



11209
75
2ej-

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
División de Estudios de Postgrado

**TRATAMIENTO QUIRURGICO
DEL CARCINOMA MAMARIO
EN ESTADIO CLINICO II**

TESIS

Que para obtener el Grado de :
ESPECIALISTA EN :
CIRUGIA GENERAL

Presenta:

Dr. Martin, Rafael Aragón

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



IMSS

PUEBLA, PUE.

1989 - 1992

1992



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

INTRODUCCION	
ANTECEDENTES	1
JUSTIFICACION	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
OBJETIVO GENERAL	4
OBJETIVOS ESPECIFICOS	5
MATERIAL	5
METODO	6
RESULTADOS	6
ANALISIS	14
CONCLUSIONES	16
BIBLIOGRAFIA	17

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

EL CANCER DE MAMA ES UNA CAUSA DE MUERTE MUY COMUN EN LAS MUJERES, DESPUES DEL CANCER CERVICOUTERINO, EN NUESTRO MEDIO Y, ESTO - QUIZA TENGA COMO UN FACTOR DETERMINANTE LA FALTA DE EDUCACION EN LA POBLACION GENERAL, PRINCIPALMENTE EN RELACION A LA AUTOEXPLORACION MAMARIA, CON LA QUE PUDIERAN DETECTARSE ALTERACIONES EN LA GLANDULA MAMARIA EN FORMA TEMPRANA Y DE ESTA MANERA OFRECER UN MANEJO TAMBIEN TEMPRANO QUE PERMITA MEJORAR LAS TASAS DE SOBREVIDA Y POR ENDE DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD POR ESTA PATOLOGIA.

DE AHI QUE UN OBJETIVO DEL PRESENTE ESTUDIO SEA MANIFESTAR LA FRECUENCIA BAJA CON LA QUE SE PRESENTAN LAS PACIENTES EN ESTADIOS TEMPRANOS Y AUN MAYOR EN LOS MAS TARDIOS AL SERVICIO DE ONCOLOGIA, CON ELLO INTENTAMOS HACER CONSCIENCIA PRINCIPALMENTE EN LA POBLACION MEDICA PARA QUE LLEVEN A CABO UN EXAMEN FISICO MAS MINUCIOSO EN LAS PACIENTES DE LA CONSULTA GENERAL Y SOBRETUDO DE AQUELLAS -- CON ALGUN FACTOR PREDISPONENTE A DICHA PATOLOGIA, ASI COMO EDUCARLAS EN LA AUTOEXPLORACION CON MAYOR FRECUENCIA.

ADEMAS, DE EVALUAR LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO QUE SE LLEVA EN NUESTRA UNIDAD HOSPITALARIA Y PODER COMPARARLA CON LA REPORTADA -- POR LA LITERATURA MUNDIAL.

ESPERAMOS QUE ESTE ESTUDIO DESPIERTE INQUIETUD EN LAS GENERACIONES SIGUIENTES, NO SOLO PARA LLEVAR A CABO PROTOCOLOS RETROSPECTIVOS, SINO MAS PROSPECTIVOS Y COMPARANDO DIVERSAS FORMAS DE MANEJO, BUSCANDO OBTENER UNA MEJOR SOBREVIDA Y UN EXCELENTE RESULTADO COSMETICO, QUE CONSTITUYE UN PUNTO EMOCIONAL DETERMINANTE EN ESTE TIPO DE PACIENTES.

ANTECEDENTES.

