclerosante y en 11.0% los resultados fueron negativos o no concluyentes (cuadro VIII).

El tipo histológico del carcinoma mamario se señala en (cuadro IX), predominando el carcinoma ductal infiltrante - con el 74.0% de los casos.

El 71.0% de las pacientes fueron tratadas con mastectomía radical modificada tipo Patey, el 13.0% con mastectomía tipo Halsted, el 16.0% restante correspondió a 8 con mastectomía simple, 4 mastectomía de limpieza y 4 cuadrantectomía (cuadro X).

La recurrencia tumoral o persistencia post-radioterapia en los estadios III se presentó en el 16.0% de las pacientes no existiendo diferencia significativa entre la etapa II y la III por número de pacientes, pero si tomamos en consideración el porcentaje de pacientes en etapa II (49.0%) y etapa III (30.0%) la diferencia es ostensible. Esta tasa de recurrencias se debe a que en el estudio se analizaron pacientes en etapa III que tienen no solo una alta tasa de persistencia tumoral post-radioterapia sino también un alto índice de recurrencias locales e incluso de metástasis.

En el tratamiento íntegral de las pacientes con cáncer mamario se empleó la quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia. El criterio para incluir pacientes en etapa I y II - en el tratamiento de quimioterapia básicamente tomó en cuenta, la presencia de ganglios en la disección axilar positivos a metástasis. El Tamoxifén que fué el fármaco hormonal administrado únicamente se basó en la edad de las pacientes y en el estado menstrual ya que no se midieron receptores hormonales.

En la etapa III, el criterio para iniciar la quimioterapia fué el siguiente: después de la etapificación correcta y el diagnóstico por histopatología se dieron 2 ciclos de quimioterapia (5 fluoracilo, Adriamicina y Ciclofosfamida) - posteriormente se enviaron a radioterapia recibiendo un promedio de 50 Gy a la mama y completando el ciclo mamario en axila, región supraclavicular y cadenas ganglionares de las mamas; si se obtenía reducción ostensible del tumor se continuaba el tratamiento con quimioterapia, si no había reducción tumoral se efectuó cirugía que iba desde una mastectomía simple hasta una mastectomía Halsted.

Con respecto a la mortalidad, no han habido muertes en pacientes con etapa I y II, en etapa III se presentaron 5 - muertes y en etapa IV, 8 pacientes fallecieron en el término de 1 año.

CARCINOMA MAMARIO. ANALISIS DE 100 CASOS
ANTECEDENTES HEREDITARIOS

ANTECEDENTES HEREDITARIOS	NUMERO	%
CARCINOMA CERVICOUTERINO	14	14
CARCINOMA MAMARIO	8	8
CARCINOMA GASTRICO	7	7
CARCINOMA BRONCOGENICO	4	4
LEUCEMIA	4	4
OTROS	7	7
TOTAL	46	46%

(CUADRO I)

CARCINOMA MAMARIO. ANALISIS DE 100 CASOS
ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS	PROMEDIO
MENARQUIA	13 años
MENOPAUSIA	48 años
VIDA SEXUAL	33 años

(CUADRO IIA)

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS	PROMEDIO	
NULIGESTAS	12	12 %
PRIMIGESTAS	9	9 %
SECUNDIGESTAS	19	19 %
MULTIPARAS	60	60 %

(CUADRO IIB)

**CARCINOMA MAMARIO. ANALISIS DE 100 CASOS
FACTORES DE RIESGO**

FACTORES DE RIESGO	NUMERO	%
OBESIDAD	45	45
MASTOPATIA FIBROQUISTICA	32	32
BAJA PARIDAD	28	28
TRASTORNOS GONADALES	25	25
HORMONAS EXOGENAS	17	17
CIRUGIA MAMARIA PREVIA	10	10
HISTORIA FAMILIAR DE CARCINOMA MAMARIO	8	8
MENOPAUSIA TARDIA	6	6
MENARQUIA TEMPRANA	3	3
IRRADIACION PREVIA A LA MAMA	2	2

(CUADRO III)

