

11209 23



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

H.G. DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ

FACULTAD DE MEDICINA
ISSSTE

JUN 2 1993
Diagnóstico clínico temprano en cáncer de mama en un Hospital de 2o. nivel de atención médica H.G.Z. " Fernando Quiróz Gutiérrez" I. S. S. S. T. E.

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el Título de Especialista en

CIRUGIA GENERAL

presenta

DRA. BARBARA RUBI RANGEL FERNANDEZ



ISSSTE

México, D. F.

1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 G E N E R A L

1).- Titulo	1
2).- Dedicatoria	2
3).- Indice General	3
4).- Proposición	4
5).- Demostración:	
a) Protocolo	5
b) Material y Metodos	12
6).- Indice de Figuras:	
a) Expedientes de Primera vez	13
b) Pacientes con Patología de Mama ...	14
c) Medios de Captación	15
d) Características de la Patología ...	16
e) Tratamiento	17
7).- Conclusiones	18
8).- Resumen	19
9).- Bibliografía	20

4.- PROPOSICION

El cáncer mamario, como en otras neoplasias malignas, la detección oportuna ha sido un factor de gran importancia en los últimos veinte años, para mejorar el pronóstico y la sobrevivencia en los enfermos que lo padecen.

Este rotabile avance en el diagnóstico temprano del cáncer mamario, ha sido posible por la influencia de varios factores, entre los que destacan la creación y difusión de campañas publicitarias de la salud publica para concientización de la población en general, la implementación de campañas de detección oportuna del cáncer, incluido el de la glándula mamaria, el refinamiento de las técnicas radiológicas e inmuno-químicas que permiten un diagnóstico paraclínico más oportuno y por el cambio de actitud en el profesional de la medicina que aún ha sido lento es el más importante al darle un pleno significado práctico a los adelantos tecnológicos.

En México y específicamente en la Ciudad de México, estos conceptos han adquirido gran relevancia dentro del sistema de Salud, con la creación de servicios en clínicas y hospitales del sector dedicados a la detección del cáncer mamario, así como clínicas de tumores mamaros que dedican un importante fracción de su actividad clínica en la detección oportuno del cáncer mamario.

En el Hospital General "Dr. Fernando Quiróz Gutiérrez" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado de (H.G.F.Q., I.S.S.T.E.) se implementó una de las primeras clínicas dedicadas a la detección oportuna del cáncer mamario y para el tratamiento de enfermedades premalignas de la glándula mamaria: la primera con este carácter de Instituto.

En el Hospital de 2o. Nivel H.G.F.Q. se realizó estudio retrospectivo de 1982 a 1991 para conocer la incidencia del Cáncer Mamario en el Hospital, tiempo transcurrido entre la consulta inicial en la Unidad y el inicio del tratamiento, así como conocer si un hospital de 2o. Nivel de atención Médica resuelve satisfactoriamente el problema de Cáncer Mamario.

5.- DEMOSTRACION

a) Protocolo

Durante los últimos 40 años, la supervivencia global a los 10 años tras terapia loco-regional ha mejorado muy poco (menos del 10% y esto se atribuye más a una mayor incidencia de pacientes en estadios iniciales que a una verdadera mejora en el Tratamiento (2), permaneciendo estables desde hace cuatro décadas las tasas de mortalidad.

El cáncer de mama ha sido objeto de investigaciones desde los años 30s., proliferando en los 60s., hasta nuestros días, presentando frecuencia elevada y creciente con altas tasas de morbi-mortalidad (1).

En los países occidentales el Cáncer de Mama representa el tumor más frecuente en la mujer. En Norteamérica y Europa Occidental una de cada 14-16 mujeres (2) y una de cada 11 mujeres (1) presentan riesgos de desarrollar cáncer en el transcurso de una vida media normal, representando la primera causa de muerte por neoplasias en la mujer de los 35-54 años (2) y de 39-44 años (1), mientras que mayores de 55 años es la segunda causa de muerte.

El estudio epidemiológico del cáncer de mama en Latinoamérica se ve obstaculizado por varios factores, siendo los más importantes la falta de información confiable sobre la morbi-mortalidad, tanto a nivel regional como de países individuales y la heterogenea composición racial y económica de los mismos (4).

