



11217
144
2EJ

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Hospital Español de México

**MASTECTOMIA RADICAL TIPO HALSTED:
REVISION RETROSPECTIVA DE 10 AÑOS EN EL
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO DE 1982 A 1992**

T E S I S

Para obtener el título de :
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Elaborado por :
DR. JOEL LAURO SANCHEZ GONZALEZ

Asesor :

DR. SERGIO PEDRAZA BARAJAS

Jefe del Curso de Ginecología y Obstetricia :

SR. DR. C.M. EFRAIN VAZQUEZ BENITEZ

MEXICO, D. F.

1995





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.



11217
144
2EJ

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Hospital Español de México

MASTECTOMIA RADICAL TIPO HALSTED;
REVISIÓN RETROSPECTIVA DE 10 AÑOS EN EL
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO DE 1982 A 1992

T E S I S

Para obtener el título de
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Elaborado por
DR. JOEL LAURO SANCHEZ GONZALEZ

Asesor:

DR. SERGIO PELÁEZA BARAJAS

Jefe del Curso de Ginecología y Obstetricia:

SR. DR. C.M. ESPAIN VAZQUEZ BENITEZ



MEXICO, D. F.

1995

AGRADECIMIENTOS:

*A mis Padres y Hermanos, que con su apoyo,
me dieron fuerza para seguir adelante.*

*A mis Maestros:
Por sus enseñanzas y paciencia.*

*A mis compañeros de generación, y de forma
muy especial, a la Dra. Gladys Adriana Zavala Casas,
por su incommensurable ayuda.*

INDICE

- 1. INTRODUCCION**
- 2. HISTORIA DE LA MASTECTOMIA**
- 3. MATERIAL Y METODO**
- 4. TABULACION DE LOS DATOS OBTENIDOS**
- 5. REPRESENTACION GRAFICA DE LOS DATOS**
- 6. ANALISIS ESTADISTICO**
- 7. CONCLUSIONES**
- 8. BIBLIOGRAFIA**

1. INTRODUCCION

La mastectomía radical tipo Halsted constituye un tema de gran interés para todos los ginecólogos. La mastectomía es una intervención quirúrgica en la que se extirpa un órgano importante desde el punto de vista emocional, conyugal, social y funcional. Actualmente la mastectomía es una intervención quirúrgica poco frecuente, y esto es porque en los últimos años ha disminuido su frecuencia debido a la tendencia de ser menos radical, ya que el cáncer se trata de una enfermedad sistemática y no local. Pero como posteriormente se señala en esta tesis, la mastectomía radical tipo Halsted tiene sus indicaciones precisas.

Con la llegada de métodos diagnósticos más precoces y el descubrimiento de métodos terapéuticos más específicos y eficaces, cabe anticipar que se practicarán menos mastectomías radicales en nuestro servicio.

Por otro lado, el pronóstico del cáncer mamario no se basa solamente en la mastectomía radical tipo Halsted, sino que es un juego dinámico, ya que entre la extensión anatómica del cáncer en el momento de su diagnóstico y su potencial de crecimiento, y además el grado de inmunocompetencia de la huésped y una terapéutica precoz apropiada. De los muchos parámetros pronósticos postrmastectomía, se incluyen: El diagnóstico precoz del tumor, el aspecto macroscópico, tamaño y tipo histológico, invasión ganglionar (tanto el nivel invadido y el número de ganglios tomados), invasión linfática o sanguínea y metástasis a distancia.

Otros parámetros pronósticos, incluyen el estudio de los receptores hormonales, los marcadores biológicos y la termografía, pueden ser de valor y están actualmente sometidos a investigación. La terapéutica debe basarse en un enfoque selectivo multidisciplinario, hecho a la medida de cada paciente individual, pero sin perder nunca de vista el hecho de que el índice de curación es de importancia primordial y que, aunque los resultados cosméticos y funcionales son de gran importancia, deben subordinarse a él.

