

11217  
98  
24



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA No. 3  
CENTRO MEDICO "LA RAZA"  
Instituto Mexicano del Seguro Social

"TRATAMIENTO QUIRURGICO EN ETAPAS I Y II  
DEL CANCER MAMARIO EN EL H.G.O. 3 C.M.R."

FALLA DE ORIGEN

## TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO EN:  
LA ESPECIALIDAD DE  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A :

DR. LUIS VICTOR MORELOS VIZCAYA

ASESOR: DR. IVAN PEREZ FONSECA



IMSS

MEXICO D.F.

1990



## **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

DEDICATORIAS	I
AGRADECIMIENTOS	II
INTRODUCCION	1
OBJETIVO	3
MATERIAI Y METODOS	4
RESULTADOS	5
DISCUSION	18
CONCIUSIONES	20
BIBLIOGRAFIA	21

A Tere, mi esposa  
y Víctor mi hijo,  
ejes de mi existencia.

A mis padres  
Carlos Morelos y  
Germen Vizcaya.

A mis suegros  
Federico Chávez y  
Felipa Ramírez.

A Martín Gutiérrez e  
Isabel Chávez.

A mis hermanos Carlos, Edgar, Rosalta,  
Oscar, Dinorah, Lorena, Elia y Jorge.  
A mis cuñados Francisco, Jorge, Rosalía,  
Rosa María y Bertha.

A todos ellos, por su cariño, apoyo y  
estímulo imprescindibles en mis años -  
de estudiante.

## A G R A D E C I M I E N T O S

DR. IVAN PEPEZ RONSECA.

DR. JESUS ALVARADO GARCIA.

DR. FERNANDO BARRAGAN ARAUZ.

Por su decidida colaboración  
en la realización de la presente  
tesis.

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

Si bien se tiene conocimiento sobre la existencia del Cáncer mamario en la antigüedad, gracias al papiro de Smith (2000 años A. G.), el tratamiento quirúrgico efectivo se inició apenas en el siglo pasado con la técnica descrita por Halsted en 1894 para Cáncer en estadios avanzados (1), siendo ésta la técnica utilizada por 50 años aproximadamente, con buena tasa de sobrevida. Posteriormente apareció un reporte en 1948, en el que se describió una técnica modificada por Patey con similares resultados (2,3,4), la cual despertó gran interés en otros investigadores, haciéndose ésta última popular en las últimas décadas y abriendo nuevas investigaciones para determinar los factores que favorecían las recurrencias locales o locorregionales de acuerdo a características tumorales y técnica quirúrgica (3, 5, 6, 7).

Dado que actualmente es posible detectar Cáncer de Mama mas tempranamente y a que se conoce la característica de la enfermedad de ser multicéntrica, se han venido utilizando otras técnicas quirúrgicas conservadoras (7,8, 9, 10), y en ocasiones con tratamiento complementario (1, 11, 16), siempre con objeto de preservar o mejorar la tasa de sobrevida y por otra parte, asegurar un buen resultado cosmético y una menor afectación emocional por parte de la paciente.

Así mismo, el tratamiento de las recurrencias ha venido a "sufrir" manejo conservador mediante tumorectomía y excisión local, en caso de haberse conservado previamente la mama (1, 17); también se ha contemplado la posibilidad de ofrecer tratamiento quirúrgico a pacientes de alto riesgo y con Cáncer en estadios avanzados (18).

Lo que si es cierto en el manejo quirúrgico y que no ha sufrido cambios hasta el momento es que la evaluación crítica de las modalidades terapéuticas requiere de amplio período de seguimiento -15 a 20 años- para acumular datos que nos permitan realizar una valoración integral (3, 19).

**OBJETIVO**

Analizar los resultados obtenidos y los métodos utilizados en el H.G.O. 3 en los estadíos clínicos I y II de pacientes con Cáncer Ma mario en un período de 3 años.



## M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se analizaron los expedientes de pacientes con Cáncer Mamario tratadas quirúrgicamente en el Servicio de Gineco-Oncología del Centro Médico "La Raza", del 1º de Enero de 1985 al 31 de Diciembre de 1987, obteniendo los mismos, del Archivo Clínico y del Archivo de Anatomía - Patológica del Hospital de Ginecoobstetricia No. 3.

