



11217
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO 197

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO "LA RAZA"
Instituto Mexicano del Seguro Social

23

CANCER MAMARIO EN EL HOSPITAL DE GINECO-
OBSTETRICIA No. 3; ANALISIS DE TRATAMIENTOS
DADOS.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
República Mexicana
Calle Dr. Balmori s/n

T E S I S
PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :

DR. OSCAR MAURICIO DE LA TORRE LOPEZ



IMSS

ASESOR: DR. IVAN PEREZ FONSECA
COLABORADOR: DRA. ELIZABETH PEREZ OCHOA

MEXICO, D. F.

1990

FALLA DE ORIGEN



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.

INDICE.

AGRADECIMIENTOS.....	3
INTRODUCCION.....	9
MATERIAL Y METODOS.....	14
RESULTADOS.....	20
FIGURAS.....	24
CONCLUSIONES.....	30
CUESTIONARIO.....	32
BIBLIOGRAFIA.....	33

A MIS TIOS

MANUEL + T MARIA:

POR SU ENTREGA TOTAL Y CONFIANZA QUE ME
HICIERON SEGUIR EL CAMINO CORRECTO EN -
LA VIDA.

A MI MADRE

MERCEDES DE LA LUZ:

QUIEN ME DIO LA LUZ Y SU AMOR EN LA VIDA,
POR SUS SACRIFICIOS Y PRIVACIONES QUE HI-
CIERON POSIBLE MI EDUCACION.

A TI HIJO

JORATEAN;

QUE PARA TI VIVO, PUES ME ENSEÑASTE A
SER PADRE Y ME DISTE LA FUERZA PARA -
SEGUIR VIVIENDO.

A MI ESPOSA

NANCY:

**POR SU AMOR, CONFIANZA Y COMPRENSION
SIEMPRE INCONDICIONALES.**

A TODA MI FAMILIA:

**EN AGRADECIMIENTO POR EL APOYO BRINDADO
Y LOS VOTOS DE CONFIANZA QUE HICIERON -
POSIBLE MI ESPECIALIDAD.**

A TI, MI RECUERDO.

CANCER MAMARIO EN EL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA

No. 3; ANALISIS EN TRATAMIENTOS DADOS.

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

La sobrevida de pacientes con cáncer mamario, es el resultado de la interacción de fuerzas letales severas (1), y varía, de acuerdo al diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado y oportuno de la enfermedad. La mortalidad anual por cáncer mamario en los países desarrollados, es de 30 por 100,000 mujeres (2), mientras que en México, es de 7 por 100,000 mujeres al año (2), sobretodo entre los 35 y 59 años de edad (2,3). En el cáncer mamario, es importante reconocer en forma adecuada los síntomas relacionados con el padecimiento, ya que se ha mencionado una mejor perspectiva cuando se reconoce el tiempo entre el inicio del padecimiento, el reconocimiento de los síntomas por el paciente y el tratamiento médico oportuno (4), encontrando en tratamientos tempranos del cáncer mamario una sobrevida amplia en 10 años de seguimiento (5). El cáncer mamario, es en general una enfermedad que necesita en algún momento de su evolución, la combinación de diversas modalidades terapéuticas y los logros obtenidos a la fecha, después de una meseta en la curva de la sobrevida, se debe fundamentalmente a la utilización racional de ellas, al mejor conocimiento sobre la biología de este cáncer y al mejor entendimiento de los factores pronos-

ticos que proporcionan las etapas clínicas y los datos obtenidos de las piezas quirúrgicas (límites libres, número de ganglios afectados y existencia de permeación vascular y linfática).

Estos tratamientos se pueden dividir en dos grandes grupos: los loco-regionales y los sistémicos.

a).- Entre los loco-regionales señalamos primero la mastectomía simple como la más antigua, posteriormente siguieron las radicales (Halsted, Patey y Madden), continuaron las super-radicales y actualmente las segmentarias. El manejo quirúrgico ideal para el cáncer mamario consiste en la planeación de la selección de la cirugía más adecuada, el abordaje quirúrgico está en relación con la patología clínica del padecimiento y la extensión que cada paciente presenta (6,7). Se han hecho comparaciones entre los distintos tipos de mastectomías deprecando del diámetro de la lesión y de los ganglios palpables (8), analizando edad, estado hormonal, estirpe histológica así como pronóstico (9).