DESDE HACE SIGLOS LAS ENFERMEDADES DE LA MAMA HAN SIDO UN RETO EN SU DIAGNOSTICO Y MANEJO, ASI TENEMOS QUE DESDE PRINCIPIOS DEL SIGLO I AD, LEONIDES PROFESOR DE LA ESCUELA DE ALEJANDRIA, FUE EL PRIMERO EN REALIZAR UNA REMOCION QUIRURGICA DE LA MAMA UTILIZANDO UN CAUTERIO. DOS SIGLOS MAS TARDE LOS SICILIANOS PROCLAMARON A SANTA AGATA PATRONA DE LAS ENFERMAS DE MAMA, POR HABER SUFRIDO COMO TORTURA LA REMOCION DE AMBAS MAMAS. ABULCASIS(1013-1106 AD) REALIZO LA RESECCION CON INCISION ALREDEDOR DE LA MAMA Y HEMOSTASIA CON CAUTERIO. AMBROSIO PARE UTILIZO PLATOS O PLANCHAS DE PLOMO SOBRE LA MAMA E HIZO UNA IMPORTANTE OBSERVACION: " CUANDO EL CANCER POSEE LA MAMA, A MENUDO CAUSA INFLAMACION A LA SOBAQUERA Y ENVIA LA TUMEFACCION HASTA LA GLANDULA". BARTHELEMY CABROL, PUPILO DE PARE, INTRODUCIO LA RESECCION INCLUIDA DEL MUSCULO PECTORAL. DE MICHAEL SERVETUS(1509-1553) NACIO LA IDEA MUY PROXIMA HACIA LA MASTECTOMIA RADICAL MODERNA, AL HECHO DE INCLUIR LAS GLANDULAS Y REMOCION DE MUSCULO PECTORAL. VON HILDEN REALIZO LA EXTIRPACION DE NODULOS LINFATICOS AXILARES. GERARD TABOR(EN SINTESIS PUBLICADA EN 1721) DESCRIBE LA TECNICA UTILIZANDO UNA GUILLOTINA APLICADA SOBRE LA BASE DE LA MAMA. ES JEAN LOUIS PETIT (1674-1750) QUIEN LLEVO A CABO LO QUE PODRIA CONSIDERARSE LA PRIMERA MASTECTOMIA RADICAL, EXCEPCION HECHA QUE EL INCLUYO UN AREA EXTENSA DE PIEL, INCLUSIVE EL PEZON. EN 1822, JAMES ELLIOT RESECO UN TUMOR QUE SE CONSIDERA EL PRIMERO QUIZA QUE HALLA SIDO EXAMINADO BAJO MICROSCOPIA Y REPORTADO COMO UN SARCOMA. BENJAMIN BELL(1749-1806) DESCRIBIO QUE LA MAMA PUEDE REMOVERSE LIBREMENTE DEL MUSCULO PECTORAL INCLUSO CON UNA RESECCION LO MAS PEQUENA POSIBLE DE PIEL Y EXTRAERSE LAS GLANDULAS AXILARES POR UNA INCISION SEPARADA. JOSEPH PANCOAST (1805-1882) APOYO ESTA

IDEA, PERO RESECANDO LOS NODOS AXILARES A TRAVES DE LA MISMA INCISION. TODAS ESTAS SITUACIONES FUERON MEJORANDO CON EL TIEMPO Y MAYOR AUN CON LA INTRODUCCION DE LA ANESTESIA EN 1846 Y LA ANTISEPTICIA EN 1867 (1). DE AHI EN ADELANTE EL MANEJO DEL CANCER MAMARIO HA SIDO MULTIDISCIPLINARIO HABIENDO DISCUSION AUN ENTRE CIRUJANOS Y ONCOLOGOS EN LA DECISION DE DICHO TRATAMIENTO (2).

VARIAS CLASIFICACIONES SE HAN PUBLICADO PARA LA ESTADIFICACION DEL CARCINOMA MAMARIO (3,4), SIENDO LA DE TNM PUBLICADA POR LA AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER, LA MAS UTILIZADA ACTUALMENTE.

DE 150 000 CASOS NUEVOS DIAGNOSTICADOS EN ESTADOS UNIDOS EN 1990 - 75 A 80% ESTAN EN ESTADIOS I Y II DE LA ENFERMEDAD (5). SE HAN REALIZADO GRAN CANTIDAD DE ESTUDIOS PARA DETERMINAR QUE TIPO DE TRATAMIENTO SERIA EL QUE MEJORES RESULTADOS OFRECERIA A PACIENTES EN ESTADIOS CLINICOS TEMPRANOS DE LA ENFERMEDAD, ASI ALGUNOS REPIEREN UNA MEJOR SOBREVIVENCIA Y RESULTADOS ESTETICOS CON CIRUGIA CONSERVADORA SOLA (2,12) O CON RADIOTERAPIA (5,6,7,8,9,10) QUE LA REALIZADA UNICAMENTE CON MASTECTOMIA RADICAL (2,3) CON SEGUIMIENTO A POSTERIORI CON MASTOGRAFIAS Y EXAMENES FISICOS (7,9). EN GENERAL SE HA ACEPTADO QUE EL TRATAMIENTO PARA ESTADIOS I Y II DEL CARCINOMA MAMARIO ES LA CIRUGIA LIMITADA CON PRESERVACION MAMARIA SEGUIDA DE RADIOTERAPIA O SIN ELLA CON BUENOS A EXCELENTES RESULTADOS COSMETICOS (5,6,8). EL OBJETIVO DE LA PRESERVACION MAMARIA ES OBTENER UNA ALTA PROBABILIDAD DE CONTROL LOCAL COMBINADA CON MAXIMOS RESULTADOS COSMETICOS Y MANTENIMIENTO DE LA FUNCION MAMARIA (5). LA MAYORIA HA OBTENIDO RESULTADOS SEMEJANTES, CON PROMEDIOS DE SOBREVIVENCIA A 5 AÑOS LIBRE DE ENFERMEDAD DE 96% TRATADAS CON CIRUGIA LIMITADA Y RADIOTERAPIA, CONTRA UN 88% CON MASTECTOMIA (2,6). LAS RECURRENCIAS DEBERIAN SER TRATADAS CON MASTECTOMIA (7). EL TRATAMIENTO LI-

MITADO DEBERA INCLUIR MARGENES CLAROS FUERA DE TEJIDO ENFERMO DE 3 CM MINIMO HACIA TEJIDO SANO, ASI COMO DISECCION DE LOS NIVELES I Y II DE LA AXILA (2,5), ALGUNOS AGREGAN RUTINARIAMENTE LA RADIOTERAPIA MAMARIA DE 45 a 50 GY (5).