Se tabularon los siguientes datos para su análisis retrospectivo:

- 1.- Edad.
- 2.- Nombre.
- 3.- Fecha de Primera Cirugía y tipo.
- 4.- Fecha de Segunda Cirugía y tipo.
- 5.- Tipo histológico
- 6.- Estado Clínico.
- 7.- Características de la pieza quirúrgica.
- 8.- Estado actual del caso.

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

El total de pacientes recibidas y tratadas en el Servicio - De Gineco-Oncología, en un período de tres años ( 1985 - 1987) fué de 185, de las cuales se encontró registro solo de 140, correspondientes a los cuatro estadios clínicos para Cáncer Mamarío y de éstos, solo 54 (38.5 %) correspondieron a las etapas I y II, 20 en etapa I y 34 en etapa II. (Tabla 1).

El promedio de edad para las pacientes en el estadio I fué de 43.2 años ( de 26 a 75) y de 51 años para el estadio II ( de - 26 a 78). (Tabla 2).

El tipo histológico que se encontró más frecuente fué el - Carcinoma Ductal Infiltrante (37.03 y 39.47 % respectivamente) y el Cenalicular Infiltrante (14.81 y 15.78 %) seguidos por el Carcinoma de tipo Escirro (7.4 y 10.52 %). (Tabla 3).

La Mastopatía fibroquistica coincidió con Carcinoma en etapa I en 14.81 % de las pacientes, y en 7.89 % de las pacientes en etapa II. (Tabla 3).

En tres pacientes en etapa II y una en etapa I, se reportaron tres tipos diferentes de Carcinoma, todos ellos sin actividad tumoral actualmente. (Tabla 3).

El diagnóstico de Carcinoma se corroboró mediante Biopsia - excisional en 30 % de pacientes en estadio I y 26.4 % en estadio II, Biopsia por tru-cut en 5 % y 26.4 % respectivamente y Biopsia por aspiración en 20 y 14.7 %. (Tabla 4).

La técnica quirúrgica más frecuente como tratamiento fué - la Mastectomía tipo Patey en el 65 % de los casos en estadio I y 70.5 % en estadio II, seguida por la Mastectomía tipo Halsted en 10 % y 17.6 % respectivamente. (Tabla 4).

Se encontraron más de cuatro ganglios positivos en 5 % de los casos en etapa I y 23.5 % en etapa II, así mismo, fueron negativos en 70% y 61.7 % respectivamente. (Tabla 5).

De todas las pacientes que tuvieron más de cuatro ganglios positivos, el 100 % recibió tratamiento complementario y de las pacientes que tuvieron menos de cuatro ganglios positivos, el 80 % de las pacientes en etapa I recibieron tratamiento complementario así como el 100 % de las pacientes en etapa II; así mismo, el 57.1 % de pacientes en etapa I y el 80.9 % en etapa II con ganglios negativos también recibieron tratamiento adicional. (Tabla 6).

De las pacientes tratadas con Mastectomía tipo Patey, el 53.8 % en etapa I y el 58.3 % en etapa II y el 100 % de las pacientes tratadas con Mastectomía simple o cuadrantectomía, recibieron tratamiento complementario. (Tabla 7).

El tratamiento complementario en la etapa I fue de Quimioterapia y Hormonoterapia en 25 % de los casos y Radioterapia en 15 % de los casos.

Para la etapa II fue de Quimioterapia en 58.8%, Hormonoterapia en 23.5% y Radioterapia en 17.2 % de los casos.

Asimismo, el 10 % de las pacientes en etapa I y 20.5 % de las pacientes en etapa II recibieron tratamiento complementario combinado. (Tabla 8).

Del total de pacientes en etapa I, actualmente el 70% de ellas viven sin actividad tumoral y 5 % con actividad tumoral, el resto de pacientes abandonaron el tratamiento.

