

1121-
105
2e)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

I. S. S. S. T. E



HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

REVISION DE MANEJO Y EVOLUCION DE CANCER DE MAMA EN EL HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS.

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA:

DR. MARTINEZ ROJAS RAMON

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

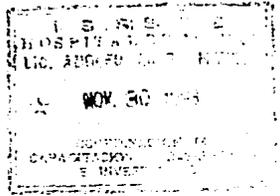
Dr. Raúl Vizzuet Martínez
Coordinador de Capacitación
Desarrollo e Investigación.

Dr. Jaime Hernández Rivera
Profesor titular del curso.

Dr. Oscar Trejo Solórzano
Coordinador del servicio de
Ginecología y Obstetricia.



TESIS CON
FALLA DE CREEN





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.

HOSPITAL REGIONAL LIC. "ADOLFO LOPEZ MATEOS"

REVISION DE MANEJO Y EVOLUCION DE CANCER DE MAMA EN EL HOSPITAL REGIONAL LIC. "ADOLFO LOPEZ MATEOS" EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS.

INVESTIGADOR: Dr. Ramón Martínez Rojas

DOMICILIO: Unidad infonavit "El Rosario"
Croc VI Edif. 7 Depto:302
Delegación Azcapotzalco
México D.F., C.P. 02430



ASESOR: Dr. Efraín Alvarado Alcocer

VOCAL DE INVESTIGACION: Dr. Carlos Meneses Campos.



Dr. Enrique Elguero Pineda
Jefe de Investigación



Dr. Enrique Montiel Tamayo
Jefe de Capacitación y Desarrollo

México D.F., Noviembre de

1994

INDICE

1.- RESUMEN

2.- ABSTRACT

3.- INTRODUCCION

4.- MATERIAL Y METODOS

5.- RESULTADOS

6.- DISCUSION

7.-GRAFICAS

8.- BIBLIOGRAFIA

RESUMEN

La presencia de neoplasia mamaria como padecimiento tiene sus orígenes desde el primer siglo de nuestra era, tal y como se advierte en la literatura de los romanos.

Así, tenemos que en los E.U. de 1973 a 1985, la neoplasia fue la principal causa de muerte en mujeres y se pronosticó que para 1990 surgirían en este mismo país 150,000 nuevos casos con posibilidad de que 44,000 del total no sobreviviría.

La situación anterior ha provocado un mayor esfuerzo en la rama de la investigación, para conocer las características de este padecimiento, ya que el mayor peligro lo representan mujeres entre los 40 y 50 años de edad.

Se sabe actualmente que el mejor método para lograr una mayor supervivencia es la detección temprana y tratamiento oportuno, considerándose la mamografía y la exploración física como los métodos más adecuados para identificar el cáncer de seno. Se ha calculado que en promedio este procedimiento lo detecta 2 años antes de que sea palpable, con una efectividad hasta del 90% de los cánceres de seno y en etapa incipiente.

En esta unidad se comprobó que la población más afectada por neoplasia, realmente fluctúa entre los 40 y 50 años, así mismo el tipo histológico más comúnmente reportado es el carcinoma ductal infiltrante, el segundo más frecuente fue el carcinoma lobular infiltrante y el menos frecuente es el tumor Filloides junto con el fibroadenoma que son considerados como benignos. La exploración física, mamografía, biopsia con aguja fina y biopsia quirúrgica entre los que se encuentran:

- Cuadrantectomía
- Tumorectomía
- Disección ganglionar con estudio trans-operatorio y reporte patológico definitivo más la quimioterapia dependiendo del estadio de la enfermedad, con control en la consulta extra-subsecuente son los procedimientos de tratamiento y evolución que se aplican a todos los pacientes que padecen este mal.

Palabras Claves: -Neoplasia

- Mamografía
- Carcinoma ductal infiltrante
- Carcinoma lobular infiltrante
- Cuadrantectomía
- Tumorectomía.

ABSTRACT

The presence of breast cancer to suffering have theirs origennes from first century of our era, how to mark in the literature physician to the romans.

So have at the E.U. from 1973 to 1985, the cancer was the main reason death in womans and foretelled to for 1990 will spring in the same country 150,000 new occurrences with probability to 44,000 the sum not will survive.

The situation above has incited a greater effort in the branch of research, for know the characteristics of this suffering, the more greater danger to represent womans in the 40 and 50 years.

Actuality the best method for gain larger survival is the specify early and treatment oportune, considering the mamnography and the exploration physics how the methods more adequates for identify to breast cancer, was estimated to at average this procedure find two years before will be to feel, with a confiability until 90% of the breast cancer and incipiente stage.

In this unit was verify to the population more affected for breast cancer, reallity fluctuate in the 40 and 50 years old. So similar the kind story more frecuently reported is the ductal carcinoma (DCIS), the second more frecueny is the lobular carcinoma and the less recueny is the tumour Fillodes near with the fibroadenoma are considered benigns. The exploration physics, mammogeaphy, fine needle aspiration and surgical biopsy between to the find:

- Cuadrantectomy
- Tumorectomy
- Ganglionar resection with study trans-operate and report pathologist definitive.
- Quimioterapy depending to state of the sickness, with control in the later external consultation, are the procedures of treatment and evolution, and it's applicable to every patients who suffer this bad.

