

11209 45
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CARCINOMA MAMARIO 25 CASOS QUIRURGICOS DEL HOSPITAL GENERAL DEL
ESTRDO.

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD
EN CIRUGIA GENERAL

AUTOR:

LEON Z. CAMERO
L. R. de.

ASESOR:

RIVERA CLAISSE, ERNESTO.

TESIS CON
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

- Dedicatoria
- Introducción
- Capítulos
- Conclusiones
- Hoja de captura de datos
- Referencias

INTRODUCCION.-

El Hospital General del Estado(HGE), desde su fundación en 1868, al poniente de el parque Madero, hasta 1948 cuando se cambió a su ubicación actual en Blvd. Luis Encinas s/n, (1) fué creado para la población desprotegida de servicios médicos y de escasos recursos. Hoy en día continúa con los mismos ideales, siendo esto importante, ya que la población estudiada en su mayoría es de clase baja, la cual influye dentro de los factores para decidir tratamiento en el cáncer de mama.

Observamos diferentes criterios quirúrgicos para una misma presentación, cierta información que no esta descrito en el expediente, diferente orden en el estudio y diagnóstico.

Esta revisión no es para descubrir nuevas técnicas o métodos, sino para revisar lo que hemos realizado, captar y reconocer los errores; proponer una metodología para diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con cáncer mamario.

Pienso que al termino de este trabajo, tendremos una hoja de captura de datos, un orden en la forma de estudio, y se propondrá la unificación de criterios para su tratamiento - - integral.

Es importante mencionar que actualmente el HGE, cuenta con todo el equipo necesario (laboratorio, gabinete personal), para brindar una atención de alta calidad.

Mencionaremos la quimioterapia y la radioterapia, sin -
entrar en discusión sobre los ciclos, tipo, cantidad de -
rads, etc.

CAPITULOS

- I.- Generalidades
- II.- Casos HGE
- III.- Método de estudio
- IV.- Tratamiento quirúrgico
- V.- Tratamiento post-quirúrgico
- VI.- Pronóstico
- VII.- Factores sociales

Capitulo I

Generalidades:

El problema del cáncer de mama ha tomado cada día más importancia, afectando a 150,000 mujeres norteamericanas y - - causando la muerte a 45,000 de ellas en 1991 (2).

Llama la atención que aún en campañas, conociendo factores de riesgo, Tab. I-A, mamografías etc, la autoexploración ocupa el primer lugar en detección (90%), siendo la edad media alrededor de 60 años (3).

Se ha visto un gran avance desde mediados de los 50s y principios de 60s al considerar este padecimiento como sistémico, influyendo en los tratamientos desde la super-mastectomía de Halsted hasta la cuadrantectomía + DA.+ radioterapia (CDAR), siendo esta última utilizada desde mediados de los - 50s en Europa y Norte de América (4), sin presentar los resultados actuales, debido a la dosis baja de radioterapia.

Definitivamente el Dr. Veronesi, es uno de los pilares en el tx con CDAR con su reporte de 1232 casos clasificados como T1, No Mo en el Instituto Nacional de Cáncer de Milán.

Presentó una sobrevida de 5 y 10 años de 91% y 78% (5) respectivamente.

Factores de riesgo

Raza: Blanca

Edad: Alrededor 60

Hist.fam: Ca.de la madre, hermana o tía

Hist.med: Ca. endometrial, displasia mamaria
Ca. de mama contralateral.

Menstruación: Menarca antes de 12 años
Menopausia después de 50 años.

Embarazo: Tardío la primera gesta (después de los
35 años o nulipara)

Dieta: Aumento de grasa

Complexión: Obeso.

Tipo de sangre: O +

Hormonales: Positivo

Lactancia: Negativa

Tabaquismo: Positivo

El otro gran estudio fué el realizada por el Colegio - -
Americano de Cirujanos, en 1982, reportándose 27,355 casos -
con seguimiento largo y 19,941 con seguimiento corto, haciendo
mención de el cambio de mastectomía de Halsted, a la mastec--
tomía radical modificada (6) (MRM).