AUN A PESAR DE LOS SOFISTICADOS EXAMENES PARA VALORAR PRONOSTICO - DE CANCER MAMARIO TALES COMO NIVELES DE TIMIDINA, FLUJO CITOMETRICO, DETERMINACION DE FACTORES HORMONALES, ACTUALMENTE DESTACA COMO FACTOR PRONOSTICO EL UTILIZAR EL TAMAÑO DE LOS GANGLIOS METASTASICOS (7).

SE HA VISTO QUE LAS TASAS DE SOBREVIVENCIA SON SIMILARES ENTRE MUJERES DE RAZA BLANCA Y NEGRA TRATADAS DE ESTA FORMA, CON PEQUEÑAS DIFERENCIAS EN LA HISTORIA NATURAL Y LA INCIDENCIA (11).

CONCLUIMOS QUE, LAS CANDIDATAS IDEALES PARA LA PRESERVACION MAMARIA SON PACIENTES CON TUMORES PEQUEÑOS Y PERIFERICOS (T1 Y T2), MENORES DE 3 CM Y CONTRAINDICADAS EN AQUELLAS CON TAMAÑO O LOCALIZACION CENTRAL, CON DOS O MAS TUMORES Y CON MICROCALCIFICACIONES DIFUSAS EN LA MASTOGRAFIA (2).

JUSTIFICACION.

CON EL TRABAJO SE PRETENDE CONOCER LA EFECTIVIDAD DEL MANEJO QUIRURGICO EN EL CANCER DE MAMA ESTADIO II EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL DE PUEBLA, DETERMINAR DE ACUERDO A SU MORBIMORTALIDAD EN NUESTROS PACIENTES SI DEBIERA O NO CONTINUAR COMO MANEJO DE PRIMERA ELECCION EN LOS ESTADIOS TEMPRANOS DE LA ENFERMEDAD EN NUESTRA INSTITUCION.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1. NO SE SI LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO EN EL ESTADIO II DEL CANCER DE MAMA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL PUEBLA ES EL EQUIVALENTE AL REPORTADO POR LA LITERATURA.
2. TAMPOCO CONOZCO LA MORBIMORTALIDAD CON ESTE TIPO DE MANEJO Y POR CONSIGUIENTE NO SE SI ES MEJOR QUE CON EL TRATAMIENTO QUIRURGICO.
3. DESCONOZCO LA FRECUENCIA CON QUE SE PRESENTA Y REALIZA EL DIAGNOSTICO DEL CANCER DE MAMA EN ESTADIO II EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES.

OBJETIVO GENERAL.

ANALIZAR LA FRECUENCIA DEL CANCER DE MAMA EN ESTADIO II EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL PUEBLA, ASI COMO SU RESPUESTA AL TRATAMIENTO QUIRURGICO.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. SE ANALIZARA LA FRECUENCIA DEL CANCER MAMARIO EN ESTADIO II EN - EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES.
2. DETERMINAR SI EL TRATAMIENTO QUIRURGICO PROPORCIONADO A ESTOS -- PACIENTES EN ESTADIO II ES EL ADECUADO DE ACUERDO A LA MORBIMORTALIDAD Y A LO REPORTADO POR LA LITERATURA.

MATERIAL .

SE REVISARON UN TOTAL DE 140 EXPEDIENTES CLINICOS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO CLINICO DE CANCER DE MAMA, VALORADOS POR EL SERVICIO - DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN PUEBLA, EN UN PERIODO - COMPRENDIDO ENTRE ENERO DE 1989 Y DICIEMBRE DE 1990, TOMANDOSE COMO CRITERIOS DE INCLUSION A TODOS LOS PACIENTES EN ESTADIO CLINICO II, DE ACUERDO A LA CLASIFICACION TNM DE LA AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER, INDEPENDIENTE DEL SEXO, EDAD Y PROCEDENCIA QUE CONTARAN CON EXPEDIENTES CLINICOS COMPLETOS, HAYAN SIDO MANEJADOS CON TRATAMIENTO QUIRURGICO DE INICIO CON TECNICA DE MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA TIPO PATEY, DEFINIDA ESTA COMO LA CIRUGIA QUE ABARCA UNA INCI -- SION DE PIEL EN HUSO, INCLUYE UNA ZONA CENTRAL DE LA MAMA (CON LA - GLANDULA PROPIAMENTE), EL MUSCULO PECTORAL MENOR Y PRESERVACION DEL MUSCULO PECTORAL MAYOR Y NERVI TORACICO LARGO, AGREGANDOSE DISECCION AXILAR GANGLIONAR COMPLETA DE LOS 3 NIVELES, EL SUBESCAPULAR Y EL DE ROTTER. CORROBORANDOSE EN TODOS LOS CASOS EL DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO E INDEPENDIENTE DEL CIRUJANO QUE HAYA REALIZADO LA CIRUGIA. NO SE INCLUYERON A PACIENTES QUE ABANDONARON EL CONTROL POR EL SERVICIO ESTANDO EN EL ESTADIO CLINICO II, A QUIENES ESTUVIERAN FUERA DE ESTE ESTADIO Y QUIENES NO CONTARAN CON EXPEDIENTES CLINI -