KEYS WORDS: - Breast cancer

- Mammography
- Ductal carcinoma
- Lobular carcinoma
- Cuadrantectomy
- Tumorectomy.

INTRODUCCION

La incidencia del cáncer mamario continua incrementándose estimandose que para 1990 en Estados Unidos surgirían 150,000 nuevos casos de los cuáles 44,000 fallecerían por esta enfermedad, esta aseveración se está confirmando ya que en 1993 se está diagnosticando mas frecuentemente ésta patología (1), (3), (7), (12).

Para cualquier mujer con cáncer de seno la evolución es en gran medida impredecible, algunas fallecen en término de un año en tanto que otras viven decenios.

De la extraordinaria variabilidad del curso clínico ha habido notable interés en identificar las características importantes de factores que permiten predecir el comportamiento del tumor (5), (12), (13), (15), por lo tanto los médicos deben saber más al respecto, ya que muchos estudios a base de mamografía han logrado disminución significativa en la tasa de muerte por cáncer mamario (4).

El paso más importante en el tratamiento del cáncer es la detección y el inicio de una terapéutica apropiada (6), (7). Por exploración física y estudios mamográficos es posible detectar más del 90% de los cánceres de seno, los métodos mencionados facilitan la detección de dicha neoplasia antes de que el cáncer llegue a una etapa avanzada (10), (12). Por tanto la mamografía está indicada siempre que haya signos sospechosos o antes que cualquier biopsia de seno, se estima incluso que hasta un 20% de los cánceres no palpables pueden identificarse en los mamogramas por signos indirectos sutiles que incluye: distorsión de la arquitectura y asimetría del parénquima mamario, se ha calculado que ésta detecta el tumor hasta dos años previos antes de que este sea palpable (5).

Casi todos los órganos del humano se diferencian al final de la vida fetal, pero gran parte del desarrollo y diferenciación de la glándula mamaria ocurre después de la pubertad.. El cáncer mamario es una enfermedad del epitelio glandular y según parece, es el resultado de una mutación durante la diferenciación de los blastos en células epiteliales maduras (2), (9).

En las pasadas dos décadas se consideraba la reconstrucción como parte integral del tratamiento en el plan del manejo del cáncer mamario. Recientes avances y recursos hasta con el advenimiento de la microcirugía, ha mejorado el resultado funcional y estético ofreciendo con ello buena calidad de vida a la paciente, por lo que muchas pacientes afectadas aún rechazan la mastectomía como procedimiento terapéutico (9).

Haciendo con esto más difícil planear un tratamiento racional efectivo para el cáncer, particularmente por la falta de información y debido aún más, por el clamor de la paciente por la terapia conservadora. Toda paciente sometida a tratamiento debe ser multidisciplinario, habiendo una coordinación entre cirujano, patólogo, oncólogo, quimio y radioterapeuta, psiquiatra y enfermera, con bases terapéuticas bien documentadas y con información detallada a la paciente sobre los efectos de la terapia a largo plazo tales como: amenorrea, leucemia, incremento de eventos trombóticos hasta la inmunosupresión (1), (2), (7), (8).

Cuando se tienen 2 condiciones enteramente diferentes tales como el carcinoma ductal y el carcinoma lobular, el plan de manejo se dificulta porque no hay publicaciones prospectivas sobre la que pueda darse una guía terapéutica como la más apropiada, y finalmente por el desconocimiento de la interface entre lo maligno y lo no maligno, ya que mientras un histopatólogo describe una muestra como benigno por ejemplo, hiperplasia lobular atípica otro lo reporta como carcinoma lobular.

No obstante patólogos experimentados generalmente aceptan sobre el 80% de todos los casos de carcinoma ductal subdivisiones histológicas dentro de las cuáles están: sólido, cribiforme, comedo, papilar, mucinoso y adhesivo (13).

Actualmente se aboga por la tumorectomía seguida por quimioterapia y hormonoterapia como terapéutica establecida para manejo del cáncer mamario inicial, indicando resultados libres de recurrencia de hasta 86% a 10 años y 80% a 20 años para el estadio 0, 1 y 2 del carcinoma mamario.

Este plan de manejo se justifica ya que la tumorectomía y la vigilancia (terapéutica conservadora) ofrece igual control del tumor y supervivencia con buenos resultados para la paciente.

Es necesario tener los siguientes requisitos en el pre-tratamiento: historia y exámen médico completos, investigación de metástasis, análisis del reporte patológico definitivo con definición de tumor primario, tamaño y márgenes libres de tumor, gánglios afectados con análisis de mamografía pre y posquirúrgica, siendo básico y fundamental el que todas las pacientes sean examinadas en forma integral de toda la economía, para descartar alguna afectación neoplásica a otro nivel con especial énfasis en el área ginecológica por medio de sonografía transvaginal, curetaje y determinación del estado hormonal de la paciente de acuerdo a su edad (11), (14).

MATERIAL Y METODOS.

El trabajo consiste en un estudio retrospectivo con revisión de expedientes de pacientes afectadas por neoplasia mamaria que fueron diagnosticadas y tratadas durante un período comprendido de 2 años el cual abarcó de Octubre de 1991 a Octubre de 1993 en el servicio de clínica de mama del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del I.S.S.S.T.E con un total de 126 pacientes.