Durante mis tres años de residencia en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Español de México, pude observar la realización de la técnica de mastectomía radical tipo Halsted, así como la mastectomía radical modificada tipo Patey. La mayor diferencia de éstas técnicas es el conservar o no el músculo pectoral mayor, lo cual me motivó a desarrollar ésta tesis con el objeto de hacer una revisión retrospectiva de las mastectomías radicales tipo Halsted realizadas en éste servicio y hacer un análisis de los beneficios obtenidos a corto y largo plazo con ésta técnica. Secundariamente, analizaré los datos referentes a las indicaciones, complicaciones transoperatorias, tiempo de estancia hospitalaria, tiempo de drenaje con el Hernovack, localización del tumor, recurrencias, metástasis, así como la edad de las pacientes.

MASTECTOMIA RADICAL

La gran contribución de William Stewart Halsted, al tratamiento del cáncer de mama sigue siendo vigente para todos los cirujanos de hoy en día. Su mastectomía radical, clásicamente descrita, que dió por resultado la extirpación de todo el tejido mamario y una abundante porción de la piel subyacente, la totalidad de los músculos pectorales mayor y menor y todo el tejido fibroso y graso situado por debajo de la vena axilar, incluyendo los ganglios, se le denomina todavía mastectomía de Halsted. La mortalidad por cáncer de mama antes y después de la introducción de la mastectomía de Halsted, atestigua la eficacia de este tratamiento como el paso más definitivo en la terapéutica del cáncer de mama. Después de décadas de aceptación general de la mastectomía radical tipo Halsted, se hicieron intentos para disminuir la operación con la esperanza de mantener todavía cifras similares de supervivencia(11).

Como se mencionó anteriormente, en la última década ha habido una disminución del porcentaje de pacientes con cáncer de mama que han sido tratadas con mastectomía radical, siendo actualmente tratadas con mastectomía modificada que respeta el músculo pectoral mayor. En una revisión llevada a cabo por el American College of Surgeons, en la década de los 70's, el 70 % de las mastectomías eran del tipo radical, mientras que en la década de los 80's y principios de los noventa el 70% de las mastectomías eran variedad modificada, lo cual nos muestra que la mastectomía radical ha sido remplazada por la mastectomía modificada(11).

Existen muchos estudios que apoyan también el hecho de que el número de ganglios linfáticos resecaados en una mastectomía modificada es el mismo que en una mastectomía radical. En mi opinión, esta afirmación solamente puede hacerse si el músculo pectoral menor se desinserta y se lleva a cabo una exposición completa de la vena axilar en toda su longitud, la cara superior de la primera costilla hasta el margen externo del músculo dorsal ancho. La práctica de una mastectomía modificada hace también considerablemente más fácil los esfuerzos reconstructivos subsiguientes, aunque incluso después de una mastectomía radical, son posibles desde el advenimiento del colgajo miocutáneo.

Incluso en ausencia de esfuerzos reconstructivos, los resultados cosméticos con la mastectomía modificada son ciertamente más aceptables que los consecutivos a la mastectomía radical. La extirpación de ambos músculos pectorales da por resultado una aglutinación aguda del brazo desde la pared del tórax y una pérdida de relleno infraclavicular, ambas cosas no ocurren después de la mastectomía modificada con conservación de los músculos pectorales. Además, aunque es difícil de documentar, hay muchas menos quejas de episodios intermitentes de tirantez torácica después de la mastectomía modificada. No hay modificación en cuanto a la frecuencia de linfedema o del fenómeno de la mama fantasma en una u otra operación.

2. HISTORIA DE LA MASTECTOMIA

En el siglo I a.C., Leonides describió la técnica operatoria del cáncer mamario(1):

Galen (N. en 130 a.C.) propuso la excisión del cáncer mamario descubierto en estadio temprano. Durante la Edad Media, la excisión fué utilizada en tumores muy pequeños. La hemostasia fué elaborada por compresión, igual que la cauterización ó ligadura de vasos. Localmente, los tumores avanzados fueron tratados con dieta, flebotomía y sintomáticos tópicos. La mastectomía empieza a aparecer durante el siglo XVI. El cirujano español Arceo describió una operación para remover el cáncer en 1574. En 1590, Cabrel 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. También, en el siglo XVI, Bidloe y Taber desarrollaron instrumentos especiales para realizar la mastectomía. En 1884, Pancoast enfatizó la importancia de extirpar la mama y hacer la disección de ganglios linfáticos axilares como procedimiento único(1).

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(1).