Capitulo II

Casos en HGE:

Se realizó una revisión de 25 casos quirúrgicos de cáncer de mama en mujeres que abarca de Febrero de 1989 a Enero de 1992.

La edad promedio fué de 53 años siendo la menor de 38 años y mayor de 73 años, siendo el 84 % de nivel socio-económico bajo. Tabla II-A.

El 92 % esta dedicada al hogar, siendo el 68% casadas con gestación promedio de 4.44 hijos, desconocemos la dieta, complexión y antecedentes gineco-obstétricos completos.

La presentación fue en mama izquierda 14 casos y derecha 11, siendo la localización mas frecuente el CSE 60%, Tabla-II-B.

MEDIO SOCIO-ECONOMICO

TIPO	Nº PAC.
Bajo	21
Medio	4
Alto	0

Tab. II-A CA.MAMA HGE.

LOCALIZACION

CUADRANTE	Nº PAC.
CSE	15
CENTRAL	4
CSI	3
CII	2
CIE	1

Tab. II-B CA.MAMA HGE.

El diagnóstico fué hecho el 40% por biopsia por aspiración, el 32% por excisión y 28% por insición.

El estadio de presentación más frecuente fue el II-A - (32%). Tab. II-C.

La MRM fué la cirugía más frecuente en un 52% Tab.II-D presentando un 52% de los casos totales ganglios negativos, Tab. II-E, destacando que todos los E I tuvieron ganglios negativos, solo 2 de 8 casos fueron positivos con localización CSE de E II A, siendo de tipo canalicular; 2 de 3 casos E II B, tuvieron ganglios positivos con localización CSE siendo tipo canalicular; de los 6 casos E III B, 1 no se encontró el reporte de patología, el tipo Paget no se realizó disección axilar, el tipo lobular infiltrante tuvo la disección axilar negativa, 1 caso tipo canalicular presentó ganglios negativos con localización CSE, 1 caso fué inflamatorio con 6 ganglios positivos; el último caso fué canalicular con localización CSI con 9 ganglios positivos.

ESTADIO

?	I	II A	II B	III B
5	3	8	3	6

Tab. II-C

CA.MAMA HGE.

CIRUGIA REALIZADA

TIPO	Nº PAC.
Mastectomía radical modificada	13
Cuadrantectomía con disección axilar	6
Toilette	3
Adair con disección axilar	2
Adair *	1

* Transoperatorio neg.

Tab. II-D

CA.MAMA HGE.

El tipo de cáncer mas comun fue el canalicular, Tab. -
 II-F y la complicación mas frecuente fue la recidiva en 3 ca-
 sos, siendo importante mencionar que de los tres casos de - -
 recidiva, uno fue operado fuera del HGE, realizándose una -
 cuadrantectomía con disección axilar para posteriormente ter-
 minar en MRM; el segundo caso fue una cirugia de Toilette; y
 el tercer caso fue una cirugia limitada de Adair.

GANGLIOS

Nº PAC	POSITIVO
13	0
5	1-3
2	4-6
3	7 o +

Tab. II-E

CA.MAMA HGE.

TIPO HISTOLOGICO

TIPO	Nº PAC
Canalicular	20
Lobular	2
Medular	1
Canalicular+inflamación	1
Paget	1

Tab. II-F

CA.MAMA HGE.

COMPLICACIONES

Nº PAC	TIPO
3	Recidiva (Adair, Toilette y C + DA).
2	Necrosis de colgajos.
2	Linfedema.

Tab. II-G CA.MAMA HGE.

La segunda complicación que se presentó fue la necrosis de colgajo (2) en la MRM, cabe mencionar que un caso -- tenía tratamiento con quimioterapia y otro con radioterapia previo a la cirugía.

La tercera complicación fue el linfedema, siendo una paciente puncionada múltiples veces en miembro superior ipsilateral. Tab. II-G.

Algunos casos tuvieron quimioterapia pre-quirúrgica (7) y otros (4) quimio-radio representadas en la Tab. II-H.

TRATAMIENTO ADYUVANTE

TIPO	PRE QX	POST QX
Quimioterapia	7	9
Radioterapia	-	6
Ambos	4	1

Tab. II-H CA.MAMA HGE.