El diagnóstico y tratamiento se estableció por exploración física, mamografía, biopsia por aspiración con aguja fina, porcedimiento quirúrgico que incluía: Tumorectomía, cuadrantectomía, mastectomía, disección ganglionar con estudios transoperatorio y reporte patológico definitivo, requiriendo algunas pacientes manejo con quimioterapia u hormonoterapia. El control y seguimiento fue planeado, efectuándose por medio de la consulta externa.

La fuente de información total son los expedientes del archivo del hospital con la colaboración del personal de este departamento. Se revisaron un promedio de 10 expedientes por día completándose una revisión de 50 expedientes por semana, hasta cubrir los 126 expedientes de las pacientes afectadas.

Se contó además con la colaboración del personal de bioestadística para la obtención de registro de expediente con clave de egreso. Los parámetros representativos tomados para el presente trabajo que fueron analizados son:

- Edad de la paciente afectada
- Antecedente de carga genética oncológica
- Paciente pre o postmenopausia
- Lactancia positiva o negativa.
- Reporte patológico definitivo en el cual se incluyen los siguientes estirpes histológicas:
 - Carcinoma ductal infiltrante, carcinoma lobular infiltrante, tumor Filloides, carcinoma mucinoso, otros fibroadenoma, lipoma, mastopatía fibroquística, excluyendo otros parámetros como obesidad, sexo, cáncer a otro nivel de la economía, supervivencia y radioterapia.

RESULTADOS

De toda la población diagnosticada y tratada en el hospital regional Lic. Adolfo López Mateos (126) los grupos de mayor edad que fueron afectadas por esta neoplasia se sitúa entre los 40 y 55 años de edad, así mismo pudo observarse que la lactancia positivo y/o negativo no jugo papel aparentemente protector para la población como lo refieren algunas bibliografías respecto a esta patología.

El reporte patológico definitivo fue de carcinoma ductal infiltrante siguiendo en frecuencia el carcinoma lobular infiltrante, todas estas aseveraciones pueden ser comprobadas en las gráficas y se ve en las gráficas comparativas de los años 1991 y 1992 que quiza el próximo año la población más afectada será más joven, que los casos dados anteriormente.

Así mismo la carga genética no jugó un papel importante como factor carcinogénico pero si el estado pre o posmenopáusico de la pacciente.

En las gráficas correspondientes a la lactancia se puede observar que según las historias de las pacientes analizadas que padecen neoplasia en esta unidad, en su mayoría lactaron, sin embargo desarrollaron este carcinoma.

DISCUSION

El cáncer de mama es un riesgo conocido que posee la mujer de que en cualquier momento de su vida puede padecerlo estimándose este riesgo hasta un 10% aproximadamente. Mismo que es incrementado cuando algún miembro del grupo familiar lo ha padecido, resultando paradójico que el antecedente familiar del cancer mencionado sea el aspecto más descuidado en la evaluación médica, por lo que la forma óptima durante el interrogatorio en la primer consulta debería incluir a todos los pacientes de primer grado; padres, hermanas e hijas de la paciente afectada. Así, autores como Anderson observaron un incremento de dos a tres veces el riesgo de cáncer mamario en mujeres que tenían una pariente de primer grado afectado por esta neoplasia, aumentando esto hasta cinco veces cuando ésta la padecía bilateralmente y 9 veces cuando se presenta en la época premenopáusicas.

La variedad de carcinoma que se diagnostica más frecuentemente en otras poblaciones e instituciones es con mucho el carcinoma ductal infiltrante, y que ésta misma es posible su diagnóstico por medio de mamografía ya que se acompaña de un incremento frecuente de microcalcificaciones, demostrada esta detección en estudios de mujeres asintomáticas, aún más con un promedio de detección de dos años antes de que la neoplasia sea palpable, tal como se reporta en la bibliografía existente; los rasgos clínicos que suelen acompañar este tipo histológico de neoplasia debe recordarse por todo profesionista de la medicina, independientemente de la especialidad que tenga, los rasgos distintivos son:

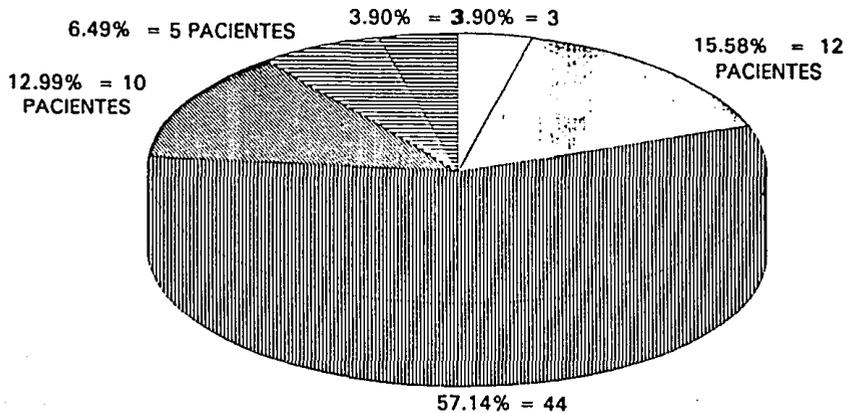
- Forma de presentación como masa tumoral hasta en un 50%, acompañada de microcalcificaciones 50%, edad de pacientes que con mayor frecuencia ataca a menores de 55 años con incremento que va desde 50 a 80% con ligero predominio del carcinoma lobular infiltrante.