Kuster propuso además, que una disección axilar completa fuera hecha a todas las pacientes, aunque no se observaran clínicamente positivos. Los procedimientos propuestos por éstos cirujanos pioneros representan los prototipos para la mastectomía radical modificada ampliamente usada en el siglo XX(1).

En 1894, William Halsted reportó su experiencia con el tratamiento radical de cáncer mamario en 50 pacientes. El quitó todo el tejido mamario, el músculo pectoral mayor y los ganglios linfáticos axilares. El pectoral menor fué dividido pero no escindido. En su reporte de 1898, él describió la extirpación del pectoral menor también. Este procedimiento llegó a conocerse como la clásica mastectomía radical de Halsted, en ésta, el tejido mamario fué extirpado primero, seguido de los músculos pectorales, y llegando al vértice de la axila, los ganglios linfáticos axilares. Tal vez aplicado a todos los estadios clínicos de cáncer, representó una mejoría tanto en control local y rango de supervivencia sobre aquellos que precedieron a Halsted. Mientras el tratamiento quirúrgico para cáncer se le asoció con una recurrencia local de 60 al 82% y una supervivencia a 3 años, Halsted reportó un 6% de recurrencia y una supervivencia a 3 años de 38 a 42%(12).

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 y los músculos pectorales. La extensión de la resección quirúrgica para los dos procedimientos (Halsted y Meyer) fueron las mismas; solamente la secuencia fué diferente. La mastectomía radical tanto de Halsted como la 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 ahí a sitios distantes. La extirpación del tejido adyacente y ganglios linfáticos evitan la diseminación a órganos distantes. Este concepto de diseminación fué universalmente aceptado hasta el siglo XX, cuando Crile así como Fishery colaboradores establecieron que la disección axilar no confería beneficios de supervivencia y era solamente terapéutico y provenía la recurrencia de enfermedad axilar. Más tarde la experiencia con la mastectomía radical definió éste procedimiento como efectivo en los cánceres mamaros localizados(12).

Mientras Halsted aplicó la mastectomía radical a todas las pacientes con cáncer mamario, en 1940 Haagensen definió las características de la enfermedad cuando la mastectomía radical era la única terapia, fué asociada con una elevada recurrencia y una pobre supervivencia. Estas características son conocidas como los signos graves del cáncer mamario. La presencia de cualquiera de éstos signos es ahora considerada evidencia de inoperabilidad. Haagensen también estableció el uso de una clasificación de estadio en el tratamiento del cáncer mamario. Su clasificación Clínica de Columbia fué 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(12).

Una apreciación tanto de la estadificación como la selección de la terapia de acuerdo a éste, ha sido uno de los descubrimientos más significativos en el tratamiento del cáncer en el siglo XX.

En 1948, Patey propuso que la extirpación del pectoral mayor no era de gran valor en el tratamiento quirúrgico con 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. Madden modificó este procedimiento preservando los dos pectorales(12).

Estudios retrospectivos y prospectivos confirmaron resultados similares tanto con la mastectomía radical de Halsted como con la mastectomía radical de Patey. 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 éste objetivo. La región supraclavicular es invariablemente limpiada"- . Varios cirujanos siguieron éste procedimiento pero cuando vieron que no daba mayores beneficios, éste procedimiento fué abandonado. Lo mismo sucedió cuando Halsted quiso incluir a los ganglios linfáticos mediastinales en su técnica, que también fué abandonado(12).

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

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, liberando intactos los ganglios linfáticos axilares. Este fué asociado con una recurrencia axilar significativa y también omitieron estadificación y pronóstico respecto a éstos ganglios. Sin embargo, la experiencia de éste grupo y otros, incluyen estudios prospectivos, confirmando que la sobrevivencia despues de la mastectomía total fué comparable con aquellos procedimientos más radicales(12).

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. Este condujo a la evaluación de procedimientos más conservadores, en los cuales se pudiera dejar mayor tejido mamario. Para los predecesores de Halsted era claro que la mastectomía parcial solo era seguida de una elevada recurrencia, y alguna forma de terapia adyuvante para el tejido remanente era necesaria. Iniciando con Keines en 1930, muchas series y estudios demostraron que la conservación mamaria en conjunto con la terapia radioactiva postoperatoria para estadios tempranos de cáncer representó un rango de sobrevida y control local comparado a aquellas con cirugía radical, con mucho mejor resultado estético. Los efectos a largo plazo de la radiación así como el impacto socioeconómico del individuo con ésta terapia se sigue evaluando. No obstante, el tratamiento conservador ha llegado a representar una alternativa en el tratamiento para estadio temprano de cáncer(11).