Capitulo III

Método de estudio:

Definitivamente que el inicio es por una historia clínica completa, investigando con especial interés los factores de riesgo (Tab.I-A) y una exploración física con la paciente -- sentada y en decubito ventral, con una almohada pequeña en el hombro (7)(8)

El día ídneo es el décimo después de el inicio de la -- menstruación, ya que la mama se encuentra menos "tensa" debido a los cambios hormonales.

Dentro de los exámenes de laboratorio se incluyen BH, QS, Antígeno carcinoembrionario, PFH, DHL, CA, Tipo y RH, Plaquetas, TP y TPT. Se solicita la mamografía antes de realizar la biopsia en cualquiera de sus modalidades.

La mamografía fue realizada por primera vez en 1913 por Salomón, cirujano alemán; fue Leborgne quien empezó a utilizar extensamente la mamografía y en 1951 publicó sus observaciones, consagrando a la mamografía como un procedimiento -- aceptado para diagnóstico en enfermedades de mama. Hoy en -- día se recomienda iniciar con una mamografía de base entre los 35 a 39 años; posteriormente a los 40 años cada dos años y -- despues de los 50 años cada año.

En caso de ser paciente de alto riesgo se inicia a los 30-35 años cada año, recordando que la mamografía irradia 0.1 rad por toma.

Existen otros estudios menos populares como la xerografía, inventada por Carlson en 1937, que consiste en una placa de aluminio revestida con selenio, donde se depósita una carga electrostática positiva y luego se aplica en ella la mama.

La termografía fue publicada por Lawson, cirujano de la Universidad de McGill en 1956, basada en que la piel mamaria que cubre un carcinoma emite mas calor.

La radiografía digital que depende de un detector de fotones, obteniéndose una imagen que se puede potenciar en una computadora.

La tomografía computarizada y la resonancia magnética se utilizan principalmente para detección de metástasis.

Hoy en día se realizan varias técnicas para localización de lesiones pequeñas y varían desde la introducción de medio de contraste, agujas, "anzuelos", etc. hasta la colocación de agujas en dos planos (9), con guía por ultrasonido o mamografía.

Posteriormente se realiza la biopsia por aspiración con aguja fina N°21 y jeringa, la cual es fácil de realizar en consultorio, con mínimo dolor. Los porcentajes descritos varían, según la experiencia con la toma y en la interpretación. El Dr. Daum reportó un 57 % de biopsias positivas en detección de lesiones ocultas (10)(11).

Un resultado negativo no descarta la posibilidad de cáncer, por lo que se recurre a la biopsia excisional para lesiones de menos de 4 cms, e insicional para lesiones mayores de 4 cms, y en caso de ser positiva, realizar la cirugía, planeada dentro de las siguientes dos semanas.

Se cuenta con la mamografía transoperatoria como recurso para realizar la biopsia y tener la seguridad de que se tomó la zona sospechosa, comparando la mamografía de base con la pieza quirúrgica.

Siempre habrá que descartar por medio de laboratorio o gabinete la posibilidad de metástasis a distancia en especial en hígado, pulmón, hueso y cerebro.

Capitulo IV

Tratamiento quirúrgico:

En 1863, Sir. James Paget, una autoridad en padecimientos de mama, escribió. " No conozco ningún caso de recuperación, es decir que la paciente viva mas de 10 años libre de enfermedad. Al decidir en pro o en contra de la extirpación de una mama cancerosa, creo que debemos abandonar toda esperanza de que la operación sea el remedio definitivo de la enfermedad". (12) El Dr. Moore, cirujano en 1867, mencionó que la recidiva por la Qx limitaba no era la formación de un nuevo carcinoma, sino la extirpación incompleta del primario (12).

Posteriormente el Dr. Volkamann introdujo la eliminación de la aponeurosis del pectoral mayor y la disección de ganglios linfáticos en 1875, para que en 1882 realizara el Dr. Halsted la primera mastectomía radical en el Roosevelt Hospital de Nueva York. Para 1894 habia realizado 50 mastectomías con 6 % de recidivas locales (12)

La cirugía ha ido revolucionando, y mencionabamos que a mediados de los 50s ya se realizaba Qx limitadas sin la dosis correctas de radioterapia.