Por todas estas razones es importante recalcar la importancia de la exploración e interrogatorio sistematizado para el abordaje de una paciente con cáncer mamario, este sistema es empleado en la valoración y tratamiento en esta unidad, teniéndose resultados satisfactorios tal y como se aprecian en las gráficas de los resultados obtenidos.

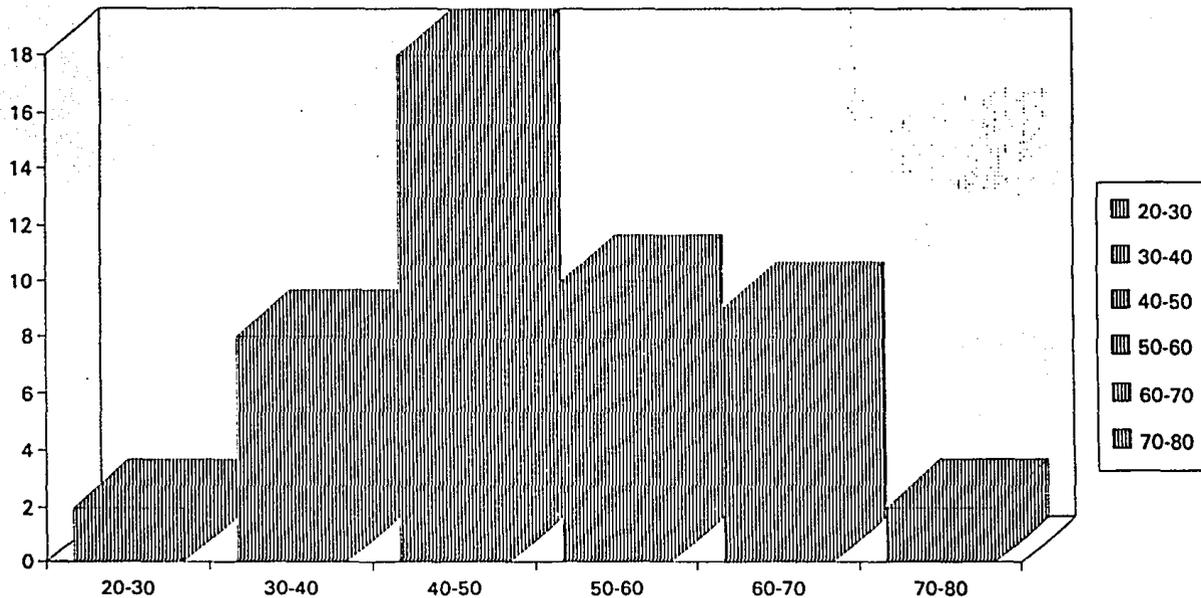
La decisión del cirujano de tratar una paciente con neoplasia depende desde la evaluación correcta de los antecedentes familiares y personales de la mujer, factores de riesgo, exploración física, hasta su capacidad para la realización de una cirugía que pueda ser considerada como mutilante para la paciente originándole diversos trastornos en su vida personal, familiar y hasta social como en el caso de la mastectomía , cuando se decide tomar esta conducta terapéutica.

En la revisión de expedientes se pudo constatar que todas las pacientes desde la primera visita en el interrogatorio se consignan marcadamente todos los factores que pudiesen estar incluídas en la carcinogénesis de la paciente en estudio. Se utilizan también los recursos existentes para lograr un mejor diagnóstico y proporcionar un mejor tratamiento a la población derechohabiente de este hospital, lográndose esto por la enseñanza de excelentes médicos con que cuenta la institución en el adiestramiento de sus residentes y con la coordinación de las diversas disciplinas involucradas en el manejo de estas pacientes.