COMPLETOS. SE EXCLUYERON A PACIENTES QUE RECIBIERON OTROS TRATAMIENTOS FUERA DEL QUIRURGICO COMO MANEJO DE PRIMERA INTENCION.

METODO.

SE ESTUDIARON 140 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CANCER MAMARIO, DE LOS CUALES 40 PACIENTES CORRESPONDIERON AL ESTADIO CLINICO II, CORRORBORANDOSE EL DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO EN ARCHIVOS DE LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA DE LA MISMA UNIDAD HOSPITALARIA. DE LOS 40 PACIENTES EN ESTADIO II SOLO SE INCLUYERON 28, QUE REUNIERON LOS CRITERIOS ANTES MENCIONADOS, 12 SE EXCLUYERON POR HABER RECIBIDO OTRO TIPO DE TRATAMIENTO COMO LA MASTECTOMIA RADICAL CLASICA, TUMORECTOMIA, CUADRANTECTOMIA, MASTECTOMIA SIMPLE, RADIOTERAPIA Y/O QUIMIOTERAPIA PREVIAMENTE. A TODOS LOS PACIENTES SE LES LOCALIZO POR SU NOMBRE Y AFILIACION. LOS DATOS OBTENIDOS FUERON LA EDAD, SEXO, TIEMPO DE EVOLUCION, CUADRANTE MAMARIO AFECTADO, TIPO HISTOLOGICO DE CARCINOMA, EVOLUCION POSTOPERATORIA Y TRATAMIENTO POSTQUIRURGICO. SE EVALUARON FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD Y TODOS LOS DATOS OBTENIDOS SE ELABORARON LAS TABLAS Y GRAFICAS RESPECTIVAS UTILIZANDOSE METODOS DE ESTADISTICA DESCRIPTIVA, SE ANALIZAN RESULTADOS Y CONCLUSIONES. EL METODO DE SELECCION DE LA MUESTRA FUE EN FORMA RANDOMIZADA, RETROSPECTIVA Y OBSERVACIONAL.

RESULTADOS.

SE ESTUDIARON UN TOTAL DE 140 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CANCER DE MAMA VALORADOS POR DIFERENTES CIRUJANOS ONCOLOGOS DEL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES, DE ESTOS, 26 PACIENTES(18.6%) ESTABAN EN ESTADIO CLINICO I, 40(28.6%) EN EL ESTADIO II, 45(32.1%) EN ESTADIO III Y 29 PACIENTES(20.7%) EN ESTADIO IV DE ACUERDO A LA CLASIFICACION DE LA TNM (FIG. 1), ES DECIR, SE-

ENCONTRO UNA FRECUENCIA DEL 47.2% DE ESTADIOS TEMPRANOS QUE SE PRESENTAN EN DICHO DEPARTAMENTO. LA MAYORIA DE LAS PACIENTES FUERON - ENVIADAS DE OTRAS UNIDADES DE LA MISMA INSTITUCION. DE LOS 40 PACIENTES EN ESTADIO CLINICO II, SOLO SE INCLUYERON 28 PACIENTES, SE EXCLUYERON 12 PACIENTES POR HABER RECIBIDO UN TRATAMIENTO FUERA DE LA MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA TIPO PATEY (6 MASTECTOMIA RADICAL CLASICA, 2 TUMORECTOMIA, 2 MASTECTOMIA SIMPLE, 1 CUADRANTECTOMIA Y 1 RADIO Y QUIMIOTERAPIA PREVIAS A LA CIRUGIA)(FIG. 2). TODOS LOS PACIENTES FUERON DEL SEXO FEMENINO, NO SE ENCONTRO NINGUN CASO DEL SEXO MASCULINO. EL RANGO DE EDAD DE LAS PACIENTES FUERON DE 28 AÑOS COMO MINIMO Y 86 AÑOS COMO MAXIMO (PROMEDIO DE 50.7 AÑOS) -- (FIG. 3).

ESTADIO	No.	%
I	26	18.6
II	40	28.6
III	45	32.1
IV	29	20.7
TOTAL	140	100.0

FIGURA 1.- FRECUENCIA DE CARCINOMA DE MAMA POR ESTADIOS CLINICOS.