Algunos autores cuentan en manejo quirúrgico conservador seguido de radioterapia en tumores de 3 cm. ó menos con y sin extensión ganglionar (10) y refieren -- que esta combinación es un tratamiento adecuado para el estadio I y II en pacientes con cáncer mamario, sobre todo en aquellas que desean la preservación de la mama --

(11) y relacionando el tiempo, la dosis y el control igual del tratamiento, observando un mínimo de pacientes radiadas con fibrosis mamaria, previa tumorectomía ó cuadrantectomía (12). Así mismo, se han observado estudios donde dan manejo exclusivamente con radioterapia en pacientes que presentan pequeños tumores teniendo un alto porcentaje de supervivencia (13). Las recurrencias locales en términos generales se reportan en forma mínima confirmadas histopatológicamente en el seguimiento de 55 a 70 meses (14,15).

b).- Entre los sistémicos señalamos a la quimioterapia, hormonoterapia e inmunoterapia. Cabe mencionar que algunos estudios han reportado una disminución en la mortalidad durante los primeros cinco años al rededor del 50% (16). También se ha observado que no hay una respuesta favorable del cáncer mamario a los tratamientos dados, por lo que al conocerse el avance de la enfermedad y el advenimiento de la quimioterapia, se analizan nuevas esquemas de tratamiento sobretodo en etapas avanzadas (17), iniciando en forma preoperatoria ó postoperatoria con esquemas previamente estudiados (18,19), teniendo una guía previa para el tratamiento de acuerdo al estadio en que se encuentra (20).

Se han observado que en pacientes con receptores -

estrogénicos positivos, las metástasis distales iniciales tienden a ser óseas, mientras que las pacientes con receptores estrogénicos negativos presentan cánceres --afines en una propagación inicial distante hacia las víceras (pulmones, riñones, órganos intraabdominales y -- sistema nervioso central), con una sobrevida mayor en -- las pacientes con receptores estrogénicos positivos que en los negativos (21). La respuesta de la terapia endócrina, es solo una fase de los pronósticos generales favorables de las pacientes con receptores estrogénicos -- positivos, teniendo una buena mejoría en su padecimiento (22,23,24). Así mismo, se ha manejado el cáncer mamario primario no metastásico con cirugía aunado a radioterapia conjuntamente con hormonoterapia, sobretodo en pacientes con estados menopáusicos con mejores resultados que los obtenidos con tratamientos aislados (25).

Por todo esto, se observa que las fallas a tratamiento de manejo de primera línea pueden obedecer a diferentes factores médicos ó no médicos, pero a la fecha no se cuenta con criterios definidos de conducta y en -- general las respuestas son pobres con los muchos esquemas ideados. Nuestro propósito es correlacionar las diferentes modalidades de tratamientos para conocer de la enfermedad su persistencia, recurrencia y sobrevida, y -- comparar a las pacientes estudiadas en relación a los --

reportes de la literatura mundial, teniendo como finalidad probar que nuestra terapéutica es igual ó mejor que las utilizadas a nivel mundial, ya que en el año de -- 1965 se inicia el servicio de Oncología Ginecológica y Mamaria en el hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del Centro Médico "La Raza", del Instituto Mexicano del Seguro Social, para proporcionar este tipo de atención a la población derechohabiente de la zona norte del Área metropolitana de la Ciudad de México; se cubren las modalidades médicas y quirúrgicas ya que la radioterapia se da en el hospital de Oncología del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social.

MATERIAL Y METODOS.

Se revisaron los registros de Patología para localizar los casos de cáncer mamario con diagnóstico histológico, eligiendo el periodo del 7 de Marzo de 1985 al 21 de Octubre de 1987. Se cerró la revisión el 31 de Mayo de 1989 a fin de que todos los casos tuvieran 18 ó más meses de seguimiento. Se confirmaron y confrontaron nombres y números de afiliación para evitar duplicidad de registros. En la revisión de registros de los expedientes se anotaron las siguientes variables: edad, etapa clínica (de acuerdo a la clasificación de la FIGO -- 1978), tratamiento(s) recibido(s) en orden secuencial, variedad histológica, persistencia, recurrencia ó metástasis, situación oncológica en la última consulta, asistencia y meses de seguimiento desde la fecha del ingreso a la fecha de la última consulta.

