

125

11226<sup>257</sup>



Universidad Nacional Autónoma de México

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**CANCER MAMARIO:**

FACTORES DE RIESGO EN NUESTRA  
POBLACION Y OPORTUNIDAD DEL  
DIAGNOSTICO

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN

**MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. BLANCA ESTELA GUERRERO AGUILAR

UMF No. 1

IMSS



IMSS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Puebla, Pue.

1989-1991



## **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

- 1.-INTRODUCCIÓN
- 2.-HIPÓTESIS
- 3.-ANTECEDENTES HISTÓRICO-CIENTÍFICOS
- 4.-EPIDEMIOLOGÍA
- 5.-FACTORES ETIOLÓGICOS
- 6.-DIAGNÓSTICO
- 7.-MATERIAL Y MÉTODOS
- 8.-PRESENTACIÓN DE RESULTADOS
- 9.-ESTADÍSTICA
- 10.-DISCUSIÓN Y ANÁLISIS
- 11.-CONCLUSIONES
- 12.-BIBLIOGRAFÍA

## INTRODUCCION

EL CÁNCER DE MAMA ES LA NEOPLASIA MÁS COMÚN EN LA MUJER Y LA CAUSA PRINCIPAL DE MUERTE POR CÁNCER FEMENINO. A PESAR DE QUE EL CÁNCER CERVICO UTERINO ES EN LATINOAMÉRICA EL MÁS FRECUENTE, SU DETECCIÓN OPORTUNA PERMITE TRATAMIENTOS EN ETAPAS MÁS TEMPRANAS Y PREVENCIÓN DE LA EVOLUCIÓN NATURAL DE ALGUNAS DISPLASIAS, CON ÍNDICES DE CURACIÓN ELEVADOS, CONDICIONANDO QUE EL CÁNCER MAMARIO SEA LA PRIMERA CAUSA DE MUERTE POR ENFERMEDAD MALIGNA ENTRE LA POBLACIÓN FEMENINA (1) .

EL CÁNCER DE LA MAMA REPRESENTA EL 27% DE TODAS LAS NEOPLASIAS MALIGNAS, Y DE ÉL DEPENDEN 19% DE LOS FALLECIMIENTOS POR CÁNCER EN LAS MUJERES. LA MAYOR FRECUENCIA DE CÁNCER MAMARIO SE OBSERVA DESPUÉS DE LOS 35 AÑOS Y EL 85% DE LOS CASOS OCURREN DESPUÉS DE LOS 50 AÑOS; SÓLO EL 1.5% SE PRESENTA ANTES DE LOS 30 AÑOS (2) .

PARECE QUE ESTÁ EN AUMENTO LA FRECUENCIA DE CÁNCER MAMARIO EN LAS MUJERES, SIN EMBARGO, LAS CIFRAS DE MAYOR SUPERVIVENCIA HAN SIDO ÚTILES PARA ESTABILIZAR LOS ÍNDICES DE MORTALIDAD EN LOS ÚLTIMOS 50 AÑOS. EL MAYOR RIESGO DE CÁNCER MAMARIO SE HA RELA-

CIONADO CON DIVERSOS FACTORES, ENTRE ELLOS:

A) DEMOGRÁFICOS, B) ANTROPOMÉTRICOS, C) DIETÉTICOS, D) MENSTRUALES, E) REPRODUCTIVOS, F) HORMONALES, Y G) OTROS, INCLUIDO EL ANTECEDENTE DE MASTOPATÍA BENIGNA. DE TODOS ÉSTOS LOS FUNDAMENTALES QUE SE INCLUYEN SON: EL HABER TENIDO CÁNCER EN EL SENO; EDAD EN QUE OCURRIÓ LA MENARCA; EDAD EN QUE OCURRIÓ EL PRIMER EMBARAZO DE TÉRMINO; EDAD DE LA MENOPAUSIA; EL PESO (3,4,5 Y 6) .

EN TODAS LAS NACIONES INDUSTRIALIZADAS HA AUMENTADO DE MANERA IMPORTANTE LA FRECUENCIA DE CÁNCER MAMARIO. PARECE SER QUE EL MEDIO ES MÁS IMPORTANTE QUE LAS RAÍCES RACIALES Ó ÉTNICAS. CON LA INDUSTRIALIZACIÓN, TAMBIÉN HAY CAMBIOS EN LOS ALIMENTOS CONSUMIDOS; ENTRE LOS CARCINOGENOS QUE MÁS SE SOSPECHA PARTICIPACIÓN EN ESTE PROBLEMA, ESTÁN LAS GRASAS DE LOS ALIMENTOS. SE HA IDENTIFICADO UNA CORRELACIÓN DIRECTA ENTRE EL CONSUMO DE GRASAS Y LA FRECUENCIA DE CÁNCER MAMARIO. LAS PRUEBAS EN PRO DE LA HIPÓTESIS DE QUE GRANDES NIVELES DE GRASAS EN LOS ALIMENTOS INCREMENTAN EL ÍNDICE DE CÁNCER MAMARIO, PROVIENEN DE ESTUDIOS QUE RELACIONAN LOS FACTORES DIETÉTICOS CON ALGUNAS FRACCIONES DE ESTRÓGENOS, LO CUAL

A SU VEZ, SE CREE GUARDA RELACIÓN CON EL RIESGO DE APARICIÓN DE CÁNCER MAMARIO. UNA SEGUNDA OPORTUNIDAD Ó POSIBILIDAD, RELACIONA EL EFECTO DIRECTO DE LA GRASA EN LA GÉNESIS TUMORAL POR CAMBIOS EN EL CONTENIDO LÍPIDO DE LA MEMBRANA CELULAR Ó LA SÍNTESIS DE PROSTAGLANDINAS. AUNQUE PARECE RAZONABLE LA HIPÓTESIS DE QUE LA GRASA EN LOS ALIMENTOS INTERVIENE EN EL RIESGO DE CÁNCER MAMARIO EN LA MUJER, NO SE HA CORROBORADO SUFICIENTEMENTE (4 Y 5).

LA APARICIÓN DE CÁNCER MAMARIO EN ALGUNAS FAMILIAS ES COMÚN, AUNQUE RARA VEZ SE UTILIZA LA INVESTIGACIÓN GENÉTICA. LOS FACTORES DE HERENCIA FAMILIAR NO SON RAROS PORQUE EN UN 7% DE LAS MUJERES CON CÁNCER MAMARIO, SE HA ENCONTRADO UNA INFLUENCIA HEREDITARIA. EN MUJERES CON HERMANAS AFECTADAS FUE DE 2.2% ; EN MUJERES CON HIJAS AFECTADAS DE 3.2% Y EN LAS QUE TIENEN MADRE Y HERMANAS AFECTADAS DE 9.9% . EL CÁNCER MAMARIO EN SI MISMO NO TIENE INFLUENCIA INDEPENDIENTE EN RIESGO.

EN CUANTO A LA RELACIÓN ENTRE LOS CONTRACEPTIVOS ORALES EN MUJERES JÓVENES Y SU RIESGO DE CÁNCER DE MAMA ANTES DE LOS 45 AÑOS NO HUBO INCREMENTO SIGNIFICATI-

VO Ó DESCENSO EN EL RIESGO DE CÁNCER MAMARIO POR -  
CONTRACEPTIVOS ORALES; ÉSTO HA DEMOSTRADO QUE EL -  
USO DE ÉSTOS POR MUJERES JÓVENES NO AFECTA LA AGRE-  
GACIÓN DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA ANTES DE LOS-  
45 AÑOS DE EDAD.

RESPECTO AL CONSUMO DE CAFÉ TAMPOCO SE PUDO ASO---  
CIAR CON UN INCREMENTO EN EL RIESGO DE CÁNCER DE -  
MAMA EN MUJERES CON HISTORIA DE ENFERMEDAD FIBRO--  
QUÍSTICA DE MAMA, YA QUE LOS RESULTADOS SUGIEREN -  
QUE EL CONSUMO EXAGERADO DE CAFÉ NO INFLUYE EN LA-  
INCIDENCIA DE CÁNCER DE MAMA (6).

EN RELACIÓN AL CÁNCER DE MAMA Y EMBARAZO, LA POBRE  
SUPERVIVENCIA FUÉ RELACIONADA CON LAS PACIENTES JÓ  
VENES, MENORES DE 40 AÑOS, Y AL NÚMERO DE RECEPTO-  
RES DE ESTRÓGENOS NEGATIVOS EN LOS TUMORES (7).

DE LOS SUBSECUENTES EMBARAZOS NO SE HA VISTO AFEC-  
TADA ADVERSAMENTE LA SUPERVIVENCIA. FUTUROS EMBARA-  
ZOS EN PACIENTES CON TUMORES EN ESTADÍO I DEBEN -  
SER CONSIDERADOS DESPUÉS DE DOS AÑOS. LA SUPERVI-  
VENCIA ES POBRE EN PACIENTES CON TUMORES EN ESTA--  
DÍOS II Ó III Y LOS EMBARAZOS SUBSECUENTES DEBEN -  
SER DISCUTIDOS POR RAZONES SOCIOÉTICAS.

EN CUANTO A LA ETIOLOGÍA DEL CÁNCER MAMARIO SE HA ENCONTRADO QUE EXPERIMENTALMENTE SE HA PRODUCIDO -- CÁNCER MAMARIO AL SOMETER A RATONES HEMBRAS A LA INFLUENCIA PROLONGADA DE ESTRÓGENOS. EN EL SER HUMANO SE HA INVESTIGADO LA RELACIÓN DE ESTRÓGENOS, PROGESTERONA, PROLACTINA Y ANDRÓGENOS CON EL INCREMENTO DE RIESGO DE CÁNCER MAMARIO, PERO AÚN NO ESTÁ SUFICIENTEMENTE DEMOSTRADO.

LOS FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS QUE MUESTRAN LA PARTICIPACIÓN ENDOCRINA SON LOS SIGUIENTES:

- A) EL CÁNCER MAMARIO ES 100 VEGES MÁS FRECUENTE EN MUJERES QUE EN HOMBRES.
- B) SE PRESENTA DESPUÉS DE LA PUBERTAD.
- C) ES MÁS FRECUENTE EN MUJERES DE HISTORIA MENSTRUAL PROLONGADA.
- D) NO EXISTE EN LA DISGENESIA GONADAL.
- E) SU FRECUENCIA ES BAJA EN LA CASTRACIÓN.
- F) LOS EMBARAZOS TEMPRANOS PROTEGEN A LA MUJER DEL CÁNCER MAMARIO.

POR TANTO, SE PUEDE DECIR QUE ACTUALMENTE LA ETIOLOGÍA REAL DEL CÁNCER MAMARIO ES DESCONOCIDA Y SÓLO SE PUEDE HABLAR DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE YA SE

HAN EXPUESTO, COMO INFLUENCIA IMPORTANTE EN EL INCREMENTO DE ÉSTE PADECIMIENTO, Y QUE EN NUESTRO MEDIO LA MAYORÍA DE LAS MUJERES QUE LLEGAN A LA CONSULTA POR TUMORACIÓN MAMARIA SON PORTADORAS DE UN CARCINOMA AVANZADO; UNAS PORQUE LLEGAN YA EN ETAPAS TARDÍAS, OTRAS PORQUE FUERON TRATADAS INSUFICIENTEMENTE Y UN GRUPO MENOR, QUE A PESAR DE HABER SIDO TRATADAS TEMPRANA Y CORRECTAMENTE PRESENTAN RECURRENCIAS Ó METÁSTASIS LEJANAS; AUNQUE SE HA ADMITIDO QUE EL CURSO CLÍNICO DE ALGUNOS CÁNCERES SELECTOS PUEDE NO SER CAMBIADO POR EL DIAGNÓSTICO PRECOZ, LOS MÉDICOS COMPROMETIDOS EN LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR, ESTÁN CADA VEZ MÁS CONVENCIDOS DE QUE LA DETECCIÓN Ó IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO, LA DETECCIÓN TEMPRANA Y EL TRATAMIENTO OPORTUNO SON DIRECTAMENTE RESPONSABLES DE LA CURACIÓN Ó, EN SU CASO, UNA SOBREVIDA MÁS LARGA Y CON UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA EN MUCHOS TIPOS DE CÁNCERES

## HIPOTESIS DE TRABAJO.

Ho. LA FRECUENCIA DE C.A. MAMARIO Y LOS FACTORES -  
DE ALTO RIESGO SON IGUALES EN TODAS LAS SOCIE-  
DADES Y EN TODAS LAS MUJERES QUE PADECEN ESTA  
ENFERMEDAD.