A continuación se muestra el protocolo B-06 en paciente elegible para cirugía:

Paciente elegible.

Mastectomía
total

Mastectomía
segmentaria

Mastectomí
segmentaria

Disección axilar

Sin radiación

Sin radiación

Radiación

Mastectomía total
para tumor ipsilateral.

Describiremos unicamente la CDAR, la MRM y Toilette ya - que son las cirugias mas utilizadas en nuestro tiempo.

La cirugia limitada, probablemente tiene en el Dr. Veronesi uno de los principales defensores del procedimiento, - - iniciando con tumores menor de 2 cms, y llegando inclusive a 4 o 5 cms, sin ganglios palpables (5), la técnica se realiza con resección de el cuadrante con piel, llegando hasta la - - aponeurosis del pectoral mayor resecándola, realizando una - buena hemostasia, en caso de ser necesario se pueden rotar - colgajos, con cierre de el espacio muerto con sutura de acido polyglicólico, piel con misma sutura 4-0 subcuticular.

Nunca se dejan drenajes, siendo mejor el resultado cuando el espacio formado se llena de material seroso y/o fibrina posteriormente se cambia por tejido fibroso, con el paso del tiempo desaparece, dejando una zona suave con mejor resultado cosmético.

La disección en la mayoría de la veces se realiza por -- una insición separada longitudinal o transversa, con - - disección en los niveles I y II, siendo desición del el cirujano llegar al nivel III. En esta insición se deja drenaje - cerrado ya que al conservar la mama, esta sigue drenando material linfático, por lo que el drenaje se deja por varios días(13).

La mastectomía radical ha sufrido modificaciones de las técnicas originales de Halsted y Meyer, principalmente por Cheyne, Hendley y posteriormente Patey, dejando el músculo pectoral mayor, en caso de no estar tomado.

La posición en decubito ventral, es con el brazo suspendido sobre su cara, con una pequeña almohada debajo de el hombro. Se realiza aseo de la zona de la biopsia con una esponja con alcohol y se cubre con gasa. Se realiza una incisión elíptica transversa, con disección de los colgajos de 1 cm. de espesor. El colgajo superior llega al borde esternal medialmente, la clavícula en su parte superior y la incisión del músculo pectoral mayor en el borde externo, insidiendo la fascia de el pectoral mayor antes de iniciar el colgajo inferior, el cual llega a la 5ta. costilla en el borde inferior y a nivel del músculo dorsal ancho en su borde lateral externo. Se inicia la disección a nivel medial, por la irrigación de la mama, continuando hasta la grasa interpectoral y ganglios de Rotter. Se llega a la inserción del músculo pectoral menor a nivel de la apófisis coracoides y se desinserta; continuando con la disección axilar respetando los nervios torácico anterior lateral del músculo pectoral mayor, torácico anterior medial del músculo pectoral menor, axilar del músculo deltoides, torácico largo del músculo serrato

anterior, toracodorsal del músculo dorsal ancho, subclavio del músculo subclavio y subescapular del músculo subescapular. (14)

Se realiza aseo y hemostasia con cierre con sutura de ácido polyglicólico, con puntos simples o Sarnoff en piel con nylon 3-0 siempre se deja drenaje.

La técnica de Toilette es una cirugía de limpieza para control local de el tumor.

La cirugía puede ser diagnóstica, terapéutica o paliativa según sea el estadio.

Estas técnicas tienen varias modificaciones según la preferencia de el cirujano. Inclusive Haagensen, no esta de acuerdo con el termino, ya que no es el significado que Halsted le dio a radical (15).

En los últimos años ha cambiado la tendencia a realizar CDAR en lugar de la MRM, siendo algunos de los motivos: aumento de incidencia de edema del brazo, limitación de movimiento, impacto psicológico etc,. Destacando el comentario de el Dr. Fisher: " El cáncer mamario es una enfermedad sistémica, tal vez desde el principio, y es improbable que los variantes en el tratamiento regional influyen de manera sustancial

sobre la vida". (16)

Seguimos viendo la controversia en el tipo de cirugía ideal.