3. MATERIAL Y METODO

Este trabajo de revisión, fué motivado porque durante mi rotación en el Servicio de Ginecología, en el área de Oncología, a cargo del Dr. Sergio Pedraza, pude observar que las pacientes con cáncer de mama, algunas de ellas fueron operadas con mastectomía tipo Halsted. Debido a esto, pensé que al ser más radical en la extirpación del tumor, las pacientes podrían tener mejor pronóstico.

Con la finalidad de demostrar la eficiencia de la mastectomía tipo Halsted, llevé acabo una revisión retrospectiva de la misma, realizadas por el servicio de Ginecología del Sanatorio Español de México de 1982 a 1992.

Por ello, acudí al libro de registro de las operaciones realizadas en el Servicio, de donde obuve el nombre y el número de expediente así como el año en que fué intervenida quirúrgicamente cada paciente. Con éstos datos pude buscar en el departamento de Archivo del Hospital, gracias a al amable cooperación de la Srita. Magda, jefa del Departamento; los expedientes que contenían toda la información necesaria para ser analizada.

También me documenté en libros de la biblioteca del Hospital, así como revistas e información por computadora de lo más reciente sobre el tema (MED LINE). Habiendo obtenido lo más importante de cada fuente informativa, se hizo una recopilación y se extrajeron las conclusiones que serán desarrolladas en la presente tesis.

4. TABULACION DE LOS DATOS OBTENIDOS

1. Edad: (De 38 a 74 años)

En la década de los 30's: 1 caso.

En la década de los 40's: 1 caso.

En la década de los 50's: 2 casos.

En la década de los 60's: 7 casos.

En la década de los 70's: 3 casos.

2. Tipo Histológico:

Carcinoma canalicular infiltrante escirro: 9 casos.

Carcinoma papilar: 2 casos.

Carcinoma indiferenciado: 1 caso.

Carcinoma canalicular infiltrante comedo: 1 caso.

Carcinoma canalicular infiltrante: 1 caso.

3. Clasificación según TNM:

T 1 N 0 M 0: 1 caso.

T 1 N 1 M 0: 1 caso.

T 0 N 1 M 0: 1 caso.

T 2 N 0 M 0: 7 casos.

T 3 N 0 M 0: 1 caso.

T 3 N 1 M 0: 1 caso.

T 4 N 0 M 0: 2 casos.

4. Tiempo de estancia hospitalaria:

6 pacientes: 9 días.

4 pacientes: 11 días.

1 paciente: 10 días.

1 paciente: 8 días.

1 paciente: 6 días.

1 paciente: 4 días.

5. Tiempo en que se retiró el Hemovac:

En 3 pacientes se retiró a los 10 días.

En 3 pacientes se retiró a los 6 días.

En 2 pacientes se retiró a los 8 días.

En 3 pacientes se retiró a los 5 días.

En 1 paciente se retiró a los 7 días.

En 1 paciente se retiró a los 4 días.

En 1 paciente se retiró a los 3 días.

6. Localización del tumor:

Cuadrante superoexterno en 10 pacientes.

Axila en 1 paciente.

Cuadrante inferoexterno periareolar: 1 caso.

Cuadrante superointerno: 1 caso.

Cuadrante inferoexterno: 1 caso.

7. Tratamiento complementario:

5 pacientes recibieron radioterapia.

1 paciente recibió nolvadex.

1 paciente recibió radioterapia + hormonoterapia.

1 paciente recibió quimioterapia.

8. Tiempo de aparición de nódulo en cicatriz quirúrgica:

En 1 caso se detectó tumoración en herida quirúrgica a los 2 años, 2 meses; en el cual el primario fué carcinoma infiltrante escirro con infiltración perivascolar estadio T 0 N 1 M 0.

En 1 caso, a los 6 años; el primario era carcinoma canalicular infiltrante, estadio T 4 N 0 M 0.