Hi. LA FRECUENCIA DE C.A. MAMARIO EN NUESTRO MEDIO-  
ES DIFERENTE DE LA FRECUENCIA DE ESTA ENFERME-  
DAD EN LOS PAÍSES DESARROLLADOS, ASÍ COMO LOS -  
FACTORES DE ALTO RIESGO; SI LOS IDENTIFICAMOS Y  
JERARQUIZAMOS LOGRAREMOS UNA MAYOR OPORTUNIDAD-  
EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA EN NUESTRA-  
POBLACIÓN.

## ANTECEDENTES HISTÓRICO-CIENTÍFICOS.

LA PRIMERA REFERENCIA HISTÓRICA AL C.A. DE MAMA , APARECE EN EL PAPIRO QUIRÚRGICO DE EDWIN-SMITH - (3,000 A 2,500 A.C.). EL PACIENTE DESCRITO ES UN HOMBRE, PERO LA DESCRIPCIÓN SUGIERE LA MAYORÍA DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD.

EL AUTOR LLEGA A LA CONCLUSIÓN DE QUE "NO EXISTE-TRATAMIENTO". LAS REFERENCIAS AL CÁNCER DEL SENO, SON ESPORÁDICAS Y ESCUETAS DURANTE LOS SIGUIENTES 2,500 AÑOS. EN EL GRAN CUERPO DE ESCRITOS CONCERNIENTES A LA MEDICINA GRIEGA Y ROMANA , EL CORPUS HIPOCRÁTICO, NO EXISTE UNA REFERENCIA DIRECTA AL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DEL SENO, AUNQUE SE SABE - QUE YA SE CONOCÍA.

CELSE, UN ROMANO DEL SIGLO I, HABLÓ DE LA OPERACIÓN Y ACONSEJADA LIMITARLA A LAS LESIONES TEMPRANAS: "NINGUNA DE ELLAS PUEDE SER EXTIRPADA CON EXCEPCIÓN DE LA CACOSTA (LESIÓN INICIAL) EL RESTO SON IRRITADAS POR CUALQUIER MÉTODO DE CURACIÓN. MIENTRAS MÁS VIOLENTAS SON LAS OPERACIONES, MÁS BRUSCAMENTE VUELVEN A CRECER".

GALENO, EN EL SIGLO II, INSCRIBIÓ UNA DE LAS CLÁSICAS OBSERVACIONES CLÍNICAS:

"CON FRECUENCIA HEMOS VISTO EN EL SEÑO UN TUMOR QUE SEMEJA AL ANIMAL CANGREJO. ASÍ COMO EL CANGREJO TIENE PATAS EN AMBOS LADOS DEL CUERPO, ASÍ SE EXTIENDEN LAS VENAS EN ESTA ENFERMEDAD EN SUS ETAPAS INICIALES, PERO CUANDO HA ALCANZADO GRAN TABAÑO NADIE HA LOGRADO CURARLO SIN OPERAR. EN TODAS LAS OPERACIONES INTENTAMOS EXTIRPAR UN TUMOR PATOLÓGICO EN UN CÍRCULO EN LA REGIÓN EN DONDE LEVITA CON TEJIDO SANO".

AUNQUE GALENO HABLÉ DE OPERACIONES PARA LOS TUMORES, SU SISTEMA MÉDICO ATRIBUÍA LA ENFERMEDAD A UN EXCESO DE BILIS NEGRA Y LÓGICAMENTE LA EXTIRPACIÓN DE UN BROTE LOCAL NO PODRÍA CURAR EL DESEQUILIBRIO SISTÉMICO. LAS TÉCNICAS CALÉNICAS DOMINARON EN LA MEDICINA HASTA EL RENACIMIENTO.

LA MAYORÍA DE LOS MÉDICOS CONSIDERABA LOS INTENTOS DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO COMO EQUIVOCADO E INÚTIL. SÓLO CUANDO SE ESTABLECÍA NUEVAMENTE QUE UN CÁNCER PODRÍA SURTIR EN UNA PARTE COMO PADECIMIENTO LOCAL COMPLETAMENTE INDEPENDIENTE DE UN DESEQUILIBRIO SISTÉMICO PUDO CONSIDERARSE LA EXTIRPACIÓN DEL TUMOR, COMO UN TRATAMIENTO RACIONAL. EL ESTUDIO DEFINITIVO DE MORGAGNI SOBRE LA ANATOMOPATOLOGÍA MACROSCÓPICA -

APROPIADAMENTE ESTIMULADA "LOS SITIOS Y LAS CAUSAS DE LA ENFERMEDAD", APOYA ÉSTA NUEVA CONCEPCIÓN. ESTE PROCEDIMIENTO EVOLUCIONÓ LENTAMENTE DESDE LA AMPUTACIÓN SIMPLE DEL SENO. EN EL SIGLO XVIII LE DRAN REFUTÓ LA TEORÍA HUMORAL DE GALENO Y SEÑALÓ QUE EL CÁNCER DEL SENO ES UNA ENFERMEDAD LOCAL QUE SE PROPAGA POR LOS CANALIOS LINFÁTICOS Y REGIONALES.

HALSTED, PROPUSO UN MÉTODO QUIRÚRGICO STANDARD EX-TIRPANDO TODAS LAS ESTRUCTURAS EN UN SOLO BLOQUE; - LA PRIMERA OPERACIÓN LA EFECTUÓ ALREDEDOR DE 1882, - E INFORMÓ DE 13 CASOS EN 1890; EL PROCEDIMIENTO FUÉ CASI EXACTAMENTE EL ACTUAL, CON EXCEPCIÓN DE QUE NO SE ENTIRPADA EL MÚSCULO PECTORAL MENOR.

EL TRATAMIENTO HORMONAL DEL C.A. DE MAMA NO ES RECIENTE; YA A FINES DEL SIGLO PASADO SE RECOMENDABA LA CASTRACIÓN. NO MUCHO DESPUÉS SE INTRODUIÓ LA CA-DAIACIÓN DE LOS OVARIOS; AMBOS PROCEDIMIENTOS SE PRACTICAN AÚN HOY EN DÍA. LOS PRIMEROS TRABAJOS EXPERIMENTALES SOBRE LA RELACIÓN DE SECRESIONES OVÁRICAS Y CÁNCER DE MAMA, LLEVARON A LA OBSERVACIÓN DE QUE LA FRECUENCIA DE C.A. DE MAMA ESPONTÁNEO EN RATONES HEMBRAS, PODÍA REDUCIRSE NOTABLEMENTE CON -

LA CASTRACIÓN. ENTRE LOS PRIMEROS TRABAJOS QUE CITA-  
TARON EL USO DE TESTOSTERONA FIGURAN LOS DE URLICH  
EN 1929 Y LOESER EN 1931; HADDON Y COLS. EN GRAN -  
BRETAÑA, FUERON LOS PRIMEROS EN ANUNCIAR LOS RESUL-  
TADOS DE LA ESTROGENOTERAPIA.

## EPIDEMIOLOGIA.

LA EPIDEMIOLOGÍA DEL C.A. DE MAMA HA RECIBIDO MUCHA ATENCIÓN EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS . LOS ESTUDIOS DE LILICNFIELD, POST Y WYNDER SON DE NOTABLE INTERÉS. A PESAR DE LAS CORRELACIONES GEOGRÁFICAS, CULTURALES Y GENÉRICAS QUE SE HAN ESTABLECIDO, NO HAY AÚN IDENTIFICACIÓN DE LOS AGENTES CAUSALES MAYORES O SITUACIONES EQUIVALENTES.

LAS TASAS DE EDAD ESPECÍFICA, REFLEJAN GENERALMENTE LAS CURVAS DE INCIDENCIA, MOSTRANDO UN MARCADO AUMENTO DURANTE LOS AÑOS PREMENOPÁUSICOS, INICIANDO EN LA TERCERA DÉCADA DE LA VIDA Y CONTINÚA AUMENTANDO HASTA DESPUÉS DE LA MENOPAUSIA PERO CON DISMINUCIÓN DE ÉSTA TASA. A LA EDAD DE 80 AÑOS HAY APROXIMADAMENTE 130 MUERTES POR CÁNCER REGISTRADAS ANUALMENTE POR CADA 100,000 MUJERES. LA TASA DE MUERTE POR EDADES NO HA CAMBIADO SIGNIFICATIVAMENTE PARA CUALQUIER GRUPO DE EDAD DURANTE LAS ÚLTIMAS CUATRO DÉCADAS ; EL 99% DE LAS MUERTES DE CÁNCER DE MAMA OCURRE EN MUJERES Y MENOS DEL 1% EN HOMBRES. LAS MUERTES EN VARONES SON POCO APRECIABLES ANTES DE LA EDAD DE 40 AÑOS, DESPUÉS SE ELEVA UN POCO Y SE MANTIENEN PARALELAS AL GRUPO POST-MENOPÁUSICO EN

## MUJERES.

LA OCURRENCIA GEOGRÁFICA ES MUY VARIABLE; LOS PAÍSES CON ELEVADO ÍNDICE, TIENDEN A SER CONFLUENTES, COMO SON: DINAMARCA, CANADA, E.E.U.U., INGLATERRA, LOS PAÍSES BAJOS Y SUIZA; LA INCIDENCIA EN NORUEGA SUECIA Y ALEMANIA SON MODERADAS. EN EUROPA, APARENTEMENTE POLONIA TIENE LA TASA MAS BAJA; FRANCIA, ITALIA Y FINLANDIA TENIAN TASAS BAJAS, LAS CUALES HAN IDO EN AUMENTO; JAPÓN TIENE LA TASA MÁS BAJA DOCUMENTADA EN EL MUNDO, COMPARADOS CON ÉL. CHINA Y ASIA TIENEN UNA TASA MODERADA; EN INDIA, LOS ARIOS TIENEN LA TASA MÁS ALTA, AUNQUE LA ENFERMEDAD NO ES RARA EN OTROS GRUPOS; EN ÁFRICA LA INCIDENCIA ENTRE LOS BANTÚES Y UGANDESES ES CASI TAN BAJA COMO LA JAPONESA; EN CAMBIO EL OESTE DE ÁFRICA, LA ENFERMEDAD ES COMÚN, AL IGUAL QUE ENTRE LOS NEGROS DE AMÉRICA.

ENTRE LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA, CHILE REPORTA UNA INCIDENCIA BAJA, ASÍ COMO PUERTO RICO. EN COLOMBIA Y MÉXICO LAS TASAS SON ALTAS, PERO AÚN CONTINUAN POR DEBAJO DE LOS ÍNDICES EUROPEOS.

EXISTE UNA MORTALIDAD CAMBIANTE ENTRE LA POBLACIÓN INMIGRANTE, FORTALECIÉNDOSE LA INFERENCIA DE QUE EL MEDIO AMBIENTE Ó EL ESTILO DE VIDA, SON DETERMINANTES IMPORTANTES SOBRE EL RIESGO DE C.A. DE MAMA. LAS JAPONESAS QUE VIVEN EN ESTADOS UNIDOS EN LA PARTE CONTINENTAL Y EN HAWAII, TIENEN TASAS DE MORTALIDAD MÁS ALTAS QUE LAS JAPONESAS QUE VIVEN EN JAPÓN Y AÚN SON MÁS ALTAS LAS TASAS PARA JAPONESAS NACIDAS EN ESTADOS UNIDOS QUE PARA LAS INMIGRANTES NACIDAS EN JAPÓN.