CARCINOMA MAMARIO. ANALISIS DE 100 CASOS
DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO	NUMERO	%
CLINICO	100	100
MASTOGRAFIA	41	41
ECOSONOGRAFIA	36	36
TAC	4	4

(CUADRO IV)

CARCINOMA MAMARIO. ANALISIS DE 100 CASOS
ESTUDIOS DE EXTENSION

ESTUDIOS DE EXTENSION	NUMERO	%
SERIE OSEA METASTASICA	67	67
TELERADIOGRAFIA DE TORAX	100	100
GAMAGRAMA HEPATOESPLENICO	49	49
FOSFATASA ALCALINA	77	77
TRANSAMINASAS	77	77
BILIRRUBINAS	77	77
GAMAGRAMA OSEO CON PIROFOSFATO	8	8

(CUADRO V)

CARCINOMA MAMARIO-ANALISIS DE 100 CASOS
ETAPA CLINICA

ETAPA CLINICA	NUMERO	%
ETAPA I	17	17
ETAPA II	39	39
ETAPA IIIA	30	30
ETAPA IV	12	12
NO CLASIFICABLE POR TRATAMIENTO FUERA DE LA UNIDAD	2	2
TOTAL	100	100

(CUADRO VI)

CARCINOMA MAMARIO. ANALISIS DE 100 CASOS
HALLAZGOS CITOLOGICOS

HALLAZGOS CITOLOGICOS	NUMERO	%
CELULAS MALIGNAS	10	10
CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE	3	3
CELULAS ESPUMOSAS	1	1
PAPILOMATOSIS	1	1
MASTOPATIA FIBROQUISTICA	1	1
HIPERPLASIA DE CELULAS DE LOS CON- DUCTOS	1	1
MATERIAL INSUFICIENTE	11	11
TOTAL	28	28

(CUADRO VII)

CARCINOMA MAMARIO. ANALISIS DE 100 CASOS
BIOPSIA (TRUC-CUT)

RESULTADOS HISTOPATOLOGICOS	NUMERO	%
CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE	42	42
NEGATIVA	6	6
NO CONCLUYENTE	5	5
CARCINOMA INFLAMATORIO	1	1
ADENOSIS ESCLEROSANTE	1	1
TOTAL	55	55

(CUADRO VIII)

**CARCINOMA MAMARIO. ANALISIS DE 100 CASOS
TIPO HISTOLOGICO.**

TIPO HISTOLOGICO	NUMERO	%
I) Carcinoma del Pezón (Enferme- dad de Paget).	3	3
II) Carcinoma de los ductos mama- rios.		
a) No Infiltrante (intraductal)	1	1
b) Infiltrante		
1) Carcinoma Escirro.	1	1
2) Carcinoma Papilar.	2	2
3) Comedocarcinoma.	2	2
4) Carcinoma mucinoso.	3	3
5) Carcinoma medular.	4	4
6) Mixto (Coloide y ComedoCa.)	1	1
7) No especificado	74	74
III) Carcinoma de los Lóbulos Mamarios		
a) No Infiltrante.	1	1
b) Infiltrante:		
1) Carcinoma lobular infil- trante.	2	2
IV) Carcinomas Raros		
1) Carcinoma Tubular.	1	1
2) Carcinoma Adenoquistico.	1	1
3) Carcinoma Inflamatorio.	2	2
4) Carcinoma con Células en Anillo de Sello.	1	1
5) Otros.	1	1
TOTAL	100	100 %

Fuente: Ariel, M.I. Breast Cáncer. Diagnosis and Treatment. Mc. Graw-Hill, New York. 1a. edition 1987, Pág: 3-20.