Por los estudios epidemiológicos que se han realizado, se han encontrado tres grupos que en un momento dado puede tener mayor índice de Cáncer de Mama sin que esto excluya al resto de la población (1,2,3,7).

1.- Factores de riesgo

- a) Sexo - Más frecuente en mujeres 100:1 hombre.
- b) Edad - El 80% se presenta a partir de los 40 años.
- c) Genético - Historia familiar de Cáncer de Mama en madre y hermanas.

- d) Vida Menstrual - Menarca temprana y menopausia tardia.
 - e) Embarazo - Después de los 30 años.
 - f) Aborto.
 - g) Estrógenos Exógenos.
 - h) Dieta rica en grasas.
 - i) Traumatismos con biopsias múltiples.
 - j) Radiaciones ionizantes durante los cambios de la mama.
- 2.- Enfermedades de riesgo
- a) Mastopatias de riesgo.
 - b) Cáncer de Mama previo.
- 3.- Indicadores de riesgo
- a) Senografía con calificaciones.
 - b) Termografía anormal aislada.
- 4.- Factores protectores
- a) Menopausia artificial antes de los 40 años.
 - b) Embarazo menor de los 18 años (2), menor de los 20 años (1).
 - c) Multiparidad (más de tres) dentro de los primeros 10 a 15 años de la menarca.
 - d) Lactancia natural prolongada.

Por ser una de las principales causas de muerte por neoplasias en la mujer (en Norteamérica y Europa Occidental la primera causa y en Latinoamérica la segunda causa de muerte), la relación de campañas de detección temprana de cáncer de mama es de vital importancia, además de tratar de romper con el tabú concerniente a padecimientos relacionados con la mama que lleva a la mujer a negar antecedentes de importancia tanto familiares como personales. Se han realizado estudios con grupos vigilados y grupos control, encontrándose una disminución de muerte entre el 20 y 35% en los grupos vigilados (9,12).

Dentro de estas campañas, el autoexamen es uno de los factores principales para la detección temprana de cáncer (autogñosis), ya que el conocimiento por parte de la mujer de sus glándulas mamarias y el habilitamiento para una exploración adecuada y periódica (cada mes) permite que se detecten cambios mínimos, sin la necesidad que se presente una tumoración bien definida, siendo el hallazgo por auto detección del 90%. Teniendo en cuenta que son doce exámenes por año, aumentando la posibilidad de detección apoyándose con una buena orientación médica.

Bonadonna cita a Haagsen "Para la eficacia del diagnóstico precoz enseñar a las mujeres el autoexamen es más importante que enseñar la técnica del examen a los médicos" Haagsen, 1958 (2).

El médico familiar es otro de los factores de vital importancia para la detección temprana del cáncer por ser el primer contacto con la paciente, ya sea porque detecte algún problema en sus mamas y recurra a él o por una revisión que se realice periódicamente incluyendo las mamas, siendo también importante la exploración de estas a la toma del papanicolao. Encontrándose en ocasiones poco conocimiento del padecimiento por parte del médico necesiándose dentro de las campañas la estimulación y adiestramiento del personal médico y paramédico (7,9,11).

La exploración médica es un elemento primordial para la detección temprana del cáncer de mama, ya que un estudio paraclínico por sí solo no es de validez si no es presedido de una exploración clínica adecuada (7,8,9,10,12).

Esta exploración va a llevar al médico decidir que estudios paramédicos realizar para un diagnóstico preciso y con el consiguiente tratamiento adecuado.

Una mala examinación es más peligroso que un no examen (5), siendo difícil establecer el diagnóstico en mujeres sintomáticas y asintomáticas con cáncer. El omitir un examen de mamas se pierde la oportunidad de detectar del 10 al 15% de cáncer en estadios tempranos (9), siendo importante tener el apoyo de la mamografía (10). Con todo esto se ha observado una disminución de la mortalidad con una

sobrevida del 85% con ganglios negativos y 53% con ganglios positivos, a pesar que la incidencia en cáncer de mama ha ido en aumento, una mujer de cada 10 o menos (7,5,9). No se debe olvidar que el examen clínico esta al alcance de todos y a menor costo.

"Un tumor palpable entre 5 o 6 escapa a los métodos paraclínicos" Philip Starx (2).

