



11217  
169

# Universidad Nacional Autónoma de México

**Departamento de Postgrado**

Mastectomía radical tipo Patey,  
Revisión de 10 años en el  
Hospital Español de México

## T E S I S

PARA LA OBTENCION DEL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ELABORADO POR:

**DRA. GLADYS ADRIANA ZAVALA CASAS**

Asesor: *Dr. Sergio Pedraza Barajas*

Jefe del Curso de Ginecología y Obstetricia:

DR. C.M. EFRAIN VAZQUEZ BENITEZ



Mexico, D. F.

**Abril de 1995**

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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE  
MEXICO**

**DEPARTAMENTO DE POSTGRADO**

**TESIS PARA LA OBTENCION DEL TITULO  
EN LA ESPECIALIDAD DE**

**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**Elaborado por: Dra. GLADYS ADRIANA ZAVALA CASAS.**

**Asesor: Dr. SERGIO PEDRAZA BARAJAS.**

**Jefe del Curso de Ginecología y Obstetricia:**

**DR. C.M. EFRAIN VAZQUEZ BENITEZ.**

**México, D. F. abril de 1995.**

## INDICE

<b>1. Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Historia de la mastectomía.....</b>	<b>1</b>
<b>3. Material y método.....</b>	<b>5</b>
<b>4. Tabulación de los datos obtenidos.....</b>	<b>6</b>
<b>5. Representación gráfica de los datos.....</b>	<b>8</b>
<b>6. Análisis estadístico.....</b>	<b>15</b>
<b>7. Discusión.....</b>	<b>17</b>
<b>8. Conclusiones.....</b>	<b>19</b>
<b>9. Bibliografía.....</b>	<b>20</b>

## HISTORIA DE LA MASTECTOMIA

### I.- Introducción:

La cirugía juega un papel muy importante en el aspecto diagnóstico y de tratamiento del cáncer mamario. Con frecuencia son referidos a los ginecólogos, pacientes para la evaluación de anomalías mamarias y para la obtención de muestras de lesiones primarias, con propósito, con propósito diagnóstico. Una evaluación inicial cuidadosa podría definir la anomalía e indicar cual procedimiento se utilizaría para obtener una muestra para análisis citológico e histológico, es decir, el método diagnóstico apropiado (radiográfico o con radionúclidos).

Para lesiones malignas, este procedimiento resultaría en un adecuado estudio clínico. El tratamiento quirúrgico del cáncer mamario incluye la extirpación del tejido mamario y el adyacente a la lesión maligna, así como los ganglios linfáticos regionales. Debido que los conceptos sobre la biología del cáncer difieren, se han diseñado diferentes técnicas quirúrgicas para su tratamiento.

El análisis de los ganglios linfáticos axilares, es también una parte importante del manejo en este cáncer. La información acerca de la presencia y número de metástasis a ganglios linfáticos es importante para la estapificación, pronóstico y determinar la necesidad de quimioterapia adyuvante. El grado de ganglios linfáticos que pueden ser disecados (axilar simple o completa) es controvertible aún. La distribución de ganglios y el patrón de metástasis es de suma importancia.

Los procedimientos para el tratamiento de cáncer mamario han sido usados predominantemente para estadio I o II. A través de la experiencia adquirida con la técnica de Halsted se observó sus buenos resultados en estadios avanzados (III A y III B), en los cuales se encontraban evidencias de graves signos locales, que estaban asociados a una mayor recurrencia y una menor sobrevida. Estos hallazgos engatizan la importancia de un adecuado estadio clínico detectado en su revisión, así como su adecuado tratamiento, que puede ser seleccionado. Mientras muchas mujeres con cáncer mamario podrían curarse con el tratamiento inicial, otras desarrollarían recurrencia tumoral. Para estas mujeres, la cirugía juega un papel importante. Las biopsias de lesiones recurrentes, mastectomías paliativas, adrenalectomías u ooforectomías para las metástasis del cáncer hormonodependiente, podrían estar indicados. Por ello, el tratamiento quirúrgico puede ser curativo o paliativo, dependiendo del estadio clínico.

### II. ASPECTOS HISTORICOS:

El cáncer mamario ha sido reconocido desde tiempos ancestrales. Los papiros de Edwin Smith, 3000 A.C. contienen una descripción del cáncer mamario. (1)

La cauterización fue utilizada como tratamiento para problemas mamarios en esa época. En el siglo 5 A.C. Hipócrates refiere en cuanto a malignidad como un proceso avanzado o asentado en la profundidad y decía que la cirugía en estos casos no era benéfica.

En la gran parte de la era pre Cristiana, el tratamiento para el cáncer era la invocación a los dioses para su ayuda. La amputación de los senos fue utilizada como escarmiento, sin embargo, la cirugía jugó un papel muy pequeño o nulo en el tratamiento definitivo durante este periodo.

En el primer siglo A.C. Leónides describió la técnica operatoria del cáncer mamario. (1).