De las pacientes en etapa II, viven actualmente sin actividad tumoral el 73.5 % y con actividad tumoral el 5.8 %. (Tabla 9).

De las pacientes que abandonaron el Servicio, 3 de 5 pacientes en etapa I y 5 de 7 pacientes en etapa II, lo hicieron después de iniciar el tratamiento complementario.

La tasa de mortalidad hasta la fecha del estudio en ambos estadios es de cero.

TABLA 1  
INCIDENCIA POR ETAPAS

ESTADIO	No. de PACIENTES	PORCENTAJE
E I	20	14.28 %
E II	34	24.28 %
E III	41	29.28 %
E IV	45	32.16 %

E I y E II = 54 = 100%

E I = 37 %

E II = 63 %

TABLA 2

## INCIDENCIA POR GRUPOS DE EDAD EN ETAPAS I Y II

EDAD	ETAPA I	ETAPA II
26 - 35 a.	1	5
36 - 45 a.	7	4
46 - 55 a.	6	14
56 - 65 a.	5	7
66 - 75 a.	1	3
76 - 85 a.	-	1
PROMEDIO	43,2 a.	51 a.

TABLA 3

## TIPO HISTOLOGICO

TIPO HISTOLOGICO	ETAPA I	ETAPA II
DUCTAL INFILTRANTE	10 - 37.03 %	15 - 39.47 %
CANALICULAR INFILTRANTE	4 - 14.81 %	6 - 15.78 %
ESCIRO	2 - 7.4 %	4 - 10.52 %
INTRADUCTAL	2 - 7.4 %	1 - 2.63 %
COMEDOCARCINOMA	1 - 3.7 %	2 - 5.26 %
ADENOCARCINOMA	1 - 3.7 %	2 - 5.26 %
COLOIDE	1 - 3.7 %	1 - 2.63 %
TUBULAR	---	2 - 5.26 %
LOBULILAR	1 - 3.7 %	---
MEDULAR	1 - 3.7 %	---
MIXTO (COLOIDE Y COMEDO)	---	1 - 2.63 %
MUCINOSO	---	---
PAGET	---	1 - 2.63 %
MASTOPATIA FIBROQUISTICA	4 - 14.81 %	3 - 7.89 %
DOBLE TIPO HISTOLOGICO	4 - 14.81 %	6 - 15.7 %
TRIPLE TIPO HISTOLOGICO	1 - 3.7 %	3 - 7.89 %

TABLA 4

## TRATAMIENTO QUIRURGICO

CIRUGIA	ETAPA I	ETAPA II
EX	35 %	32.27 %
ASP	20 %	20.58 %
TRUC	5 %	26.47 %
MP	65 %	70.52 %
MH	10 %	17.64 %
MSA	5 %	—
MS	—	2.94 %
CU	5 %	2.95 %
CUA	5 %	5.8 %
TU	5 %	2.9 %
DBA	5 %	—

EX = Biopsia excisional, ASP = Biopsia por aspiración,  
 TRUC = Biopsia por Tru-cut, MP = Mastectomía Patey,  
 MH = Mastectomía Halsted, MSA = Mastectomía simple con  
 disección axilar, MS = Mastectomía simple, CU = Cuadrantectomía,  
 CUA = Cuadrantectomía con disección axilar, -  
 TU = Tumorectomía, DBA = Disección baja de axila.



TABLA 5

## INCIDENCIA DE METASTASIS GANGLIONARES

GANGLIOS	ETAPA I (20)	ETAPA II (34)
NEGATIVOS	14 - 70 %	21 - 61.7 %
MEHOS DE 4	5 - 25 %	5 - 14.7 %
MAS DE 4	1 - 5 %	8 - 23.5 %

TABLA 6

TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO  
EN RELACION A METASTASIS GANGLIONARES

ESTADIO	GANGLIOS NEGATIVOS	MENOS DE 4	MAS DE 4
I	8 ( 57.1 % )	4 ( 80 %)	1 (100 %)
II	17 ( 80.9 % )	5 (100 %)	8 (100 %)