## FACTORES ETIOLÓGICOS DEL CÁNCER DE MAMA.

LOS MAYORES PREDICTORES DE RIESGO SON: EDAD, ÁREA GEOGRÁFICA DE RESIDENCIA, EDAD AL PRIMER PARTO, - CIERTOS INDICADORES DE LA ACTIVIDAD OVÁRICA, ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD BENIGNA DE MAMA Y ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER DE MAMA; TAMBIÉN HAY OTRAS HIPÓTESIS ETIOLÓGICAS ESPECÍFICAS, CON LA CONSIDERACIÓN DE QUE LA AUSENCIA DE ELLAS EXPLICA Ó SON CONSISTENTES CON LOS PATRONES DE RIESGO OBSERVADOS. SI EXISTE UN VIRUS CAUSANTE DEL TUMOR, SU EXPOSICIÓN ES PROBABLEMENTE AMPLIAMENTE EXTENDIDA, Y OTROS FACTORES CAUSALES DEBEN SER TOMADOS EN CUENTA. LA EXCRECIÓN DE BAJOS NIVELES DE ANDRÓGENOS Ó SUS METABOLITOS, ESTÁ ASOCIADA CON UN AUMENTO DEL RIESGO DE CA. DE MAMA, PERO QUE PROBABLEMENTE ES UN INDICADOR DE OTROS PATRONES PARTICULARES DEL METABOLISMO DE LOS ESTRÓGENOS; EL PAPEL DE LOS ESTRÓGENOS EXÓGENOS, DE LA PROLACTINA Y DE LA PROGESTERONA, PERMANECE AÚN NO EVALUADO EN EL HUMANO. UN PEQUEÑO NÚMERO DE CASOS DE CÁNCER MAMARIO EN HUMANOS SON PROBABLEMENTE CAUSADOS POR EXPOSICIÓN A ALTOS NIVELES DE RADIACIÓN IONI-

ZANTE. LOS FACTORES FAMILIARES PARECEN ESTAR FUERTEMENTE IMPLICADOS EN MUJERES JÓVENES CON ENFERMEDAD BILATERAL, PERO AÚN EN TALES PACIENTES, LA NATURALEZA DE LOS FACTORES FAMILIARES, GENÉTICOS Ó AMBIENTALES ES DESCONOCIDA.

HASTA AÑOS RECIENTES PARECÍA HABER MUY Poca EVIDENCIA DE PROSPECTOS INMEDIATOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS MAYORES CAUSAS DEL CÁNCER DE MAMA HUMANO, A PESAR DEL ACÚMULO EXPERIMENTAL, EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO, QUE EN EL CASO DEL CÁNCER MAMARIO, ES UNA INFORMACIÓN MÚS EXTENSA QUE LA DISPONIBLE PARA OTRAS ENFERMEDADES. EL TRABAJO EXPERIMENTAL HA SIDO ÚTIL, PRIMERO PARA IDENTIFICAR LA VARIEDAD DE FACTORES PREDISPO-NENTES QUE DEBEN SER TOMADOS EN CUENTA, ASÍ COMO LA MULTIPPLICIDAD DE FACTORES ETIOLÓGICOS (GENES, VIRUS, HORMONAS Y OTROS AGENTES QUÍMICOS; TODOS TIENEN PAPELES SIGNIFICATIVOS BAJO CIERTAS CONDICIONES, PERO CADA ESPECIE ANIMAL ESTUDIADA Ó CEPA, REVELA SUS PROPIAS RESPUESTAS CARACTERÍSTICAS. SE SABE, POR EJEMPLO, QUE LAS JAPONESAS TIENEN TASAS SUSTANCIALMENTE BAJAS-MÁS QUE LAS MUJERES DE OCCIDENTE, QUE EL EMBARAZO EJERCE UN EFECTO PROTECTOR, Y QUE LAS MUJERES CON ALTO STATUS ECONÓMICO, CON ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD BENIGNA DE MAMA Y UN FAMILIAR QUE TENGA C.A. DE MAMA, -

TIENEN UN RIESGO ELEVADO DE CONTRAER LA ENFERMEDAD; DE CUALQUIER MODO LA EXPLICACIÓN DE ÉSTAS ASOCIACIONES PROBADAS ELUSIVAMENTE NO PUEDEN SER MANEJADAS PARA SU PREVENCIÓN. CLÍNICAMENTE, LOS ESFUERZOS PARA CONTROLAR LA ENFERMEDAD POR EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y UNA TERAPIA MÁS EFECTIVA NO HAN REFLEJADO UN DESCENSO EN LAS TASAS DE MORBILIDAD. DE HECHO, LAS MUJERES JÓVENES MOSTRARON SUSTANCIALES AUMENTOS EN INCIDENCIA Y TASA DE MORTALIDAD.

EN LOS ÚLTIMOS AÑOS, ALGUNAS HIPÓTESIS HAN CONJUNTADO LOS FACTORES DE RIESGO DE C.A. DE MAMA A CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LAS MUJERES Y AGENTES MÉDICO-AMBIENTALES. ALGUNAS DE ÉSTAS HIPÓTESIS SON EXPUESTAS A CONTINUACIÓN:

#### HIPÓTESIS DE LA EXPERIENCIA REPRODUCTIVA:

EMBARAZO: UNA DE LAS PRIMERAS CARACTERÍSTICAS CONOCIDAS DE LA EPIDEMIOLOGÍA DEL C.A. DE MAMA, FUÉ LA RELACIÓN INVERSA DEL RIESGO CON LA PARIDAD. EN UN RECIENTE ESTUDIO COLABORATIVO, CONDUCIDO EN VARIAS ÁREAS DEL MUNDO, LAS CUALES TIENEN DIFERENTES TASAS DE INCIDENCIA SE ENCONTRÓ QUE:

- 1.-EL RIESGO DE C.A. DE MAMA AUMENTA CON LA EDAD ALLA QUE LA MUJER TIENE SU PRIMER EMBARAZO A TÉRMINO.

LAS MUJERES QUE TIENEN SU PRIMER HIJO ANTES DE LOS 18 AÑOS, TIENEN CASI UN TERCIO DEL RIESGO DE C.A. DE MAMA DEL QUE TIENEN AQUELLAS CUYO PRIMER PARTO FUÉ RETARDADO HASTA LA EDAD DE 35 AÑOS Ó MÁS.

2.-PARA SER PROTECTOR, EL EMDARAZO DEBE SER ANTES DE LOS 30 AÑOS DE EDAD. EN REALIDAD LAS MUJERES QUE DAN A LUZ DESPUÉS DE LOS 30 AÑOS, TIENEN UN RIESGO DE C.A. DE MAMA MÁS ALTO DEL QUE TIENEN LAS NULÍPARAS.

3.-EL EFECYO PROTECTOR DEL EMDARAZO ESTÁ ESCENCIALMENTE LIMITADO AL PRIMER PARTO; LOS SUBSECUENTES, AÚN A EDAD TEMPRANA, CONFIEREN Poca O NINGUNA PROTECCIÓN ADICIONAL. LA ASOCIACIÓN INVERSA, PREVIAMENTE OBSERVADA ENTRE LA PARIDAD-TOTAL Y EL RIESGO DE C.A. DE MAMA, RESULTA DE LA IMPORTANCIA DE LA EDAD AL PRIMER PARTO, CORRELACIONÁNDOLA CON EL TOTAL DE LA PARIDAD.

4.-LA PROTECCIÓN ES EJERCIDA SÓLO POR UN EMDARAZO A TÉRMINO, EL ADORTO Y EL C.A. DE MAMA NO ESTUVIERON ASOCIADOS EN TODAS LAS ÁREAS DEL MUNDO; Y CUANDO LLEGÓ A OBSERVARSE ALGUNA RELACIÓN, ESTUVO ASOCIADA A UN AUMENTO DEL RIESGO.

5.-LA PROTECCIÓN CONFERIDA POR UN PARTO TEMPRANO-  
SE MANIFIESTA EN TODAS LAS EDADES SUBSECUENTES  
AÚN ENTRE MUJERES DE 75 AÑOS O MÁS.

EL HECHO DE QUE EL EMBARAZO EN LA SEGUNDA DÉCADA-  
DE LA VIDA ESTÁ ASOCIADO A UNA DISMINUCIÓN EN EL  
RIESGO DE C.A. DE MAMA, IMPLICA QUE LOS FACTORES-  
ETIOLÓGICOS OPERAN DURANTE ÉSTE PERÍODO DE LA VI-  
DA; CONSIDERÁNDOSE TAL PERÍODO COMO DE ALTO RIES-  
GO PARA LA INICIACIÓN DEL TUMOR.

EL LARGO INTERVALO ENTRE EL PRIMER EMBARAZO Y LA  
APARICIÓN USUAL DEL CÁNCER CLÍNICO, SUGIERE QUE -  
LOS FACTORES DE RIESGO INVOLUCRADOS EN LA APARI-  
CIÓN DEL TUMOR, PUEDEN TENER UN MECANISMO DIFEREN-  
TE QUIZÁ RELACIONADO A LA PROMOCIÓN DE CÉLULAS YA  
TRANSFORMADAS, MÁS QUE A UNA INICIACIÓN. MIENTRAS  
MÁS EDAD TIENEN LAS MUJERES AL MOMENTO DE EMBARA-  
ZARSE, SON MÁS PROPENSAS A TENER YA CÉLULAS TUMO-  
RALES MODIFICADAS AL EMBARAZO.

HIPÓTESIS DE LA LACTACION:

LA HIPÓTESIS DE QUE LA LACTANCIA DISMINUYE EL ---  
RIESGO DE C.A. DE MAMA HA EXISTIDO DESDE HACE MÁS  
DE 50 AÑOS; ÉSTA TEORÍA FUÉ MUY ATRACTIVA, YA QUE

ES BIOLÓGICAMENTE PLAUSIBLE Y PUEDE EXPLICAR CIERTAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA ENFERMEDAD. ES TUDIOS RECIENTES INDICARON POCO Ó NINGUNA DIFERENCIA ENTRE LA EXPERIENCIA DE LA LACTACIÓN EN PACIENTES -- CON C.A. DE MAMA Y PACIENTES CONTROL. LA MAYOR PARTE DE ESOS ESTUDIOS FUERON EN PAÍSES CON ALTAS TASAS DE CARCINOMA DE MAMA; EN JAPÓN, QUE FUE LA ÚNICA ÁREA -- DE ESTUDIO DE BAJO RIESGO, LA LACTACIÓN PRESENTÓ UN EFECTO PROTECTOR; PROBABLEMENTE PORQUE LA DURACIÓN -- NECESARIA DE LA LACTANCIA SEA TAN LARGA, QUE MUCHAS -- MUJERES DE LAS DE ALTO RIESGO DE LOS ESTADOS UNIDOS, NO PUEDEN LLEVARLA A CABO. POR TANTO SE HA CONCLUIDO QUE LA LACTACIÓN TIENE MUY POCO, SI ALGÚN EFECTO SOBRE EL C.A. DE MAMA, SIENDO UN RIESGO MUY PEQUEÑO -- COMO PARA SER DEMOSTRABLE, AÚN EN GRANDES SERIES DE CASOS Y MUY REDUCIDO COMO PARA EXPLICAR CUALQUIERA -- DE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS MAYORES DE LA ENFERMEDAD.

#### HIPÓTESIS DE LA ACTIVIDAD OVARICA:

OFORRECTOMIA: UNA GRAN EVIDENCIA DE LA INFLUENCIA DEL OVARIO EN EL C.A. DE MAMA, ES LA DISMINUCIÓN EN EL -- RIESGO DE OCURRENCIA SUBSECUENTE A LA MENOPAUSIA QUI-

RÚRGICA. EN 1956 LILIENTFIELD DEMOSTRÓ QUE ÉSTA DISMI-  
NUCIÓN ES MAYOR PARA MUJERES CON MENOPAUSIA INDUCIDA  
ANTES DE LOS 35 AÑOS; PERO TAMBIÉN ES EVIDENTE EL E-  
FECTO PROTECTOR PARA MUJERES SOMETIDAS A CIRUGÍA EN-  
TRE LOS 40 Y 50 AÑOS DE EDAD; EL RIESGO DE C.A. DE -  
MAMA EN MUJERES CON MENOPAUSIA QUIRÚRGICA ANTES DE -  
LA EDAD DE 45 AÑOS, FUÉ SOLO LA MITAD DEL QUE TUVIE-  
RON LAS MUJERES CON MENOPAUSIA NATURAL.