Haagensen publicó los criterios de inoperabilidad, Tab. IV-A que hoy en día se consideran relativos algunos de ellos como el embarazo, ulceración de piel, ganglios de 2.5 cms, etc.

Criterios de inoperabilidad de Haagensen

- 1.- Edema extenso sobre la mama.
- 2.- Nódulos satélites en la piel de la mama.
- 3.- Carcinoma inflamatorio.
- 4.- Nódulos paraesternales.
- 5.- Metástasis supraclavicular.
- 6.- Edema del brazo.
- 7.- Metástasis a distancia.
- 8.- Embarazo.
- 9.- Dos o mas de los siguientes signos:
 - a) Ulceración de la piel.
 - b) Edema de la piel de la mama menos de un tercio.
 - c) Fijación a tórax.
 - d) Ganglios axilares mayores de 2.5 cms., de diámetro transverso.
 - d) Fijación de ganglios axilares a piel o a estructuras profundas.

Capitulo V

Tratamiento postquirúrgico:

Definitivamente éste es el principal problema de la población de el HGE, por no ser residente de Hermosillo el 60 % de la población estudiada. 16 pacientes fueron manejadas por el post-qx: 9 recibieron quimioterapia, 6 radioterapia y 1 ambos. Tab. II-I

Siendo muy importante que solo 10 pacientes (43%) presentaron ganglios positivos (Tab. II-F). Es en este momento cuando debe existir una estrecha relación con el patólogo y el oncólogo clínico para revisión de la pieza quirúrgica, recordando que el cáncer de mama tienen presentación multifocal en un 50%, valorar la permeación linfática, la vascular, grado de diferenciación, reacción inflamatoria, presentación desmoplasia, cantidad de ganglios estudiados y ganglios positivos, mencionando la localización por nivel I, II, III, Rotter, subescapular etc,.

Se han hecho múltiples estudios sobre tx en pacientes con ganglios negativos, donde recomiendan el estudio de los siguientes factores: Tamaño del tumor (mayor de 2 cms). (16) (17), grado de diferenciación, receptor de estrógenos, citometría y porcentaje de células en fase S, aumento de la enzima limosomeles catepsina D, si es diploide (17). Con estudio

completo se aprecia una disminución importante de supervivencia a 5 años de un tumor diploide con Fase S lenta 90% vs tumor diploide con Fase S rápida 70% (17). El aumento de la catepsina D, disminuye la supervivencia hasta un 60% (17).

En estos momentos el HGE, no cuenta con el equipo para realizar todos los estudios mencionados, pero se podría avanzar con los más prácticos como son los receptores de estrógeno y progesterona. Dependiendo de los resultados positivos de los estudios mencionados se valora tratamiento adyuvante con quimioterapia.

El Dr. Mueller recomienda quimioterapia para pacientes premenopausicas con ganglios positivos (18).

Se ha mencionado la quimioterapia intra-arterial para casos muy avanzados que presentan ganglios tomados y piel con supervivencia de 57% a 5 años (19), con implante de médula con remisiones en estadio IV (20).

Dentro de las medidas generales que en nuestra experiencia comprobamos lo descrito en la literatura es la de mantener el miembro superior en abducción para evitar retracción del músculo pectoral mayor, limitar el movimiento, no retirar el drenaje hasta que sea menor de 50 ml día, realizar ejercicios de rehabilitación, al presentar una cicatrización completa, como pasa el miembro superior sobre la cabeza entre otros, no puncionar miembro ipsilateral a la cirugía.

Capitulo VI

Prógnostico:

Es difícil con nuestros datos saber la sobrevida de las pacientes en estudio, 5 de ellas no fueron clasificadas. Las 3 en estadio I, tendrían 95%, 8 en estadio II A, será de 80%, 3 en estadio II B. será de 65% y 6 en estadio III B, - - será de menor de 65% (7) (8). Tab. II-C.

En el post qx clasificando por ganglios positivos la sobrevida 5 años será la siguiente: Negativos= 78.1 %, 1-3 - - ganglios + = 62.2% y mas de 4 ganglios = 32.% (8).