"Si algún día tuviéramos que dejar todos los métodos diagnósticos, salvo uno, es evidente que conservaríamos la clínica" J.M. Spitalier (2).

Dentro de la clínica los datos que se recaban en una historia clínica completa son: menarca, embarazo, número y edad del primer embarazo, menopausia, enfermedades mamarias anteriores, antecedentes de cáncer de mama familiares; etc., se deben tomar en cuenta.

En la exploración física debemos considerar: (1,2,5,7)

1.- Mama

- Características.
- Coloración.
- Características de la Piel.
- Malformaciones.

2.- Nódulo mamario

- Signo inicial más frecuente (80%) que generalmente no es doloroso, mal definido.
- 90% es por detección.
- Movilidad.
- Tamaño.
- Consistencia.
- Límites.

3.- Pezón poco frecuente

- Secreción.
- Erosión.
- Retracción

4.- Desarrollo de la Neoplasia

- Retracción del pezón.
- Edema de la Piel.
- Induración generalizada de la mama.
- Dolor local.
- Nódulos cutáneos satélites.
- Ulceración con infección y hemorragia.
- Ganglios axilares.
- Región supraclavicular.
- Revisión de la función del músculo pectoral.

5.- Localización

- Cuadrante superexterno 45-47%.
- Cuadrante inferoexterno 7-10%.
- Cuadrante superointerno 14-15%.
- Cuadrante inferointerno 2-5%.
- Cuadrante central 22-25%.

6.- Nódulos axilares

- Tamaño.
- Consistencia.
- Movilidad.

7.- Torax

- Tos.
- Disnea.
- Derrame.

8.- Hígado

9.- Localizaciones oseas, dolor.

Es importante la realización de mapas mamarios para que en forma esquematizada y clara se pueda leer a través del tiempo y se tenga una idea concreta de la evolución y localización de la lesión.

En 1983 The American Cancer Society recomienda la mamografía anual o bienal entre los 40 y 49 años precedido de una semiología y exploración completa, teniendo este estudio su margen de error (1). Actualmente se recomienda una mamografía base a partir de los 35 años, cada dos años entre los 40 y 49 años, y una al año después de los 50 años, apoyado en un examen clínico, no debiéndose tomar como único parámetro para establecer un diagnóstico teniendo un margen de error del 15% (7,8,9,10,12), reportándose los datos de las mejores series.

Cáncer de Mama y Embarazo

El diagnóstico clínico temprano es difícil de establecer por los cambios de la mama durante el embarazo pero más que nada por el retraso de la paciente en acudir al médico y de este al no pensar y no abordar el problema. En Honduras se encontró un caso por cada 3300 embarazos (3), otras series de uno a 7 casos por 10000 embarazos (14), siendo la evolución rápida y agresiva por ser más indiferenciado en pacientes jóvenes, teniendo una sobrevida en mujeres menores de 40 años del 55% y del 75% en mayores de 40 años (3). Debe recordarse que tumor y secreción nos habla de neoplasia (13).

Cáncer de Mama en el Hombre (2)

Es raro y representa el uno por ciento aproximadamente de los cánceres de mama, encontrándose como factores predisponentes:

- Alteraciones del metabolismo de estrógenos.
- Ginecomastia (0-20%).
- S. Klinefelter.
- Ingestión de Estrógenos.
- Orquitis infecciosa.
- Radioterapia en región mamaria.

La edad media de presentación es entre los 58 y 64 años teniendo como cuadro clínico:

- Masa mamaria central 80-85%, fija más frecuentemente.
- Afección del Pezón (60-80%).
- Secreción hemática (15-25%).
- Ulceración (5-80%).
- Adenopatías axilares homolaterales (50-60%).
- Un tercio son inoperables por su estado avanzado.