EDAD DE LA MENARCA: LA ASOCIACIÓN DE AUMENTO DEL ---  
RIESGO DE C.A. DE MAMA CON UNA EDAD TEMPRANA A LA ME-  
NARCA, HA SIDO REPORTADA EN MUCHOS CASOS CONTROL. EN  
ALGUNOS ESTUDIOS LAS DIFERENCIAS FUERON PEQUEÑAS, PE-  
RO LA DIRECCIÓN CONSTANTE DE LAS DIFERENCIAS CUANDO-  
SON ENCONTRADAS, SUGIEREN FUERTEMENTE QUE EXISTE TAL  
RELACIÓN. RECIENTEMENTE STASZVAKI ESTIMÓ QUE LAS MU-  
JERES POLACAS CON MENARCA ANTES DE LOS 16 AÑOS DE E-  
DAD TIENEN 1.8 VECES MENOS RIESGO DE C.A. DE MAMA --  
QUE EL QUE TIENEN AQUELLAS CUYA MENARCA FUÉ MÁS TAR-  
DÍA.

EDAD DE LA MENOPAUSIA NATURAL: EL PESO DE LA EVIDEN-  
CIA SUGIERE QUE LAS MUJERES CON MENOPAUSIA NATURAL -  
TARDÍA TIENEN AUMENTO EN EL RIESGO DE C.A. DE MAMA.

TRICOPOLUS Y COLS., ESTIMARON QUE LAS MUJERES CON MENOPAUSIA NATURAL A LA EDAD DE 55 AÑOS O MÁS TIENEN DOS VECES MÁS RIESGO DE C.A. DE MAMA QUE AQUELLAS CON MENOPAUSIA PRESENTADA NATURALMENTE ANTES DE LOS 45 AÑOS.

## DIAGNOSTICO.

LOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO DEL C.A. DE MAMA INCLUYEN UNA HISTORIA CLÍNICA CUIDADOSA, PONIENDO ESPECIAL INTERÉS EN LOS FACTORES DE RIESGO Ó PREDISPONENTES DE C.A. DE MAMA; EL CUADRO CLÍNICO - CUYOS SÍNTOMAS Y SIGNOS CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO DE UN C.A. DE MAMA TEMPRANO DEBEN SER INTERPRETADOS CORRECTAMENTE; LA PRESENCIA DE UNA MASA DESCUBIERTA GENERALMENTE POR LA MISMA PACIENTE - ES UN DATO CLAVE; LOCALIZADA EN EL CUADRANTE SUPERO-EXTERNO EN MÁS DE LA MITAD DE LOS CASOS, -- CASI SIEMPRE DE CONSISTENCIA DURA, SUPERFICIE ANFRACUOSA, MAL DELIMITADA Y POCO MÓVIL Ó FIJA A PLANOS PROFUNDOS;

POR LO GENERAL NO SE ENCUENTRA DOLOR ASOCIADO A LA NEOPLASIA MALIGNA; CUANDO ESTÁ PRESENTE Y TIENE CARACTERÍSTICAS CÍCLICAS, ADEMÁS DE EXACERBACIONES PREMENSTRUALES, CON SEGURIDAD CORRESPONDE A UNA MASTOPATÍA FIBROQUÍSTICA.

SÓLO CUANDO EL CARCINOMA ALCANZA DIMENSIONES MAYORES PRODUCE ALTERACIONES LOCALES COMO DOLOR Ó SENSACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO, PERO NUNCA DE MAYOR

IMPORTANCIA. CUANDO EL TUMOR SE ENCUENTRA CERCAHO A LA PIEL, Ó EN VEICIDAD CON LA ZONA AREOLAR, PRODUCE A SU INICIO DISCRETA REYRACCIÓN Ó INVAGINACIÓN, QUE SE ACENTÚA AL MOVILIZAR LA MAMA DURANTE LA EXPLORACIÓN. EN EL PEZÓN SE PUEDE OBSERVAR CIERTA TEROSIÓN, LA QUE AL PROGRESAR LO DESTRUYE EN SU TOTALIDAD Y - CONSTITUYE UN TIPO ESPECIAL CONOCIDO COMO: ENFERMEDAD DE PAGET.

LA SALIDA DE SECRECIÓN SANGUINOLENTA A TRAVÉS DEL PEZÓN DEBE HACERNOS SOSPECHAR EL DIAGNÓSTICO; Y POR ÚLTIMO, COMO EL C.A. DE MAMA ES PODRE EN CUANTO A SINTOMATOLOGÍA, DEBE HACERSE UNA MAYOR PROMOCIÓN A LA AUTOEXAMINACIÓN DE LA MAMA, ASÍ COMO A LA UTILIZACIÓN POR EL MÉDICO DE LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO Y CABINETE QUE LO LLEVEN A UN DIAGNÓSTICO DE CERTEZA. A GRANDES RAZOS PODEMOS CLASIFICARLOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EN: TÉCNICAS NO INVASIVAS, LAS CUALES ABARCAN: EL AUTOEXÁMEN MAMARIO, LA EXPLORACIÓN POR EL MÉDICO, LA MAMOGRAFÍA, Y LA TERMORAFÍA.

LAS TÉCNICAS INVASIVAS SON: LA BIOPSIA POR AGUJA Y LA BIOPSIA EXCISIONAL.

LAS TÉCNICAS DE LABORATORIO PARA EL DIAGNÓSTICO DE C.A. DE MAMA SON: LA DETERMINACIÓN DE RECEPTORES - ESTROGÉNICOS, DETERMINACIÓN DE ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNICO, DETERMINACIÓN DE FERRITINA Y CALCITONINA. PARA LA Detección DE METÁSTASIS SE UTILIZA - LA RADIOTERAPIA Y EL CENTELLEGRAMA ÓSEO, ASÍ COMO LA T.A.C.

LA UNIÓN INTERNACIONAL DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER,  
(UICC), PARA LA CLASIFICACIÓN DE LA MAGNITUD Y -  
PROPAGACIÓN DE LA NEOPLASIA, EMPLEA LA NOMENCLA-  
TURA TNM DE LA SIGUIENTE MANERA:

- T1: TUMOR DE MENOS DE 2 CM. DE DIÁMETRO, SIN FI-  
JACIÓN A LA PIEL.
- T2: TUMOR DE 2 A 5 CM. DE DIÁMETRO, CON INFILTRA-  
CIÓN Ó ÚLCERA DE PIEL, SIN FIJACIÓN PECTORAL.
- T3: TUMOR DE 5 A 10 CM. DE DIÁMETRO, INFILTRANTE,  
Ó ULCERADO, CON FIJACIÓN PECTORAL.
- T4: TUMOR MAYOR DE 10 CM. DE DIÁMETRO, ATAQUE A-  
LA PIEL QUE NO EXCEDE DE LA MAMA, CON FIJA-  
CIÓN A LA PARED TORÁCICA.

N0: NO HAY ATAQUE GANGLIONAR.

N1: HAY ATAQUE GANGLIONAR AXILAR, PERO SON MÓVILES.

N2: GANGLIOS AXILARES FIJOS.

N3: GANGLIOS SUPRACLAVICULARES, EDEMA DEL BRAZO.

M1: PRESENCIA DE METÁSTASIS, QUE INCLUYEN ATAQUE  
DE LA PIEL MÁS ALLÁ DE LA MAMA Y GANGLIOS --  
DEL LADO CONTRALATERAL.

CON LOS DATOS ANTERIORES, LOS ESTUDIOS CLÍNICOS  
DEL CARCINOMA DE LA MAMA SE DEFINEN COMO SIGUE:

ETAPA CLINICA I: T1 NO MO  
T2 NO MO

ETAPA CLINICA II: T1 N1 MO  
T2 N1 MO

ETAPA CLINICA III: T1 N2-3 MO  
T2 N2-3 MO  
T3 NO-3 MO  
T4 NO-3 MO

ETAPA CLINICA IV:  
CUALQUIER T CON EVIDENCIA DE  
METÁSTASIS A DISTANCIA.

## MATERIAL Y METODOS:

PARA EL PRESENTE TRABAJO SE HAN REVISADO 180 CASOS DE CÁNCER MAMARIO EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL -- HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUEBLA, HOY CENTRO - MÉDICO NACIONAL "GRAL. MANUEL AVILA CAMACHO", VIS- TOS EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO DE 1987, A DICIEMBRE DE 1989; TODOS CON DIAGNÓSTICO DE CÁN- CER MAMARIO COMPROBADO CON ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO REALIZADO EN LA UNIDAD DE PATOLOGÍA DEL MISMO HOS- PITAL, A LOS CUALES SE LES APLICÓ UN CUESTIONARIO- EN UNA FORMA PREVIAMENTE ELABORADA QUE CONTEMPLA - LA IDENTIFICACIÓN DE LOS DIVERSOS FACTORES DE RIES- GO DE CA. MAMARIO, LA FECHA DEL DIAGNÓSTICO, LA E- TAPA INICIAL Y EL REPORTE HISTOPATOLÓGICO TRANSO-- PERATORIO Y DEFINITIVO.

EN ALGUNOS CASOS EL CUESTIONARIO SE LLENÓ DE LOS -- DATOS DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS DEL ARCHIVO DEL - HOSPITAL Y EN OTROS, POR VISITA DOMICILIARIA DIREC- TAMENTE.

SE INCLUYERON TODAS LAS MUJERES A LAS CUALES SE LES DETECTÓ Y CONFIRMÓ EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER MAMARIO EN ESE PERÍODO, MAYORES DE 30 AÑOS DE EDAD, EXCLU-- YENDO A LAS MENORES DE 30 AÑOS, Y A LAS QUE DESARRO

LLARON CÁNCER MAMARIO POR METÁSTASIS DE OTROS CÁNCERES PRIMARIOS .

LAS PACIENTES FUERON VALORADAS PREVIAMENTE EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA Y PROGRAMADAS PARA TOMA DE BIOPSIA EXCISIONAL CON ESTUDIO TRANSOPERATORIO, REPORTÁNDOSE LOS HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS Y ESTABLECIENDO EL ESTADO REAL DEL CÁNCER POR EL SERVICIO DE PATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA RESPECTIVAMENTE.

SE ESTUDIARON TODOS LOS CASOS RETROSPECTIVA Y LONGITUDINALMENTE Y ANALIZANDO LOS FACTORES DE RIESGO DE C.A. MAMARIO EN NUESTRO MEDIO PARA REPRESENTARLOS EN GRÁFICAS Y TABLAS QUE A CONTINUACIÓN SE EXPONEN.

## RESULTADOS.

CON RESPECTO A LA EDAD DE LAS PACIENTES CON CÁNCER MAMARIO EL PROMEDIO DE LAS MISMAS FUÉ DE 52 AÑOS - CON LA DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA POR GRUPOS DE EDAD, COMO SE EXPRESA EN LA GRÁFICA 1, DE UN TOTAL DE 180 CASOS REVISADOS.

EN LO QUE SE REFIERE A LA MENARCA, MENCIONAREMOS - COMO DATO DE INTERÉS EL PROMEDIO DE EDAD EN LAS - PACIENTES CON CÁNCER MAMARIO QUE FUÉ DE 12 AÑOS; - EN ESTA REVISIÓN, LA EDAD DE MENOR PRESENTACIÓN - FUÉ DE 9 AÑOS Y LA MAYOR DE 17 AÑOS LO QUE MUESTRA UNA MENARCA TEMPRANA EN UN 74% DE LOS CASOS, Ó SEA, EN 133 MUJERES; LA MENARCA TARDÍA, DE LOS 14 AÑOS - EN ADELANTE, SE PRESENTÓ EN 45 PACIENTES LO QUE NOS DÁ UN PORCENTAJE DE 26%, COMO SE MUESTRA EN LA - GRÁFICA NÚMERO 2.

POR LO QUE TOCA AL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES, LAS EDADES DE INICIO DE VIDA SEXUAL VARIARON - DE LOS 16 AÑOS A LOS 32 AÑOS DE EDAD, OBTENIÉNDOSE UN PROMEDIO DE 24 AÑOS; 18 PACIENTES NEGARON HABER TENIDO VIDA SEXUAL. VER GRÁFICA NÚMERO 3.