Los protocolos diagnósticos para cada caso incluyen:

- 1.- Básicos de laboratorio, preoperatorios y radiografía de tórax para las posibles etapas 0, I y II.
- 2.- Muestras estudios básicos, más serie ósea metastásica, gammagrafías hepática y ósea y pruebas funcionales hepáticas para las presuntas etapas III, IV y los no clasificables por manejo previo. Los estu---

dios especiales de tomografía axial computarizada - se solicitaron a otras unidades del Centro Médico - "La Haza" en caso de justificación. No se cuenta - con laboratorio para determinar receptores hormona- les. En los casos de manejo previo es obligatoria - la revisión de laminillas.

Con fines de exposición, las diferentes modalida- des de tratamientos dados, se agrupan de la siguiente - manera:

GRUPO I.- PROTOCOLO: Los protocolos que se siguen pue- den ser de uno ó más procedimientos terapéuticos tanto locorreregionales como sistémicos; uno de los tratamien- tos locorreregionales es:

a).- Cirugía.- Los casos en etapas 0, I y II son quirúr- gicos de primera intención y asociados a una biopsia -- excisional transoperatoria para establecer el diagnóstico. Las cirugías a realizar para las etapas I y II son preferentemente la mastectomía radical modificada tipo- Fatay y en raros casos la mastectomía radical tipo Hal- ted ó la Madden. Para tumores en etapas 0 ó tumores de 3 cm. ó menos y externos, en fecha reciente se ha utilizado la cuadrantectomía con disección radical de axila ó bien la tumorectomía. La supernastectomía se ha contem- plado en casos especiales.

b).- Radioterapia.- Otro tratamiento locorregional, se indica para los casos en que la pieza quirúrgica indica invasión tumoral en uno ó 3 gálglicos y es rutinaria en los casos de cuadrantectomía con disección axilar; y para los casos en etapa III que tengan residual tumoral después de tratamientos sistémicos previos ó bien en casos en etapa IV con tumores ulcerados y en pacientes -- con contraindicación médica para la cirugía. También se da tratamiento de segunda línea en algunos casos de recurrencia locorregional de metástasis óseas ó al sistema nervioso central.

c).- Quimioterapia.- Se da en etapas tempranas en caso de que en la pieza quirúrgica se encuentren 4 ó más gálglicos. Como tratamiento de inducción 2 a 4 ciclos en los carcinomas en etapa III ó como tratamiento inicial en las etapas IV. Los medicamentos que se usan son el 5 fluoracilo, adriamicina y ciclofosfanida (FAC) salvo contraindicación médica para las etapas I, II y III y ciclofosfanida, metotrexato y 5 fluoracilo (CMF) para la etapa IV. Para el FAC se programan 6 a 8 ciclos totales en esquema de 1121 a 28 y para el CMF 10 ciclos en esquema de 1-8128 en las dosis comúnmente aceptadas. Se da quimioterapia de segunda ó tercera línea en los casos de recurrencia especialmente en mujeres premenopáusicas con intervalo libre de enfermedad menor de 2 años y con

persistencia ó recurrencias tumorales en tejidos blandos, gánglios y huesos. El esquema que se usa depende - del esquema que se halla usado inicialmente y el número de ciclos dependen de los resultados obtenidos.

d).- **Hormonoterapia.**- Se da conjuntamente con quimioterapia en casos de etapa IV independiente del estado -- menstrual ya que no se cuenta con determinación de receptores estrógenicos. En otras situaciones se prefiere para las mujeres menopáusicas sobretudo si es de varias años de evolución ó cuando el sitio de metástasis es ví ceral, de preferencia se usa el taxotifen a dosis por tiempo convencionales. Como tratamiento de segunda línea se prefiere la medroxiprogesterona y en pocos casos la testosterona ó los estrógenos conjugados. Los casos con manejo previo se individualizan según la extensión de lesiones, los datos previos y presentes que se obtengan y el tiempo transcurrido desde el manejo anterior;- si es mayor de 5 semanas se maneja como etapa III y si es menor de 5 semanas se valora el caso y se hace la cirugía radical.