Galeno (nació en 130 A.C.) propuso la excisión del cáncer mamario descubierto en estadio temprano. Durante la edad media, la excisión fue utilizada en tumores muy pequeños. La hemostasia fue elaborada por compresión, cauterización o ligadura de vasos. Localmente los tumores avanzados fueron tratados con dieta, flebotomías y aplicantes tópicos. La mastectomía empieza a aparecer durante el siglo XVI. El cirujano español Arceo describió una operación para remover el cáncer en 1574 (1). En 1590, Cabrol recomendó la mastectomía radical con la extirpación de los músculos pectorales y el italiano Severinus practicó la disección axilar a la vez que la cirugía radical. En el siglo XVI, Bidloe y Tabor desarrollaron instrumentos especiales para realizar la mastectomía. En 1844, Pancoast enfatizó la importancia de extirpar la mama y hacer la disección de ganglios linfáticos axilares como procedimiento único (1,11).

Durante la parte final del siglo XIX, los cirujanos definieron el tratamiento quirúrgico del cáncer mamario. En 1867, Charles Moore subrayó la importancia de no exponer el tumor durante el procedimiento, de extirpar ganglios linfáticos axilares, de remover todo el tejido mamario y no dividir la intervención linfática. Gross y Volkman fueron partidarios de quitar todo el tejido mamario y la fascia del pectoral, en conjunto con la disección axilar completa para los ganglios tomados. Kuster propuso que una disección axilar completa fuera hecha a todas las pacientes, aunque no se observaran clínicamente positivos. Los procedimientos propuestos por estos cirujanos pioneros representan los prototipos para la mastectomía radical modificada ampliamente usada en el siglo XX (1,11)

En 1894, William Halsted reportó su experiencia con el . como la clásica mastectomía radical de Halsted. En ésta, el tejido mamario fue extirpado primero, seguida de los músculos pectorales y llegando al vértice de la axila, los ganglios linfáticos.(1,11)

Tal vez aplicado a todos los estadios clínicos de cáncer, representó una mejoría tanto en control local y rango de sobrevida sobre aquellos que precedieron a Halsted. Mientras el tratamiento quirúrgico para cáncer se asoció a una recurrencia local de 60 a 82% y una sobrevida a 3 años, Halsted reportó un 6% de recurrencia y una sobrevida de 38 a 42% a 3 años.(1,11).

En 1894 Meyer propuso un método alternativo para realizar la mastectomía radical. En este procedimiento, los linfáticos axilares fueron disecados primero, seguidos por la glándula mamaria y los músculos pectorales. La extensión de la resección quirúrgica para los 2 procedimientos (Halsted y Meyer) fue la misma, solamente varió la secuencia. (1,11).

La mastectomía radical tanto de Halsted como de Meyer se basó en la premisa de que el cáncer mamario se difunde de una manera ordenada, primero a los ganglios linfáticos regionales y de allí a sitios distantes. La extirpación de tejido adyacente y ganglios linfáticos evita la diseminación a órganos distantes. Este concepto prevaleció hasta el siglo XX, cuando Crile, así como Fisher y colaboradores establecieron que la disección axilar no confería beneficios de sobrevivencia y era solamente terapéutico, previniendo la recurrencia de enfermedad axilar.(1).

Más tarde la experiencia con la mastectomía radical definió este procedimiento como efectivo en los cánceres mamaros localizados.

Mientras Halsted inicialmente aplicó la mastectomía a todas las pacientes, en 1940 Haagensen definió las características de la enfermedad ( cuando la mastectomía radical era la única terapia) asociadas con una elevada recurrencia y pobre sobrevivencia. Estas características son conocidas como los signos graves del cáncer mamario. La presencia de cualquiera de estos signos es ahora considerada como evidencia de inoperabilidad. Haagensen también estableció el uso de una clasificación de estadio en el tratamiento de cáncer mamario. Su clasificación clínica de Columbia fue la primera en estadificar cada paciente de acuerdo a la extensión de la enfermedad al momento de la presentación (tanto local como a distancia) y correlacionar la recurrencia y el pronóstico después de la mastectomía radical de acuerdo a su estadio. Una apreciación tanto de la estadificación como de la selección de la terapia de acuerdo a éste ha sido uno de los descubrimientos más significativos en el tratamiento de cáncer en el siglo XX (1,11).

En 1948, Patey propuso que la extirpación del pectoral mayor no era de gran valor en el tratamiento quirúrgico con la mastectomía radical. El describió la mastectomía radical modificada, la cual extirpa todo el tejido mamario en conjunto con el pectoral menor y el contenido axilar, mientras preserva el pectoral mayor. Tanto Auchincloss y Madden modificaron este procedimiento preservando los 2 pectorales. Estudios retrospectivos y prospectivos confirmaron resultados similares tanto con la mastectomía radical de Halsted como con la radical modificada de Patey (1,2,3,11 y 12). Halsted también incluyó con frecuencia los linfáticos supraclaviculares y de la mamaria interna. En su discurso en la Asociación Americana de Cirujanos, remarcó: "nuestro presente método de operación para la cura del cáncer es en el momento más radical que cuando escribimos la primera publicación sobre este objetivo. La región supraclavicular es invariablemente limpiada". Varios cirujanos siguieron este procedimiento pero cuando vieron que no daban mayores beneficios, fue abandonado. Lo mismo sucedió cuando Halsted quiso incluir a los ganglios linfáticos mediastinales en su técnica, que también fue abandonado.(1).