REVISANDO LOS CICLOS MENSTRUALES DE LA MAYORÍA DE LAS MUJERES, ENCONTRAMOS QUE 12 DE ELLAS TIENEN CON FUSIÓN SOBRE SU IRREGULARIDAD Ó REGULARIDAD MENS-- TRUAL; EN UN 90% TUVIERON CICLOS MENSTRUALES REGU-- LARES Y SOLAMENTE UN 3% FUERON IRREGULARES; EL PRO-- MEDIO DEL CICLO MENSTRUAL EN LAS PACIENTES REGULA-- RES FUÉ DE 30:4.

EN LO QUE RESPECTA AL NÚMERO DE GESTACIONES EN LAS-- PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA, 113 PACIENTES QUE FOR-- MAN UN 67% TUVIERON CUATRO Ó MÁS GESTACIONES; UN -- NÚMERO DE 39 PACIENTES QUE NOS DA UN 22% TUVO ENTRE UNA A TRES GESTACIONES Y UN 15% DE LAS PACIENTES -- FUERON NULÍPARAS; LA MEDIA DE GESTACIONES RESULTÓ -- EN 4 EMBARAZOS A TÉRMINO , VER GRÁFICA NÚM. 4

SE HA DANEJADO TAMBIÉN LA EDAD EN QUE SE TIENE EL -- PRIMER EMBARAZO A TÉRMINO, COMO UN MECANISMO "PRO-- YECTOR" PARA CÁNCER MAMARIO; SE DICE QUE UN EMBARA-- ZO A TÉRMINO ANTES DE LOS 30 AÑOS TIENE ÉSTE EFECTO NO SUCEDIENDO ASÍ SI EL EMBARAZO OCURRE DESPUÉS DE-- LOS 30 AÑOS; REVISANDO LO ANTERIOR SE ENCONTRÓ:

QUE LA EDAD DEL PRIMER PARTO A TÉRMINO EN LA GRAN --  
MAYORÍA DE LAS MUJERES FUÉ ANTES DE LOS 30 AÑOS Y SO-  
LAMENTE UN 14% TUVO SU PRIMER PARTO A TÉRMINO DESPUÉS  
DE ÉSTA EDAD. VER GRÁFICA NÚM. 5

RESPECTO A LA LACTANCIA LOS RESULTADOS PROMEDIO Y --  
NÚMERO DE CASOS FUERON COMO SIGUE: 129 PACIENTES QUE  
CORRESPONDEN A UN 72% LACTARON A SUS HIJOS; EL 44% -  
DE ÉSTAS, LO HICIERON REGULARMENTE Y EL 28% EN FORMA  
IRREGULAR. UN TOTAL DE 50 PACIENTES NO TUVO LACTANCIA  
LO QUE NOS DA UN 28%. VER GRÁFICA NÚM. 6

TAMBIÉN SE HA MENCIONADO LA MENOPAUSIA Y ESPECÍFICA-  
MENTE LA EDAD EN QUE SE PRESENTA ÉSTA, POR ARRIBA Ó  
POR DEBAJO DE LOS 50 AÑOS, COMO FACTOR RELACIONADO-  
Ó NO CON CÁNCER MAMARIO; EN ESTE TRABAJO ENCONTRA--  
MOS: QUE HUBO 101 PACIENTES MENOPÁUSICAS, Ó SEA UN-  
56% DEL TOTAL; EN RELACIÓN CON LA EDAD DE APARICIÓN  
UN 69% QUE CORRESPONDE A 70 PACIENTES LA PRESENTA--  
RON POR ARRIBA DE LOS 50 AÑOS Y UN 31% QUE CORRES--  
PONDE A 31 PACIENTES POR DEBAJO DE LOS 50 AÑOS.  
VER GRÁFICA NÚM. 7

LOS ANTECEDENTES ONCOLÓGICOS, QUE SE ENCUENTRAN BIÉN ESTABLECIDOS EN TODO EL MUNDO COMO FACTOR DE RIESGO- IMPORTANTE EN EL CÁNCER MAMARIO; EN ÉSTE TRABAJO SE- REVISARON ENCONTRÁNDOSE LOS SIGUIENTES DATOS: 108 -- PACIENTES DEL TOTAL, QUE CORRESPONDEN A UN 60%, TU- VIERON ANTECEDENTES DE CÁNCER EN LA FAMILIA Y DE ÉS- TAS, 39 PACIENTES QUE CORRESPONDEN A UN 36% TUVIERON ESPECÍFICAMENTE ANTECEDENTE DE CÁNCER MAMARIO EN O- TRAS MUJERES DE SU FAMILIA; EL RESTO, O SEA, UN TO- TAL DE 72 PACIENTES, LAS CUALES REPRESENTAN UN 40% - NEGARON ANTECEDENTES DE ÉSTE TIPO. VER GRÁFICA NÚM.8

RESPECTO A LOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES JÓVENES, - NO SE HA DEMOSTRADO QUE PUEDAN TENER EFECTO DE RIES- GO EN CUANTO A CÁNCER MAMARIO; EN CAMBIO EN MUJERES- POR ARRIBA DE LOS 50 AÑOS; LOS HORMONALES PARECEN ES- TAR INDISCUTIDOS COMO UN FACTOR DE RIESGO IMPORTANTE. EN ESTA REVISIÓN SE ENCONTRARON LOS SIGUIENTES DATOS: ENTRE LAS PACIENTES QUE TIENEN ANTECEDENTE POSITIVO - DE ADMINISTRACIÓN DE HORMONALES, LA DE MENOR EDAD FUE DE 31 AÑOS Y LA DE MAYOR EDAD DE 59 AÑOS, EN UN TOTAL DE 67 MUJERES LO QUE REPRESENTA UN 34%, EN TANTO QUE- 109 MUJERES NEGARON LA INGESTA Ó ADMINISTRACIÓN DE -- HORMONALES REPRESENTANDO UN 60% DEL TOTAL. VER GRÁ- FICA NÚM. 9 .

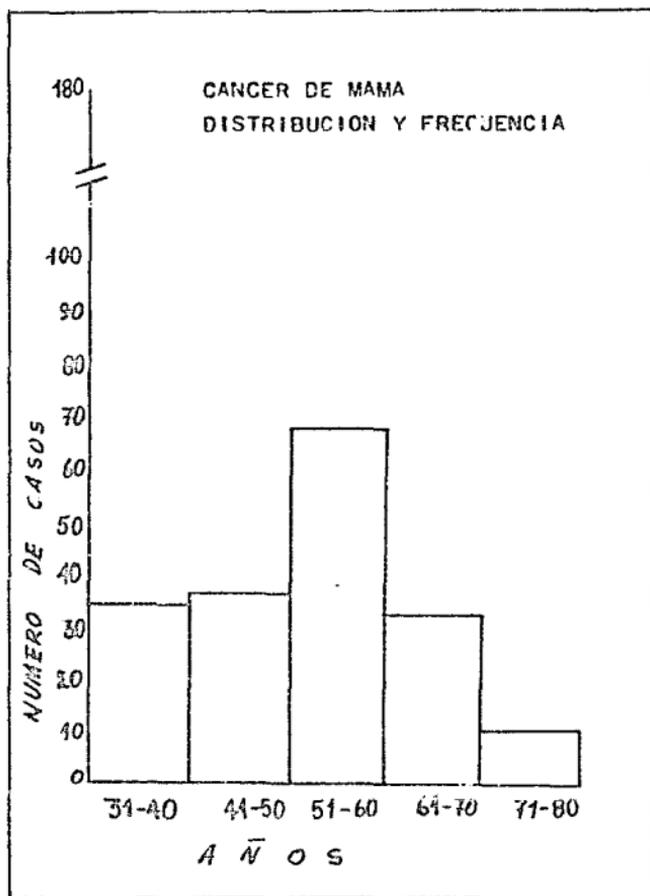
LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS INICIALES PREDOMINANTES EN LAS PACIENTES ESTUDIADAS, FUERON EL TUMOR, LA ASOCIACIÓN DE TUMOR Y DOLOR Y OTROS SÍNTOMAS COMO DESCARGAS Ó - EROSIÓN DEL PEZÓN, PRURITO, EDEMA, PERDIDA DE PESO, - ANOREXIA, ADINAMIA, ETC. EN ESTE TRABAJO SE ENCONTRÓ QUE LA MAYORÍA DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS, ESPECIALMENTE LOS GRUPOS DE EDAD DE 31-40 Y 71-80 AÑOS, EL SÍNTOMA PRINCIPAL FUÉ LA PRESENCIA DE TUMOR DE DIMENSIONES FÁCILMENTE DETECTABLE AL INICIO DE SU PADECIMIENTO EN APROXIMADAMENTE UN 76% DE LAS PACIENTES -- DE ESTOS GRUPOS DE EDAD; EN LOS GRUPOS DE EDAD INTERMEDIOS DE 41-50; 51-60 Y 61-70 LA SINTOMATOLOGÍA INICIAL FUÉ ASOCIADA DOLOR-TUMOR, SIENDO PRECEDIDA POR MANIFESTACIONES GENERALES Ó LOCALES COMO DESCARGAS ANORMALES POR EL PEZÓN, MASTALGIA, FEBRÍCULA, -- PÉRDIDA DE PESO, ETC; VER GRÁFICA NÚM. 10.

LA ETAPA CLÍNICA EN QUE FUERON DIAGNOSTICADAS ÉSTAS PACIENTES FUÉ PREDOMINANTEMENTE EN LAS ETAPAS II Y III EN UN 73% Y EN UN 23% PARA LA ETAPA CLÍNICA IV; UN 4% FUÉ NO CLASIFICABLE. VER GRÁFICA NÚM. 11 . ESTA CLASIFICACIÓN SE HIZO DE ACUERDO A LAS SIGLAS-TNM.

EN CUANTO AL LAPSO DE TIEMPO COMPRENDIDO ENTRE LA SINTOMATOLOGÍA INICIAL Y EL DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DEL CÁNCER GÁSTRICO, ENCONTRAMOS EN ESTE GRUPO DE PACIENTES QUE UN 22% FUE DIAGNOSTICADA EN EL PRIMER TRIMESTRE, UN 15% EN EL SEGUNDO TRIMESTRE, UN 11% EN EL TERCER TRIMESTRE Y UN 9% EN EL CUARTO TRIMESTRE DE SU ENFERMEDAD, CORRESPONDIENDO A UN 57% DE CASOS DIAGNOSTICADOS EN UN AÑO DE DISTANCIA A PARTIR DEL SÍNTOMA Ó SIGNO INICIAL. EN EL SEGUNDO AÑO SE DIAGNOSTICÓ EL 43% . VER GRÁFICA NÚM. 12.

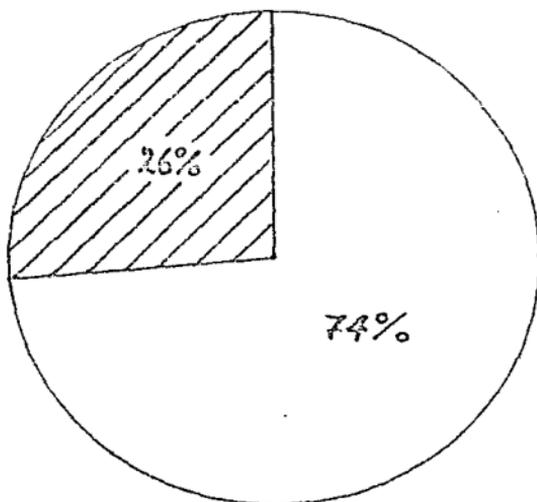
AL REVISAR LA OPORTUNIDAD DEL DIAGNÓSTICO EN RELACIÓN A LA INFORMACIÓN ACERCA DEL CÁNCER GÁSTRICO CON QUE CONTABAN NUESTRAS PACIENTES, ENCONTRAMOS QUE: EL 31% DE LAS PACIENTES CONTABAN CON UNA INFORMACIÓN ADECUADA Y EN ESTE CASO, EL DIAGNÓSTICO FUE OPORTUNO EN EL 45% DE LOS CASOS. EL 35% TENÍA INFORMACIÓN PERO ERA DEFICIENTE Y AQUÍ EL DIAGNÓSTICO OPORTUNO SE REALIZÓ SÓLO EN EL 30% DE LOS CASOS; UN 34% DE LAS PACIENTES NO TENÍA NINGUNA INFORMACIÓN Y EN ESTE CASO LA OPORTUNIDAD DEL DIAGNÓSTICO DISMINUYÓ A UN 3%. VER GRÁFICA NÚM.13

EN CUANTO A LA ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES COMO UN FACTOR DE RIESGO RELACIONADO CON EL DIAGNÓSTICO OPORTUNO Ó TARDÍO, EN ESTE TRABAJO ENCONTRAMOS QUE: UN 29% DE LOS CASOS DE CÁNCER UTERINO LAS PACIENTES NO TENÍAN NINGUNA ESCOLARIDAD, ERAN ANALFABETAS; EN UN 40% TENÍAN PRIMARIA INCOMPLETA; UN 21% CONTADA CON HABER TERMINADO LA EDUCACIÓN PRIMARIA Y UN 7% HABÍA TERMINADO LA SECUNDARIA; SÓLO UN 3% HABÍA CURSADO UNA CARRERA TÉCNICA Ó PROFESIONAL . VER GRÁFICA NÚM. 14.