En 1 caso, a los 2 años; el primario era carcinoma canalicular infiltrante escirro.

En 1 caso, al año; se presentaron metástasis hepática y ovárica en un carcinoma canalicular infiltrante escirro con infiltración perivascolar, estadio T 1 N 1 M 0.

En 1 caso, a los 6 años; se encontró metástasis cerebral en un carcinoma canalicular infiltrante escirro.

En 1 caso, a los 3 años, 4 meses; en un primario canalicular infiltrante escirro, estadio T 2 N 0 M 0.

9. No se presentaron complicaciones transoperatorias:

-Sobrevida a los 5 y 10 años, por estadios clínicos en el Hospital Español:

	Estadios		Postmastectomía			
	I 5 años	10 años	II 5 años	III 10 años	5 años	10 años
Hospital Español	1/14	1/14	11/14	10/14	1/14	_____

-Sobrevida a 5 y 10 años en general postrmastectomía:

5 años	10 años
13/14 pacientes	12/14 pacientes

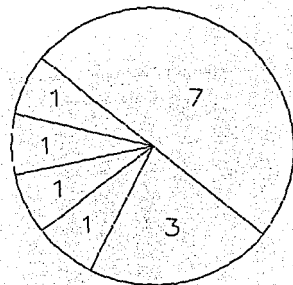
-Recidiva tumoral de acuerdo al tamaño del tumor, en forma proporcional en el Hospital Español:

Tamaños del tumor	Proporción de pacientes	Residivas en cicatriz quirúrgica
2 cm	2/14	2/2
2-3 cm	6/14	1/6
3-4 cm	2/14	0/2
4-5 cm	2/14	0/2
5-6 cm	1/14	0/1
6-7 cm	_____	_____
7-8 cm	1/14	1/1

ETAPA	TIPO HISTOLOGICO	GANGLIOS CON METASTASIS	METASTASIS LOCAL O A DISTANCIA En H.Q. a los 2 años, 2 meses.
EIIa	Canalicular infiltrante escirro medianamente diferenciado con infiltración perivascular.	--	
EIIa	Carcinoma papilar medianamente diferenciado.	--	
EIIIa	Canalicular escirro medianamente diferenciado.	2	2 años después a cadera.
EIIa	Canalicular escirro bien diferenciado.	--	
EIIa	Indiferenciado con infiltración perivascular.	3	
EIIb	Canalicular infiltrante medianamente diferenciado.	3	Nódulo en cicatriz quirúrgica a los 6 años después.
EI	Canalicular infiltrante escirro poco diferenciado.	--	Nódulo en cicatriz quirúrgica a los 2 años después.
EIIb	Carcinoma papilar bien diferenciado.	--	
EIIa	Canalicular infiltrante escirro predominantemente indiferenciado con infiltración perivascular.	--	A hígado al año.
EIIa	Canalicular infiltrante indiferenciado escirro con infiltración perivascular.	--	A cerebro 6 años después.
EIIa	Canalicular infiltrante escirro indiferenciado.	--	Nódulo en cicatriz quirúrgica a los 3 años, 4 meses.
EIIa	Canalicular infiltrante comedocarcinoma moderadamente diferenciado.	9	
EIIa	Canalicular infiltrante escirro medianamente diferenciado.	1	
EIIb	Canalicular infiltrante escirro medianamente indiferenciado.	--	

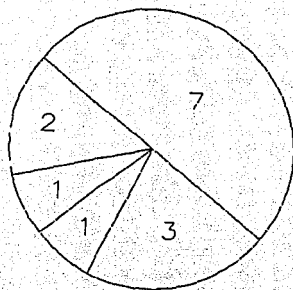
5. REPRESENTACION GRAFICA DE LOS DATOS

NUMERO DE PACIENTES SEGUN LA CLASIFICACION DEL TNM



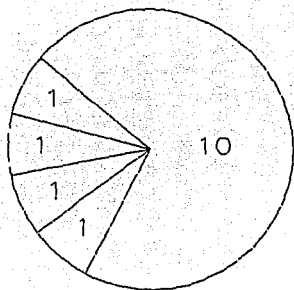
7	PACIENTES	CON T 2	N 0	M 0	= ElIa
3	PACIENTES	CON T 3	N 0	M 0	= ElIb
1	PACIENTE	CON T 3	N 1	M 0	= ElIc
1	PACIENTE	CON T 1	N 0	M 0	= El
1	PACIENTE	CON T 1	N 1	M 0	= ElIb
1	PACIENTE	CON T 0	N 1	M 0	= ElIc