Mientras algunos grupos en el siglo XX fueron aplicando procedimientos más extensos como tratamiento para el cáncer, otros evaluaron opciones más conservadoras. (1,11,12)

Crile y otros de la clínica de Cleveland fueron los primeros en proponer la mastectomía simple y la parcial como tratamiento definitivo para el cáncer. La mastectomía total extirpa solamente el tejido mamario, dejando intactos los ganglios linfáticos axilares. Esto fue asociado con una recurrencia axilar significativa y también omitieron estadificación y pronóstico respecto a estos ganglios. Sin embargo, la experiencia de este grupo y otros, incluyen estudios prospectivos, confirmando que la sobrevida después de la mastectomía total fue comparable con aquellos procedimientos más radicales.(1,11)

La mastectomía radical modificada y la total, mientras proveen un importante resultado estético sobre la de Halsted, fueron acompañadas de trauma psicológico por la amputación mamaria. Esto condujo a la evaluación de procedimientos más conservadores, en los cuales se pudiera dejar mayor proporción de tejido mamario. Para los predecesores de Halsted era claro que la mastectomía parcial sola, era seguida de una elevada recurrencia, y alguna forma de terapia adyuvante para el tejido remanente era necesaria. Iniciando con Keynes en 1930, muchas series y estudios demostraron que la conservación mamaria en conjunto con la terapia radiactiva postoperatoria para estadios tempranos de cáncer representó un rango de sobrevida y control local comparado a aquellos con cirugía radical, con mucho mejor resultado estético. Los efectos a largo plazo de la radiación, así como el impacto socioeconómico del individuo con esta terapia se siguen evaluando. No obstante, el tratamiento conservador ha llegado a representar una alternativa en el tratamiento del cáncer mamario temprano.(1,11,12)

## **MATERIAL Y METODO:**

1. Para la realización de este trabajo, fue necesario tomar el registro de todas las pacientes atendidas por el Servicio de Ginecología del Hospital Español de México, de 1982 a 1992, sometidas a mastectomía radical modificada tipo Patey.
2. Se investigaron en los expedientes los datos necesarios de las pacientes atendidas, en el área de archivo del Hospital.
3. Se tabularon los datos siguientes: número de expediente, edad, tamaño del nódulo, localización, tipo histológico de la pieza extirpada, estadio clínico, estancia hospitalaria, tiempo con el hemovac, complicaciones, terapia complementaria y recurrencia o metástasis.
4. Fue necesario hacer una recopilación de literatura respecto a los resultados obtenidos en otras instituciones para hacer una comparación entre las mismas, por lo cual se tomaron artículos publicados en los últimos 5 años, del servicio MEDLINE, disponible en el Hospital.
5. Una vez recabados todos los datos de la tabulación se procedió a graficar y compararlos con los obtenidos en diferentes centros, donde se realizan más mastectomías radicales modificadas tipo Patey. Debido a que en nuestro Servicio son mucho menor el número de operaciones realizadas, preferí utilizar unidades proporcionales. Sólo en las que se utilizó porcentaje, como la sobrevida o recurrencia se hace la notificación de la proporción y la conversión a porcentaje.
6. Por último, se obtuvieron las conclusiones sobre este procedimiento realizado por nuestro Servicio durante el período mencionado.

## TABULACION DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LOS EXPEDIENTES

### I. Edad por décadas:

-40 a 50 años:	4	pacientes
-50 a 60 años:	6	"
-60 a 70 años:	12	"
-70 a 80 años	5	"
<hr/>		
-80 a 90 años	2	"
<hr/>		
	29	"

### II.- Localización:

1.- Cuadrante superoexterno=	23
2.- Cuadrante superointerno =	1
3.-Cuadrante inferointerno =	1
4.-Cuadrante inferoexterno =	2
<hr/>	
5.- Periareolar	= 2

29

### II. Tamaño del nódulo:

1. Con 1 cm.=	2	pacientes
2. 1.5 " =	1	"
3. 2 " =	2	"
4. 2.5 " =	3	"
5. 3 " =	7	"
6. 3.5 " =	1	"
7. 4 " =	5	"
8. 4.5 " =	1	"
9. 5 " =	2	"
10. 5.5 " =	1	"
11. 6 " =	3	"
12. 8 " =	1	"

29 pacientes

### III- Estancia hospitalaria:

1. 5 días =	1	paciente
2. 6 " =	6	"
3. 7 " =	1	"
4. 8 " =	2	"
5. 9 " =	4	"
6. 10 " =	2	"
7. 11 " =	2	"
8. 12 " =	6	"
9. 13 " =	1	"
10. 14 " =	2	"
11. 18 " =	1	"
12. 27 " =	1	"

29 pacientes.