GRÁFICA NÚM. 1

CANCER DE MAMA.  
EDAD DE LA MENARCA.



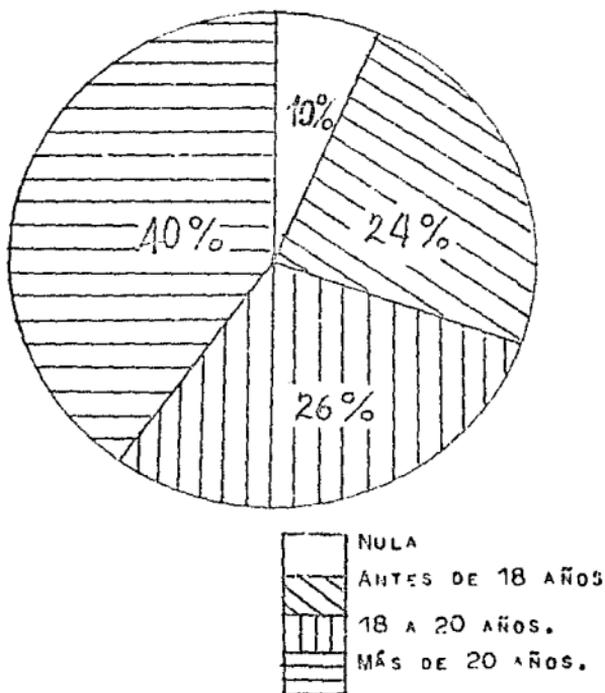
TARDÍA  
TEMPRANA



GRÁFICA NO. 2

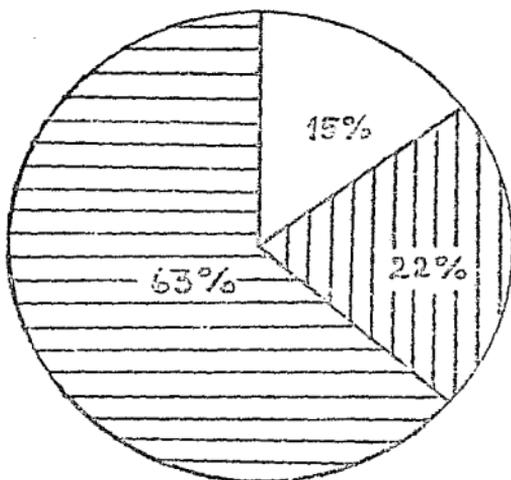
CANCER DE MAMA.

EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL.



GRÁFICA NÚM. 3

**CANCER DE MAMA.  
NUMERO DE GESTACIONES.**

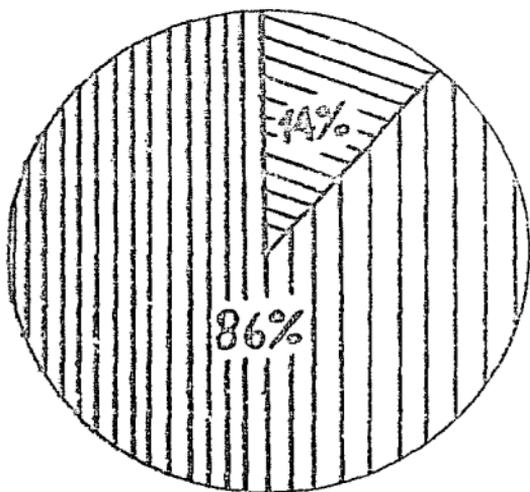


CERO  
UNA A  
TRES  
CUATRO 6+



GRAFICA NÚM. 4

CANCER DE MAMA.  
EDAD DEL PRIMER PARTO A TERMINO.



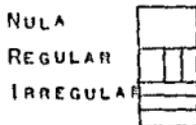
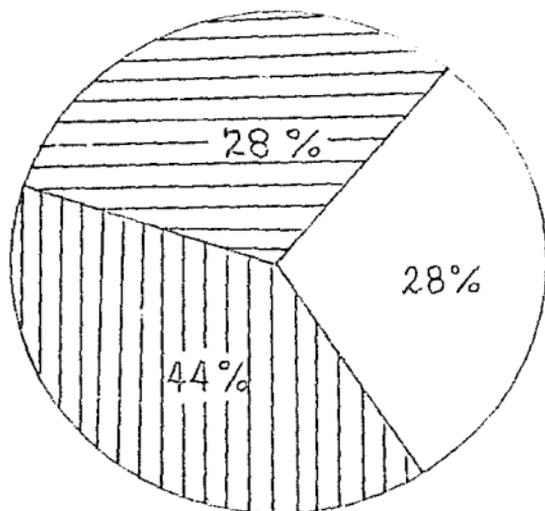
ANTES DE  
30 AÑOS.



DESPUÉS DE  
30 AÑOS.

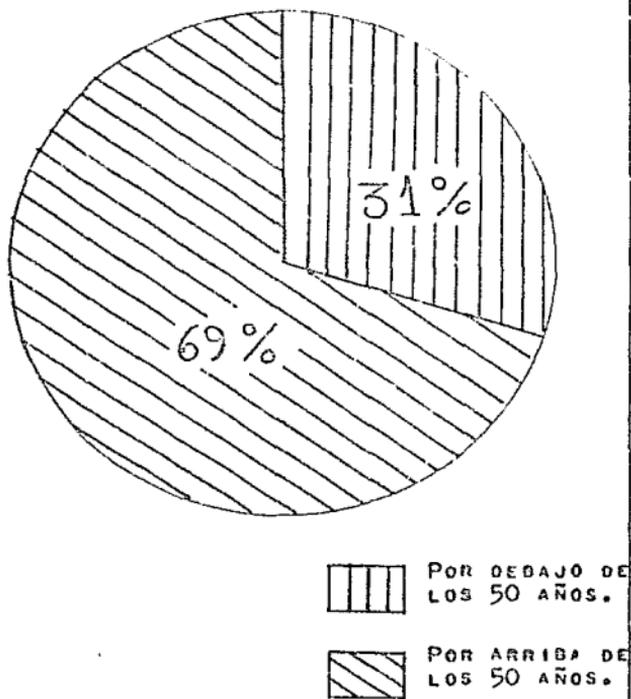
GRÁFICA No. 5

CANCER DE MAMA.  
LACTANCIA.



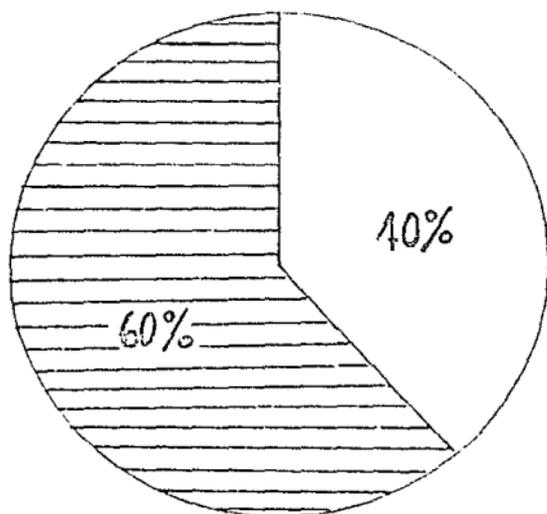
GRÁFICA NÚM. 6

CANCER DE MAMA.  
EDAD EN QUE SE PRESENTÓ LA  
MENOPAUSIA.



GRÁFICA NÚM. 7

ANTECEDENTES ONCOLOGICOS  
FAMILIARES.



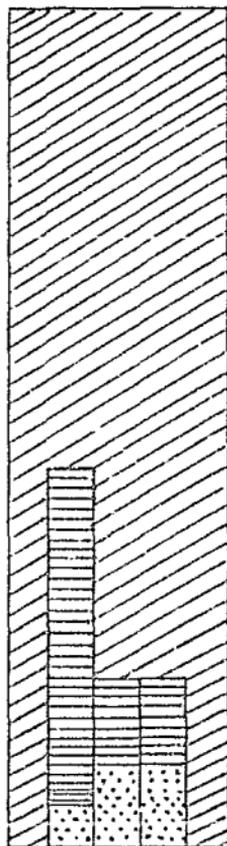
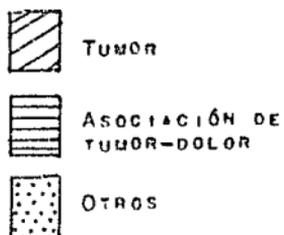
POSITIVO   
NEGATIVO 

GRÁFICA NO. 8

| INGESTION DE HORMONALES |                |       |       |       |       |
|-------------------------|----------------|-------|-------|-------|-------|
| PERÍODO DE INGESTIÓN    | GRUPOS DE EDAD |       |       |       |       |
|                         | 31-40          | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 |
| NEGATIVO                | 7              | 40    | 20    | 31    | 10    |
| HASTA 1 AÑO             | 8              | 19    | 7     | -     | -     |
| DE 1 A 3 AÑOS           | 17             | -     | 0     | -     | -     |
| + DE 3 AÑOS             | 2              | 9     | -     | -     | -     |

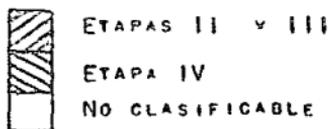
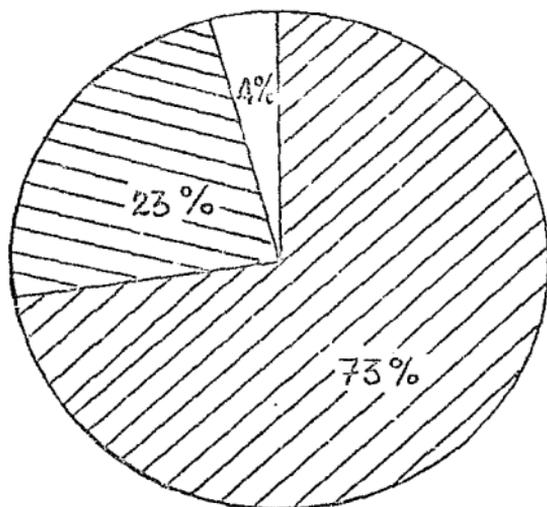
GRÁFICA NÚM. 9

CANCER DE MAMA  
SIGNOS Y SINTOMAS  
INICIALES



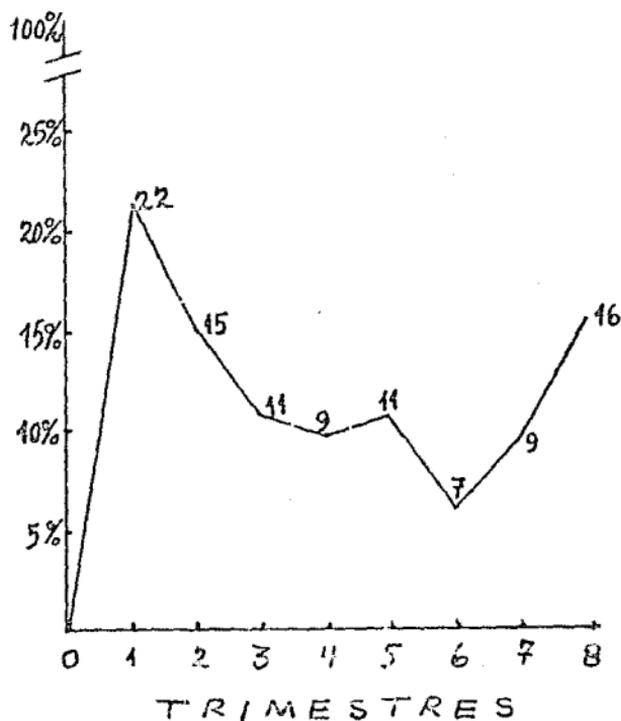
GRÁFICA NÚM. 10

CANCER DE MAMA.  
ETAPA CLINICA AL DIAGNOSTICO.