POBLACION AFECTADA DE OCTUBRE DE 1991 A OCUTBRE DE 1992



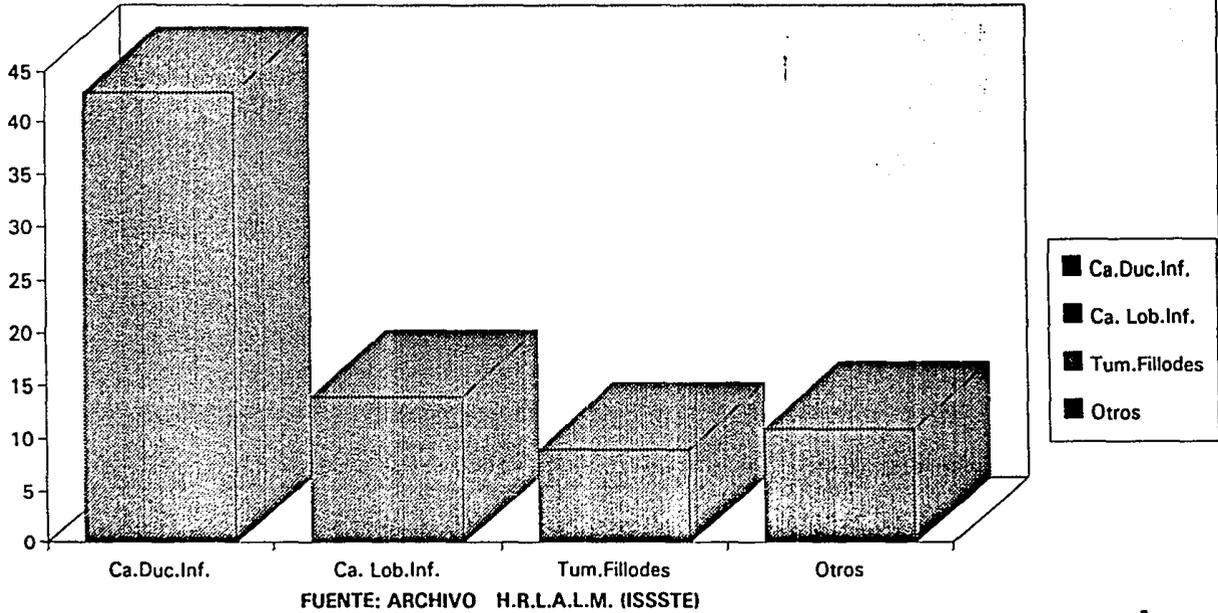
POBLACION AFECTADA DE NOVIEMBRE DE 1992 A OCTUBRE DE 1993



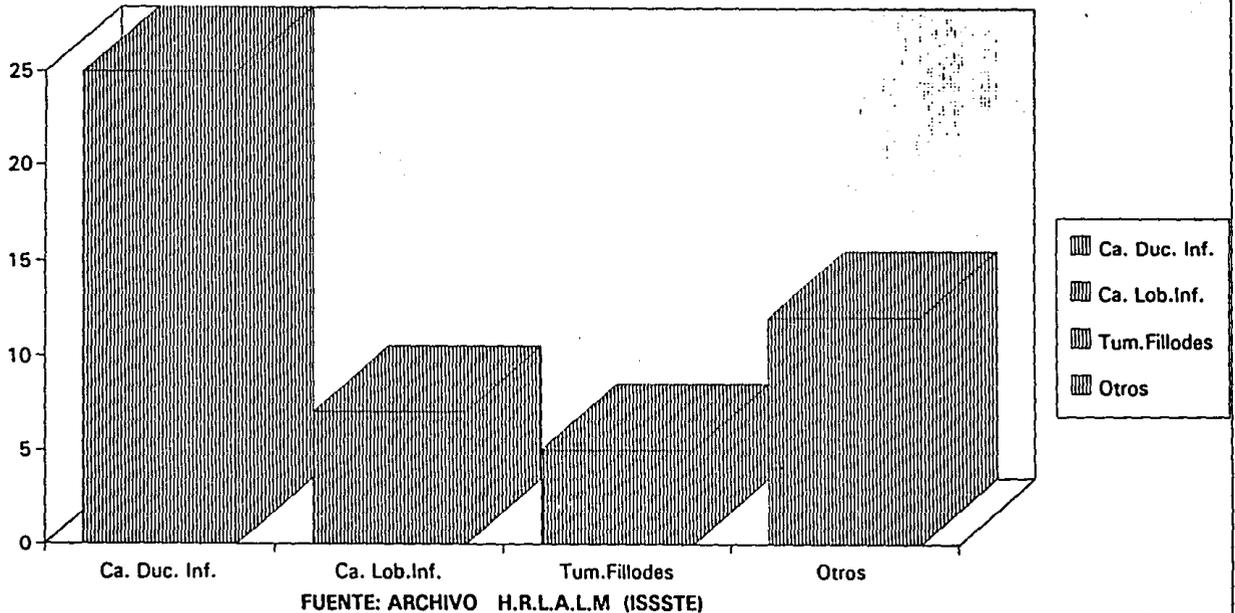
FUENTE: ARCHIVO H.R.L.A.L.M (ISSSTE)