TABLA 7  
 TRATAMIENTO QUIRURGICO  
 EN RELACION A TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO

CIRUGIA	E - I Y TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO	E - II Y TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO
GUA	1 (100 %)	1 (100 %)
MS	---	1 (100 %)
MSA	---	1 (100 %)
MP	7 (53.8 %)	14 (58.3 %)
MH	2 (100 %)	3 (50 %)

TABLA 8

TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO EN  
ESTADIOS I Y II

TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO	ESTADIO I	ESTADIO II
RADIOTERAPIA	3 (15 %)	6 (17.6 %)
QUIMIOTERAPIA	5 (25 %)	20 (58.8 %)
HORMONOTERAPIA	5 (35 %)	8 (23.5 %)
COMBINADO	1 (10 %)	7 (20.5 %)

TABLA 9

## ESTADO ACTUAL PARA ESTADIOS I Y II

ESTADO ACTUAL	ESTADIO I	ESTADIO II
VIVEN SIN AT	14 (70 %)	25 (73.5 %)
VIVEN CON AT	1 ( 5 %)	2 ( 5.8 %)
ABANDONARON EL TRATAMIENTO	5 (25 %)	7 (20.5 %)
FALLECIERON	0	0

AT = ACTIVIDAD TUMORAL.

TABLA 10

## ESTADO ACTUAL PARA ESTADIOS I Y II

ESTADO ACTUAL	ESTADIO I	ESTADIO II
SOBREVIDA	93.3 %	92.59%
RECURRENCIA	6.7 %	7.41%
MORTALIDAD	0 %	0 %

## D I S C U S I O N

Dado que el Cáncer mamario es una causa importante de -- morbimortalidad en la población femenina, llegando a ocupar el segundo lugar como causa de muerte Oncológica en algunos países desarrollados, e incluso el primer lugar en mujeres entre 45 y 60 años, muchas técnicas se han desarrollado para disminuir ésta, permitir una mayor sobrevida en la misma y además obtener un resultado cosmético satisfactorio.

Los reportes de sobrevida de diversos autores, para las diferentes técnicas quirúrgicas son en su mayoría por arriba del 80 % a 5 años con o sin tratamiento complementario, sin importar que se trate de una cirugía radical o conservadora. Por ejemplo, Stehlin en 1987, señala una sobrevida de 87 % a 5 años y de 64 % a 10 años para la Mastectomía Parcial más radioterapia, con una tasa de recurrencia del 5.7 %. Maddox y colaboradores por su parte, en 1987, señalan una sobrevida a 10 años de 71 % en las pacientes a quienes se les realizó Mastectomía tipo Halsted, y de 64 %, en quienes se realizó Mastectomía tipo Madden, con un porcentaje de recurrencia del 11 % para la segunda, a diferencia de Kirk Martin y colaboradores, quienes reportan una sobrevida a 5 años para Mastectomía radical de 82.1 % y de 87 % para Mastectomía de tipo Madden y a 10 años de 74.5% y de 74.2 %, respectivamente.

Zafrani y colaboradores, reportan resultados más alentadores con tumorectomía y radioterapia, con sobrevida de -- 95.2 % a 5 años y señalan además una asociación con mastopgtía de 33 %.

En nuestro estudio, excluyendo a las pacientes que abandonaron el tratamiento, encontramos una sobrevida de 93.3% para la Etapa I y 92.5 % para la Etapa II, así como una recurrencia de 6.7 % y 7.41 % respectivamente, a 3 años.

La asociación con mastopatía fibroquistica se encontró - en el 15.2 % de las pacientes estudiadas.