GRÁFICA NÚM. 11

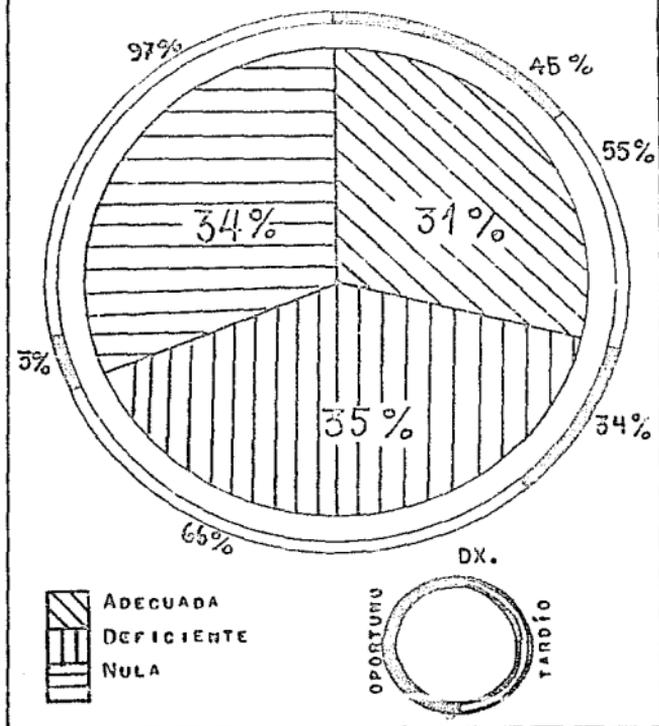
GANCER DE MAMA. LAPSO ENTRE  
SINTOMATOLOGIA Y DIAGNOSTICO



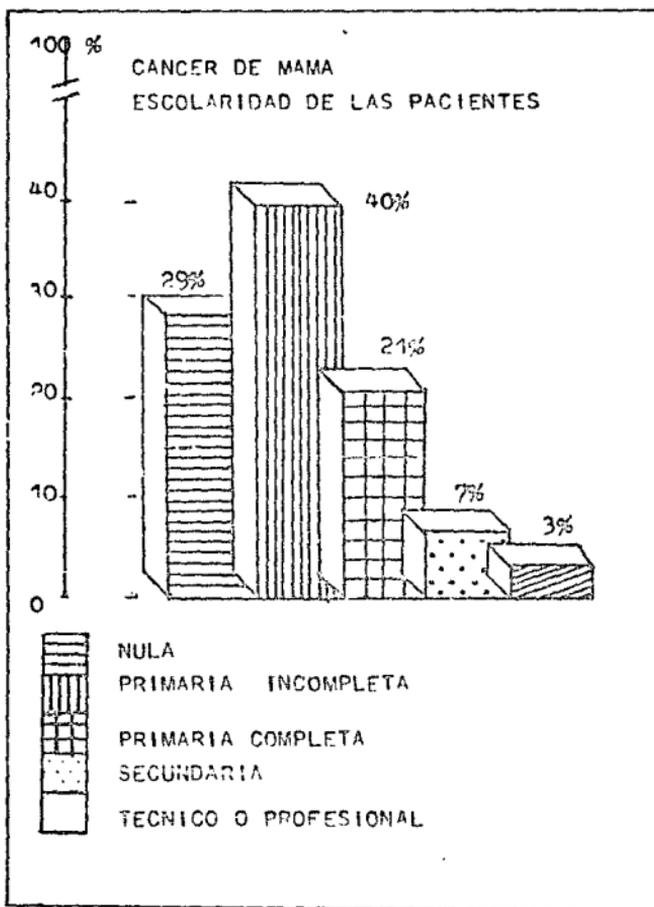
GRÁFICA NÚM. 12

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CANCER DE MAMA. OPORTUNIDAD DE  
SU DIAGNOSTICO EN RELACION A LA  
INFORMACION DE LAS PACIENTES.



GRÁFICA NÚM. 13



GRÁFICA NÚM. 14

## DISCUSION Y ANALISIS.

COMO CASI TODOS LOS PADECIMIENTOS NEOPLÁSICOS MALIGNOS, EL CÁNCER MAMARIO TIENE UNA FRECUENCIA PARTICULARMENTE ELEVADA EN LOS GRUPOS DE POBLACIÓN DE EDAD AVANZADA. SIN EMBARGO, EMPIEZA A SER ESTADÍSTICAMENTE IMPORTANTE EN LA TERCERA DÉCADA DE LA VIDA Y ALCANZA SU MÁXIMA EXPRESIÓN PROMEDIO EN LA QUINTA Y SEXTA DÉCADAS DE LA VIDA. EN ESTE ESTUDIO ENCONTRAMOS EN PROMEDIO LA EDAD DE 52 AÑOS, AL MOMENTO DE LA DETECCIÓN HISTOPATOLÓGICA POR BIOPSIA EXCISIONAL, COINCIDIENDO ÉSTO CON LA EDAD DE APARICIÓN DE ESTE TIPO DE NEOPLASIA.

EN LA BÚSQUEDA DE FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS DEL CÁNCER MAMARIO, SE HA OBSERVADO QUE LAS PACIENTES TIENEN UN AUMENTO DEL RIESGO DE PADECERLO CUANDO LA MENARQUIA APARECE EN ÉPOCAS TEMPRANAS, ES PRECISAMENTE EL FENÓMENO HORMONAL PROPIO DE LA MENARCA, EL QUE CONSTITUYE EL ESTÍMULO PARA EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL EPITELIO CANALICULAR Y LOS ALVEOLOS MAMARIOS. EN LOS ÚLTIMOS AÑOS LA FECHA DE COMIENZO DE LA MENARCA HA DISMINUIDO EN LOS ESTADOS UNIDOS Y TAMBIÉN EN OTRAS PARTES DEL MUNDO. SE HA DEMOSTRADO QUE LA EDAD EN QUE COMIENZAN LAS MENSTRUACIONES GUARDA RELACIÓN DIRECTA CON LOS PATRONES DE CRECIMIENTO DE LA NIÑEZ.

HAY UNA PROPORCIÓN CRÍTICA ENTRE EL PESO Y LA TALLA CORPORAL QUE ES NECESARIO PARA QUE SURJA LA MENARCA. OBTIENIENDO, LA MEJOR NUTRICIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE NIÑAS PUEDEN SER FACTORES QUE SE HAYAN COMBINADO PARA HACER QUE SURJA LA MENARCA EN EDAD MÁS TEMPRANA. EN ESTA REVISIÓN, LA EDAD DE MEJOR PRESENTACIÓN FUÉ DE 9 AÑOS Y LA MAYOR DE 17 AÑOS, CON UN PROMEDIO DE 12 AÑOS, LO QUE EPIDEMIOLOGICAMENTE CONCUERDA CON LA LITERATURA MUNDIAL.

CON RESPECTO AL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES, PROBABLEMENTE TENGA RELACIÓN INDIRECTA CON LA EDAD DEL PRIMER EMBARAZO A TÉRMINO Y EL NÚMERO DE GESTACIONES, COMO VEREMOS Y ANALIZAREMOS MÁS ADELANTE.

REVISANDO SI LOS CICLOS MENSTRUALES TIENEN RELACIÓN EPIDEMIOLOGICA EN CUANTO A CÁNCER MAMARIO, NO ENCONTRAMOS ALCUNA ASOCIACIÓN AL RESPECTO, EN CUANTO A CICLOS MENSTRUALES REGULARES Ó IRREGULARES, YA QUE EN ESTE ESTUDIO NO HAY DIFERENCIA SIGNIFICATIVA EN ESTE ASPECTO.

DURANTE VARIOS AÑOS LOS ESTADÍSTICOS HAN SEÑALADO LA DISMINUCIÓN DEL RIESGO QUE CONLLEVA EL MAYOR NÚMERO DE HIJOS PROCREADOS, Y EL MAYOR RIESGO A QUE-

ESTÁN EXPUESTAS LAS SOLTERAS Ó QUE NO HAN PROCREADO HIJOS, PUES EXISTE UNA PROTECCIÓN QUE EL EMBARAZO PROPORCIONA CONTRA DICHO RIESGO; PERO SE REFIERE FUNDAMENTALMENTE A QUE LA PRIMERA GESTACIÓN OCURRA EN ÉPOCAS TEMPRANAS DE LA VIDA. ESTE ESTUDIO REPORTA UN PROMEDIO DE GESTACIONES DE 4, CON UN PORCENTAJE DE NULIPARIDAD DE 15%. ESTADÍSTICAMENTE CON UNA  $\chi^2$  IGUAL A 1.11 LO QUE DEMUESTRA QUE NO TIENE SIGNIFICANCIA.

SE HA DEMOSTRADO HEYAMENTE QUE EL EFECTO PROTECTOR DE LA PARIDAD DEPENDE DE LA EDAD EN QUE HABÍA NACIDO EL PRIMER HIJO. LAS MUJERES QUE HADIAN PROCREADO UN HIJO ANTES DE LOS 30 AÑOS DE EDAD, VENIAN, EN PROMEDIO, 50% DEL RIESGO DE LA MUJER NULIPARA. LOS ABORTOS TEMPRANOS ANTES DEL PRIMER EMBARAZO DE TÉRMINO NO EJERCEN EFECTO PROTECTOR ALGUNO. CUANDO EL PRIMER EMBARAZO SE PRESENTA DESPUÉS DE LOS 30 AÑOS DE EDAD, LA MUJER PIERDE EL EFECTO PROTECTOR DEL MISMO Y ADQUIERE EL RIESGO DE LA NULIPARA. EN ESTE ESTUDIO, EN LOS DOS GRUPOS DE PACIENTES, SE REPORTÓ UNA ESTADÍSTICA DE  $\chi^2$  IGUAL A 6.2 PARA TOMARLO COMO UN FACTOR EPIDEMIOLÓGICO IMPORTANTE, LO QUE CONCUERDA CON LA LITERATURA MUNDIAL. EXISTEN DIFERENCIAS MARCADAS DE FRECUENCIA DE CÁN-

GER MAMARIO ENTRE LOS PAÍSES EN QUE POR COSTUMBRE -  
LA POBLACIÓN FEMENINA AMAMANTA A SUS HIJOS POR TIEM-  
POS PROLONGADOS Y AQUELLOS QUE POR SITUACIONES PAR-  
TICULARES LA LACTANCIA NO SE LLEVA A CABO, YA QUE -  
AL PARECER, EN PACIENTES DE BAJOS RECURSOS SOCIOE-  
CONÓMICOS ES MÁS FRECUENTE ÉSTA; SIENDO LAS PACIEN-  
TES QUE INTEGRAN ESTE ESTUDIO DE ÉSTE MEDIO, ENCON-  
TRAMOS EN LOS DOS GRUPOS DE PACIENTES REVISADOS, U-  
NA  $\chi^2$  DE .47, LO QUE ESTADÍSTICAMENTE NO TIENE IM-  
PORTANCIA COMO FACTOR EPIDEMIOLÓGICO PARA CÁNCER DE  
MAMA, AUNQUE ACTUALMENTE SEA UN TEMA DE CONTROVER-  
SIA.