CARCINOMA MAMARIO. ANALISIS DE 100 CASOS
TRATAMIENTO QUIRURGICO

TRATAMIENTO QUIRURGICO	NUMERO	%
MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA	71	71
MASTECTOMIA TIPO HALSTED	13	13
MASTECTOMIA SIMPLE	8	8
MASTECTOMIA DE LIMPIEZA	4	4
CUADRANTECTOMIA	4	4
TOTAL	100	100

(CUADRO X)

CARCINOMA MAMARIO. ANALISIS DE 100 CASOS
RECURRENCIA Y PERSISTENCIA TUMORALES

RECURRENCIA Y PERSISTENCIA TUMORALES	NUMERO	%
ETAPA I	4	4
ETAPA II	14	14
ETAPA III	16	16
TOTAL	34	34

(CUADRO XI)

CARCINOMA MAMARIO. ANALISIS DE 100 CASOS
TRATAMIENTO POR ETAPAS

TRATAMIENTO POR ETAPAS	NUMERO	%
ETAPA I:		
MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA (MRM)	6	6
MRM - QT - TX	4	4
MRM - QT - Rt	2	2
MASTECTOMIA CLASICA (MC)-QT-TX	2	2
CUADRANTECTOMIA - Rt	3	3
ETAPA II:		
MRM (PATEY)	8	8
MRM - QT	18	18
MRM - Rt	3	3
MRM - QT - TX - Rt	2	2
MC (HALSTED)	2	2
MC - QT - TX	3	3
MC - QT - Rt	2	2
CUADRANTECTOMIA - Rt	1	1
ETAPA III:		
MRM - QT - TX	11	11
MRM - QT - Rt	11	11
QT - TX - Mastectomia simple	4	4
MC - QT	4	4
ETAPA IV:		
QT - TX - MRM	4	4
QT - TX - Mastectomia simple	4	4
QT - TX - Mastectomia de limpieza	4	4
NO CLASIFICABLE POR TRATAMIENTO FUERA DE LA U. PATEY (MRM)	2	2
TOTAL	100	100 %

(CUADRO XII)

CARCINOMA MAMARIO. ANALISIS DE 100 CASOS
QUIMIOTERAPIA

FARMACOS	NUMERO	%
FAC	12	12
FAC - TX	15	15
FAC - TX - MAP	1	01
FAC - L - PALM	1	1
FAC - MTX - TX	1	1
TX	1	1
MAP - TX	1	1
CDP - ADR	10	10
CDP - ADR - CFA	1	1
CDP - ADR - TX	10	10
CDP - ADR - 5F	1	1
CDP - ADR - TX - MAP	1	1
CDP - ADR - CFA - MTX	2	2
CDP - ADR - CFA - MTX - TX	1	1
CFA	1	1
CFA - ADR	2	2
CFA - MTX	1	1
CFA - ADR - MTX	2	2
CFA - ADR - MTX - TX	1	1
CFA - 5F - L - PALM	1	1

FAC: 5 Fluoracilo, Adriamicina, Ciclofosfamida; TX: Tamoxifen, MAP; Medroxiprogesterona. L - PALM: Melfalan, MTX: Methotrexate. CDP: Cisdicloroplatino. 5F: 5 Fluoracilo, ADR: - Adriamicina, CFA: Ciclofosfamida.

(CUADRO XIII)

D I S C U S I O N

El cáncer mamario sigue siendo un problema de salud en todo el mundo pero principalmente en los países industrializados como Estados Unidos, Suiza, Finlandia y otros que ocupan los primeros lugares (7). En México las estadísticas aún son incompletas y no se pueden incluir todos los cánceres mamarios que se presentan anualmente, sin embargo es un hecho que posiblemente por las campañas de detección éste se ha incrementado en los hospitales del I.M.S.S.

El hallazgo de carcinoma cervico-uterino en la historia familiar, no es un hecho al azar sino que obedece a factores bien conocidos en nuestro país como factores de riesgo. No encontramos diferencias con otros estudios en los factores de riesgo para cáncer mamario (8). Tampoco hay diferencias en cuanto al diagnóstico, empero sí es recomendable emplear con más frecuencia la mastografía en las pacientes con sospecha de cáncer mamario ya que según estudios del B.C.D.D.P. (Breast Cáncer Detection Demonstration Project), de la American Cancer Society y el National Cancer Institute, así como el Health Insurance Plan of New York, las posibilidades de detectar carcinoma mamario de menos de 1 cm. en pacientes de 50 a 59 años de edad puede llegar a ser de hasta 91.8% con la mastografía solamente, siendo de importancia fundamental, ya que se sabe que una paciente con un tumor de 3 cm. tiene 50.0% de probabilidades de vivir 20 años, si el tumor es de 2 cm. éstas se incrementan al 65.0% y si es de menos de 1 cm. la sobrevive a 20 años puede exceder de 95.0% (9, 10).