### IV. Tipo histológico:

-Canalicular infiltrante	= 24	pacientes.
-Carcinoma tipo Paget	= 1	"
-Comedocarcinoma	= 2	"
-Adenocarcinoma infiltrante=	2	"

29 pacientes

### V. Estadificación:

T1N0M0 = 5	pacientes	E I
T2N0M0 = 14	"	}
T3N0M0 = 7	"	
T4N0M0 = 0	"	E II
T1N1M0 = 1	"	}
T2N1M0 = 1	"	
T3N1M0 = 1	"	E III

29 pacientes.

### VI. Días con hemovac:

- 3 días = 1 paciente
- 4 días = 2 "
- 5 días = 7 "
- 6 días = 3 pacientes
- 7 " = 3 "
- 8 " = 3 "
- 9 " = 1 "
- 10 " = 4 "
- 11 " = 2 "
- 12 " = 1 "
- 13 " = 2 "
- 16 " = 1 "

#### **VII. Complicaciones:**

En ninguna de las pacientes intervenidas se presentó complicación transoperatoria ni postoperatoria.

#### **VIII. Terapia complementaria:**

A 7 pacientes se les programó para radioterapia, en 2 de ellas, la radiación fue previa a la operación.

En 2 pacientes se prescribió tamoxifeno.

Dos pacientes recibieron hormonoterapia y radioterapia postoperatoria.

Una paciente recibió quimioterapia (FAC= fluoracilo, adriamicina y ciclofosfamida) con radioterapia postoperatoria.

#### **IX. Recurrencia o metástasis:**

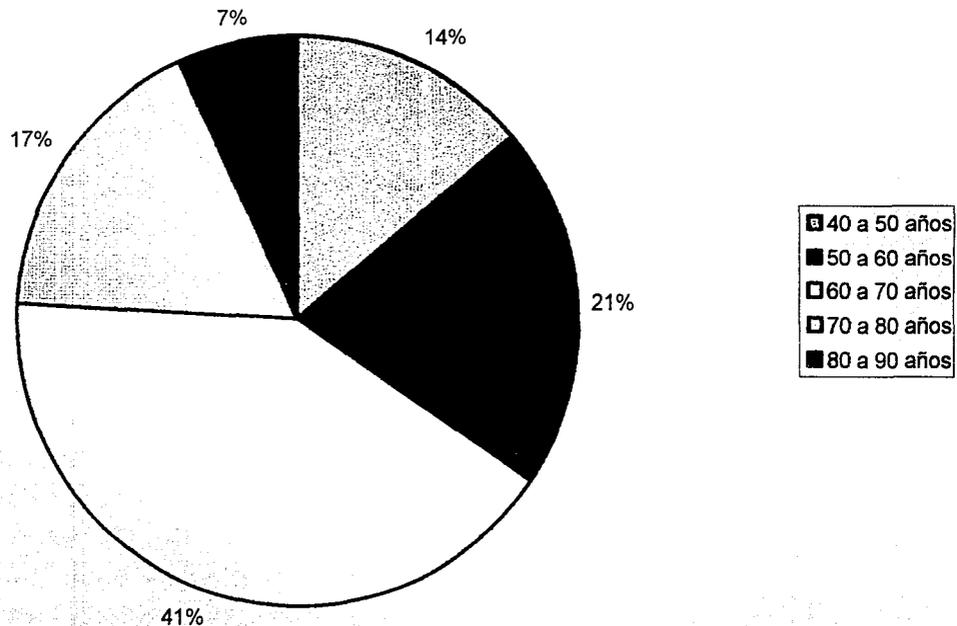
- 2 pacientes presentaron un nódulo a los 8 meses postoperatorios, en área quirúrgica, 1 de las cuales presentó metástasis intercostal.