Fisher reportó en 1985 resultados en tumores menores de 4 cms, con y sin ganglios palpables comparando MRM vs CDAR. obteniendo los mismos resultados, pero en pacientes con cuadrantectomía con disección axilar sin radiación, se presentó una recidiva de 24% en ganglios negativos y 36% con ganglios positivos. (7)

Este resultado respalda que el cáncer de mama es una enfermedad multicéntrica y que toda la glándula mamaria debe - ser tratada.

Capitulo VII

Factores sociales:

Al inicio comentamos el tipo de población que acude al HGE; además que son referidas de otras ciudades y pueblos del Estado de Sonora. Sólo el 40% se encuentra actualmente como residente de la ciudad de Hermosillo, lo cual influye sobre el control post-quirúrgico de nuestras pacientes.

Encontramos que únicamente acuden a control las pacientes que se encuentran con tx de quimioterapia y/o radioterapia, por lo que no conocemos la morbi-mortalidad.

El nivel de educación es bajo, lo que influye en que tomen conciencia de la importancia de su seguimiento, es aquí donde es difícil decidir si se realiza CDAR, ya que puede presentarse el caso de que no acuda la paciente a radioterapia después de la cirugía, realizándose un procedimiento incompleto con probabilidades de recidiva o realizar la MRM que presenta una mayor seguridad que la cuadrantectomía sin radiación.

Esta será decisión del cirujano, tendrá que valorar: lugar de residencia, obligaciones en el hogar y en el trabajo, medio socio-económico, impacto social de su medio, ambiente familiar, conciencia de la enfermedad y principalmente el de-

seo de conservar su mama.

Llama la atención que solamente dos pacientes recibieron ayuda psiquiátrico en el post qx. sería conveniente valorar la ayuda psicológica en el pre y en el post qx., para que la - - paciente tome conciencia de su enfermedad, su aceptación social y familiar.

Cabe mencionar que no se realizó en ningún caso cirugía reconstructiva.

Se menciona que las glándulas mamarias son órgano par y debe realizarse cirugía en la mama contralateral, según los - - estatutos de la Asociación de Cirugía Plástica y Reconstructiva, reportando que el beneficio psicológico y estético es - - enorme. (22) (23)

Es importante mencionar que el procedimiento menos costoso es la MRM y el mas costoso es la CDAR con implante de - - iridium, con el cual no contamos en nuestro HGE.

Conclusiones:

Al terminar nuestra revisión, obtuvimos datos de gran importancia en el tx integral de el cáncer de mama. Comprobamos que la mayoría de las pacientes son de clase baja, casadas y dedicadas al hogar; que en promedio tienen una gestación de 4.4. hijos.

La edad media fue de 53 años con mayor incidencia en mama izquierda, en el cuadrante supero-externo y de el tipo canalicular infiltrante, en concordancia con lo publicado en la literatura.

No hicimos descripción de mamografias ya que en los casos que se tomaron fue por medio privado.

El HGE iniciará en 1992 la toma de mamografias.

No llama la atención que el 60% de las pacientes viven fuera de Hermosillo, y que se presentó un grave problema en el control post-quirúrgico, inclusive en su manejo cuando se requiere de quimio y/o radioterapia.

La MRM fue la cirugía mas frecuente, pero cada día se realiza mas cirugía limitada, siendo muy notorio que no se realizó un solo caso de cirugía reconstructiva.

Con los datos mencionados proponemos lo siguiente:

a) Captar los datos de la paciente y llenar la hoja - - propuesta al final del trabajo.

b) Tomar siempre mamografía de base a las edades recomendadas, insistir en la autoexploración.

c) Realizar evaluación psico-social para contemplar residencia ambiente familiar y de trabajo, nivel de educación, -- conciencia de su padecimiento y las opciones de tratamiento; en caso ser necesaria radiación valorar si le es posible es-- tar fuera de su ciudad o pueblo por lo menos cinco semanas.

d) Completar laboratorio, gabinete y estadificación - - antes de llegar a quirófano.

d) Unificar criterios quirúrgicos que deberá ser por - los cirujanos de el servicio.

f) Insistir en los ejercicios de rehabilitación.

g) Concientizar sobre la importancia de el seguimiento.

h) Investigar y educar a la familia, advirtiéndoles el aumento de riesgo por herencia en el cáncer mamario.

i) Realizar folletos con información sobre tratamiento, riesgos, prevención, etc..

j) Iniciar la clínica de mama.