GRUPO II.- PROTOCOLO MAS ADYUVANTE O SOSTEN: Incluye -- los casos que reciben algunos de los protocolos del párrafo anterior y además un tratamiento complementario de quimioterapia y hormonoterapia en vista del buen re-

resultado obtenido en el manejo precedente; se usan los mismos criterios ya señalados en relación al estado menstrual. En este grupo se incluye así mismo una población que recibió un tratamiento neoadyuvante con 3 ciclos de adriamicina-platino, cirugía radical y 5 ciclos complementarios de quimioterapia en las etapas II y III ó no clasificables por manejo previo.

GRUPO III.- PROTOCOLO MAS COMPLEMENTARIO POR PERSISTENCIA, RECURRENCIA O METASTASIS: Son aquellas que habiéndose integrado a algunos de los grupos precedentes, tienen fallas al tratamiento, generalmente privando el criterio de selección con relación al estado menstrual ó el sitio de recurrencia. la radioterapia se considera para las metástasis óseas, cerebrales ó adenopatías regionales resistentes a los tratamientos sistémicos.

GRUPO IV.- SUI GENERIS: Engloba aquellos que por manejo (a) previo (a) diferición ó abandono temporal, han recibido una terapia más bien circunstancial y que no sigue un esquema definido.

GRUPO V.- SIN TRATAMIENTO ALGUNO.

La situación oncológica en la última consulta se define como:

a).- VSA : Viva sin actividad tumoral.

- b).- VCA : Viva con actividad tumoral.
- c).- FSA : Fallecida sin actividad tumoral.
- d).- FCA : Fallecida con actividad tumoral.
- e).- DESG: Desconocida.

Se consideraron asistentes a las mujeres con última consulta en los 4 meses anteriores al cierre de la revisión (31 de Mayo de 1989), los meses de seguimiento son los habidos entre la fecha del ingreso y la fecha de la última consulta. En los casos en que sea aplicable, se utilizará el manejo estadístico con la chi cuadrada y se presentan así mismo frecuencias simples y porcentajes.

RESULTADOS.

Los ingresos por año fueron de la siguiente manera: en 1905 se detectaron 20 casos (18.8%), en 1906: 48 casos (45.2%) y en 1907: 58 casos (56.0%).

14 casos (13.2%) correspondió a la etapa I; 32 casos (30.1%) a la etapa II; 33 casos (31.1%) a la etapa III; 19 casos (17.9%) a la etapa IV y 8 casos (7.5%) a la NO clasificable. Dentro de la modalidad clínica se encontraron 90 casos (84.9%) de carcinoma no específico; 12 casos (11.3%) de carcinomas inflamatorio y de estos uno apareció durante el tratamiento; 3 casos (2.8%) tipo paget y un caso (0.9%) de carcinoma tipo corasa. El lado en que se presentó el carcinoma mamario no fué significativo, debido a que se encontraron 56 casos -- (52.0%) del lado izquierdo y 50 casos (47.8%) del lado derecho. En las características generales investigadas, se observó que el mayor número de casos que se encontraron fué en mujeres de 40 a 59 años con un total de 75 pacientes (70.7%); la edad menor de las pacientes fué de 25 años y la edad mayor de 78 años, con una edad promedio de 50.8 años (FIGURA No. 1).

De la variedad histológica, el tipo de carcinoma más frecuente se encontró que fué el de tipo canalicular infiltrante con 90 casos (84.9%); le siguieron el -

de tipo escirro y el comedocarcinoma con 4 casos cada uno (3.3%); las demás variedades se presentaron con menor frecuencia (FIGURA No. 2).