TIPO DE TRATAMIENTO	CASOS
MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA	28
MASTECTOMIA RADICAL CLASICA	6
TUMORECTOMIA + RADIOTERAPIA	2
MASTECTOMIA SIMPLE + RADIOTERAPIA	2
CUADRANTECTOMIA + RADIOTERAPIA	1
BIOPSIA + RADIO Y QUIMIOTERAPIA	1
TOTAL DE PACIENTES	40

FIGURA 2.- TRATAMIENTO DE PACIENTES EN ESTADIO II

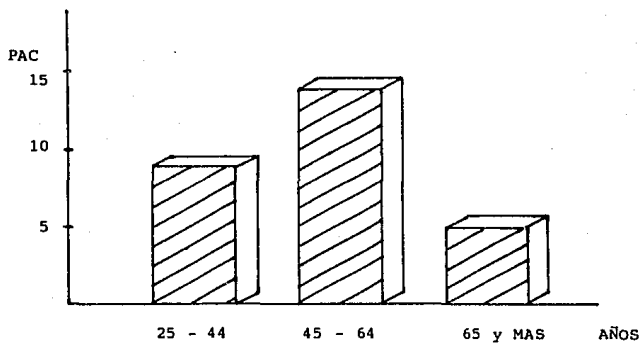


FIGURA 3.- FRECUENCIA POR GRUPOS DE EDAD.

LA AFECCION POR CUADRANTES MAMARIOS FUE COMO SIGUE:

14 PACIENTES (50%) DEL CUADRANTE SUPERIOR EXTERNO, 3 PACIENTES --- (10.8%) EN CUADRANTE SUPERIOR INTERNO, 2 PACIENTES (7.2%) EN EL INFERIOR EXTERNO, 0 PACIENTES EN EL INFERIOR INTERNO, 2 (7.2%) EN REGION CENTRAL O SUBAREOLAR, 4 PACIENTES (14.3%) EN CUADRANTES SUPERIORES, 1 (3.5%) EN CUADRANTES INFERIORES, 1 (3.5%) EN CUADRANTES INTERNOS Y 1 (3.5%) EN CUADRANTES EXTERNOS (FIG. 4). HUBO CASI SEMEJANZA DE PRESENTACION POR MAMA AFECTADA, SIENDO 13 CASOS(46.42%) PARA LA DERECHA Y 15 CASOS(53.58%) PARA LA IZQUIERDA (FIG. 5).

CUADRANTE MAMARIO	No.	%
C.S.E.	14	50.0
C.S.I.	3	10.8
C.I.E.	2	7.2
C.I.I.	0	0
CENTRAL	2	7.2
SUPERIORES	4	14.3
INFERIORES	1	3.5
INTERNOS	1	3.5
EXTERNOS	1	3.5
TOTAL	28	100.0

FIGURA 4.- DISTRIBUCION POR CUADRANTES MAMARIOS.

MAMA AFECTADA	No.	%
DERECHA	13	46.42
IZQUIERDA	15	53.58
TOTAL	28	100.0

FIGURA 5.- DISTRIBUCION POR GLANDULA MAMARIA AFETADA.

EL TIEMPO DE EVOLUCION DESDE EL COMIENZO DE LOS PRIMEROS SINTOMAS O SIGNOS HASTA SU PRESENTACION A LA CONSULTA EXTERNA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA FUERON LOS SIGUIENTES: MENORES DE UN MES EN 2 PACIENTES, DE UNO A TRES MESES EN 10 PACIENTES, DE CUATRO A SEIS MESES EN 5 PACIENTES, DE SIETE A DOCE MESES 1 PACIENTE Y, EN MAS DE TRECE MESES 7 PACIENTES, LOS RANGOS ENCONTRADOS FUERON EL MINIMO DE 8 DIAS Y EL MAXIMO DE 3 AÑOS, CON UN PROMEDIO DE 235.32 DIAS -- (7.8 MESES) (FIG. 6). EN 20 PACIENTES (71.4%) SE REALIZARON TOMA DE ESTUDIOS BIOPSIOS TRANSOPERATORIOS Y EN 8(28.6%) BIOPSIA POR AGUJA TRUCUT EN CONSULTA EXTERNA PREOPERATORIA, CONFIRMANDOSE EL DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO, CUYOS REPORTES FUERON LOS SIGUIENTES: CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE EN 22 PACIENTES (78.57%), CARCINOMA LOBULILLAR INFILTRANTE EN 2 PACIENTES(7.15%), CARCINOMA MUCINOSO EN 1(3.57%), CARCINOMA COLOIDE EN 1(3.57%) Y EN DOS SITUACIONES SE ENCONTRARON ASOCIACIONES ENTRE TIPOS HISTOPATOLOGICOS, CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE CON AREAS DE CARCINOMA LOBULLILLAR EN UN PACIENTE (3.57%) Y EN OTRO, CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE CON AREAS DE -- CARCINOMA MEDULAR (3.57%). EN 7 CASOS SE HALLARON ASOCIADOS LOS DUCTALES INFILTRANTES CON MASTOPATIA FIBROQUISTICA Y EN UNO A MASITIS CRONICA (FIG. 7).