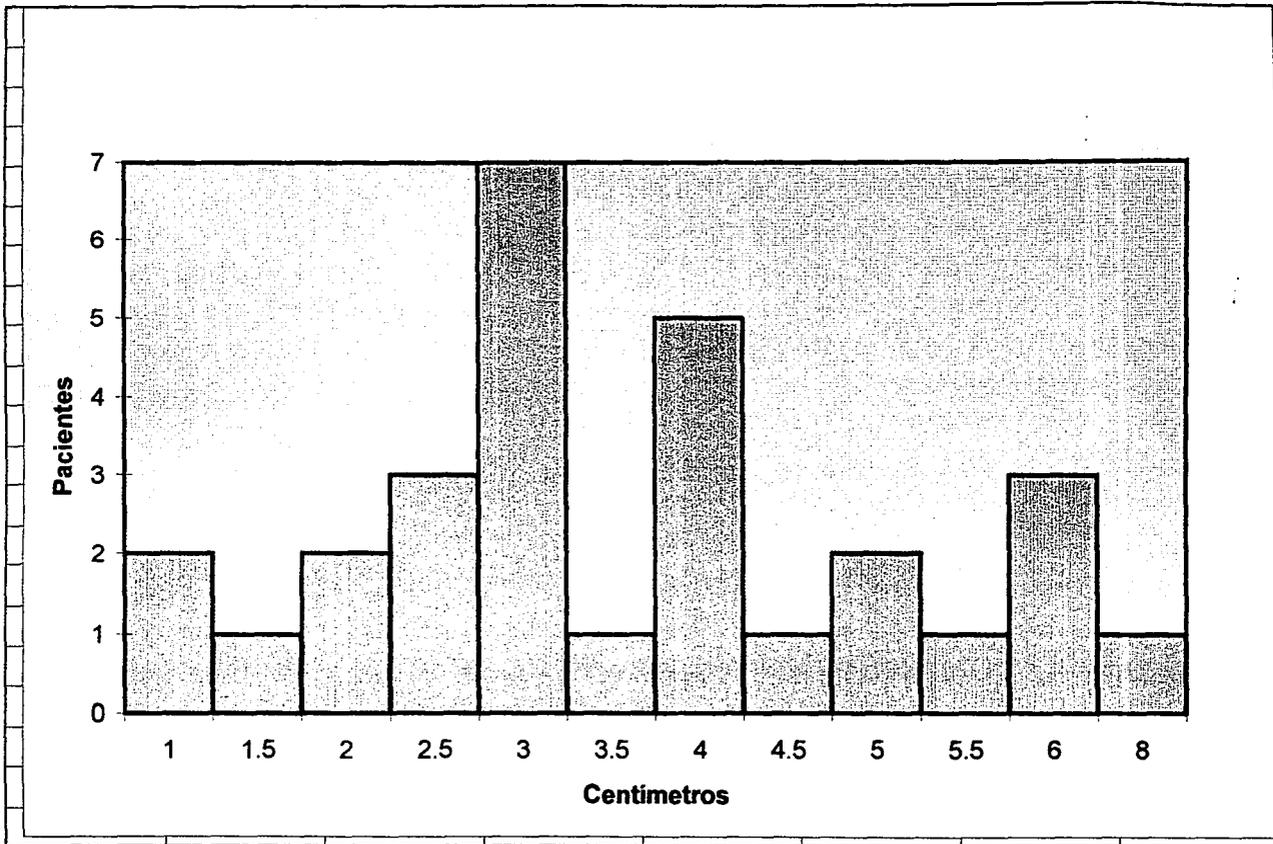
- 1 paciente a los 10 meses, tuvo una lesión cutánea en el área quirúrgica, no siendo metástasis.

- 1 paciente al año, 8 meses, tuvo un nódulo benigno en el área quirúrgica.

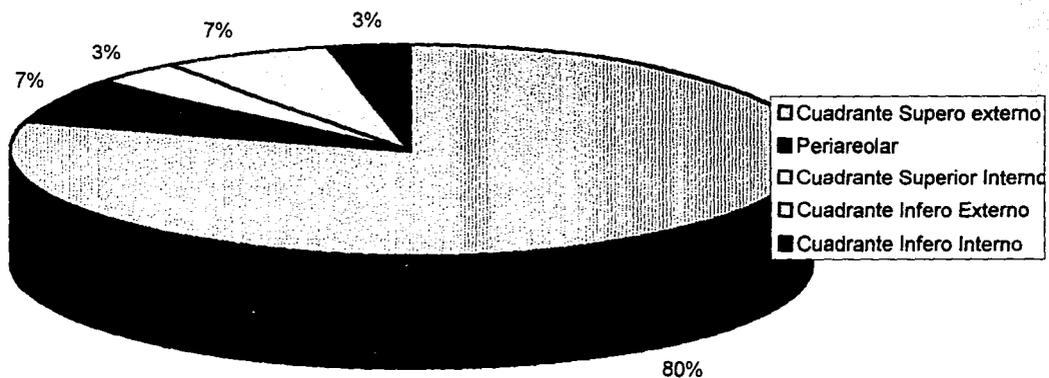
- 1 paciente a los 9 años, presentó infiltración subepitelial en el área quirúrgica.