Si bien, la Cirugía conservadora y la radical pueden producir sobrevida equivalente, con apoyo del tratamiento complementario, la acumulación de datos para resolver la controversia, pueden requerir 20 años de seguimiento, sin embargo, podemos considerar que los resultados obtenidos hasta el momento por el Servicio son muy satisfactorios, a pesar de que el índice de deserción es alto.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA



## CONCLUSIONES

- 1.- La edad de las pacientes en que se presenta con mayor frecuencia el Cáncer Mamario en Etapas I y II, es en la cuarta y quinta décadas de la vida.
- 2.- Ambas etapas no representan siquiera la mitad - de los casos tratados en el período comprendido entre los años de 1985 a 1987, lo que significa que debe enfatizarse en la detección oportuna - del Cáncer mamario.
- 4.- La Mastopatía Fibroquistica se encontró en un promedio de 15.2 %, lo cual podemos considerar bajo.
- 5.- La técnica quirúrgica más frecuentemente utilizada fué la Mastectomía tipo Patey, seguida por la Mastectomía tipo Halsted, siendo baja la frecuencia de Cirugía conservadora.
- 6.- El tratamiento complementario se dió prácticamente a todas las pacientes con ganglios positivos, y a la mayoría de las pacientes en quienes se reportaron ganglios negativos.
- 7.- El tratamiento complementario que predominó fué la quimioterapia en 25 % de las pacientes en Etapa I y en 58.8 % de las pacientes en el Estado II.
- 8.- El porcentaje de pacientes que abandonaron el - tratamiento es alto si consideramos el tipo de Patología de que se trata.

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

- 1.- Stehlin JS et al. A ten year study of partial mastectomy for carcinoma of the breast. *Surg Gynecol Obstet* 165(3):191-8, 1987.
- 2.- Maddox WA et al. Does radical mastectomy still have a place in the treatment of primary operable breast cancer? *Arch Surg*, 122:1317-20, 1987.
- 3.- Martin JK et al. Is modified radical mastectomy really equivalent to radical mastectomy in treatment of carcinoma of the breast? *Cancer*, 57:510-8, 1986.
- 4.- Patey DH et al. The prognosis of carcinoma of the breast in relation to the type of operation performed. *Br J Cancer*, 2:7-13, 1948.
- 5.- Ahlborn TN et al. Tumor to fascia margin as a factor in local recurrence after modified radical mastectomy. *Surg Gynecol Obstet*, 166(6):523-6, 1988.
- 6.- Lash RH et al. Partial mastectomy: Pathologic findings and prognosis. *Hum Pathol*, 17:813-22, 1986.
- 7.- Vorherr H. Pathobiology of breast cancer-treatment implications. *Europ J Obstet Gynec reprod Biol*, 17:219-35, 1984.
- 8.- Crile G. Simplified treatment of cancer of the breast Early results of a clinical study. *Ann Surg*, 153:745-61, 1961.
- 9.- Fisher B. Five year results of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and segmental mastectomy with or without radiation in the treatment of breast cancer. *N Engl J Med*, 312:665-73, 1985.

- 10.- Madden JL. Modified radical mastectomy. Surg Gynecol Obstet, 121:1221-37, 1965.
- 11.- Veronesi V. Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. N Engl J Med, 305:6-11, 1981.
- 12.- Raud RW et al. Cryolumpectomy for carcinoma of the breast. Surg Gynecol Obstet, 165(5):392-6, 1987.
- 13.- Zafrain B et al. Conservative management of intraductal breast carcinoma with tumorectomy and radiation therapy. Cancer, 57:1299-301, 1986.
- 14.- Mueller B. Lumpectomy: Who is eligible? Surg, 100--(3):584-5, 1987.
- 15.- Holmberg L et al. The patient's appraisal of the cosmetic result of segmental mastectomy in benign and malignant breast disease. Ann Surg, 207(2):189-94, 1988
- 16.- Margolese R et al. The technique of segmental mastectomy (lumpectomy) and axillary dissection: A Syllabus from the National Surgical Adjuvant Breast Project workshops. Surg, 102(5):828-34, 1987.
- 17.- Kurtz JM et al. Results of wide excision for mammary recurrence after breast-conserving therapy. Cancer, 61:1069-72, 1988.
- 18.- Devereux DP. Successful treatment of stages IIIa and IIIb carcinoma of the breast by mastectomy in the elderly high risk patient using local anesthesia. Surg Gynecol Obstet, 165(1):30-40, 1987.

- 19.- Deber RB et al. Who still prefers aggressive surgery for Breast Cancer? Implications for the clinical applications of clinical trials. Arch Intern Med, -- 147:1543-7, 1987.