b) Material y Métodos

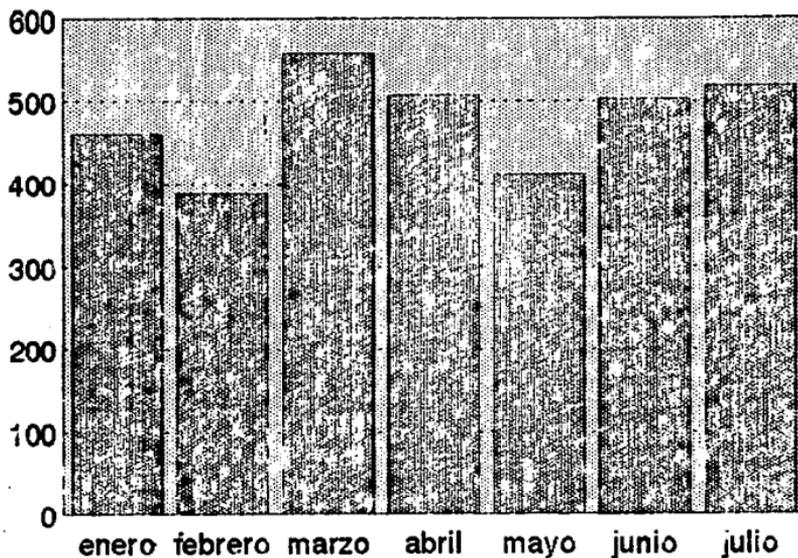
Se realiza una revisión retrospectiva de 10 años que comprende de Enero de 1982 a Diciembre de 1991 de los archivos de Consulta Externa, Estadística Hospitalaria y de Archivo Clínico. Se considera los pacientes femeninos y masculinos derechohabientes de I.S.S.T.E., adscritos al H.G.Z. "FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ", captados en consulta externa que acudieron por primera vez, se incluyeron en el estudio los pacientes diagnosticados como portadores de Cáncer Mamario. Los Criterios de Inclusión fueron: Ser derechohabientes del ISSSTE; ser paciente de primera vez y, tener padecimiento de glándula mamaria. Los Criterios de Exclusión fueron: No ser derechohabiente; ser paciente subsecuente y, no tener padecimiento de glándula mamaria. Los Criterios de Eliminación fueron: Enfermos que han dejado de acudir a su consulta y registros o expedientes depurados.

Al realizar el estudio se encontró la imposibilidad de realizarlo en forma retrospectiva de 10 años por la depuración de expedientes y no registro de los mismos, por lo que sólo se pudo realizar de Enero a Julio de 1992, encontrándose:

Se abrieron 3347 expediente de primera vez en 7 meses, de estos 53 presentaron patología mamaria, de los cuales 42 fueron padecimientos benignos, 5 con enfermedad maligna y 6 en proceso de diagnóstico, 52 pacientes del sexo femenino y uno del sexo masculino. Estableciéndose el tratamiento inicial en el grupo de enfermedad maligna entre el primer día y día 28 de la primera consulta, con rango de edad de 42 - 82 años con media de 57 años, de las 5 pacientes con cáncer de mama, a 3 se administró Quimioterapia dentro del Hospital, una fue enviada a otra Unidad para Radioterapia y una paciente fue tratada fuera de la Unidad en su inicio. Una paciente antes de la Quimio y Radioterapia se sometió a Cirugía. No se encontró algún caso en el embarazo ni en el sexo masculino. La mayor detección de padecimientos mamaros fue en las Clínicas de Medicina Familiar (32), en forma espontánea (12), por Medicina Preventiva (7) y por Urgencias (2).

EXPEDIENTES

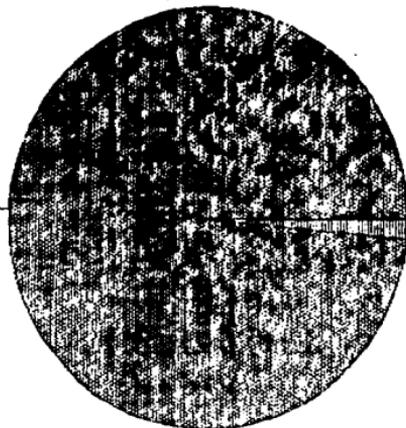
DE ENERO A JULIO DE 1992



TOTAL 3347 HG (FQG) ISSSTE.