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

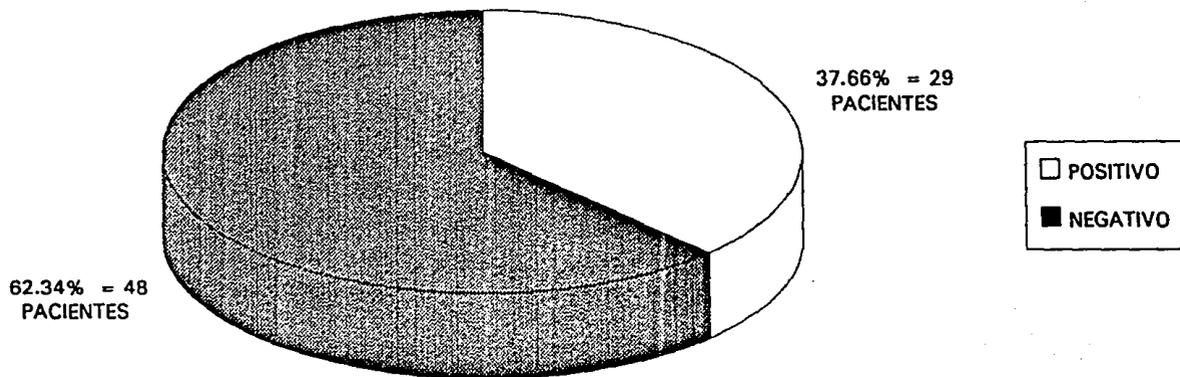
TIPO HISTOPATOLOGICO REPORTADO DE OCTUBRE DE 1991 A OCTUBRE DE 1992



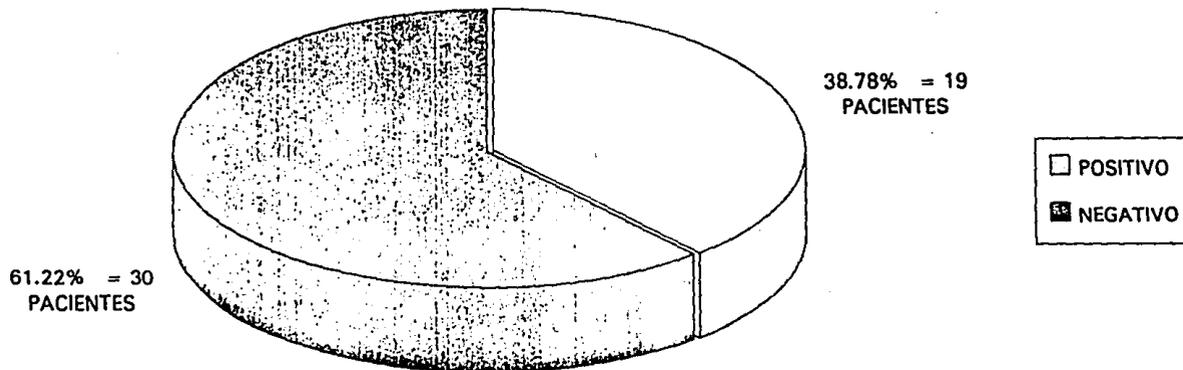
TIPO HISPATOLOGICO REPORTADO DE NOVIEMBRE DE 1992 A OCTUBRE DE 1993.



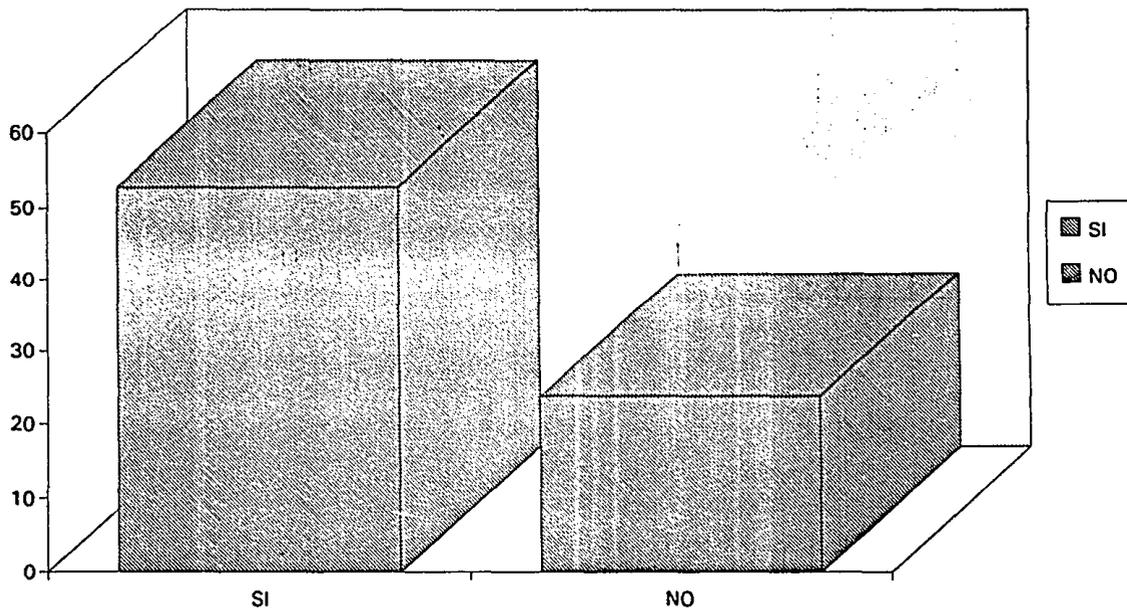
CARGA GENETICA DE LA PACIENTE DE OCTUBRE DE 1991 A OCTUBRE DE 1992