La Xeromastografía, termografía, ultrasonografía, dia-

fanografía y resonancia magnética nuclear (NMR) son procedimientos que si bien son de gran ayuda en el diagnóstico no han tenido hasta el momento la eficacia de la mastografía. Es más el American College of Radiology recomendó recientemente practicar mastografía a pacientes de 40 años o más cada 1 a 2 años; por su parte el Health Insurance Plan of New York y el National Cancer Institute en un estudio de 62,000 mujeres efectuando el estudio cada año por 3 años, detectaron por mastografía cánceres en etapas clínicamente no detectables. Después de 14 años de vigilancia la mortalidad también fue menor en las pacientes en las cuales el estudio se efectuó anualmente (91 vs. 128), éstas últimas correspondieron al grupo control al que no se le efectuó mastografía en el mismo intervalo de tiempo, sino únicamente exámen clínico.

La citología por aspiración es un procedimiento diagnóstico del carcinoma mamario cuyos resultados en el presente estudio de 28.0% son satisfactorios sin embargo, hay que señalar que de todas las pacientes sólo 2 eran carcinomas no infiltrantes y las demás tenían tumores de 1 o más centímetros. Los requisitos para efectuar una citología por punción con aguja fina son (11):

- 1.- Exámen clínico cuidadoso del seno que confirme la presencia de una masa o cualquier signo sospechoso de malignidad.
- 2.- Colocar a la paciente en una posición confortable con el fin de que se logre la máxima prominencia de la lesión a biopsiar.
- 3.- Explicación del procedimiento a la paciente.

- 4.- Preparación del sitio de punción con una aguja para veno punción del número 20 ó 22, montada en una jeringa desechable de 20 ml.
- 5.- Tomar firmemente a la masa e insertar la aguja dentro - del tumor efectuando al mismo tiempo aspiración de la jeringa para formar un vacío y permitir la introducción - del tejido.
- 6.- Mantener la presión negativa mientras se ejecutan otros_ movimientos de la aguja dentro de la masa.
- 7.- Distribuir uniformemente en una laminilla el material obtenido.

Los resultados son altamente satisfactorios. Frable en 853 pacientes sometidas a citología por aspiración obtuvo - los siguientes resultados; en 331 pacientes con cáncer, 297_ citologías fueron positivas y 34 negativas y en 522 sin cáncer, 14 resultaron positivas y 508 negativas. La sensibilidad del procedimiento es de 89.0%, la especificidad de 97.0% y el valor predictivo de un resultado positivo de 95.0%. La eficiencia del 94.0%.

La biopsia con aguja (Tru-cut) tiene un índice de re-
sultados positivos más alto aparentemente que la citología, -
sin embargo en nuestro estudio de 55 casos, 6 fueron negati-
vos confirmándose posteriormente la existencia de cáncer de_
mama por medio de la biopsia excisional (cuadro VIII).

En cuanto al tipo histológico de los carcinomas mama-
:ios predominó el carcinoma ductal infiltrante y sus varie-
dades (87.0%) (1), otros carcinomas como el tubular, adeno-
quistico, inflamatorio y carcinoma con células en anillo de_
sello fueron poco frecuentes (cuadro IX).

Con respecto al tratamiento quirúrgico, la mastectomía radical modificada tipo Patey se realizó en el 71.0% de nuestras pacientes, la mastectomía clásica se ha ido haciendo cada vez con menos frecuencia y la cuadrantectomía escasamente se realizó en el 4.0% de las pacientes. Esto nos indica claramente que a los procedimientos conservadores aún se les tiene desconfianza, posiblemente por la poca experiencia que se tiene en el país, sin embargo cabe aclarar que ya son varios los estudios a largo plazo que demuestran claramente que la cuadrantectomía con disección radical de axila y radioterapia postoperatoria e incluso quimioterapia asociada cuando existen ganglios positivos en la axila, tiene los mismos resultados que la mastectomía (4,6).