Ahora bien, de todas las pacientes estudiadas, se efectuaron 83 tratamientos completos que equivale a un 78.3%; 8 tratamientos fueron incompletos con un 7.5%, 8 tratamientos fueron insuficientes y en 7 ninguno. De estas modalidades de tratamiento, se efectuaron 78 cirugías (70.7%), de las cuales se efectuaron 52 mastectomías radicales, 11 mastectomías simples (3 con disección baja de axila por Paget), 5 cuadrantectomías con disección radical de axila, una supermastectomía (cuadrantectomía con recurrencia que no asistió a radioterapia) y una resección de pared costal por encontrarse un fibrosarcoma por radiación en una paciente con cáncer mamario anterior. Se encontraron 33 casos que fueron sometidos a radioterapia (33.3%), de los cuales se efectuaron 26 ciclos mamarios; 6 ciclos por recurrencia en tumor primario y un ciclo por metástasis óseas. La quimioterapia de primera línea se realizó en 72 casos (72.7%), de las cuales 45 fueron con 5 fluorouracilo, adriamicina y ciclofosfámid (FAC); 19 casos con tratamiento a base de adriamicina y cis-platino; con proclito neoadyuvante en un grupo de estudio 5 casos con ciclofosfámid, metotrexato y 5 fluorouracilo (CMF); 2 casos

con ciclofosfamida (CFA) por situaciones especiales y - un caso con ciclofosfamida y metotrexato (CFA-MTX). Del tratamiento de quimioterapia de segunda línea solo se - encontraron 7 casos (7.0%), de los cuales 2 se trataron con CMF, 2 con mitoxantrona, una con CFA-MTX, una con - CFA y una con ciclofosfamida, metotrexato, 5 fluoraci - lo, vincristina y prednisona (CMFFP). Se encontraron 50 casos (50.5%) tratados con hormonoterapia de primera lí - nea a base de tamoxifen, 10 casos de segunda línea tra - tados con medroxiprogesterona y 3 casos de tercera lí - nea tratados con andrógenos (FIGURA No. 3).

Dentro del seguimiento de casos, se observó a 73 - pacientes asistidos (68.9%) y a 33 pacientes inasistid - os (31.1%), efectuando un menor seguimiento a un mes, - el mayor seguimiento fué a 50 meses; con un total en me - ses de 2568, dándonos un promedio/mujer de 20.3 meses; - así mismo, de los 5 grupos en que se dividieron las pa - cientes en cuanto al manejo multidisciplinario y de --- acuerdo a su modalidad de tratamiento, se observó un m - yor número de casos en el grupo I con 39 pacientes --- (36.8%) con un seguimiento total de 783 meses; el grupo en que menos número de casos tuvo fué el número IV con - 5 pacientes (4.7%) con 97 meses de seguimiento y con un promedio/mujer de 19.4 meses (FIGURA No. 4).

El seguimiento de todas estas pacientes fué muy variado, encontrándose el mayor número en el grupo II con 50 meses, siendo el menor seguimiento en los grupos I y V con un solo mes. En términos generales hubo variaciones en el menor seguimiento de uno a 13 meses y en el mayor seguimiento fué de 7 a 50 meses (FIGURA No. 5).

La revisión de las pacientes en cuanto a su situación oncológica actual que fué al momento de la última consulta, demostró un mayor número de pacientes vivas - sin actividad tumoral en el grupo II con 23 pacientes - de un total de 49; 15 pacientes se encuentran vivas con actividad tumoral y solo 9 pacientes han fallecido con actividad tumoral. En todos los grupos se observó un bajo porcentaje de pacientes en que se desconoce su seguimiento; sin embargo, el grupo I fué el que mayor número de pacientes desconocidas presentó con un total de 17 - pacientes (FIGURA No. 6).

FIGURA No. 1: CARACTERISTICAS GENERALES (n=106)

EDAD DE LA POBLACION	No. CASOS	%
20 a 29 años.	4	3.8
30 a 39 años.	19	18.0
40 a 49 años.	23	21.7
50 a 59 años.	28	26.4
60 a 69 años.	24	22.6
70 a 79 años.	8	7.5
T O T A L	106	100.0

FIGURA No. 2: VARIEDAD HISTOLOGICA (en los)

VARIEDAD HISTOLOGICA	No. CASOS	%
Canalicular infiltrante.	90	84.9
Escirro.	4	3.7
Comedocarcinoma.	4	3.7
Lobulillar.	2	1.8
Elastiocitoide.	1	0.9
Indifer. en anillo de sello.	1	0.9
Coloide.	1	0.9
Papilar.	1	0.9
Medular y coloide.	1	0.9
Escirró y tubular.	1	0.9