CARGA GENETICA DE LA PACIENTE DE NOVIEMBRE DE 1992 A OCTUBRE DE 1993

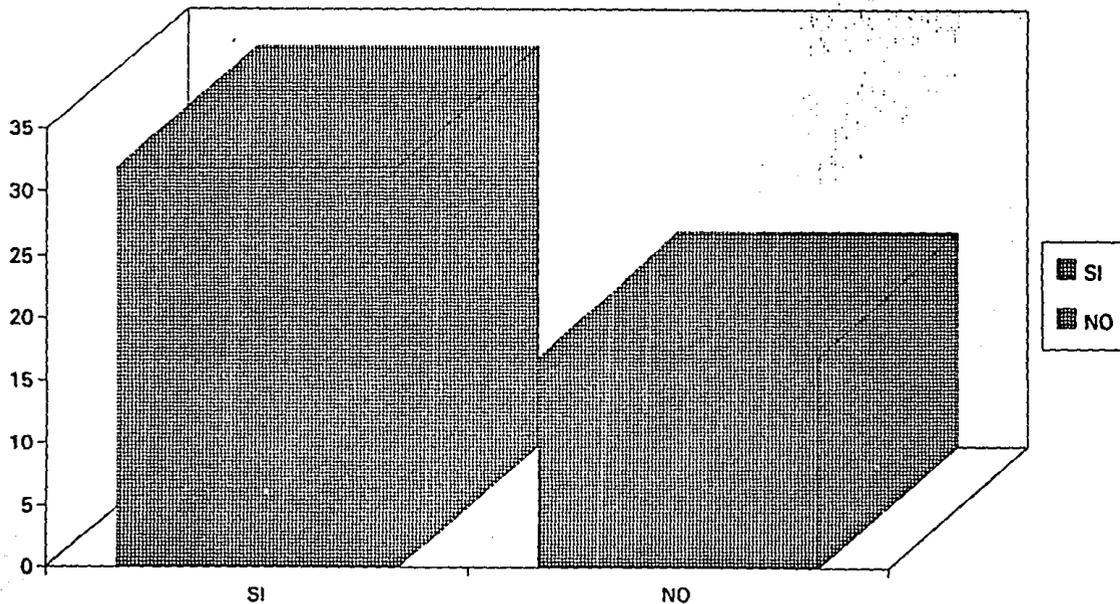


LACTANCIA DE PACIENTES DE OCTUBRE DE 1991 A OCTUBRE DE 1992



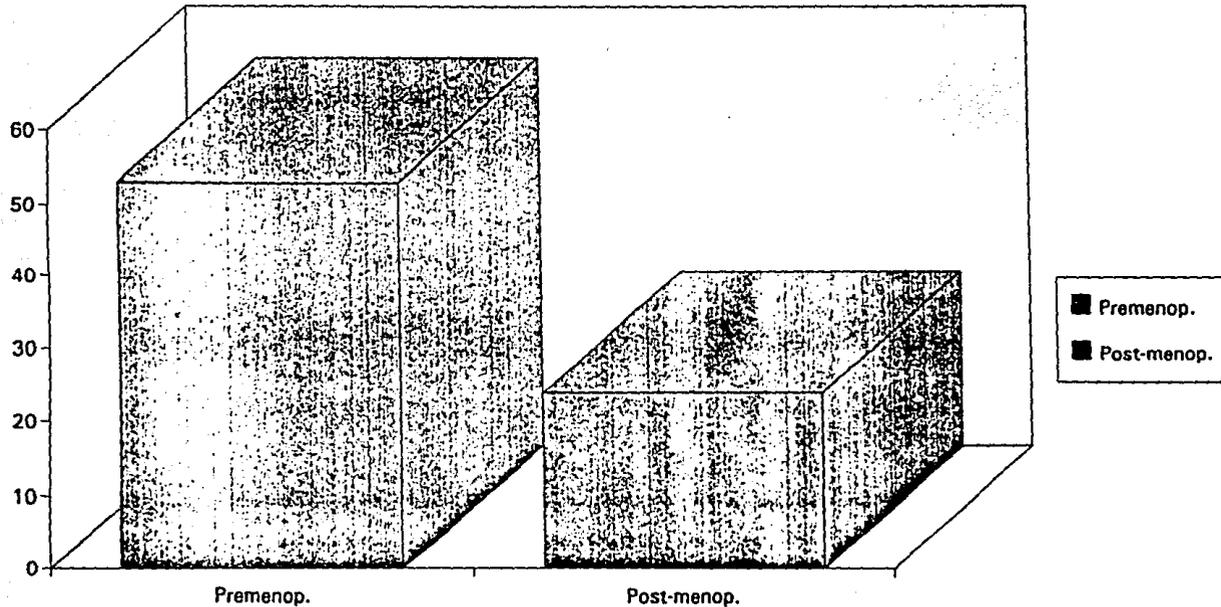
FUENTE: ARCHIVO H.R.L.A.L.M (ISSSTE)