CONTROL CANCER DE MAMA HGE

EXP.#

Nombre _____
Edad _____
Estado Civil _____
Domicilio _____
Tel _____
Codificado por Dr. _____

Tx Qx _____
Comentario: _____

Factores de riesgo

Menarca _____ Menopausia _____
Primer embarazo _____
Lactancia _____
Nulipara _____
Antec.fam. Si _____ No _____
Madre Pre _____ Post _____
Hermana _____ Prima _____
Tía _____ Abuela _____
Antec. de Ca. mama Si _____ No _____
Tab. Si _____ No _____ Obesidad Si _____ No _____
Qx.Previa benigno _____ No _____

Diagnostico histopatológico

Ganglios Totales _____
Ganglios Positivos _____
Nivel I _____ III _____ III _____
SE _____ Rotter _____ SC _____

Receptores.
Est. _____ Prog _____
Permeación linfática Si _____ No _____
Permeación vascular _____
Desmoplasia _____
Reacción inflamatoria _____

Etapa clínica.

T _____ N _____ M _____
Estadio _____
Fecha _____

Tx adyuvante

Radioterapia _____ rads
Inicio _____
Duración _____
Respuesta _____

Lab. Dx.

BH _____ Biop.ins _____
QS _____ Biop.exc _____
CA _____ Aspiración _____
TGO _____ Otro _____
TGP _____
FA _____

Quimioterapia _____
Tipo _____
Inicio _____
Ciclos _____
Respuesta _____
Comentario _____

Gabinete

Tele _____
Mamografía _____
Otros _____

Intervalo de recurrencia _____
meses.

ESTADIFICACION DEL CANCER MAMARIO

Sociedad Americana de Cáncer.

TUMOR PRIMARIO:T

- TX Tumor primario lo localizable.
 TO Sin evidencia de tumor primario.
 Tis Carcinoma in situ.
 T1 Tumor de 2 cms. o menos en su mayor dimensión.
 T1a 0.5 cms. o menos en su mayor dimensión.
 T1b mas de 0.5 cms. pero menos de 2 cms. en su mayor dimensión.
 T1c mas de 1 cm. pero menos de 2 cms. en su mayor dimensión.
 T2 Tumor mayor de 2 cms. pero menor de 5 cms. en mayor dimensión.
 T3 Tumor mayor de 5 cms. en su mayor dimensión.
 T4 Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a tórax o piel.
 T4a extensión a tórax.
 T4b edema (incluye piel de naranja) o ulceración de la piel de la mama o nódulos satélites en la piel de la misma mama.
 T4c ambos (T4a y T4b).
 T4d carcinoma inflamatorio.
 * Tórax incluye costillas, músculos intercostales, músculo serrato anterior pero no el músculo pectoral.

GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES:N

- NX Ganglios que no pueden ser valorados (removidos previamente).
 N0 Sin metástasis a ganglios.
 N1 Ganglios metastásicos móviles en axila ipsilateral.
 N2 Ganglios metastásicos fijos en axila ipsilateral.
 N3 Ganglios linfáticos metastásicos ipsilaterales mamarios internos.

METASTASIS DISTANTES:M

- MX No se puede valorar metástasis distante.
 M0 Sin metástasis distante.
 M1 Metástasis distante (incluye ganglios supraclaviculares ipsilaterales).

ESTADIO:

ESTADIO	T	N	M
0	is	0	0
I	1	0	0
IIA	0	1	0
	1	1	0
	2	0	0
IIB	2	1	0
	3	0	0
IIIA	0	2	0
	1	2	0
	2	2	0
	3	1-2	0
IIIB	4	cualquier	0
	cualquier	3	0
IV	cualquier	cualquier	1

Tab. Estadificación.