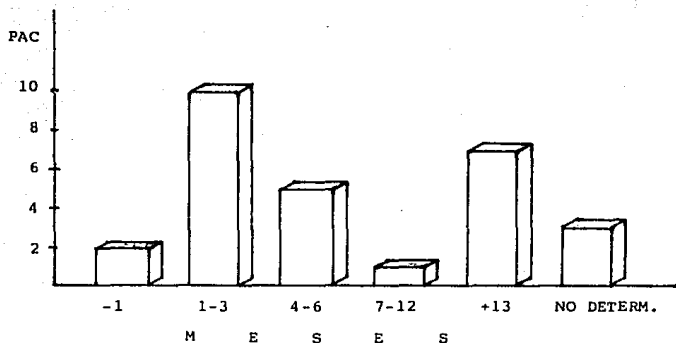


FIGURA 6.- TIEMPO DE EVOLUCION AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO CLINICO.

TIPO	No.	%
CDI*	22	78.57
CLI	2	7.15
CMC	1	3.57
CC	1	3.57
CDI + CLI	1	3.57
CDI + CMD	1	3.57
TOTAL	28	100.0

FIGURA 7.- TIPOS HISTOPATOLOGICOS DE CARCINOMA MAMARIO

CDI = CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE

CLI = CARCINOMA LOBULILLAR INFILTRANTE

CMC = CARCINOMA MUCINOSO

CC = CARCINOMA COLOIDE

CMD = CARCINOMA MEDULAR

* = 7 CASOS CON MASTOPATIA FIBROQUISTICA Y
1 CON MASTITIS CRONICA.

EN NINGUN CASO SE PRESENTARON COMPLICACIONES LOCALES NI GENERALES- EN EL POSTOPERATORIO TEMPRANO (TOMANDOSE COMO TAL LOS PRIMEROS 30- DIAS DE LA CIRUGIA); SOLO EN EL PERIODO TARDIO Y AL SEGUIR EL CON- TROL DE LAS PACIENTES EN FORMA EXTERNA EN LA CONSULTA SUBSECUENTE, Y POR MEDIO DE LAS EXPLORACIONES FISICAS Y ESTUDIOS PARACLINICOS Y DE GABINETE TALES COMO LAS RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES, GAMMAGRAMA HEPATOESPLENICO Y OSEO A CADA CASO EN PARTICULAR, SE DETECTARON 4- PACIENTES CON ACTIVIDAD TUMORAL, MANIFESTADAS A TRAVES DE METASTA- SIS A GANGLIOS LINFATICOS CERVICALES Y/O SUPRACLAVICULARES, OSEAS, (HUESOS LARGOS, COLUMNA, PELVIS, CRANEO), HEPATICAS, CEREBRALES, - HEMATICAS (PANCITOPENIA) Y CUTANIDES (FIG.8). DE LOS 24 PACIENTES- SIN ACTIVIDAD TUMORAL, SOLO UNO PRESENTO COMO SECUELA UNA CICATRIZ QUELOIDE.

A LOS PACIENTES A QUIENES SE LES ENCONTRO GANGLIOS AXILARES POSITI- VOS EN EL ESTUDIO HISTOPATOLOGICO, RECIBIERON RADIOTERAPIA 5000 GY EN VARIAS SESIONES A MAMA Y ZONA LINFOPORTADORA (5 CASOS), EN OTROS SOLO QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE (8 CASOS), O BIEN RADIO MAS QUIMIOTE - RAPIA (8 CASOS) EN TODOS LOS CASOS POR FACTORES DE RIESGO; EN UNOS POCOS UNICAMENTE RADIOTERAPIA SINTOMATICA, LOCALIZADA A SITIOS DE- METASTASIS, PRINCIPALMENTE OSEAS (2 CASOS). DEL TOTAL, 7 PACIENTES NO RECIBIERON RADIOTERAPIA NI QUIMIOTERAPIA POR PRESENTAR GANGLIOS LINFATICOS NEGATIVOS, AUSENCIA DE PERMEACION LINFATICA Y HEMATICA - (FIG. 9).

DURANTE EL TIEMPO DE DURACION DEL ESTUDIO NO SE PRESENTO ALGUNA DE- FUNCION EN ESTE ESTADIO CLINICO Y LA MORTALIDAD PERIOPERATORIA TAM- BIEN FUE DEL 0%. PARA LOS PACIENTES SIN ACTIVIDAD TUMORAL, EL ESTA- DO ACTUAL ES FAVORABLE DADO QUE SU EVOLUCION POSTOPERATORIA TRANS- CURRIO SIN COMPLICACIONES.