PACIENTES CON PATOLOGIA MAMA Y OTRAS PATOLOGIAS

OTRAS PATOLOGIAS
3294



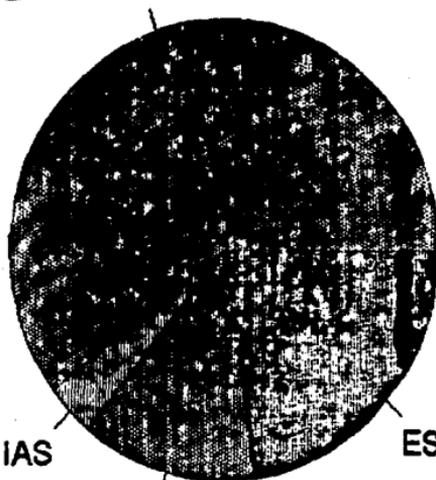
PAT. DE MAMA
53

TOTAL 3347 CASOS HG (FQG) ISSSTE.

MEDIOS DE CAPTACION

OTRAS UNIDADES

32



URGENCIAS

2

MEDICINA PREVE.

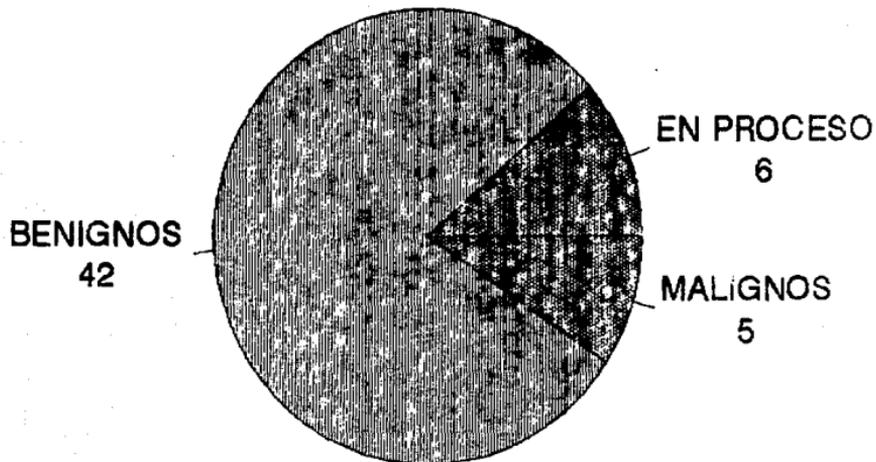
7

ESPONTANEOS

12

53 CASOS DE PATOLOGIA DE MAMA

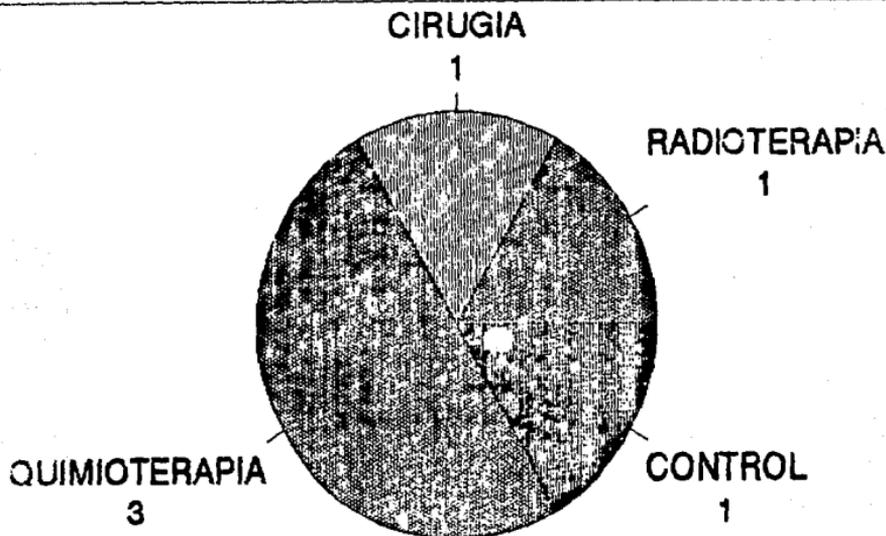
CARAC. DE LA PATOLOGIA



53 CASOS DE PATOLOGIA DE MAMA

TRATAMIENTOS EN C. DE MAMA

5 CASOS



* La paciente de cirugía recibió quimioterapia y radioterapia

CONCLUSIONES

- 1.- Nuestro estudio no fue estadísticamente significativo por no tener puntos de comparación y la muestra ser insuficiente por las características de organización del Hospital.
- 2.- Hay un incremento real en la incidencia de Cáncer de Mama.
- 3.- Ante la incompetencia de saber la causa del Cáncer solo podemos crear campañas para detectar en forma temprana y dar tratamiento oportuno de estos pacientes mejorando su calidad y sobrevida.
- 4.- El examen clínico y autoexamen son factores importantes para la detección temprana de cáncer de mama por ser accesible y de bajo costo, sin dejar de tomar en cuenta la utilidad de la mamografía.
- 5.- Se ha visto que el control combinado de clínica y mamografía es el mejor método para una detección temprana.
- 6.- En nuestra investigación los cinco pacientes que tuvimos con Cáncer de Mama fueron mayores de 40 años, dato similar a lo reportado en la literatura.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

RESUMEN

El cáncer de mama ocupa el segundo lugar dentro de las neoplasias en la mujer, siendo poco frecuente en el hombre, su incidencia ha ido en aumento, desconociéndose las causas que lo originan, quedando solo tratar de llevar a cabo detección temprana a través de campañas para abrir centros especializados, sensibilizar y preparar al personal médico y paramédico, así como a la población, principalmente a las mujeres mayores de cuarenta años, intentando con esto mejorar la calidad y cantidad de sobrevivida.

La exploración clínica es de vital importancia tanto por su aplicación como por su costo, sin descartar la mamografía.