R E F E R E N C I A S .

- 1.- Cano G.; Hospital General del Estado.
Aspectos historicos.
Plana médica Jun.89: Vol.XXVI
Pag 1.
- 2.- Lippman M: The Role of the ERBB2 receptor
and itd ligends in human breast cancer.
Advances in diagnosis and treatament, Baylor University.
Medical Center, Dallas Tx. Sep.26-28-1991.
- 3.- Giuliano, A. Breast.
Current Surgical Diagnosis and
Treatment, Ed-9, Cap 18, Pag.286-306
- 4.- Harris, J Conservative Surgery and
Radiotherapy far early breast cancer.
Cancer Vol. 66 # 6 Sep. 15, 1990.
- 5.- U. Veronesi, Conservative Treatment
of Early Breast Cancer. Ann.
Surg. Marzo 1990 Vol.211 # 3
Pag. 250-259.
- 6.- R. Wilson. The 1982 National
Survey of Carcinoma of the Breast
in the United States by the American
College of Surgeons. SGO.
Oct.1984. Vol.159 # 4
Pag.309-318.
- 7.- Schwartz. Breast. Principles
of Surgery. Fifth edition
Pag. 549-580

- 8.- Hardy. Breast. Surgery
2da. edition
Pag. 339-364

- 9.- Gusz, J.R. Finding the wire
during a localized needle
biopsy of breast. SGO, 1989
169: 359-360

- 10.- Daum, G. Aspiration Biopsy
Cytology of Occult Breast
Lesions by the use of the
"Scouting Needle". Cancer
67:2150-2152, 1991.

- 11.- Hasselgren, P. Breast biosy
With needle localization:
Influence of age and mammographic
Feature on the rete of malignancy
in 350 nonpalpable breast lesions.
Surgery Oct. 1991. Vol. 110 # 4,
Pag. 623-628.

- 12.- Haagensen. Historia del tratamiento qx del
carcinoma mamario de 1863 a 1921G.
Enfermedades de la mama. 3ra. edición
Pag. 906-913.

- 13.- Ll. Nyhus, Segmental Mastectomy
(Lumpectomia) y disección axilar.
Master of Surgery, 2da. edición
Vol. 1 pag. 299-309.

- 14.- Ll. Nyhus. Mastectomy radical
Modificada. Master of Surgery
2da. edition Vol. 1
Pag. 310-318.

- 15.- Haagensen. Mastectomia y disección axilar.
Enfermedades de la mama.
3era. edición. Pag. 985.
- 16.- Haagensen. El reciente menosprecio de la
mastectomía radical.
Enfermedades de la mama 3era. edición.
Pag.977.
- 17.- Takuma Nemoto. Factors
Affecting Recurrence in
Lumpectomy Without
irradiation For breast cancer.
Cancer. April Vol. 67
Pag. 2079-2082
- 18.- McGuire. Predicting
recurrence and Survival in
breast cancer. Clinical and
Basic advances in diagnosis
and treatment. Sep. 26-28 1991
Pag. 21-24
- 19.- Mueller B. NSABP trials of
Adyvent Chemotherapy For
brast cancer. Ann Surg.
Sep. 1991. Vol.214 N°3
Pag. 206-211
- 20.- Kokamo, H. Intra arterial infusion
Chemotherapy as on introduction
therapy in multidisciplinary treatment
for locally advanced
Breast cancer. Cancer 56:
Pag. 725-729, 1985
- 21.- Fay, J. Intensive chemoterapy
and cutologus hematopoietic

stem cell transplantation in
of the breast, Clinical and
Basic Science Advances in
Diagnosis and Treatment.
Sep. 26-28 1991. Pag.84

- 22.- Foster, J. Psychosocial Issues
in breast reconstruction. Cancer
Sep. 1 Supplement 1991
Pag. 1176-1177.
- 23.- Wendy S. Breast reconstruction
Cancer Sep. 1 Supplement 1991
Pag.1170-1175
- 24.- Scanlon, E. The role of
reconstruction in breast cancer.
Cancer Sep. 1, Supplement 1991.
Pag. 1144-1147.