Entre estos estudios el de Veronesi del Instituto Nazionale per lo Studio in la Cura del Tumori, Milán Italy, no demuestra diferencias significativas entre Q.U.A.R.T. y mastectomía tipo Halsted a 8 años de vigilancia de 701 pacientes (6). Lo que nos obligará a adoptar en lo sucesivo una conducta más conservadora respecto a la cirugía de mama, ya que muchas pacientes jóvenes resienten profundamente los cambios anatómicos a las que son sometidas (6).

La recurrencia local observada en nuestras pacientes en las etapas I y II es alta (18.0%) a pesar del corto período de vigilancia. Esto se debe fundamentalmente a que las pacientes no recibieron radioterapia post-operatoria aún cuando tuvieron ganglios positivos en la axila ya que como han observado Fisher y cols. (12), en su estudio, el 98.0% de las pacientes se mantuvieron libres de tumor a 5 años cuando tenían ganglios positivos y fueron sometidas a radioterapia; en tanto que sólo 64.0% de aquellas que no recibieron irradiación se mantuvieron libres de tumor aún cuando ambos grupos recibieron quimioterapia.

Esto último también fue observado por nosotros, pues - en las pacientes con etapas I y II, tanto si se efectuaba - mastectomía radical modificada o mastectomía clásica se les - dió quimioterapia (cuadro XIII) a base de FAC, y otras combi - naciones a las que se les asociaba Tamoxifén, aún cuando no - teníamos cuantificación de los receptores hormonales. Es - más en un grupo de pacientes se administró Cis-platino, fár - maco que hasta el momento está en fase II de experimentación y generalmente se emplea asociado a otros agentes quimioterá - picos como: Etoposide, Carmustine, Melfalán, VP-16 y otros; - su utilidad no se ha comprobado en estudios a largo plazo y - los resultados a corto plazo han sido decepcionantes por lo - que consideramos que deben seleccionarse adecuadamente las - pacientes en las cuáles se vaya a probar su eficacia (13,14, 15,16,17,18,19).

El tratamiento en la etapa III en nuestro estudio básicamente consistió en:

- 1.- Diagnóstico Clínico.
- 2.- Diagnóstico histopatológico mediante biopsia (Tru-cut) y sólo cuando no se logró determinar el diagnóstico mediante éste procedimiento, se procedió a efectuar biopsia - incisional.
- 3.- Obtenido el resultado histopatológico se iniciaron 2 ciclos de quimioterapia generalmente con FAC, posteriormente las pacientes recibían ciclo completo de radioterapia, se complementaba la quimioterapia y se continuaba con Tamoxifén o MAP por 2 años usualmente.
- 4.- En caso de persistencia tumoral, se efectuaba tumorectomía, mastectomía simple o mastectomía radical modificada como procedimientos de rescate. En algunas pacientes en

las cuáles el tumor invadió la fascia o el músculo pectoral se efectuó mastectomía Halsted. En los casos en los cuales existió ulceración de la mama o el tumor fungaba, se procedió a efectuar una mastectomía de limpieza y se continuó la quimioterapia con fármacos de 2a. línea.

En las pacientes con etapa IV, el tratamiento básicamente fué paliativo, sin embargo, si existían posibilidades de citoreducción también se efectuó mastectomía con fines paliativos para permitir a la paciente una cierta mejoría en la calidad de vida, tanto más si la enfermedad macroscópica estaba localizada a glándulas mamarias y axila.