DESDE HACE AÑOS SE HA SABIDO DE LA RELACIÓN ENTRE -  
MENOPAUSIA Y CÁNCER MAMARIO. LAS MUJERES CUYA MENO-  
PAUSIA NATURAL OCURRE ANTES DE LOS 45 AÑOS AL PARE-  
CER TIENEN SOLAMENTE 50% DE PELIGRO DE SUFRIR CÁN-  
CER DE MAMA, EN COMPARACIÓN CON AQUELLAS CUYA MENO-  
PAUSIA OCURRE DESPUÉS DE LOS 50 AÑOS. LA EDAD DE LA  
MENARCA NO GUARDA CORRELACIÓN CON LA EDAD EN QUE --  
SURGE LA MENOPAUSIA; DE ESTE MODO, LAS MUJERES CON-  
40 AÑOS Ó MÁS, CON MENSTRUACIÓN ACTIVA, TIENEN UN -  
RIESGO DOBLE QUE LAS QUE HAN MOSTRADO ACTIVIDAD ---  
MENSTRUAL DURANTE MENOS DE 30 AÑOS. SE HA SEÑALADO-

QUE LA MENOPAUSIA ARTIFICIAL POR OOFORRECTOMÍA BILATERAL AMINORA NOTABLEMENTE EL CÁNCER DE MAMA ; EN LAS MUJERES EN QUE SE EXTIRPARON LOS OVARIOS ANTES DE LOS 75 AÑOS DE EDAD, LA CIFRA DE CÁNCER MAMARIO DISMINUYÓ EN UN 70%, SEGÚN LO REPORTADO EN LA LITERATURA MUNDIAL. EN EL GRUPO ESTUDIADO, DE 180 PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA SE ENCONTRARON AL MOMENTO DEL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO, 101 PACIENTES MENOPÁUSICAS, LO QUE CORRESPONDE A UN 56% DEL TOTAL; EN RELACIÓN CON LA EDAD DE APARICIÓN, 70 PACIENTES LA PRESENTARON ARRIBA DE LOS 50 AÑOS, Y 31 PACIENTES POR DEBAJO DE ESTA EDAD; ESTADÍSTICAMENTE ÉSTO NOS DÁ UNA  $\chi^2$  DE 2.48 , LO QUE TIENDE A SER SIGNIFICATIVO EN COMPARACIÓN CON LO MENCIONADO ANTES.

NO HAY PRUEBAS CONCLUYENTES DE QUE EL CÁNCER MAMARIO SEA UN PADECIMIENTO HEREDITARIO, SIN EMBARGO, ES BIÉN CONOCIDO QUE HAY UN AUMENTO EN LA FRECUENCIA DEL MISMO EN RELACIÓN CON LA POBLACIÓN GENERAL, EN LAS PERSONAS EN CUYOS ASCENDIENTES EXISTE EL ANTECEDENTE DE HABERLO PADECIDO. SE MENCIONA QUE EL RIESGO ES DE 2 A 3 VECES MÁS ALTO EN UNA MUJER CUANDO REÚNE LAS CARACTERÍSTICAS DE CÁNCER MAMARIO FAMILIAR. POR OTRO LADO LOS CASOS BILATERALES DEL PADECIMIENTO DETERMINAN, -

EN LOS DESCENDIENTES, UNA ELEVACIÓN DE 6 A 9 VECES EL RIESGO NORMAL Y LOS CASOS NUEVOS SE OBSERVAN EN ÉPOCAS MÁS TEMPRANAS DE LA VIDA. SIN DUDA, HAY UNA ASOCIACIÓN DE FIDOLE FAMILIAR EN LAS PACIENTES CON C.A. MAMARIO; EN EL GRUPO ESTUDIADO, DE 180 PACIENTES CON CÁNCER MAMARIO, EL 60% , O SEA 108 PACIENTES TUVIERON ANTECEDENTES DE UN CÁNCER EN LA FAMILIA, Y DE ÉSTAS, 39 PACIENTES, LAS CUALES REPRESENTAN UN 36% , TUVIERON ANTECEDENTES DE CÁNCER MAMARIO EN LA FAMILIA, LO CUAL CONCUERDA CON LO REPORTADO EN LA LITERATURA MUNDIAL.

EXISTE UNA AMPLIA Y DEBATIDA LITERATURA EN RELACIÓN AL PAPEL QUE EVENTUALMENTE PUDIERAN TENER LOS ESTRÓGENOS Y LOS CONTRACEPTIVOS HORMONALES EN LA VARIACIÓN DE LA FRECUENCIA DEL CÁNCER MAMARIO DE LAS POBLACIONES SOMETIDAS A SU ACCIÓN. ESTE TRABAJO REPORTÓ QUE 67 MUJERES CON CÁNCER MAMARIO AFIRMARON HABER INGERIDO HORMONALES LO QUE REPRESENTA UN 34% ; EN TANTO QUE 109 MUJERES NEGARON LA INGESTA LO QUE NOS DÁ UN 60 % .

EN CUANTO A LA EDAD, EN ESTE GRUPO DE PACIENTES ESTUDIADAS, LA DE MENOR EDAD FUÉ DE 30 AÑOS Y LA DE MAYOR EDAD DE 9 AÑOS CON UNA MEDIA DE 49 AÑOS.

EN CUANTO A LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS INICIALES, LOS PRE-  
DOMINANTES EN LA MAYORÍA DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS,  
LA PRESENCIA DE TUMOR EN UN 76% DE LAS PACIENTES, LA  
MAYOR PARTE DETECTADOS POR ELAS MISMAS, EN TANTO --  
QUE LA ASOCIACIÓN DE TUMOR Y DOLOR SE DIÓ EN UN 10%,  
Y LAS DESCARGAS Ó EROSIÓN DEL PEZÓN EN UN 1% Y 5% RES-  
PECTIVAMENTE. LA OPORTUNIDAD DEL DIAGNÓSTICO ESTÁ EN  
ESTE CASO MUY LIGADA A LA INFORMACIÓN DE LAS PACIEN-  
TES SOBRE EL CÁNCER MAMARIO, LA DETECCIÓN DEORTUNA Y  
SU PROPIA ESCOLARIDAD, YA QUE ENCONTRAMOS QUE DE UN-  
TOTAL DE 180 PACIENTES, UN 31% CONTABA CON INFORMA-  
CIÓN ADECUADA Y EN ESTE GRUPO EL DIAGNÓSTICO OPORTU-  
NO SE DIÓ EN UN 45%; EN CAMBIO EL 59% QUE NO CONTABA  
CON INFORMACIÓN Ó ERA DEFICIENTE, EL DIAGNÓSTICO FUE  
TARDÍO, LO CUAL CONCUERDA CON LA LITERATURA MUNDIAL.

- 8.-EL CARCINOMA Y ADENOCARCINOMA DUCTAL OCUPAN EL PRIMER LUGAR EN FRECUENCIA, CON UN PORCENTAJE DEL 70% DE TODOS LOS CASOS REVISADOS.
- 9.-EL 73% DE NUESTRAS PACIENTES SE ENCUENTRAN EN ETAPAS CLÍNICAS II Y III Y AUMENTA AL 96% SI AGREGAMOS LA ETAPA IV.
- 10.-LA INSUFICIENTE INFORMACIÓN DE LAS PACIENTES PREVIA A SU PADECIMIENTO ACTUAL, LA MALA CALIDAD DE ÉSTA INFORMACIÓN Y SU IMPORTANTE CORRELACIÓN CON LA OPORTUNIDAD DEL DIAGNÓSTICO, PROPICIA LO ANTERIOR.
- 11.-EL RETRASO EN LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN MÉDICA, ASÍ COMO EL LAPSO PROLONGADO EN LA ESTRUCTURACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE LA NEOPLASIA, SON FACTORES QUE UNIDOS A LOS ANTERIORES, DETERMINAN EL DIAGNÓSTICO TARDÍO DE NUESTRAS PACIENTES Y SU FATAL PRONÓSTICO.
- 12.-CONCLUYENDO QUE LA METODOLOGÍA DE ESTUDIO Y LOS PROGRAMAS DE DETECCIÓN OPORTUNA, ASÍ COMO EL MANEJO DE LAS PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO POR EL MÉDICO FAMILIAR, HAN SIDO ACTUALMENTE INEFICACES PARA DIAGNOSTICAR EN FORMA OPORTUNA EL CÁNCER DE MAMA, DEBIÉNDOSE DAR MÁS EDUCACIÓN PARA LA SALUD A

NUESTRAS PACIENTES Y FOMENTAR LA EDUCACIÓN MÉDICA -  
CONTINUA PARA LOS MÉDICOS FAMILIARES EN ESTE ASPEC-  
TO .

## BIPLIOGRAFIA

- 1.-ACKERMAN V, LAUREN Y DEL REGATO J. DIAGNOSIS, PROGNOSIS AND TREATMENT 4A ED. ST LOUIS: C.V. MOSBY COMPANY, 1979: 830-835.
- 2.-AMERICAN CANCER SOCIETY. FACTS AND FIGURES 1989. ATLANTA GA. PAG. 3.
- 3.-SCHWARTZ AG KING MC, BELLE SH, DIVISION OF EPIDEMIOLOGY; MICHIGAN CANCER FOUNDATION, DETROIT 48201 RISK OF BREAST CANCER TO RELATIVES OF YOUNG BREAST CANCER PATIENTS. JNCI 1985; 75-4 : 665-8
- 4.-METTELIN C. DIET AND EPIDEMIOLOGY OF BREAST CANCER. CANCER 1988; 53: 605-71.
- 5.-WILLETT WC, AND McMAHON B, DIET AND CANCER AND OVERVIEW, NEW ENGL J MED, 1989; 310:633-638.
- 6.-ROSENBERG L, MILLER DR, HELDRICH SP, KAUFFMAN DW. BREAST CANCER AND CONSUMPTION OF COFFEE. AM J EPIDEMIOLOGY 1985; 122 (3) : 391-9
- 7.-FENLEIO M, GARRISON RJ. INTERPRETATION OF THE VITAL STATISTICS OF BREAST CANCER, 1989;24,1109.
- 8.-STRAX FT. NEW TECHNIQUES IN MASS SCREENING FOR BREAST CANCER, 1987; 28:1563.
- 9.-DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE CARCINOMA MAMARIO. BOL MED IMSS 1989 12:53-65 .
- 10.-GARRIDO CUEVAS M JUÁREZ V. EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER MAMARIO. ESTUDIO EN CUATRO CLÍNICAS DEL IMSS. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA 1983; 25:516-522 . DIC.
- 11.-FOLLETO DEL PROGRAMA DOCMA. IMSS. MEDICINA PREVENTIVA.

## RESUMEN.

ESTE TRABAJO DE TESIS QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR, PRESENTA A LA DRA. BLANCA ESTELA GUERRERO AGUILAR, ES UN ESTUDIO RETROSPECTIVO, LONGITUDINAL Y COMPARATIVO ACERCA DE LOS FACTORES DE RIESGO EN EL CÁNCER MAMARIO EN 180 CASOS REVISADOS DE ENERO DE 1987 A DICIEMBRE DE 1989, QUE FUERON LA TOTALIDAD DE CASOS DOCUMENTADOS EN ESTE PERÍODO EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL "GRAL. MANUEL ÁVILA CAMACHO", DE PUEBLA, PUE.

TODOS LOS CASOS FUERON COMPROBADOS CON ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO Y A TODOS SE LES APLICÓ UN CUESTIONARIO EN UNA FORMA PREVIAMENTE ELABORADA QUE CONTEMPLA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER MAMARIO, ASÍ COMO LA ETAPA CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD Y LA OPORTUNIDAD DE SU DIAGNÓSTICO EN RELACIÓN A LA ESCOLARIDAD Y A LA INFORMACIÓN ACERCA DE SU ENFERMEDAD QUE TENÍAN LAS PACIENTES AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO.

SÓLO SE INCLUYERON EN ESTE ESTUDIO A LAS MUJERES DE 30 A 80 AÑOS DE EDAD, EXCLUYÉNDOSE AQUELLAS QUE DESARROLLARON CÁNCER MAMARIO POR METÁSTASIS DE OTROS CÁNCERES PRIMARIOS Y CONCLUYÉNDOSE QUE LOS RESULTADOS OBTENIDOS CONCORDAN CON LO REPORTADO EN LA LITERATURA MÉDICA ONCOLÓGICA DE OTROS PAÍSES EN FORMA CONSTANTE Y A NIVEL UNIVERSAL.