# Representación de la edad por décadas

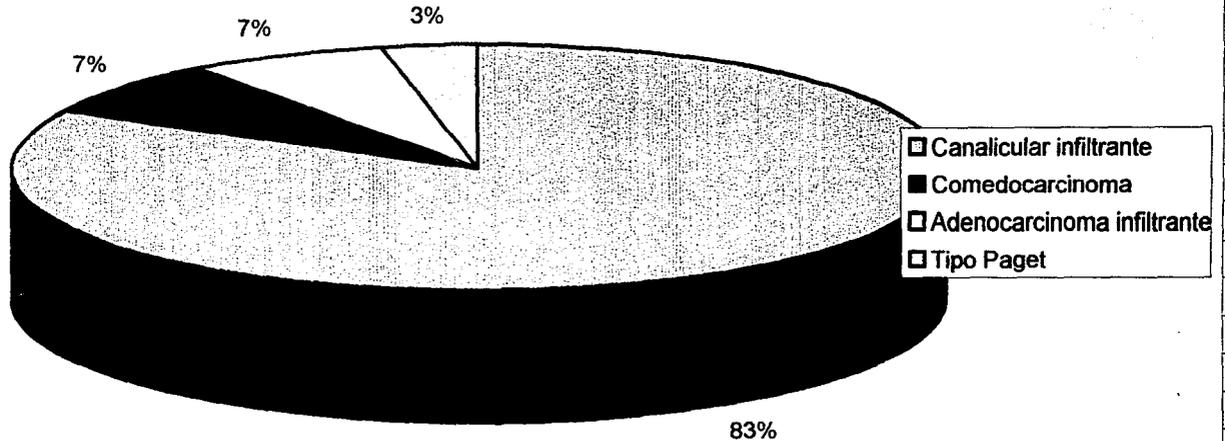




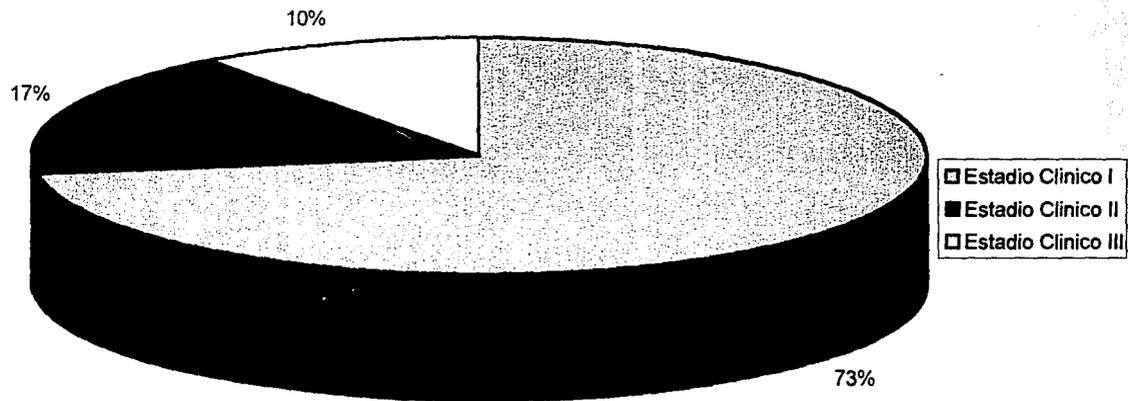
# Localización tumoral



# Tipo Histológico



# Etapificación del Tumor



Tamaño del tumor	Tipo Histológico	Estadio Clínico	Ganglios con mets	Metástasis local o Distante		
3 cm.	Canalicular infiltrante prodominantemente	EII	0	nódulo en área quirúrgica al año 8 meses.		
1.5 cm.	Canalicular " " escirro indif. (con infiltraci	EI	4	0		
4 cm.	" " " escirro (c/infiltración perivasc	EII	0	0		
5 cm.(2 gang	Paget medianamente diferenciado	EII	0	nódulo en herida Qx. a los 8 meses.		
2.5 cm.	Canalicular infiltrante medianamente difere	EII	2	0		
5.5 cm.	Canalicular escirro medianamente diferenc	EII	3	0		
1 cm.	Comedocarcinoma bien diferenciado	EI	0	0		
3 cm.	Canalicular infiltrante predominantemente	EII	0	0		
3.5 (3 ganglic	Canalicular infiltrante medianamente difere	EII	2	0		
3 cm.	Comedocarcinoma medianamente diferenc	EII	0	lesión cutánea a los 10 meses.		
6 cm.	Canalicular infiltrante bien diferenciado.	EII	0	0		
4 cm.	Canalicular infiltrante bien diferenciado	EII	1	0		
1 cm.	Canalicular infiltrante predominio indifere	EI	3	0		
3 cm.(3 gang	Canalicular infiltrante medianamente dif.	EII	13	0		
5 cm.	Canalicular infiltrante escirro medianament	EII	2	0		
6 cm.(4 gang	Canalicular inf. medianamente dif.c/infiltrac	EIII	0	metástasis costal a los 8 meses.		
3 cm.	Adenocarcinoma infiltrante med. dif.	EII	0	0		
3 cm.	Canalicular infil. escirro bien diferenciado	EII	0	0		
4 cm.(1 gang	Carcinoma ductal infiltrante med. dif.	EII	0	0		
2.5 cm.	Adenocarcinoma escirro infiltrante med. dif	EII	0	a los 9 años infiltración subepitelial		
3 cm.	Canalicular infiltrante escirro indif.	EII	3	0		
4 cm.	Canalicular infiltrante escirro indif.	EII	4	0		
6 cm.	Canalicular infiltrante indif.	EII	0	0		
2 cm.(2gangl	Canalicular infiltrante escirro bien dif.	EI	0	0		
2.5 cm.(1 gar	Canalicular escirro indif.c/infiltración periva	EII	42	1o. gástrico		
8 cm.	Canalicular infiltrante medianamente dif.	EII	2	0		
2 cm.(1 gang	Canalicular infiltrante escirro medianament	EI	1	0		
4 cm.	Canalicular infiltrante escirro med. dif.	EII	2	0		
4.5 cm.	Lobulillar infiltrante medianamente dif.	EII	0	0		

## ANALISIS ESTADISTICO

1. Esta revisión coincide como en otras estadísticas, principalmente de Estados Unidos, en la etapa de la vida, durante la cual se presenta con más frecuencia el cáncer de la glándula mamaria, y son sometidas a la mastectomía tipo Patey, la cual fue de 59 años como promedio, con un rango de 40 a 87 años.