En la actualidad estos conceptos están cambiando de tal forma que la biopsia (Tru-cut), prácticamente ha sido abandonada prefiriéndose efectuar tumorectomía o mastectomía simple e incluso mastectomía radical modificada con disección baja de axila. En seguida se inicia quimioterapia 4 ciclos con FAC, se continua con radioterapia ciclo mamario completo y axilar por supuesto y dependiendo del resultado de los receptores hormonales, si existen más de 10 fentomolas se procede a la administración de Tamoxifén 20 mg. diarios por 2 a 3 años, e incluso en algunos centros lo continúan hasta por 5 años con resultados, si no mejores en cuanto a sobrevida, si de importancia en cuanto al índice de recurrencias que es notoriamente menor (20).

C O N C L U S I O N E S

- 1.- La edad de las pacientes en la que con mayor frecuencia se presenta el cáncer de mamá es la sexta década de la vida. No encontramos diferencias significativas en cuanto a la frecuencia de otros tipos de carcinoma en los antecedentes familiares. Tampoco hubo diferencias en los antecedentes gineco-obstétricos, salvo la baja paridad o nuliparidad, que sí ocuparon un lugar bastante importante (40.0%).
- 2.- Los factores de riesgo son los mismos que los que reportan otros autores; obesidad, mastopatía, historia familiar de cáncer mamario, nuliparidad, baja paridad, cirugía mamaria previa, trastornos hormonales gonadales.
- 3.- En nuestro estudio las 2 etapas que más frecuentemente se diagnosticaron fueron la II y IIIa, esto es cuando los tumores tienen ya dimensiones importantes por lo que debe enfatizarse más acerca de la detección oportuna del cáncer mamario tanto por el médico como por el autoexamen.
- 4.- El diagnóstico en nuestras pacientes fué clínico (100.0%), sin embargo estamos conscientes, que un empleo más frecuente de la mastografía sobre todo después de los 35 años ayudará a encontrar carcinomas en etapas curables.
- 5.- La biopsia con aguja gruesa (Tru-cut) debe ser abandonada a cambio de la tumorectomía amplia y la mastectomía simple para obtener una citoreducción importante, continuar después con la quimioterapia y concluir con la radioterapia, la quimioterapia complementaria y la hormona

terapia de acuerdo con los receptores hormonales.