FIGURA No. 3: MODALIDADES DE TRATAMIENTO (n=99)

MODALIDADES	No. CASOS	%
1).- Cirugía.	70	70.7
2).- Radioterapia.	33	33.3
3).- Quimioterapia 1ª línea.	72	72.7
3').)- Quimioterapia 2ª línea.	25	25.2
3'').)- Quimioterapia 3ª línea.	7	7.0
4).- Hormonoterapia 1ª línea.	58	58.5
4').)- Hormonoterapia 2ª línea.	10	10.1
4'').)- Hormonoterapia 3ª línea.	3	3.0

FIGURA No. 4

MODALIDAD DE TRATAMIENTO Y MESES DE SEGUIMIENTO
EN CADA GRUPO (n=106)

Tratamiento Modalidad.	Número casos.	%	MeSES Totales	Promedio/ Mujer.
Grupo I	39	36.8	783	20.0
Grupo II	29	27.4	978	37.7
Grupo III	26	24.5	697	26.8
Grupo IV	5	4.7	97	19.4
Grupo V	7	6.6	13	1.8

GRUPOS: I = Protocolo; II = Protocolo y adyuvante δ -
sosten; III = Protocolo y complementario por-
persistencia, recurrencia ó metástasis; IV =
Sol gécera y V = Sin tratamiento.

FIGURA No. 5: SEGUIMIENTO.

Modalidad de Tratamiento.	Total Casos	SEGUIMIENTO	
		Menor.	Mayor.
Grupo I	39	1	42
Grupo II	29	13	50
Grupo III	26	13	44
Grupo IV	5	9	26
Grupo V	7	1	7

SEGUIMIENTO: Número de meses desde la fecha de ingreso hasta la fecha de la última consulta.

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

**FIGURA No. 6: SITUACION ONCOLOGICA. (al momento de
la última consulta).**

Modalidad de Tratamiento.	Total Casos	SITUACION ONCOLOGICA			
		VDA	VSA	PCA	DESC
Grupo I	39	0	22	0	17
Grupo II	29	1	25	1	2
Grupo III	26	12	2	7	5
Grupo IV	5	2	0	1	2
Grupo V	7	0	0	0	7

CONCLUSIONES.

- 1.- La edad de las pacientes con cáncer mamario es de - 25 a 70 años con una media de 51.5 años.
- 2.- Los casos en que más se presentó el cáncer mamario - fué en las etapas II y III de la FIGO en el 61.2%.
- 3.- El lado en que se presentó el cáncer mamario no fué significativo.
- 4.- El carcinoma canalicular infiltrante es el que con mayor frecuencia se presenta en nuestro medio.
- 5.- En promedio, el seguimiento de todas las pacientes - fué de 20.3 meses.
- 6.- En la mayoría de los casos se efectuaron tratamien - tos completos en un 78.3% y solo el 15% correspon - dió a tratamientos incompletos e insuficientes.
- 7.- De todas las cirugías, las que predominaron fueron - las mastectomías radicales.
- 8.- Los tratamientos con quimioterapia y hormonoterapia - que más predominaron fueron los de primera línea.

9.- De todas las pacientes, el 46.2% se encuentran vi -
vas sin actividad tumoral; el 8.5% han fallecido --
con actividad tumoral y en el 31.1% de los casos se
desconoce su situación oncológica actual.

COMENTARIO.

Los protocolos que se usan en la mayoría de los -- centros oncológicos, son las técnicas diagnósticas, quirúrgicas, de radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia establecidas. En este estudio, se destaca que la mayoría de los casos recibieron tratamientos suficientes-- evaluando a un 85% de todas las pacientes. El mayor número de meses de seguimiento en promedio, se ha tenido con las mujeres que han recibido tratamientos adyuvantes o de sostén, seguidas de las que han tenido tratamiento por fallos lo que indirectamente señala que en este grupo se ha logrado alargar la sobrevida, ya que los rangos de seguimiento favorecen asistencia prolongada en los grupos I, II y III.