2. Respecto a la localización de la tumoración, en la mayoría se presentó en el cuadrante superoexterno.

3. El tamaño del tumor fue de 3 cm. como promedio, aunque su rango era amplio (desde 1 - 8 cm.).

4. El tipo histológico predominante en el grupo estudiado fue el canalicular infiltrante escirro (24/29); de las cuales 6/24 son bien diferenciados, 10/24 moderadamente diferenciados y 8/24 son indiferenciados.

5. El estadio clínico en que se encontraron las pacientes, fue la siguiente: 5 en E I, 23 en E II, y 1 en E III. Lo cual indica que la mayoría eran candidatas para la operación y la que estuvo en estadio clínico III, fue caso especial en que se le podía ayudar con este tratamiento acompañado de radioterapia.

6. La recurrencia ocurrió en 2 pacientes.

7. No se presentaron complicaciones transoperatorias ni postoperatorias.

8. El retiro del hemovac ocurrió en promedio a los 8 días, cuando el drenaje tuvo menos de 30 cc.

9. La terapia complementaria más utilizada fue la radioterapia.

10. La sobrevida para la mastectomía radical modificada de acuerdo a la etapa clínica comparada con grupos como Madden, Baker y Robinson a 5 años, son los siguientes:

GRUPO	E I	E II	E III
Baker	90%	73%	45%
Madden	73.4%	52%	50%
Robinson	78%	78%	78%
Hospital Español	93%	87%	52%

11. La sobrevida de acuerdo a los ganglios axilares afectados en comparación con otros autores es la que se enumera a continuación:

11. La sobrevida de acuerdo a los ganglios axilares afectados en comparación con otros autores es la que se enumera a continuación:

GRUPO	NEGATIVO	1 POSITIVO	1 A 3	>4
Madden	81.6%	32.4%	Neg.	Neg.
Handley	90%	67%	Neg.	Neg.
Robinson	84%	Neg.	73%	55%
Hospital Español	100%	100%	87%	75%

12. Supervivencia según localización:

Localización	DONEGAN		VILCOQ		HOSPITAL ESPAÑOL
	5 años	10 años	5 a 10 años		5 años
C. Superoexterno	64%	50%	65%	50.5%	95.6% (23/25)
C. Inferoexterno	63%	45%	70%	54%	50%
C. Superointerno	58%	44%	70%	56%	48%
C. Inferointerno	50%	40%	73%	68%	48%
Central	62%	59%	61%	45%	52%
Total	41%	19%	27%	15%	

13. Tamaño del tumor y frecuencia de metástasis axilares:

No palpable	19.2
menor de 1 cm	22.7
1 a 1.9 cm.	24.2
2 a 2.9 cm.	30.5
3 a 3.9 cm.	46.7
4 a 4.9 cm.	46.3
5 a 5.9 cm.	60.4
6 a 6.9 cm.	51.9
mayor de 8	51.9
total	40.6

14. Localización del tumor primario y afectación axilar:

	GENERAL	HOSPITAL ESPAÑOL.
Cuadrante superoexterno	51.3%	26%
Cuadrante inferoexterno	39.3%	50%
C. superointerno	35.7%	0%
C. inferointerno	32.6%	0%
Central	46.2%	50%

15. Recidivas según el tamaño del tumor:

Central

46.2%

50%

15. Recidivas según el tamaño del tumor:

	<b>LOCAL</b>	<b>TOTAL</b>
menor de 2 cm.	3	5
2 a 3 cm.	24	33
3 a 4 cm.	23	44
4 a 5 cm.	26	50
5 a 6 cm.	31	53
6 a 7 cm.	29	45
7 a 8 cm.	27	60
8 a 9 cm.	28	55

16. Rango de recurrencia local a 5 años comparada con la Universidad de Alabama.

	<b>UNIV. DE ALABAMA</b>	<b>HOSP. ESPAÑOL</b>
E I	5.4%	9.2%
E II	7.1%	0%
E III	20%	0%

## DISCUSION

En este trabajo se manifiesta al igual que en la literatura revisada, la edad promedio de aparición del cáncer mamario, sometidas a la mastectomía tipo Patey. Según Leis, Schottenfeld y Seidman (1972 y 1976), el 85% de los cánceres aparecen después de los 45 años de edad.

Otro factor revisado fué el étnico, encontrando que la mayoría de las pacientes eran descendientes caucásicas (españolas) que las hace más predisponentes al padecimiento como lo estipula Thomas y Lilienfeld en su publicación de 1982.

Un punto controvertido hasta la actualidad es lo referente a los receptores hormonales, mientras Bishop, Cooke y Samaan sostienen que los cánceres receptor estrogénico (+), tienen un mejor pronóstico, pero en contraparte Buonomo y colaboradores (1991), así como Tsangaris y colaboradores quienes no le dan valor pronóstico, ya que en su estudio no encontraron significancia estadística en las pacientes con receptor estrogénico (+) sometidas a tratamiento antiestrogénico, a las no tratadas. Aunque es de remarcar que en nuestro Servicio no se les hizo a todas las pacientes los receptores hormonales.