- 6.- El carcinoma más frecuente como en todas las series sigue siendo el ductal infiltrante, que en nuestro estudio correspondió al 88.0%, con algunas de sus variedades.
- 7.- La mastectomía radical modificada tipo Patey se realizó en 71.0% de los casos, substituyendo ampliamente a la radical clásica y a su vez la mastectomía Patey está siendo substituida por la Q.U.A.R.T. es decir la cuadrantectomía con disección radical de axila y radioterapia al lecho tumoral y axilar con resultados similares en cuanto a sobrevida.
- 8.- Las recurrencias posterior a mastectomía radical modificada tipo Patey en etapas I y II son prácticamente del 0.0%, en comparación con las etapas III y IV en las cuales son del 2.0%.
- 9.- La mortalidad con la mastectomía radical modificada tipo Patey es del 0.0% en las pacientes con etapas I y II y del 5.0% en etapas III y IV.
- 10.- La quimioterapia ha venido a revolucionar el tratamiento del cáncer de mama, los esquemas establecidos más usados son FAC y el tratamiento con hormonas aunados a quimioterápicos de 2a. línea, lo que nos obliga a emplearlos mientras otros fármacos no demuestren su eficacia como es el caso del Cis-platino.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Ariel, M.I., Clary, B.J. Breast Cancer. Diagnosis and - Treatment. Mc. Graw-Hill, New York. 1a. edition 1987, - Pag: 3-20.
- 2.- Kinne. W.D. Surgical Management of Clinically Early - - Breast Cancer. Cancer 53: 685-690, 1984.
- 3.- Martin K.J., Heerden A.J., Taylor, F.W., Gaffey, A.T. Is Modified Radical Mastectomy Really Equivalent to Radi-- cal Mastectomia in Treatment of Carcinoma of The Breast. Cancer 57: 510-518, 1986.
- 4.- Ashikari, H.R. Mastectomia Radical Modificada. Surg. - - Clin. North-Amer. 64 (6): 1115-1123, 1984.
- 5.- Hermann, E.R., Esselstyn, B.C., Cooperman, M.A., Crile,- G. Mastectomia sin Radioterapia. Surg. Clin. North. Amer. 64 (6): 1125-1135, 1984.
- 6.- Veronesi, U., Zucali, R., Del Vecchio, M. Conservative - Treatment of Breast Cancer with The Q.U.A.R.T. Techni- - que. Word J. Surg. 9: 676-681, 1985.
- 7.- Haagensen, C.D. Enfermedades de la Mama. Editorial Pana- americana, Buenos Aires, Argentina. 3a. Edición Pag: 429-435, 1987.
- 8.- Berg. W.J. Clinical Implications of Risk Factors for - - Breast Cancer. Cancer, 53: 589-591, 1984.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 9.- Dodd, D.G. Mammography. State of The Art. Cancer 53: - 652-657, 1984.
- 10.- Wilhelm, C.M., Paredes, S.E., Pope, T., Wanebo, J.H. - The Changing Mammogram. A Primary Indication for Needle Localization Biopsy. Arch. Surg 121: 1311-1314, 1986.
- 11.- Frable, J.W. Needle Aspiration of The Breast. Cancer - 53: 671-676, 1984.
- 12.- Fisher, B., Wolmark, N., Limited Surgical Management - for Breast Cancer: A Commentary on the NSABP Reports. - World J. Surg 9: 682-691, 1985.
- 13.- Tinsley R. Fuks J., Karzum A., Carey, R., Holland, J. - Silver, R., Wood, W. Cis-Platin and Etoposide for Advanced Breast Cancer: Phase II Trial. Procc Annu Meet Am.- Soc. Clin. Oncol. 5: 74, 1986.
- 14.- Giaccone G., Donadio, M., Ferrati, P., Bertetto, O., - Calciati, A., Cis-Platin and VP 16, In The Treatment of Advanced Breast Carcinoma. 3a. European Conference on - Clinical Oncology and Cancer Nursing. Jun. 16-20, 1985. Stockholm Sweden, Pag: 178.
- 15.- Siedge, G.W., Loehrer, P.J., Einhorne, L.H., Cis-Platin as First-Line Therapy for Metastatic Breast Cancer. - - Proc. Am. Soc Clin Oncol 6: 206, 1987.
- 16.- Peters, W.P., Gockerman, J.P., Olsen, G.A., Moore, J.O., Bast, R.C. High Dose Combination Alkylating Agent Therapy With Autologous Bone Marrow Support as Initial Treatment for Metastatic Breast Cancer. Breast Cancer Res- - treat. 8 (1): 80, 1986.

- 17.- Cox, E.B., Burton, G.V., Olsen, G.A., Yugrin, D. Response of Refractory Breast Carcinoma to a Combination of - Cis-Platin and Etoposide. Procc Annu Meet. Am. Soc. Clin Oncol. 5: 84, 1986.
- 18.- Paridaens, R., Rosencweig, M., Rotmentz, N., Heuson C.J. Cis-Platin Plus Vindesine in Advanced Breast Cancer: A Phase II Trial of the Eortc Breast Cancer Cooperative - Group. Eur. J. Cancer Clin Oncol 21 (5) 595-599, 1985.
- 19.- Rose. et. al. Anti-strogen treatment of Postmenopausal - Breast Cancer Patients With High Risk of Recurrence: 73 Month of Life Table Analysis and Steroid Hormone Receptor Status. W.J. Surg 9: 765-774, 1985.
- 20.- Sorace. et. al. The Management of Non-Methastatic Locally Advanced Breast Cancer Using Primary Induction Chemotherapy With Hormonal Synchronization Followed by Radiation Therapy With or Without Debulking Surgery. - - World J. Sur. 9: 775-785, 1985.

*Esta tesis fué elaborada en su
totalidad en los Talleres de -
Impresos Moya, Rep. de Cuba -
No. 99, Despacho 23 bis.
México 1, D.F. Tel. 657-24-74
Presupuestos 9 P.M. a 11 P.M.
Sr. Salvador Moya Franco.*