Así mismo, en cuanto a su situación oncológica, se observó un mayor número de pacientes vivas sin actividad tumoral en el grupo II, pero los más bajos niveles de pacientes vivas sin actividad tumoral se presentaron en el grupo III con un mayor número de pacientes vivas con actividad tumoral.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Jose L. Campos. Observations on the mortality from carcinoma of the breast. Br. J. Radiol 1972, 45: -- 31-6.
- 2.- Bernal ES, et al. Carcinoma mamario. Frecuencia por edades. Ginec Obstet Mex. 1987, 55: 218-20.
- 3.- Bernal ES, et al. Factores de riesgo en cáncer mamario. Análisis comparativo. Ginec Obstet Mex. 1988,- 56: 181-3.
- 4.- Edwin R. Fisher, et al. A perspective concerning -- the relation of duration of symptoms to treatment - failure in patients with breast cancer. Cancer 1977 40: 3160-7.
- 5.- Sir Hadey Atkins, et al. Treatment of early breast-cancer: a report after ten years of a clinical --- trial. Br. Med. J. 1972, 2: 423-9.
- 6.- Jerome A. Urban. Management of operable breast cancer. Cancer. 1978, 42: 2066-77.
- 7.- Nagoshi S, et al. Results of surgical treatment for axillary metastasis of breast cancer. Cancer. 1988,- 62: 1397-401.

- 8.- Umberto Veronesi, et al. Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection, and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. *N Engl J Med.* 1981, 305: 6-11.
- 9.- Reyna H.R. Carcinoma de mama: factores biológicos que influyen en la supervivencia. *Gin. Obst. Mex.* - 1985, 53: 375-8.
- 10.- R. Calle, et al. Conservative management of operable breast cancer. *Cancer.* 1978, 42: 2045-53.
- 11.- Seymour H. Levitt. Primary treatment of early breast cancer with conservation surgery and radiation therapy. *Cancer.* 1985, 55: 2140-8.
- 12.- J. F. Hainini, et al. Relation between time-dose and local control of operable breast cancer treated by tumorectomy and radiotherapy or by radical radiotherapy or by radical radiotherapy alone. *Cancer.* - 1978, 42: 2058-65.
- 13.- S. Alpert, et al. Primary management of operable breast cancer by minimal surgery and radiotherapy. *Cancer.* 1978, 42: 2054-8.
- 14.- Brigitte Zafrani, et al. Conservative management of intraductal breast carcinoma with tumorectomy and -

- radiation therapy. *Cancer*. 1986, 57: 1290-301.
- 15.- Robert T. Gaten, et al. Identification of patients at high risk for local recurrence after conservative surgery and radiation therapy for stage I or II breast cancer. *Arch Surg*. 1987, 122: 1240-52.
- 16.- Effects of adjuvant tamoxifen and of cytotoxic therapy on mortality in early breast cancer. *N Engl J Med*. 1988, 319: 1681-92.
- 17.- Hortobagyi G. N. et al. Management of stage III -- primary breast cancer with primary chemotherapy, surgery and radiation therapy. *Cancer*. 1988, 62: 2507-16.
- 18.- Campbell I. R. et al. Sequential chemotherapy, surgery and radiotherapy in locally advanced breast cancer. *Clin Radiol*. 1988, 39: 442-5.
- 19.- Martine J. P. et al. Six year results of a multistage treatment strategy for locally advanced -- breast cancer. *Cancer*. 1988, 62: 2501-6.
- 20.- Oliver E. Beahrs. Staging of cancer of the breast -- as a guide to therapy. *Cancer*. 1984, 53: 592-4.
- 21.- F. C. Campbell, et al. Oestrogen-receptor status and sites of metastasis in breast cancer. *Br. J. --*

Cancer. 1981, 44: 456-9.

- 22.- Review of mortality results in randomized trials -
in early breast cancer. Lancet. 1984, Nov. 24: ---
1205.
- 23.- Shek L.L.M, et al. Oestrogen receptors, nodes and
stage as predictors of post-recurrence survival in
457 breast cancer patients. Br. J. Cancer. 1987, --
56: 825-9.
- 24.- David W. Klinne, et al. Estrogen receptor protein-
of breast cancer in patients with positive nodes.-
Arch Surg. 1987, 122: 1303-6.
- 25.- Chevalier B, et al. Prognostic value of estrogen -
and progesterone receptors in operable breast can-
cer. Cancer. 1988, 62: 2517-24.