SIN ACTIVIDAD TUMORAL	24
CON ACTIVIDAD TUMORAL	4
CUTANIDES EN MAMA	1
ADENOPATIAS CERVICALES Y/O SUPRACLAVICULARES	2
LESIONES OSEAS	
PELVIS	1
COLUMNA	2
OTROS (LARGOS)	2
HEPATICAS	2
CEREBRALES	1
PANCITOPENIA	1

FIGURA 8.- EVOLUCION POSTOPERATORIA TARDIA.

TRATAMIENTO*	No.	%
RT A MAMA Y ZLP	5	16.7
QT ADYUVANTE	8	26.7
RT + QT	8	26.7
RT FUERA DE MAMA	2	6.7
NO RECIBIERON	7	23.2

* = SE INCLUYEN 1 O MAS TRATAMIENTOS EN UN MISMO PACIENTE.

FIGURA 9.- MANEJO POSTOPERATORIO DEL ESTADIO II

COMO UN DATO COMPLEMENTARIO Y QUE NO FORMA PARTE DE LOS OBJETIVOS DE ESTE ESTUDIO, CABE HACER NOTAR QUE DURANTE EL AÑO DE 1989, SE HOSPITALIZARON 142 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CANCER DE MAMA (INCLUYENDOSE TODAS LAS ETAPAS CLINICAS), CON UN TOTAL DE DIAS ESTANCIA DE 772 (PROMEDIO DE 5.4 DIAS POR PACIENTE), HUBO 7 DEFUNCIONES (4.9%). DURANTE EL AÑO DE 1990, HUBIERON 134 HOSPITALIZADOS CON -- DIAS TOTAL DE ESTANCIA DE 713 (PROMEDIO DE 5.3 DIAS) Y 4 DEFUNCIONES (3%).

ANALISIS.

ENCONTRAMOS UNA FRECUENCIA DEL 28.6% DE PACIENTES EN ESTADIO CLINICO II, ES DECIR, UNA FRECUENCIA DE 47.2% PARA LO QUE SE COMPRENDERIA COMO ESTADIOS TEMPRANOS (I Y II), MISMA CIFRA QUE NO CONCUERDA CON LA REPORTADA POR LA LITERATURA MUNDIAL, DONDE ACTUALMENTE SE ACERCA AL 75 A 80% (5). EL MAYOR PORCENTAJE PRESENTADO PARA LAS PACIENTES EN LOS ESTADIOS TARDIOS PROBABLEMENTE DEPENDA DE QUE A ESTE DEPARTAMENTO ACUDEN PACIENTES ENVIADAS DE OTRAS UNIDADES Y NO FUNCIONA COMO UN SERVICIO DE ATENCION PRIMARIA, DONDE PROBABLEMENTE SI OBTUVIERAMOS UN MAYOR INCREMENTO DE DETECCIONES DE CARCINOMA EN ESTADIOS MAS TEMPRANOS. LA MORBIMORTALIDAD PERIOPERATORIA FUE NULA, TAL VEZ ESTO TAMBIEN SE DEBA AL POCO NUMERO DE PACIENTES MANEJADOS.

LA FRECUENCIA CON LA QUE SE PRESENTO EL CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE (78.5%) ES SEMEJANTE AL REGISTRADO POR LA LITERATURA QUE VAN DE UN RANGO DEL 52 AL 70% (3,5). LLAMO LA ATENCION LA ASOCIACION DE CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE CON CARCINOMA MEDULAR EN UN CASO, SITUACION EN LA QUE NO ENCONTRAMOS REPORTE EN LA LITERATURA.

LA LOCALIZACION MAS COMUNMENTE HALLADA FUE EN LOS CUADRANTES SUPE-

RIORES EXTERNOS EN 50% DE CASOS, SIGUIENDOLE EN FRECUENCIA LA DE -
INTERLINEA DE CUADRANTES SUPERIORES EN 14.3% (ESTO HACE NOTAR LA -
GRAN FRECUENCIA DE CARCINOMAS EN LOS CUADRANTES SUPERIORES). NO OB
SERVAMOS DIFERENCIA SIGNIFICATIVA POR EL LADO DE MAMA AFECTADA, --
46.4% CONTRA 53.6% PARA LOS LADOS DERECHO E IZQUIERDO RESPECTIVA -
MENTE. LA GRAN MAYORIA DE PACIENTES PRESENTARON UNA EVOLUCION CLINI
CA ENTRE UNO A TRES MESES ANTES DEL DIAGNOSTICO DEFINITIVO.
NO SE DETECTARON PACIENTES DEL SEXO MASCULINO, Y EL PROMEDIO DE LA
EDAD DE PRESENTACION FUE DE 50.7 AÑOS, MISMA CIFRA QUE SE ACERCA A
LA REFERIDA POR LA LITERATURA.
POR ULTIMO, LA TASA DE SOBREVIDA FUE DEL 100% AL MENOS DURANTE EL -
PERIODO DEL ESTUDIO, SIN EMBARGO, ESTE DATO NO ES VALORABLE DADO -
QUE PARA EVALUAR LA SOBREVIDA EN CANCER EL SEGUIMIENTO DEBE DE SER
MINIMO A 5 AÑOS.