EDAD DE LAS PACIENTES QUE FUERON SOMETIDAS
A MASTECTOMIA RADICAL TIPO HALSTED



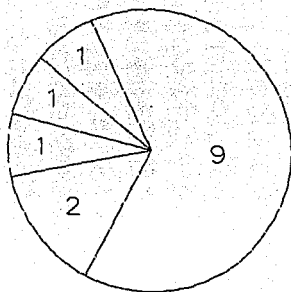
7 PACIENTES EN LA DECADA DE LOS 60 AÑOS
3 PACIENTES EN LA DECADA DE LOS 70 AÑOS
2 PACIENTES EN LA DECADA DE LOS 50 AÑOS
1 PACIENTE EN LA DECADA DE LOS 40 AÑOS
1 PACIENTE EN LA DECADA DE LOS 30 AÑOS

LOCALIZACION DE LA TUMORACION



- 10 PACIENTES EN EL CUADRANTE SUPERIOR EXTERNO
- 1 PACIENTE EN EL CUADRANTE SUPERIOR INTERNO
- 1 PACIENTE EN EL CUADRANTE INFERIOR EXTERNO
- 1 PACIENTE EN LA REGION PERIAEOLAR
- 1 PACIENTE EN LA REGION AXILAR

TIPC HISTOLOGICO DEL CANCER



- 9 PACIENTES CON CARCINOMA CANALICULAR ESCIRRO
- 2 PACIENTES CON CARCINOMA PAPILAR
- 1 PACIENTE CON CARCINOMA INDIFERENCIADO
- 1 PACIENTE CON CARCINOMA INFILTRANTE COMEDO
- 1 PACIENTE CON CARCINOMA INFILTRANTE

6. ANALISIS ESTADISTICO

1. En ésta revisión, de pacientes que fueron sometidas a mastectomía radical tipo Halsted, la edad de las pacientes fluctuaba entre los 38 y 74 años; siendo más frecuente en la década de los 60's. (7 de 14 pacientes), 4 pacientes en la década de los 70's y 3 en la década de los 50's. Esto coincide con otras publicaciones en que después de los 50 años, aparecen el 67% de los cánceres de mama (según Haagensen, Danforth y Olof).

2. El promedio del tamaño tumoral fué de 3 a 4 cm, teniendo una variación de 1.5 cm hasta 8 cm; dos pacientes que presentaban tumores menores de 2 cm tuvieron residiva en cicatriz quirúrgica, una paciente que tenía tumor de 2 a 3 cm tuvo también recurrencia y por último una paciente tuvo un tumor de 7 a 8 cm también residivo.

3. Al analizar el tipo histológico más frecuente en nuestro servicio, encontramos que el carcinoma infiltrante escirro lo encontramos en 9 de 14 pacientes; dos pacientes más tenían carcinoma papilar, un caso con carcinoma indiferencial, otro caso con carcinoma infiltrante comedo y uno con carcinoma infiltrante; ésto coincide con publicaciones de Tavassoli, que comenta, que el 64% de sus pacientes postmastectomizadas tenían comedo carcinoma infiltrante escirro.

4. En cuanto al grado de diferenciación del tumor, dos fueron bien diferenciados, 7 medianamente diferenciados, de éstos, tres tuvieron recurrencia. En cinco casos el tumor fué indiferenciado, de éllas, dos tuvieron metástasis a distancia y dos con recurrencia local. Según Haagensen, cuanto más indiferenciado el tumor, mayor recurrencia o metástasis se presentan.

5. La localización del tumor fué con mayor frecuencia en el cuadrante superior externo de la mama (10 de 14 pacientes). El hecho de que el tumor se encuentre con mayor frecuencia en éste sitio, es debido probablemente a que en ésta zona es donde se encuentra mayor cantidad de tejido mamario. Según publicaciones de Pérez Manga, es notorio que las pacientes que les encontró la tumoración en el cuadrante inferior externo, cuadrante superior interno y en la región axilar fueron las que desarrollaron metástasis a mediano o largo plazo, debido probablemente a que las cadenas ganglionares desembocan en sitios más lejanos.