LACTANCIA DE PACIENTES DE NOVIEMBRE DE 1992 A OCTUBRE DE 1993



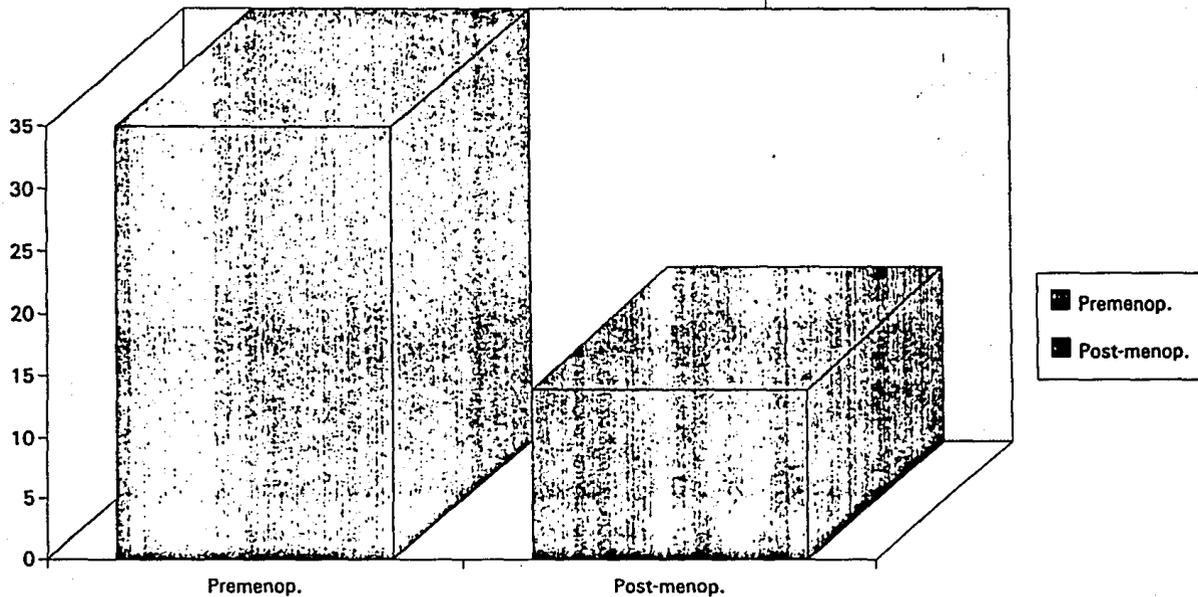
FUENTE :ARCHIVO H.R.L.A.L.M (ISSSTE)

ESTADO HORMONAL DE LA PACIENTE DE OCTUBRE DE 1991 A OCTUBRE DE 1992



FUENTE: ARCHIVO H.R.L.A.L.M. (ISSSTE)

ESTADO HORMONAL DE LA PACIENTE DE NOVIEMBRE DE 1992 A OCTUBRE DE 1993



FUENTE: ARCHIVO H.R.L.A.L.M (ISSSTE).

BIBLIOGRAFIA.

- 1) Victor A. Marcial, MD. FACR: Primary Therapy for Limited Breast Cancer. *Cáncer* 65: 2159-2164, 1990.
- 2) Eija Lahti, MD, Guillermo Blanco, MD, PHD, Antti Kauppila MD, Pentti J, Taskinen MD, et, al, : Endometrial Changes in Postmenopausal Breast Cancer Patients Receiving Tamoxifen. (*Obstet gynecol* 1993; 81: 660-4).
- 3) I.S. Fentiman. The Treatment of in Situ Breast Cancer *Acta Oncológica* 28 (1989) Fasc, 6 923-926
- 4) David P. Winchester, MD, Gerald P. Murphy MD, Harold E. Bowman MD, et, al, Surgical Management of Stages 0, I, and II a Breast Cancer. *Cancer* 65 may 1 supplement 1990, 2105-2107.
- 5) Heikki Joensuu and Sakari Tikkanen. Identification of Subgroups with Favorable Prognosis in Breast Cancer. *Acta Oncológica* vol. 31, No.3, pp. 293-301, 1992
- 6) Edward F. Scanlon, MD Progress in the Treatment of Early Breast Cancer. *Cancer* 65: 2110-2112, 1990.
- 7) Alan S. Morrison, MD. Review of Evidence on the Detection and Treatment of Breast Cancer. *Cancer* 64, December 15 supplement 1989, pp. 2651-1656.
- 8) Paul P. Carbone, MD. Daniel W. Nixon, MD. James Fannelly, MD. et, al, : Adjuvant System Therapy.
- 9) Anne de la Rochefordiere. Bernard Asselain. Francois Campana et, al, : Age as Prognostic Factor in Premenopausal Breast Carcinoma *Lancet* 1993; 341 April, pp.1039-43.
- 10) Lamar S. McGinnis, MD. Facts: The Importance of Clinical Breast Examination. *Cancer* 64 December 15 supplement 1989, pp. 2657-2660.

- 11) John Bostwick III, MD. Facs: Breast Reconstruction After Mastectomy. Cancer vol. 66 September 15 supplement 1990, pp. 1402-1411.
- 12) Jay R. Harris, MD, Marg E. Lippman, MD. Humberto Veronesi, MD. et.al.: Breast cancer the new England Journal of Medicine vol. 327 No. 5 July 1992, pp. 319-328.
- 13) melvin J. Silverstein, MD. Jamnes R. Waisman, MD. Pervis Gamagani, MD. et,al, Introductal Carcinoma of the Breast (208 cases) "Clinical Factors Influencing Treatment Choice". Cancer 66: 102-108, 1990
- 14) Steinar Lundgren, MD, : Progestins in Breast Cancer Treatment. Acta Oncológica vol. 31, No. 7, 1992, pp. 709-719, 152 ref.
- 15) Barbara L. Smith. MD., Monica Bertagnoll, MD., Barbi B. Klein, et, al,: Evaluation of Contralateral Breast. "The Role of Biopsy at the Time of Treatment of Primary Breast Cancer" Ann. Surg July 1993, vol. 216 No. 1 , pp. 17-21.