CONCLUSIONES.

LA FRECUENCIA CON LA QUE SE PRESENTARON LAS PACIENTES EN ESTA -- DIOS TEMPRANOS (I Y II) DEL CARCINOMA MAMARIO EN NUESTRA UNIDAD HOS PITALARIA FUE BAJA, CASI DEL 50% MENOR A LO REPORTADO POR LA LITERA TURA.

LA SOBREVIDA A 2 AÑOS EN ESTE ESTUDIO FUE EXCELENTE, SIN EMBARGO CONSIDERO QUE DEBERIA TENER CONTINUIDAD HASTA COMPLETAR 5 AÑOS PARA EVALUARSE LA SOBREVIDA REAL.

LA MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA TIPO PATEY FUE EL PROCEDIMIENTO MAS EMPLEADO COMO TRATAMIENTO INICIAL QUIRURGICO EN LAS PACIENTES- CON ESTADIO CLINICO II, UNA VEZ CORROBORADO EL DIAGNOSTICO HISTOPA TOLOGICO Y TAMBIEN HA SIDO HASTA EL MOMENTO EN ESTA UNIDAD HOSPITA LARIA, EL QUE MAS BUENOS RESULTADOS HA DADO, TANTO COSMETICOS COMO DE SOBREVIDA, TAL Y COMO SE DESCRIBE EN LA LITERATURA. CABE MENCIO NAR QUE A LOS PACIENTES CON GANGLIOS REGIONALES POSITIVOS A MALIG-- NIDAD ESTA INDICADO TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO CON RADIO Y/O QUIMIO TERAPIA ADYUVANTE. SIN EMBARGO, CONSIDERO PUEDE INTENTARSE EL REA- LIZAR ESTUDIOS COMPARATIVOS ENTRE EL MANEJO CON ESTA TECNICA Y LA- CIRUGIA CONSERVADORA ASOCIADA A RADIOTERAPIA TRATANDO POR SUPUESTO DE PRESERVAR LA FUNCION MAMARIA Y EL ASPECTO ESTETICO QUE PARA LA MAYORIA DE LAS PACIENTES TIENE RADICAL IMPORTANCIA PSICOLOGICA Y - SOCIAL.

HACEMOS NOTAR QUE UN NUMERO IMPORTANTE DE ESTOS ESTADIOS SE MA- NEJARON CON MASTECTOMIA RADICAL CLASICA DEBIDO A QUE LOS PROTOCOLOS DE MANEJO PARA CANCER MAMARIO EN EL SERVICIO SE MODIFICARON HASTA - JULIO DE 1989.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- ROBINSON J. Treatment of Breast Cancer Through the Ages.
Am J Surg 151:317-333, 1986.
- 2.- KINNE D. Surgical Management of Stage I and II Breast Cancer.
Cancer 15 Supp: 1373-1377, 1990.
- 3.- DE VITA V. Cancer : Principles & Practice of Oncology, JB
Lippincott Company, Philadelphia. 3a ed. 1989. 1197-1261.
- 4.- BEAHRS O. Manual for Staging of Cancer: American Joint Commi-
ttee on Cancer, JB Lippincott Company, Philadelphia, 3a ed.
1988.
- 5.- NIH CONSENSUS CONFERENCE. Treatment of Early-Stage Breast Can-
cer. JAMA 265 (3): 391-395, 1991.
- 6.- KOMAKI R, COX J, KISTER S. et al. Stage I and II Breast Carci-
noma: Treatment with limited Surgery and Radiation Therapy ver
sus Mastectomy. Radiology 174: 255-257, 1990.
- 7.- CADY B. New Diagnostic, Staging, and Therapeutic Aspects of -
Early Breast Cancer. Cancer 1 supp: 634-647, 1990.
- 8.- ROSE M, OLIVOTTO I, CADY B, et al. Conservative Surgery and -
Radiation Therapy for Early Breast Cancer. Arch Surg 124:153-
157. 1989.
- 9.- WINCHESTER D, MURPHY G, BOWMAN H, et al. Surgical Management -
of Stages 0, I and IIA Breast Cancer. Cancer 1 Supp: 2105-2107
1990.
10. KINNE D. Primary Therapy for Limited Breast Cancer. Cancer 1 -
Supp: 2129-2131, 1990.
11. BRIELE H, WALKER M, WILD L, et al. Results of Treatments of Sta
ge I-III Breast Cancer in Black Americans. Cancer 1: 1062-1071,
1990.

12.- SCANLON E. Progress in the Treatment of Early Breast Cancer.
Cancer, 1: 2110-2112, 1990.