La mayor incidencia de este padecimiento es en mujeres mayores de 40 años, corroborado con nuestro trabajo, el cual, por la dificultad en la recopilación de los datos, no es estadísticamente significativa.

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

- 1.- ALVAREZ, GARDIOL ALEJANDRO.- En Cáncer de Mama. Capítulos: "Aspectos epidemiológicos", "Introducción de la tipología diagnóstica evaluatoria", "La Clínica. Morfotipología. Semitografía". Ed. Ateneo, Argentina, 1987. pp. 1-26.
- 2.- BONADONNA, G., ROBUSTELLEDELA, G.,- En Manual de Oncología Médica. Capítulo: "Carcinoma de Mama". Ed. Masson S.A. Barcelona, España, 1983. pp. 418-443.
- 3.- KENNEDY, B.J. Seminario de Oncología.- En Cáncer de Mama. Capítulo: "Diagnóstico temprano del cáncer de mama". Ed. Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 1975. pp. 7-13.
- 4.- MOISA, C.F. LOPEZ, L. DE J. RAYMUNDO, J.C.: "Epidemiología del carcinoma del seno mamario en Latinoamérica". I.N.C., 1989; 35 (2): pp. 810-814.
- 5.- MCGINNIS, L.S.: "The importance of clinical breast examination" Cancer, Suppl., 1989; 64: 2657-2660.
- 6.- BAINES, C. J.: "Breast self-examination". Cancer, Suppl., 1989; 64: 2661-2663.
- 7.- FINK, D.J.: "Community Programs". Cancer, Suppl., 1989; 64: 2674-2681.
- 8.- MORRISON, A. S.: "Review of Evidence on the Early detection and treatment of breast cancer". Cancer, Suppl., 1989; 64: 2651-2656.
- 9.- STRAX, P.: "Factors to be considered in organizing systems for breast cancer detection". Cancer, Suppl., 1989; 64: 2699-2701.

- 10.- DODD, G. R., FINK, D. J., MURPHY, G. P.: "Breast cancer detection and community practice". Cancer, Suppl., 1989; 64: 2639-2640.
- 11.- LONG, D., WILLIAMS, P.: "Primary care provider needs in breast cancer". Cancer, Suppl., 1989; 64: 2692-2693.
- 12.- STRAX, Ph.: "Detection of breast cancer". Cancer, Suppl., 1989; 64: 1336-1340.
- 13.- SUYAPA, J. E., FLORES, D. F.: "CARCINOMA DE MAMA Y EMBARAZO". I.N.C., 1988; 34 (4): 680-685.
- 14.- LUGO, M.N., RAMIREZ, T. V., Cols.: "Cáncer de mama y embarazo". I.N.C., 1990; 36 (1): 972-975.