6. De acuerdo al estadio clínico que presentaban las pacientes antes de ser mastectomizadas con la técnica de Halsted, encontramos que en el estadio I había una paciente. En el estadio IIa se encontraron 9 pacientes, tres más en el estadio IIb y por último, una paciente en el estadio IIIa. Aunque algunos autores como Olof recomiendan la operación de Halsted en el estadio IIb y III, en nuestro servicio la operación se llevó acabo más frecuentemente en el estadio IIa, siendo también ésta, una buena indicación.

7. Recurrencia y metástasis postmastectomizada.

3 de las 14 pacientes mastectomizadas tuvieron metástasis a distancia y cuatro recurrencia local. De éstas 7 pacientes, 4 en el estudio histopatológico encontramos infiltración perivascular; 2 de ellas tuvieron metástasis a distancia, una tuvo recurrencia local y la otra no presentó ninguna alteración. Según Orbo, la involucración de los vasos linfáticos, en el predictor más poderoso, aún más que el estadio clínico, ganglios linfáticos tomados, tamaño del tumor, etc.

8. Ganglios linfáticos tomados.

Solamente en 5 pacientes habían ganglios linfáticos tomados, que variaban en número de 1 a 9; solamente en 2 casos hubo recurrencia del tumor o metástasis. Según Haagensen cuando hay ganglios axilares tomados, la falla quirúrgica es del 24% y con ganglios tomados la falla quirúrgica aumenta hasta el 75%.

9. La sobrevida a 5 y 10 años, por estadios clínicos, comparada con otros autores es la siguiente:

AUTOR	ESTADIOS					
	I		II		III	
	5 años	10 años	5 años	10 años	5 años	10 años
ARIEL	81.7%	60.3%	63.7%	47.2%	31.1%	17.4%
FERGUSON	84%	76%	52%	44%	29%	17%
HARMOV	70.1%	55.5%	61.4%	33.2%	18%	12%
H. ESPAÑOL	1/14	1/14	11/14	10/14	1/14	-----

NOTA: En la estadística de Hospital Español, no se colocaron porcentajes, debido a que la muestra fué muy pequeña, por lo cual, se sustituyeron por el número de pacientes que tuvieron sobrevida, sobre el total estudiado.

10. Sobrevida a 5 y 10 años:

AUTOR	5 AÑOS	10 AÑOS
FLETCHER	73%	-----
RISANEN	79%	71%
FISHER	66%	47%
LEAK	66%	52%
CACERES	57%	44%
H. ESPAÑOL	13/14	12/14

Lo más importante de ésta revisión fué observar la sobrevida. De las catorce pacientes sometidas a mastectomía; sólo 2 fallecieron. Una falleció al año postmastectomizado, ya que tenía metástasis a hígado, además de ser portadora de un tumor indiferenciado y tener infiltración perivascular en el estadio histopatológico, ésta paciente fué sometida a radioterapia después de la operación. La otra paciente que falleció fué 6 años después de la operación, por metástasis a cerebro; el tipo histológico del tumor fué carcinoma infiltrante indiferenciado con infiltración perivascular.

El tiempo de estancia hospitalaria en promedio fué de 9 a 11 días, además el tiempo en que se retiró el hemovack varió de 8 a 10 días en promedio. Durante las operaciones no se presentaron complicaciones. De todas las pacientes estudiadas, a 6 se les dió radioterapia adyuvante postmastectomía, una fué tratada con nolvadex, a otra más se le aplicó quimioterapia y la última paciente fué sometida a radioterapia más hormonoterapia.

7. CONCLUSIONES

Se ha observado en los últimos años una tendencia a la disminución en la frecuencia para la realización de la operación de mastectomía tipo Halsted, tanto en publicaciones mundiales como en nuestro servicio de Ginecología del Hospital Español, de acuerdo a la revisión retrospectiva que se llevó a cabo de 1982 a 1992.

Esto es debido a que la operación es muy traumática, tanto física como psicológicamente, por lo que se ha preferido realizar operaciones menos extensas como son: Mastectomía Radical Modificada Tipo Patey, Mastectomía Simple, Tumorectomías, todas ellas con disección baja de axila.