En cuanto a los nódulos tomados, es de llamar la atención que en 2 casos en los cuales estaban tomados 13 y 42 ganglios linfáticos axilares, con un tumor pequeño (2.5 y 3 cm.) y no se encontraron ganglios tomados en tumoraciones de mayor tamaño (6 cm.), siendo de la misma estirpe histológica. Esto me hace pensar que el metabolismo, nutrición y características personales que no sean genéticas, son importantes, ya que unas tenían antecedentes heredofamiliares y otras no.

Respecto a la localización del tumor, lo más frecuente es en el cuadrante superior externo, tal vez porque es el sitio donde se concentra la mayor parte del parénquima mamario como se menciona en la literatura consultada.

Es de llamar la atención que una paciente permaneció 27 días hospitalizada pero fue por causas ajenas a la intervención quirúrgica, ya que por este motivo se dió su nota de egreso por parte del Servicio a los 10 días.

Otra situación interesante es que en el estadio I, es donde hubo recurrencia tumoral, mientras en los estadios II y III no lo hubo. Esto fue dado porque en los 2 casos el carcinoma tuvo menor diferenciación y con infiltración perivascular. Esto lo describe el autor Pérez Manga en su libro sobre cáncer de mama, al colocar la infiltración perivascular como un factor de diseminación temprana.

## CONCLUSIONES

Después de haber expuesto los resultados de la técnica de Patey, comparada con lo escrito por autores de centros Hospitalarios reconocidos, donde se realizaron sus trabajos con un grupo de población grande, puedo decir que las operaciones realizadas por el Servicio de Ginecología del Hospital Español durante el periodo comprendido de 1982 a 1992, fueron bien realizadas por lo siguiente:

1. La sobrevida de las pacientes en estadio temprano se estimó hasta el 93% a 5 años, mientras que en el estadio avanzado llegó al 73%, que aún así es una buena expectativa.
2. Las complicaciones transoperatorias y postoperatorias fueron casi nulas ya que se contó con el equipo adecuado, condiciones favorables y sobre todo, la técnica bien elaborada, cuidando la hemostasia, con una disección completa de los ganglios axilares, con lo que se trataba de disminuir la probabilidad de recurrencia tumoral.
3. La terapia complementaria fue en pocos casos ya que no se consideró necesaria por parte del Servicio de Oncología.
4. La rehabilitación se realizó rápidamente y no hubo casos de linfedema en el brazo ipsilateral de la operación.
5. El resultado estético fue aceptado por las pacientes, de las cuales solo 2 pacientes llevaron terapia psicológica durante 8 meses.
6. La recurrencia tumoral ocurrió sólo en 2 pacientes que presentaron infiltración perivascular y muy indiferenciados.
7. El tiempo de estancia hospitalaria fue breve, en promedio, y las que permanecieron más tiempo internadas (5), lo hicieron por causas no propias de la operación realizada, sino por atención conjunta con otro Servicio (Psiquiatría o Gastroenterología) o administrativo (socias).

Por esto pienso que la mastectomía radical modificada tipo Patey es una buena técnica y que todavía tiene buena aplicación en el cáncer de glándula mamaria aún en nuestros días, aunque se tienda a ser cada vez menos radicales y más estéticos.

## BIBLIOGRAFIA

1. Diagnosis and management of breast cancer. Lippman, Marc E., Lichter, Allen S., Danforth, David N. W.B. Saunders Company, 1988.
2. Cancer de mama. Pérez Manga, G. Editorial MCR, 1989.
3. Pathology of the breast. Sattaneh A. Tavassoli. Editorial Elsevier, 1992.
4. Primary breast cancer: the effect of primary ovarian irradiation. Nissen M.. Ann. Oncol; may, 2 (5), 1991.
5. Fat necrosis below musculocutaneous flap mimicking carcinoma of breast. Roisman I. Ann. Plast Surg.; May 26 (5), 1991.
6. Trend towards conservative surgery for intraductal carcinomas of the breast (retrospective study of 165). Abbas M., Ann Chir; 45, 1991.
7. The role of reconstruction in breast cancer. Scanlon, E. Cancer; sep. 1, 68 (5 suppl), 1991.
8. Cancer of the breast and the receptor status. Buonomo O., Davoli E.. G-Chir; apr. 12 (4), 1991.
9. Immediate reconstructive approach in neoplastic pathology and "high risk" of the breast. Pompei, S., Varanese A. G-Chir; jul-aug., 11 (7-8), 1991.
10. Dynamics of rheological properties of the blood in patients with breast cancer during combined treatment. Timchenko VG, Moroz VA. Med-Radiol (Mosk); 36, 1992.
11. Breast diseases. Harris J., Hellman S., Kinne D, Craig I. Ed.. J.B. Lippincott Company, 1991.
12. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la mama. Olof S. Jan, Rosato F. De. Salvat, 1990.