Sin embargo, la operación de mastectomía tipo Halsted en nuestro servicio de Ginecología del Hospital Español, se llevó a cabo con mucho éxito, de acuerdo a la revisión retrospectiva de 1982 a 1992. De todas las pacientes sometidas a la operación, ninguna presentó complicaciones transoperatorias ni postoperatorias. El estado clínico de la mayoría de las pacientes, previa a la intervención fue de Ila y Iib, los cuales son una indicación precisa para la operación.

En esta serie, 7 pacientes tuvieron, ya sea, metástasis a distancia o recurrencia local de la tumoración. Así mismo, de todas las pacientes operadas, 9 fueron sometidas a alguna terapia adyudante. Pero lo más importante y fundamental en esta revisión retrospectiva, fue el documentar que la sobrevida postmastectomía fue muy alta. Esto se refiere a que, de las 14 pacientes operadas, sólo hubo 2 desesos; una de ellas se presentó antes de los 5 años y la otra se presentó antes de los 10 años, siendo esto muy significativo, ya que aunque la serie de pacientes es pequeña, la mortalidad estaría representada en porcentaje del 14% a los 10 años, la cual es mucho menor a la de las publicaciones mundiales.

Es evidente que la mastectomía radical tipo Halsted, no es el único factor predisponente de sobrevida, ya que también existen otros factores como son: El tamaño del tumor, grado de diferenciación, ganglios linfáticos tomados, infiltración perivascular, etc.; pero si es uno de los factores más importantes.

Por último, creo que es importante hacer hincapié que en nuestro país, se debe de hacer medicina preventiva, haciendo fomento en la concientización de las pacientes, para que acudan a sus revisiones periódicas y realizarse estudios de gabinete de control, siendo promovido por todos los médicos e incluso por medio de campañas publicitarias permanentes en medios de comunicación masivos, y no creer en lo que dice Crile y Cope, que han abandonado a la mastectomía, porque creen que cuando la paciente con cáncer de mama es atendida por primera vez por el médico, su enfermedad es incurable, porque de acuerdo a su impresión la enfermedad ya se ha diseminado ampliamente y está fuera del alcance de la cirugía.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Lippman, Marc E., Lichter, Allen s., Danforth, David N. *Diagnosis and management of Breast Cancer*. W.B. Saunders Company, 1988.
2. Pérez Manga, G., *Cáncer de Mama*. Editorial MCR, 1989.
3. Sattaneh A. Tavassoli, *Pathology of the Breast*. Editorial Elsevier, 1992.
4. Nissen Meyer, R., *Norwegian Radium Hospital, Oslo. Primary Breast Cancer: The effect of primary ovarian irradiation*, *Ann. Oncol.* (1991) 2 : 6-11.
5. Roisman I., Barak V., Manny J., Libson E., Neuman A., Sherman Y., Durst A. *Fat necrosis below musculocutaneous flap mimicking carcinoma of breast*. *Ann-Plast-Surg.* (1991) 26 : 120-136.
6. Abbes M., Persch M., Giordano P. *Trend towards conservative surgery for intraductal carcinomas of the breast. (Retrospective study of 165)*. *Ann-Chir.* (1991) 45 : 20-31.
7. Scanlon, E. *The role of reconstruction in breast cancer*. *Cancer.* (1991) 68 : 202-205.
8. Buonomo O., Serao A., Muggianu A., Davoli E., Amori A. *Cancer of the breast and the receptor status*. *G-Chir.* (1991) 12 : 4-9.
9. Pompei S., Varanese A., Fanini F., *Immediate reconstructive approach in neoplastic pathology and "high risk" of the breast*. *G-Chir.* (1991) 11 : 403-408.
10. Timchenko VG, Moroz VA, Shapovalov SV. *Dynamics of rheological properties of the blood in patients with breast cancer during combined treatment*. *Med-Radiol (Mosk);* (1992) 36 : 78-86.
11. Olof J., Rosato F. *Cirugía de Mama. Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades de la Mama*, 1992.
12. Haagensen C. *Enfermedades de la Mama*. Ed. Panamericana, 1991.